



Joana MENDES✉¹, Antónia COSTA^{2,3}
Acta Med Port 2016 Jan;29(1):63-72

RESUMO

Introdução: Apesar da decidualização ectópica ser uma entidade frequentemente subdiagnosticada, pode ter impacto clínico adverso na morbimortalidade materno-fetal. O objetivo deste trabalho foi rever a evidência científica relativa a etiopatogenia, clínica, abordagem diagnóstica e terapêutica sobre esta temática.

Material e Métodos: A pesquisa bibliográfica foi realizada na PubMed, Web of Science e Scopus, através da *query* ('*deciduosis*' OR '*ectopic decidualization*' OR '*ectopic decidua*' OR '*ectopic decidua reaction*'), incluindo-se artigos publicados até 31/6/2014 e de todos os níveis de evidência.

Resultados: A decidualização ectópica, geralmente, representa uma condição benigna, assintomática e sem necessidade de intervenção terapêutica. Encontra-se, maioritariamente, associada à gravidez, com regressão completa no período pós-parto. A frequência do seu diagnóstico depende da suspeição clínica, bem como do local onde surge, sendo o omento e o ovário os locais mais comuns. Quando sintomática, as principais manifestações clínicas são quadros hemorrágicos, nomeadamente hemorragia genital e hemoperitoneu. Os diagnósticos diferenciais incluem patologia maligna, sendo essencial, nestas situações, a confirmação histopatológica. O baixo índice de suspeição clínica pode levar à realização de biópsia, que pode acarretar impacto adverso grave devido à elevada friabilidade destas lesões.

Discussão e Conclusão: O reconhecimento desta entidade e das suas características clínicas torna-se essencial na conduta destas doentes. Tal permite por um lado a abordagem médica precoce e adequada nos casos graves, e por outro lado (na maioria dos casos) manter a atitude expectante minimizando a iatrogenia, mantendo o desfecho favorável da decidualização ectópica.

Palavras-chave: Complicações na Gravidez; Decídua; Gravidez.

ABSTRACT

Introduction: Although ectopic decidualization is an entity often underdiagnosed, it may have adverse clinical impact on maternal-fetal morbimortality. The objective of this study was to review the scientific evidence regarding the etiology, clinical features, diagnosis and therapeutic approach on this issue.

Material and Methods: The search for this literature review was conducted in PubMed, Web of Science and Scopus, through the query ('*deciduosis*' OR '*ectopic decidualization*' OR '*ectopic decidua*' OR '*ectopic decidua reaction*'), considering articles of all evidence levels published up to 31/06/2014.

Results: Ectopic decidualization is, usually, a benign condition, asymptomatic and does not require therapeutic intervention. It occurs mostly during pregnancy, with complete regression in the postpartum period. The frequency of the diagnosis depends on the clinical suspicion and its location, being the omentum and the ovary the most common sites. When symptomatic, the main clinical manifestations are genital bleeding and hemoperitoneum. Differential diagnosis includes malignant disease and histopathological confirmation is essential in these situations. The low index of suspicion may lead to a biopsy, which can have serious adverse outcomes due to the high friability of these lesions.

Discussion and Conclusion: The recognition of this entity and its clinical features are essential for the management of these patients. On one side this allows an early and proper medical approach in severe cases, on the other side (the majority of cases) maintaining an expectant attitude avoiding iatrogeny, does not compromise, in most cases, the favorable outcome of ectopic decidualization.

Keywords: Decidua; Pregnancy; Pregnancy Complications.

INTRODUÇÃO

A célula decidual é uma célula mesenquimatosa embrionária, derivada do tecido conjuntivo laxo da mucosa uterina.¹

A transformação decidual destas células da mucosa uterina ocorre durante a gravidez e, normalmente, abrange a mucosa do corpo uterino, poupando o colo e o istmo. Denomina-se decidualização ectópica (DE), quando este processo ocorre em qualquer outra localização fora do endométrio.²

Neste contexto, podem-se considerar três conceitos distintos³: (1) pré-decídua (reação celular do endométrio,

que se forma entre o 23º e o 28º dia do ciclo menstrual normal e é citologicamente indistinguível da verdadeira decídua), (2) decídua e (3) DE ou deciduose. Esta última pode ocorrer, com decrescente frequência, em gestações evolutivas *in utero*, perturbações da gravidez inicial (gravidez ectópica, gestação tópica não evolutiva e doença neoplásica do trofoblasto), e em não grávidas.

É debatido se a deciduose é um fenómeno fisiológico ou patológico. Na literatura existem vários casos clínicos descritos com desfecho adverso quer para a grávida e feto, quer para a mulher não grávida.⁴⁻⁹

1. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. Porto, Portugal.

2. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia. Centro Hospitalar São João. Porto, Portugal.

3. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. Porto, Portugal.

✉ Autor correspondente: Joana Mendes. joanaritamendes@gmail.com

Recebido: 31 de março de 2015 - Aceite: 03 de agosto de 2015 | Copyright © Ordem dos Médicos 2016



A grande variabilidade da sua apresentação clínica faz com que seja um diagnóstico difícil. Contudo, esta entidade deve estar incluída nos diagnósticos diferenciais de avaliações médico-cirúrgicas, imagiológicas e anatomopatológicas.

O presente trabalho tem como objetivo efetuar uma revisão da evidência científica sobre a DE, no que respeita à sua fisiopatologia, abordagem diagnóstica e terapêutica, permitindo alertar para a necessidade do elevado índice de suspeição clínica desta entidade. Sendo a DE frequentemente subdiagnosticada pretende-se otimizar a conduta clínica nestas doentes e, deste modo, minimizar possíveis desfechos adversos.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizámos uma revisão com base na pesquisa bibliográfica eletrónica nas bases de dados bibliográficas Pub-Med, Web of Science e Scopus, com a seguinte *query*: 'deciduosis'[All Fields] OR 'ectopic decidualization'[All Fields] OR 'ectopic decidua'[All Fields] OR 'ectopic decidual reaction'[All Fields]. Incluímos todos os artigos publicados até 31 de Junho de 2014, independentemente do nível de evidência.¹⁰

Os critérios de exclusão foram artigos em duplicados das diferentes bases de dados consultadas, escritos em língua diferente do inglês, francês e português, artigos não adequados ao tema ou sem texto integral disponível. Efetuamos também pesquisa manual a partir das referências bibliográficas das publicações obtidas na pesquisa inicial.

