



<https://doi.org/10.24245/gom.v89i9.5093>

Deciduosis peritoneal difusa que en el embarazo simula carcinomatosis: reporte de un caso

Diffuse peritoneal deciduosis simulating carcinomatosis in pregnancy: case report.

Brenda Anaíd Torres-Ugalde,¹ Edgar Mendoza-Reyes,² Analilia Sandoval-Mejía,³ Manuel Ulises Reyes-Hernández⁴

Resumen

ANTECEDENTES: La deciduosis peritoneal difusa es benigna y rara, de aspecto macroscópico similar a la carcinomatosis y tuberculosis peritoneal. El diagnóstico de sospecha suele establecerse como hallazgo durante un procedimiento quirúrgico.

OBJETIVO: Describir las características clínicas, histopatológicas y el pronóstico de un caso clínico de deciduosis peritoneal difusa como hallazgo transoperatorio.

CASO CLÍNICO: Paciente de 24 años, sin antecedentes de interés, con 38.6 semanas de embarazo, que finalizó mediante cesárea por indicación obstétrica, con hallazgo transoperatorio de sospecha de carcinomatosis peritoneal: múltiples nódulos pétreos, friables y blanquecinos. El ultrasonido y la tomografía computada transoperatorios reportaron el hallazgo de múltiples implantes peritoneales en los órganos abdominales. El estudio patológico e inmunohistoquímico mostró deciduosis peritoneal difusa.

CONCLUSIONES: La deciduosis peritoneal es un fenómeno fisiológico benigno. Cuando su forma es difusa es importante establecer el diagnóstico diferencial con lesiones proliferativas o procesos infecciosos.

PALABRAS CLAVE: Neoplasias peritoneales; carcinomatosis peritoneal; órganos abdominales; embarazo; cesárea; diagnóstico diferencial; fenómeno fisiológico.

Abstract

BACKGROUND: Diffuse peritoneal deciduosis is a rare benign entity, with a macroscopic appearance like pathologies such as carcinomatosis and peritoneal tuberculosis. The suspected diagnosis is usually made as a finding during a surgical procedure.

OBJECTIVE: to describe the clinical, histopathological, and prognostic characteristics of a clinical case of diffuse peritoneal deciduosis as an intraoperative finding.

CLINICAL CASE: A 24-year-old patient with no history of interest, in a 38.6-week pregnancy, undergoing cesarean section for obstetric indication, with an intraoperative finding of suspected peritoneal carcinomatosis: multiple stony, friable, and whitish nodules. After the intervention, ultrasound and computed tomography were performed with findings of multiple abdominal organs peritoneal implants. The pathological and immuno-histochemical study showed diffuse peritoneal deciduosis.

CONCLUSIONS: Peritoneal deciduosis is a benign physiological phenomenon. In its diffuse form, it is important to make the differential diagnosis with proliferative lesions or infectious processes.

KEYWORDS: Peritoneal neoplasms; Peritoneal carcinomatosis; Abdominal organs; Pregnancy; Cesarean section; Diagnosis differential; Physiological phenomenon.

¹ Unidad Tocoquirúrgica.

² Servicio de Perinatología

³ Servicio de Anatomía Patológica.

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecoobstetricia 3 Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México.

⁴ Práctica privada, Hospital Ángeles Clínica Londres, Ciudad de México.

Recibido: diciembre 2020

Aceptado: febrero 2021

Correspondencia

Brenda Anaíd Torres Ugalde
carterbsb@gmail.com

Este artículo debe citarse como:

Torres-Ugalde BA, Mendoza-Reyes E, Sandoval-Mejía A, Reyes-Hernández MU. Deciduosis peritoneal que en el embarazo simula carcinomatosis: reporte de caso. Ginecol Obstet Mex 2021; 89 (9): 721-726.