RESULTADOS

Para a elaboração do presente trabalho obtivemos um total de 74 artigos, dos quais nenhum era de nível de evidência 1 e 2, apenas um artigo com nível de evidência três correspondendo a uma revisão sistemática,¹¹ sendo os restantes de nível de evidência quatro, na sua grande maioria descrição de casos clínicos.¹⁰ (Fig. 1, Tabela 1)

Enquadramento histórico

A primeira referência à DE é partilhada entre Bayer em 1885 e Walker em 1887 com o achado de células decíduais ao nível do colo uterino durante a gravidez e no peritoneu pélvico num caso de gravidez extrauterina, respetivamente. Mais tarde, em 1905, Hirschberg fez uma revisão do tema e descreveu pela primeira vez um caso de gravidez tubária com decíduose no apêndice, mimetizando granulomas ou neoplasia. Depois destas, outras localizações da decíduose foram descritas, nomeadamente por Taussing, em 1906, que listou diferentes localizações de decíduose num caso de gravidez tubária (mucosa cervical, trompa não grávida, serosa uterina, peritoneu pélvico, ovários, serosa de intestino delgado, omento, apêndice, adenomioma do útero, aderências peritoneais) e por Geipel que, em 1917, acrescentou gânglios linfáticos pélvicos à lista de localizações conhecidas. Nova revisão do tema foi feita por Rosenberger, em 1921, onde foi sugerido que esta reação decidual era secundária a endometriose. Mais tarde, em 1927,

Geipel volta a reportar decíduose desta vez no diafragma e na cápsula esplénica. Todos os casos até então descritos estavam relacionados com gravidez, até Schiller, em 1924, e Schereschewsky, em 1931, a descreverem na ausência de gravidez, não conseguindo determinar se era uma nova forma de manifestação (como *decidua menstrualis*) ou se a gravidez não tinha sido diagnosticada.¹² Wallart, em 1936, relata sete casos de DE no ovário em amostras de necrópsia de mulheres pós-menopausa.¹³ Em 1940, Reis e Sinykin descrevem um caso de apendicite em grávida com descrição microscópica de decíduose¹⁴ e, em 1949, Lapan relata três casos de decidua ectópica no colo e vagina, com diagnóstico inicial de malignidade.³

Fisiopatologia

Na grande maioria dos casos, a decíduose ocorre na gravidez, mas foi também descrita em mulheres não grávidas. A fisiopatologia destas lesões ainda não está totalmente esclarecida, podendo discutir-se vários mecanismos para a formação de tecido decidual extra-uterino:

- Decidualização de lesões endometriais pré-existentes, durante a gravidez

Esta hipótese baseia-se no facto de existir partilha geográfica entre a endometriose e a decíduose, durante a gravidez.^{15,16} Para os seus defensores, a possível inexistência de células glandulares, em amostras histológicas, pode dever-se à sua regressão como consequência do excesso de proliferação de estroma, não sendo argumento para eliminar a hipótese de origem em lesões endometrioides prévias.^{16,17}

Histologicamente, a distribuição difusa de lesões peritoneais, edema do estroma decidualizado, focos hemorrágicos antigos e recentes, células 'pseudoxantomatosas' e fibrose traduzem atrofia das glândulas do endométrio que, juntamente com a presença de reação de Arias-Stella, são importantes no diagnóstico da transformação decidual de focos de endometriose na gravidez, isto é, endometriose decidualizada.¹⁸

Contudo, apesar da decíduose poder estar relacionada com endometriose, certos casos não têm mostrado a consistência dessa associação, pois a lesão regride por completo 4 - 6 semanas após a gravidez.¹⁹⁻²² Por outro lado a progesterona parecer induzir a DE (ao invés dos progestativos utilizados para suprimir a endometriose), favorecendo a hipótese de se tratar de duas entidades distintas.²³

- Metaplasia decidual

Esta teoria, que surgiu em consequência das lacunas da teoria anterior, prevê o desenvolvimento da decidua ectópica a partir da metaplasia de células estromais pluri-potenciais do mesênquima subcelômico, sob influência de fatores hormonais.^{11,17,19,24-26}

Existe uma área submesotelial, de difícil visualização microscópica, que pode originar diferentes tipos celulares: fibroblastos, miofibroblastos e leiomiócitos.²⁰ O estrogénio induz a proliferação de fibroblastos e, quando este se

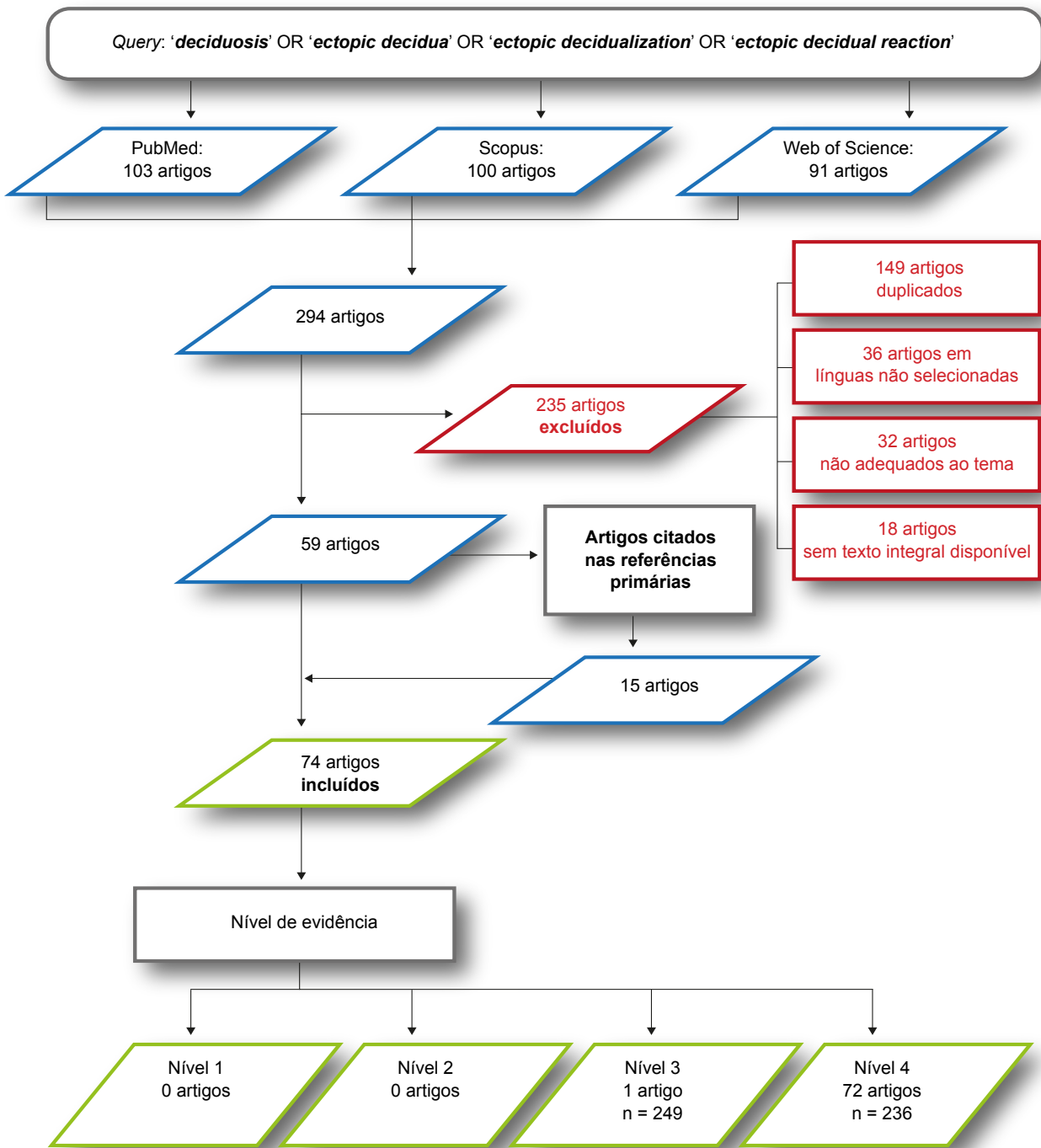


Figura 1 - Resultados da pesquisa bibliográfica

n: número total de casos descritos

encontra associado à progesterona, favorece a sua diferenciação em leiomiócitos e células decíduais.¹¹

Abramowicz et al²⁷ afirmam que a DE parece localizar-se preferencialmente ao nível de estruturas tecidulares derivadas do epitélio celómico: omento e peritoneu. Estas estruturas apresentam uma origem embrionária comum com os canais de Müller que dão origem ao útero e à parte superior da vagina.

Zaytsev et al¹⁹ relataram os casos de 10 grávidas com diagnóstico histológico de DE comprovada de amostras de

tecido submesotelial peritoneal obtidas no decurso de intervenções cirúrgicas (nove no decurso de cesarianas e uma no decurso de apendicectomia), de diferentes locais dentro da cavidade abdominal. Nenhum dos casos tinha história de endometriose prévia.

Buttner et al,²⁰ questionados se a DE é uma transformação estromal esporádica ou uma reação normal do estroma peritoneal extra-uterino durante a gravidez que desaparece no pós-parto, demonstraram o processo de decidualização de fibroblastos durante uma análise sistemática citológica

Tabela 1 – Sumário de casos clínicos descritos na literatura de decidualização ectópica durante e na ausência gravidez

Autor, ano	Localização da decidualização ectópica	n
Gravidez		
Taussing, 1906 ¹	Colo uterino, trompa de Falópio, peritoneu, omento, apêndice	1
Reis, 1940 ¹⁴	Apêndice	1
Sanes, 1943 ⁴⁹	Apêndice	2
Bettinger, 1947 ⁶⁴	Rim	1
Lapan, 1949 ³	Colo uterino, vagina	3
Melody, 1950 ²⁹	Omento	1
Israel, 1954 ³⁶	Ovário	21
McGee, 1955 ²⁴	Colo uterino	27
Lepage, 1955 ²	Colo uterino	15
Bret, 1959 ⁷⁰	Colo uterino	14
Orr, 1961 ¹⁵	Parede anterior da vagina	1
Le Coz, 1967 ²⁵	Colo uterino	8
Hulme-Moir, 1969 ³⁰	Apêndice, omento	1
Covell, 1977 ⁵³	Gânglios pélvicos	1
Herr, 1978 ³⁷	Ovário	21
Chapman, 1979 ⁴³	Colo uterino	1
Schneider, 1981 ⁴²	Colo uterino	59
Mills, 1983 ⁵⁴	Gânglios para-aórticos	1
Richter, 1983 ⁴⁸	Peritoneu	1
Burnett, 1986 ²⁸	Gânglio pélvico	1
Zaytsev, 1987 ¹⁹	Gânglio para-aórtico, peritoneu, apêndice, omento	10
Cobb, 1988 ¹⁶	Gânglio pélvico	1
Gilardi, 1988 ⁶⁶	Colo uterino	20
Suster, 1990 ⁵⁰	Apêndice	6
Courtin, 1991 ⁵⁸	Pulmão	1
Buttner, 1993 ²⁰	Omento	60
Bashir, 1995 ⁵⁵	Íleo terminal, cego, cólon ascendente	1
Mizumoto, 1996 ⁵⁶	Parede anterior do útero	1
Flieder, 1998 ⁵⁹	Pulmão	1
Kularbkaew, 1998 ⁵⁷	Face posterior do útero	1
Fair, 2000 ⁶¹	Nódulos cutâneos: vulva e umbigo	2
Gornall, 2000 ²¹	Colo uterino	1
Malpica, 2002 ³⁸	Peritoneu, ovário	1
Aziz, 2004 ⁹	Peritoneu	1
Kondi-Pafiti, 2005 ³¹	Omento	3
Wu, 2005 ¹⁷	Gânglio pélvico	1
O'Leary, 2006 ⁵	Ovários, colo uterino	1
Rodriguez, 2006 ⁵¹	Íleo terminal, cego, apêndice	1
Kinra, 2006 ³⁹	Peritoneu, ovário, cólon sigmóide, omento	1
Machida, 2008 ⁴⁰	Ovário	3

(continua na próxima página)

Tabela 1 – Sumário de casos clínicos descritos na literatura de decidualização ectópica durante e na ausência gravidez

Autor, ano	Localização da decidualização ectópica	n
Gravidez		
Shukla, 2008 ³²	Omento, trompas de Falópio	3
Dharan, 2009 ⁸	Gânglio pélvico	1
Ellis, 2009 ²³	Peritoneu	1
Lesaffer, 2009 ⁵²	Apêndice	2
Szopinski, 2009 ⁶⁵	Parede posterior da bexiga	1
Kim, 2010 ⁶⁰	Pulmão, diafragma	1
Acuda, 2011 ³³	Ovário, omento	1
Park, 2011 ⁷	Hemicólon, ovário, trompa de Falópio	1
Bolat, 2012 ²²	Peritoneu	7
Natale, 2012 ⁶²	Nódulos cutâneos: períneo e região supra-púbica	2
Kondoh, 2012 ³⁴	Peritoneu, omento	1
Boztosun, 2012 ⁴¹	Ovário	1
Dogan, 2012 ⁴⁴	Peritoneu, apêndice	1
Adhikari, 2013 ⁴⁵	Peritoneu	1
Galao, 2013 ³⁵	Omento	1
Nishikawa, 2013 ⁶	Intestino	8
Semenova, 2013 ²⁶	Parede anterior e posterior do útero	2
Abramowicz, 2014 ²⁷	Peritoneu, omento	1
Cruz, 2014 ⁴⁷	Peritoneu	1
Salehgarari, 2014 ⁴⁶	Peritoneu	1
Ausência de gravidez		
Ober 1957 ¹³	Ovário	16
Tang 1985 ⁴	Trompa de Falópio	1

n: número de casos

e imunológica de 60 biópsias do grande omento de cesarianas e dois casos de gravidezes tubárias submetidas a intervenção cirúrgica. Na microscopia de fragmentos do grande omento, 97% dos casos apresentavam lesões de decídua ectópica focais e 3% lesões difusas. Estes achados demonstram a existência de uma metaplasia fisiológica do mesênquima submesotelial, induzido por influência hormonal durante a gravidez, que ocorre em quase todas as gestações após o primeiro trimestre.

A transformação decidual, tanto no endométrio como no ovário, foi observada também com lesões proliferativas de trofoblasto como, por exemplo, em coriocarcinoma.¹³ A incapacidade de observar as reações deciduais sob as superfícies peritoneais em homens com coriocarcinoma, genital ou extra-genital, é evidência adicional de que a progesterona elaborada pela célula luteínica é um elo necessário na cadeia.¹³

O desenvolvimento de decídua na ausência de gravidez, isto é, sem trofoblasto, presume que a transformação decidual não seja o resultado do estímulo direto da gonadotrofina coriônica. Tal transformação em mulheres não grávidas ou pós-menopausa pode ser explicada pela es-

timulação progestativa derivada de um corpo lúteo ativo, hormonas progesterona-like do córtex da supra-renal^{13,20} ou contraceção progestativa injetável de longa duração.⁴ A presença de doença trofoblástica ou resposta a trauma local/irradiação da pelve em estroma sensível podem também ser fatores associados à deciduose não relacionada com gestação.¹³

- Disseminação linfática de células benignas com origem no endométrio

A hipótese da deciduose poder resultar da disseminação linfática é defendida pela evidência da presença de depósitos deciduais em gânglios linfáticos, por vezes denominada 'metástase benigna'.^{17,28}

Outras teorias

A presença de lesões inflamatórias, trauma local ou irradiação pélvica foram também descritas como fatores de predisposição para o desenvolvimento de deciduose.^{13,15} Le Coz et al²⁵ descreve a teoria da implantação, em que traumatismos anteriores tais como curetagem, eletrocoagulação ou parto distócico são promotores de

deciduose cervical. As células do mesênquima subcelômico serão libertadas e depositam-se no trato genital inferior.

Epidemiologia

A frequência com que o diagnóstico de DE é efetuado depende, em certa medida, do local onde possa surgir, do índice de suspeição, dos critérios de diagnóstico, bem como do tipo de abordagem diagnóstica, nomeadamente a forma como é realizada e os critérios de realização de biopsia.

A transformação decidual ectópica associada à gravidez foi descrita em vários locais: omento^{19,20,27,29-35} (em 100% dos casos),²⁰ ovário^{5,7,13,33,36-41} (em 90,5% - 100% dos casos),^{36,37} colo uterino^{2,3,5,21,24,25,36-38} (em 10% - 36,5% dos casos),^{15,19,24,25,42,43} trompa de Falópio^{4,7,19,32} (em 5,5% dos casos),¹⁹ peritoneu,^{9,22,23,27,34,38,39,44-48} apêndice,^{14,19,30,44,49-52} gânglios linfáticos,^{8,16,17,19,28,53,54} intestino,^{6,7,39,51,55} serosa uterina,^{26,56,57} vagina,^{3,15} pulmão,⁵⁸⁻⁶⁰ pele,^{61,62} miométrio,⁶³ diafragma,⁶⁰ rim⁶⁴ e bexiga.⁶⁵

O caso de deciduose mais precocemente descrito foi à sexta semana de amenorreia numa gravidez ectópica, mas, regra geral, ocorre durante o segundo e terceiro trimestres de gestação.¹⁹ Está descrito o seu início entre a 8ª e 16ª semana de gestação, quando falamos de deciduose cervical,⁶⁶ ou depois da nona semana, em casos de deciduose ovárica,⁶⁷ outros ainda relatam o seu surgimento sobretudo no terceiro trimestre.³³

Esta entidade desaparece rapidamente no período pós-parto, quatro a seis semanas de puerpério.^{20,22,39,43}

Clínica

A DE é habitualmente um processo assintomático, de evolução benigna e geralmente subclínico, sendo um achado incidental em contexto cirúrgico (cesariana, cirurgia em contexto de gravidez ectópica, laqueação tubária pós-parto, apendicectomia, etc.). As suas manifestações clínicas dependem sobretudo da sua localização e extensão.^{22,26,33} (Tabela 2)

Os principais sintomas relatados na literatura são os hemorrágicos, que vão desde a perda hemática genital,^{2,3,15,16,24,25} hemoperitoneu (durante a gravidez,^{6,9,26,29,34,55,56} intraparto⁷ e pós-parto^{5,7,30,41,48} ou em casos não associados a gravidez),⁴ até hemorragia digestiva baixa;^{6,55} podendo estar associada a risco de vida materna e/ou morte fetal.^{9,56} A elevada tendência hemorrágica foi atribuída à elevada vascularização do tecido decidual, associada à sua friabilidade.^{5,34,50}

Também são relatados quadros algícos de predomínio abdominal, enquadrados, por vezes, na manifestação clínica de hemoperitoneu e, outras vezes, simulando outros quadros de abdómen agudo, tais como apendicite.^{14,30,44,50,52} A decídua ectópica pode levar ao desenvolvimento de compressão e irritação mecânica dos tecidos envolventes,^{5,22,30,41,48,62} bem como irritação química provocada por fatores humorais libertados pela própria decídua ectópica.⁵⁰ O aumento de síntese de prostaglandinas pela decídua ectópica pode estimular células musculares de outros locais como, por exemplo, a camada muscular do apêndice e originar quadros clínicos de apendicite.⁵⁰ A DE pode atingir dimensões consideráveis, provocando efeitos de

Tabela 2 - Manifestações clínicas associadas à decidualização ectópica

Manifestações clínicas	n
Alterações ginecológicas	Perda hemática genital ^{1-3,15,16,24,25} 48
Alterações abdominais	Abdómen agudo
	a) Hemoperitoneu 15
	▪ Durante gravidez ^{6,9,26,29,34,55,56} 8
	▪ Intra-parto ⁷ 1
	▪ Pós-parto ^{5,7,30,41,48} 5
	▪ Não associado a gravidez ⁴ 1
	b) Apendicite aguda ^{14,30,44,50,52} 9
	c) Outras etiologias ¹ 1
	Nódulos cutâneos ^{61,62} 4
	Hemorragia digestiva baixa ^{6,55} 2
	Efeito de massa ³⁸ 1
Alterações do sistema respiratório	Pneumotórax ⁵⁸⁻⁶⁰ 3
Alterações urinárias	Hidronefroze ^{38,64} 2
	Disúria ⁶⁵ 1
	Hematúria ⁶⁴ 1
Morte fetal ^{9,55,56}	3

n: número total de casos descritos no conjunto dos artigos incluídos

massa com sintomas compressivos dos órgãos adjacentes, dor por crescimento e compressão de órgãos ou nervos, obstrução digestiva, urinária e mesmo distúrcia mecânica, impossibilitando o parto vaginal.³⁸ Podem ser encontrados nódulos cutâneos indolores no períneo, no umbigo ou sob a cicatriz de cesariana.^{61,62}

Alterações do sistema respiratório também estão descritas, incluindo pneumotórax.⁵⁸⁻⁶⁰ Entre as alterações urinárias mais frequentemente relatadas temos a hidronefrose,^{38,64} a disúria⁶⁵ e hematúria.⁶⁴

Estão descritos casos de morte fetal, decorrentes de choque hipovolémico materno, em consequência de graves hemoperitoneus por rotura de vasos uterinos, onde ocorreu decidualização da serosa uterina.^{9,55,56} Nos casos descritos, ocorreu mortalidade neonatal por imaturidade pulmonar, originada pela necessidade de terminação da gravidez pré-termo,^{9,56} ou por malformações pulmonares no contexto de Trissomia 21.⁵⁵ A nível de repercussão materna, a histerec-tomia total de necessidade foi realizada com acrescida e significativa morbidade para estas mulheres com consequências a longo prazo.

Em termos de repercussão obstétrica, atualmente não há evidência científica robusta, e a que existe é contraditória, sobre o efeito da DE no parto pré-termo.^{7,26} Alguns autores descrevem que a presença de reação decidual no colo não predispõe a aborto espontâneo,²⁴ ao contrário de outros que afirmam que existe risco aumentado de aborto e de parto pré-termo.²⁶

Macroscopia

Estas lesões podem apresentar-se sob diversos fenótipos, quer ao exame objetivo quer como achados intraoperatórios:

a) Cavidade abdominopélvica: Quando existem alterações aparentes, estão descritas como nódulos vermelhos/

hemorrágicos, amarelos, cinzentos, castanhos ou brancos, de 0,2 a 6 cm de dimensão máxima,^{4,38,47,68,69} em qualquer localização da superfície peritoneal. Estes nódulos podem ser focais ou difusos,²⁰ por vezes sob a forma de aderências peritoneais.²²

b) Colo uterino: A decíduose cervical pode apresentar-se de formas distintas, dependendo da profundidade, densidade e extensão da lesão. A sua localização preferencial é a área periorifical⁶⁶ e, macroscopicamente, pode manifestar-se como lesões planas, polipóides ou ulceradas.^{2,3,21,24,43,66}

c) Pele: Ocorre sob a forma de nódulos eritematosos ou da coloração da pele adjacente.^{61,62}

d) Tórax: Encontram-se descritos como nódulos intraparenquimatosos pulmonares^{58,59} ou na superfície diafragmática,⁶⁰ com dimensão máxima de 2 cm, podendo ser bilaterais e multifocais.

e) Intestino: Na observação por colonoscopia, surge como mucosa nodular, edemaciada e friável.⁵⁵

Meios complementares de diagnóstico

No sentido de esclarecimento etiológico no contexto de manifestações clínicas ou de achados macroscópicos, os meios auxiliares de diagnóstico tornam-se elementos essenciais no diagnóstico definitivo:

- Imagiologia

A radiografia do tórax pode evidenciar lesões radiopacas, bem definidas, por vezes de aspeto miliar.⁵⁸ Na decíduose ovárica, a ecografia pélvica mostra espessamento do estroma com neovascularização, de natureza papilar, mimetizando os achados ultrassonográficos sugestivos de malignidade.⁴⁰ Nestes casos, na ressonância magnética a lesão ovárica de decíduose apresenta caracteristicamente isointensidade com a placenta, auxiliando a diferenciação

Tabela 3 - Painel dos principais anticorpos usados na técnica de imunohistoquímica para diagnóstico diferencial^{20,22,33,34,38,50,59,61,75}

Anticorpo	Decíduose	Mesotelioma deciduóide	Carcinoma metastático	Melanoma
Recetor estrogénio	-/+	-	-	-
Recetor progesterona	+	-	-	-
Vimentina	+	-/+	-	
Ki-1 (CD30)	+	-		
Citoqueratinas AE1/AE3, 5/6, MNF 116	-	+	+	
Antigénio membrana epitelial (EMA)	-	+	+	
HMBE-1	-	+	-	-
Calretinina	-	+	-	
Desmina	-/+	-/+		
Actina músculo liso	-/+	-/+		
HMB 45	-	-		+
Proteína S100	-	-		+
CD68	-	-	-	-

+: marcação positiva; -: marcação negativa.

entre decidualização e malignidade.⁴⁰

- Histologia

Apesar dos meios de imagem poderem ser auxiliares importantes no diagnóstico diferencial com entidades malignas, nem sempre a distinção entre estas duas entidades é clara, sendo o exame histológico o *gold standard* para o diagnóstico definitivo. Contudo, deve ser cuidadosamente ponderada a biópsia dirigida a estas lesões e avaliado o elevado risco de hemorragia associado à biópsia *versus* o benefício relativo ao diagnóstico e exclusão de entidades malignas.^{20,24,33,50}

Na microscopia, a reação decidual surge na subserosa ou no tecido adiposo,^{26,36,37,42,50} por vezes, associada a inflamação.²⁴ A presença de mitoses, necrose, pleomorfismo e hiper cromasia nuclear não são frequentes.^{22,59}

A célula decidual caracteriza-se por ser grande, com forma poligonal ou redonda, de limites bem definidos e citoplasma basófilo, eosinófilo ou anfófilo. O núcleo é tipicamente único, central e pálido, e a maioria apresenta um padrão de cromatina finamente granular, nucléolo proeminente e aumento nuclear marcado.^{22,33,42,59} A vacuolização é um fenómeno frequente nestas células, proporcional à idade gestacional.^{20,47} O estroma pode conter depósitos mi-xóides como resultado da rotura vacuolar.²⁰

Perante o achado intraoperatório de lesões suspeitas e em que macroscopicamente a equipa cirúrgica não consiga excluir a hipótese diagnóstica de malignidade, estará indicado o recurso ao exame extemporâneo. No entanto, a utilização de cortes de congelação pode levar à presença de artefactos de congelação ou necrose, criando problemas de diagnóstico, pois o detalhe histológico pode ser obscurecido, limitando a acuidade diagnóstica do exame extemporâneo.²¹

As técnicas complementares de imunohistoquímica (Tabela 3) desempenham um papel fundamental no esclarecimento etiológico perante o achado destas lesões. Entre as características imunohistoquímicas da DE destaca-se marcação positiva com anticorpos anti-recetores da progesterona, vimentina e CD30, e marcação negativa para citoqueratinas, antigénio da membrana epitelial, HMB 45 e Proteína S100.

Diagnostico diferencial

A presença de tecido decidual heterotópico pode colocar problemas de diagnóstico ao exame objetivo, em meios complementares de imagem, ao exame macroscópico e até microscópico, podendo ser confundido com outras alterações benignas (tecido de reparação, *ectropion cervical*, tumores benignos ou processos infecciosos)⁷⁰ ou malignas. No entanto, deciduose e tumores malignos podem coexistir.¹⁶

O seu principal diagnóstico diferencial é o mesotelioma deciduóide maligno.^{11,71-74}

Tratamento

Nos casos de deciduose na gravidez, estas lesões ge-

ralmente envolvem espontaneamente quatro a seis semanas após o parto, quando a estimulação da progesterona cessa. Assim, e uma vez que as lesões são na maioria assintomáticas, a maior parte dos casos não requer intervenção terapêutica.^{3,22,47}

Pelo seu elevado risco hemorrágico aquando de biópsia e excisão, deve-se optar por tratamento conservador/expectante. As intervenções mais invasivas – nomeadamente hemostase cirúrgica, citorredução cirúrgica de lesões e reconstrução de órgãos - estão restritas a sintomatologia grave, cujo benefício de abordagem diagnóstica/terapêutica supera o risco elevado de hemorragia.^{5-8,26,29,48,55,60}

Prognóstico

A DE é uma entidade histologicamente benigna e que, de um modo geral, se comporta também de uma forma benigna. O prognóstico é bom com involução das lesões geralmente até à 4^a - 6^a semana de pós-parto.^{20,22} Em casos mais graves de deciduose peritoneal, recomenda-se seguimento, sob controlo ecográfico, no primeiro e sexto mês pós-parto.⁴⁷

Assim, de um modo geral, a reação decidual ectópica é fisiológica, com um excelente prognóstico e resolução espontânea.²⁷

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Apesar de a DE se tratar de uma entidade já descrita desde o final do século XIX, a evidência científica existente é limitada. A grande maioria dos artigos é de nível de evidência 4, sobretudo baseada na descrição de casos clínicos, existindo apenas uma revisão sistemática nesta área. Torna-se também difícil estabelecer a prevalência desta patologia devido às limitações metodológicas dos diferentes artigos disponíveis. Existem artigos que executam biópsias sistemáticas com o intuito de determinar a prevalência de DE, no entanto a metodologia e local exato de colheita das biópsias, o número total de casos estudados, os critérios de seleção da amostragem ou a descrição das técnicas de anatomia patológica utilizadas, não são descritas em todos os artigos, o que limita quer a valorização dos resultados quer a comparação destes com outros estudos.^{15,19,20,24,25,36,37,42,43}

Este artigo de revisão procura sensibilizar os médicos para esta entidade muitas vezes subdiagnosticada. O reconhecimento das suas características clínicas, bem como o seu elevado índice de suspeição tornam-se essenciais na conduta destas doentes, para a sua abordagem adequada e manutenção do seu perfil de bom prognóstico.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Taussig FJ. Ectopic decidua formation. *Surg Gynecol Obstet.* 1906;2:292-303.
2. Lepage F, Schramm B. Deciduos of the uterine cervix. *Gynecol Obstet.* 1955;54:550-63.
3. Lapan B. Deciduos of the cervix and vagina simulating carcinoma. *Am J Obstet Gynecol.* 1949;58:743-7.
4. Tang LC, Cheung MY, Ma HK. Intraperitoneal bleeding from ectopic decidua following hormonal contraception. Case report. *Br J Obstet Gynaecol.* 1985;92:102-3.
5. O'Leary SM. Ectopic decidualization causing massive postpartum intraperitoneal hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2006;108:776-9.
6. Nishikawa A, Kondoh E, Hamanishi J, Yamaguchi K, Ueda A, Sato Y, et al. Ileal perforation and massive intestinal haemorrhage from endometriosis in pregnancy: case report and literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;170:20-4.
7. Park J, Thomas P, Staeger D. Hemorrhage of ectopic deciduos necessitating emergent surgical resection. *Kansas J Med.* 2011;11-3.
8. Dharan M. Hyaline globules in ectopic decidua in a pregnant woman with cervical squamous cell carcinoma. *Diagn Cytopathol.* 2009;37:696-8.
9. Aziz U, Kulkarni A, Lazic D, Cullimore JE. Spontaneous rupture of the uterine vessels in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2004;103:1089-91.
10. Howick J. Oxford Centre for Evidence-based Medicine – Levels of Evidence March 2009. [Consultado 2014 set 10]. Disponível em: <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>.
11. Canlorbe G, Goubin-Versini I, Azria E, Abdul-Razak R, Muray JM. Ectopic decidua: variability of presentation in pregnancy and differential diagnoses. *Gynecol Obstet Fertil.* 2012;40:235-40.
12. Weller CV. The ectopic decidual reaction and its significance in endometriosis. *Am J Pathol.* 1935;11:287-90.
13. Ober WB, Grady HG, Schoenbuecher AK. Ectopic ovarian decidua without pregnancy. *Am J Pathol.* 1957;33:199-217.
14. Reis RA, Sinykin MB. Ectopic decidua in the vermiform appendix. *Am J Obstet Gynecol.* 1940;39:870-2.
15. Orr CJ, Pedlow PR. Deciduos of the cervix manifesting as antepartum hemorrhage and simulating carcinoma. *Am J Obstet Gynecol.* 1961;82:884-6.
16. Cobb CJ. Ectopic decidua and metastatic squamous carcinoma: presentation in a single pelvic lymph node. *J Surg Oncol.* 1988;38:126-9.
17. Wu DC, Hirschowitz S, Natarajan S. Ectopic decidua of pelvic lymph nodes: a potential diagnostic pitfall. *Arch Pathol Lab Med.* 2005;129:e117-20.
18. Masouridou S, Mamopoulos A, Mavromatidis G, Karagiannis V. Endometriosis and perinatal outcome - a systematic review of the literature. *Curr Women's Health Rev.* 2012;8:121-30.
19. Zaytsev P, Taxy JB. Pregnancy associated ectopic decidua. *Am J Surg Pathol.* 1987;11:526-30.
20. Buttner A, Bassler R, Theele C. Pregnancy-associated ectopic decidua (deciduos) of the greater omentum. An analysis of 60 biopsies with cases of fibrosing deciduos and leiomyomatosis peritonealis disseminata. *Pathol Res Pract.* 1993;189:352-9.
21. Gornall AS, Naftalin NJ, Brown LJ, Konje JC. Massive necrosis of cervical ectopic decidua presenting in labour. *Br J Obstet Gynaecol.* 2000;107:573-5.
22. Bolat F, Canpolat T, Tarim E. Pregnancy-related peritoneal ectopic decidua (deciduos): morphological and clinical evaluation. *Turk Patoloji Derg.* 2012;28:56-60.
23. Ellis CL, Maleki Z, Ali SZ. Ectopic decidua in abdominal washings found intraoperatively at cesarean section. *Diagn Cytopathol.* 2010;38:740-1.
24. McGee WB, Slate TA. Decidual reaction of the cervix - a review of 27 cases. *Calif Med.* 1955;82:306-8.
25. Le Coz A, Mazerolles J, Masson M.A propos de huit cas de deciduose du col utérin. *Rev Fr Gynecol Obstet.* 1967;62:535-9.
26. Semenova T, Metello J, Almeida M, Leite C, Santos A. Decidualização ectópica como causa de hemorragia intra-cesariana. *Acta Obstet Gynecol Port.* 2013;7:316-9.
27. Abramowicz S, Kouteich K, Gremain J, Sabourin JC, Marpeau L, Sergent F. Giant ectopic peritoneal and omental deciduos mimicking a peritoneal carcinomatosis. *Gynecol Obstet Fertil.* 2014;42:182-4.
28. Burnett RA, Millan D. Decidual change in pelvic lymph nodes: a source of possible diagnostic error. *Histopathology.* 1986;10:1089-92.
29. Melody GF. Deciduation and massive hemorrhage of the omentum in the final month of pregnancy. *West J Surg Obstet Gynecol.* 1950;58:460-2.
30. Hulme-Moir I, Ross MS. A case of early postpartum abdominal pain due to haemorrhagic deciduos peritonei. *J Obstet Gynaecol Br Commonw.* 1969;76:746-9.
31. Kondi-Pafiti A, Grapsa D, Kontogianni-Katsarou K, Papadias K, Kairi-Vassilatou E. Ectopic decidua mimicking metastatic lesions-report of three cases and review of the literature. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2005;26:459-61.
32. Shukla S, Pujani M, Singh SK. Ectopic decidual reaction mimicking peritoneal tubercles: a report of three cases. *Indian J Pathol Microbiol.* 2008;51:519-20.
33. Acuda C, Wise O, Chaudhri P. Diffuse deciduos occurring within an ovarian cystadenoma - a clinical-pathological mimic of a malignant process. *Diagn Histopathol.* 2011;17:313-6.
34. Kondoh E, Shimizu M, Kakui K, Mikami Y, Tatsumi K, Konishi I. Deciduos can cause remarkable leukocytosis and obscure abdominal pain. *J Obstet Gynaecol Res.* 2012;38:1376-8.
35. Galao AO, Ramos-Lima LF, Schuh F, Golbspan L, Grezzana TJ. Ectopic decidua in pregnancy discovered incidentally during caesarean delivery. *J Obstet Gynaecol.* 2013;33:207-8.
36. Israel SL, Rubenstone A, Meranze DR. The ovary at term. I. Decidua-like reaction and surface cell proliferation. *Obstet Gynecol.* 1954;3:399-407.
37. Herr JC, Heidger PM Jr., Scott JR, Anderson JW, Curet LB, Mossman HW. Decidual cells in the human ovary at term. I. Incidence, gross anatomy and ultrastructural features of merocrine secretion. *Am J Anat.* 1978;152:7-27.
38. Malpica A, Deavers MT, Shahab I. Gross deciduos peritonei obstructing labor: a case report and review of the literature. *Int J Gynecol Pathol.* 2002;21:273-5.
39. Kinra P, Sen A, Sharma J. Ectopic decidual reaction: a case report. *MJAFI.* 2006;62:280-1.
40. Machida S, Matsubara S, Ohwada M, Ogoyama M, Kuwata T, Watanabe T, et al. Decidualization of ovarian endometriosis during pregnancy mimicking malignancy: report of three cases with a literature review. *Gynecol Obstet Invest.* 2008;66:241-7.
41. Boztosun A, Sumer D, Cetin M, Cetin A. Idiopathic spontaneous hemoperitoneum during early postpartum period: Case report. *Turk Klin Tip Bilim Derg.* 2012;32:1718-20.
42. Schneider V, Barnes LA. Ectopic decidual reaction of the uterine cervix: frequency and cytologic presentation. *Acta Cytol.* 1981;25:616-22.
43. Chapman GW, Savage EW, Salem FA. Cervical deciduos and intraepithelial neoplasia. *J Natl Med Assoc.* 1979;71:787-9.
44. Dogan E, Okyay E, Saatli B, Olgan S, Sarioglu S, Koyuncuoglu M. Tuba ovarian abscesses formation from decidualized ovarian endometrioma after appendiceal endometriosis presenting as acute appendicitis in pregnancy. *Iran J Reprod Med.* 2012;10:275-8.
45. Adhikari LJ, Shen R. Florid diffuse peritoneal deciduos mimicking carcinomatosis in a primigravida patient: a case report and review of the literature. *Int J Clin Exp Pathol.* 2013;6:2615-9.
46. Salehgargari S, Sahebdel B, Zare A, Abolhassani H. Ectopic decidual reaction mimicking irritable bowel syndrome: a case report. *Acta Med Iran.* 2014;52:88-90.
47. Cruz DB, Dharam T, da Rocha VW, Dupont RF. Diffuse peritoneal deciduos mimicking metastatic lesions. *BMJ Case Rep.* 2014.
48. Richter MA, Choudhry A, Barton JJ, Merrick RE. Bleeding ectopic decidua as a cause of intraabdominal hemorrhage. A case report. *J Reprod Med.* 1983;28:430-2.
49. Sanes S, Liber AF. Ectopic decidua in vermiform appendix - Showing (1) acute appendicitis and (2) acute periappendicitis. *Am J Obstet Gynecol.* 1943;46:719-21.
50. Suster S, Moran CA. Deciduos of the appendix. *Am J Gastroenterol.* 1990;85:841-5.
51. Rodriguez FJ, Abraham SC, Sendelbach KM, Nascimento AG. Florid decidual reaction mimicking gastrointestinal malignancy in a primipara woman. *Histopathology.* 2006;49:82-5.
52. Lesaffer J, Feryn T, Proot L. Pregnancy-associated ectopic decidua of the appendix. *Acta Chir Belg.* 2009;109:93-4.
53. Covell LM, Disciullo AJ, Knapp RC. Decidual change in pelvic lymph nodes in the presence of cervical squamous cell carcinoma during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1977;127:674-6.
54. Mills SE. Decidua and squamous metaplasia in abdominopelvic lymph nodes. *Int J Gynecol Pathol.* 1983;2:209-15.
55. Bashir RM, Montgomery EA, Gupta PK, Nauta RM, Crockett SA, Collea JV, et al. Massive gastrointestinal hemorrhage during pregnancy caused

- by ectopic decida of the terminal ileum and colon. *Am J Gastroenterol*. 1995;90:1325-7.
56. Mizumoto Y, Furuya K, Kikuchi Y, Aida S, Hyakutake K, Tamai S, et al. Spontaneous rupture of the uterine vessels in a pregnancy complicated by endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1996;75:860-2.
 57. Kularbkaew C, Yutanawiboonchai W, Pairojkul C. Molar pregnancy - associated ectopic decida: report of a case and review of the literature. *J Med Assoc Thai*. 1998;81:918-22.
 58. Courtin P, Sepulveda S, Sauvageon X, Sfoggia D, Prudent J, Girard C, et al. Suspicion of pulmonary endometriosis in a woman presenting with pulmonary decida. *Apropos of a case. Cah Anesthesiol*. 1991;39:43-5.
 59. Flieder DB, Moran CA, Travis WD, Koss MN, Mark EJ. Pleuro-pulmonary endometriosis and pulmonary ectopic decida: a clinicopathologic and immunohistochemical study of 10 cases with emphasis on diagnostic pitfalls. *Hum Pathol*. 1998;29:1495-503.
 60. Kim YD, Min KO, Moon SW. Thoracoscopic treatment of recurrent pneumothorax in a pregnant woman: a case of ectopic decida. *Thorac Cardiovasc Surg*. 2010;58:429-30.
 61. Fair KP, Patterson JW, Murphy RJ, Rudd RJ. Cutaneous decida. *J Am Acad Dermatol*. 2000;43:102-7.
 62. Natale KE, Royer MC, Rush WL, Lupton GP. Cutaneous decida: a report of two cases of an unusual pseudomalignancy. *J Cutan Pathol*. 2012;39:777-80.
 63. Agarwal J, Gupta JK. Ectopic decida in association with adenomyosis presenting as fibroids in pregnancy-a case report. *Indian J Pathol Microbiol*. 1997;40:91-3.
 64. Bettinger HF. Ectopic decida in the renal pelvis. *J Pathol Bacteriol*. 1947;59:686.
 65. Szopinski TR, Sudol-Szopinska I, Dzik T, Borowka A. Ectopic decidual reaction in the urinary bladder presenting as a vesical tumor. *Urology*. 2009;74:1232-3.
 66. Gilardi EM, Migliarini AM, Remotti G, Ferrario I, Stillitani M. Cervical decida: What clinical relevance? *Cervix and the Lower Female Genital Tract*. 1988;6:303-9.
 67. Clement PB. Tumor-like lesions of the ovary associated with pregnancy. *Int J Gynecol Pathol*. 1993;12:108-15.
 68. Osullivan D, Heffernan CK. Decida peritonei in pregnancy - report of 2 cases respectively simulating carcinoma and tuberculosis. *J Obstet Gynaecol*. 1960;67:1013-6.
 69. Kwan D, Pang LS. Decida peritonei. *J Obstet Gynaecol Br Commonw*. 1964;71:804-6.
 70. Bret J, Coupeuz F, De Brux J. Decida of the uterine cervix: clinical & colposcopic aspects. *Gynecol Obstet*. 1959;58:199-207.
 71. Reis-Filho JS, Pope LZ, Milanezi F, Balderrama CM, Serapiao MJ, Schmitt FC. Primary epithelial malignant mesothelioma of the pericardium with decida features: cytohistologic and immunohistochemical study. *Diagn Cytopathol*. 2002;26:117-22.
 72. Serio G, Scattone A, Pennella A, Giardina C, Musti M, Valente T, et al. Malignant decida mesothelioma of the pleura: report of two cases with long survival. *Histopathology*. 2002;40:348-52.
 73. Mourra N, de Chaisemartin C, Goubin-Versini I, Parc R, Flejou JF. Malignant decida mesothelioma: a diagnostic challenge. *Arch Pathol Lab Med*. 2005;129:403-6.
 74. Nascimento AG, Keeney GL, Fletcher CD. Decida peritoneal mesothelioma. An unusual phenotype affecting young females. *Am J Surg Pathol*. 1994;18:439-45.
 75. Ustun H, Astarci HM, Sungu N, Ozdemir A, Ekinci C. Primary malignant decida peritoneal mesothelioma: a report of the cytohistological and immunohistochemical appearances. *Diagn Cytopathol*. 2011;39:402-8.