ANTECEDENTES

La deciduosis, o decidua ectópica, es un grupo de células deciduales que se encuentra fuera del endometrio.^{1, 2} Walker von Solothurn fue el primero en describirla, en 1864, durante su observación en dos embarazos ectópicos.^{3,4} Es una reacción decidual infrecuente que ocurre en el contexto de altas concentraciones de progesterona (por ejemplo, en embarazo gemelar) o por una reacción exagerada del endometrio a la progesterona, por eso puede considerarse un proceso fisiológico.^{1,4,5,6} Debido a que solo se cuenta con reportes de caso, se desconoce la epidemiología real.

La incidencia varía según el lugar afectado: se reporta en 5.5% en las trompas uterinas, 40% en biopsias de epiplón y es hallazgo excepcional en otras localizaciones, como el peritoneo.^{4,7-10} Se desconoce la etiopatogenia, pero existen varias teorías. Una de las más aceptadas es la metaplasia de las células pluripotenciales del mesénquima subcelómico, debido a una posible sensibilidad de éste a la progesterona porque el corion y el estroma peritoneal tienen el mismo origen embriológico.^{1,5,9}

La deciduosis se localiza, habitualmente, en la serosa de los órganos pélvicos: cuello, útero, lámina propia de la trompa uterina y ovarios. Se han descrito otras localizaciones excepcionales: peritoneo, apéndice, omento, diafragma, hígado, bazo y pelvis renal.^{3,5} Es importante distinguirla de otras afecciones de aspecto similar: tuberculosis peritoneal, mesotelioma maligno, carcinomatosis, leiomiomas, rhabdomiomas, tumor trofoblástico del sitio placentario o metástasis de melanoma maligno porque cada una requiere un tratamiento diferente y el pronóstico es distinto en unas y otras.^{5,11}

El objetivo de este estudio fue: describir las características clínicas, histopatológicas y el

pronóstico de un caso clínico de deciduosis peritoneal difusa en el embarazo.

CASO CLÍNICO

Paciente de 24 años, con antecedente de dos embarazos y un aborto, sin comorbilidades ni historial previo de enfermedades relacionadas con el padecimiento actual. Se encontraba en el curso de las 38 semanas y 6 días de embarazo; acudió al servicio de Urgencias debido a la percepción de actividad uterina irregular y disminución de los movimientos fetales.

Durante la exploración física se detectaron: fondo uterino de 32 cm, feto en presentación cefálica, frecuencia cardiaca fetal de 175 latidos por minuto, cuello uterino largo, reblandecido, cerrado, sin pérdidas vaginales y pelvis ginecoide. En el registro cardiotocográfico se identificó taquicardia fetal persistente. Los exámenes de laboratorio reportaron: leucocitosis (20,400 por mm³) y ninguna otra alteración. No se identificó foco infeccioso aparente. Se decidió la finalización del embarazo por vía abdominal, para mejora del pronóstico fetal.

Durante el procedimiento se observaron múltiples lesiones nodulares en empedrado, infiltrantes, pétreas, de color blanquecino, friables y muy vascularizadas. Las lesiones se localizaban en el segmento uterino. Ambas correderas parietocólicas, el fondo de saco y la pared posterior de la vejiga se extendían a la raíz del mesenterio, *omental cake* (carcinomatosis). Además, se encontraron lesiones infiltrantes en el colon ascendente y en el intestino delgado terminal y adenopatías pélvicas de características inflamatorias (**Figura 1**). Debido a la impresión clínica de carcinomatosis se decidió tomar biopsias peritoneales para estudio transoperatorio. Se prolongó la incisión de la pared abdominal y se efectuó la histerotomía fúndica-corporal. Se obtuvo un recién nacido masculino de 3420

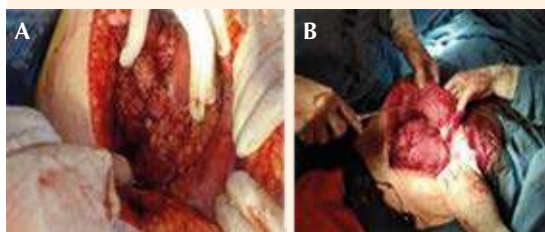


Figura 1. A) Múltiples implantes en el segmento uterino. **B)** Implantes en ambas correderas parietocólicas, plastrón en el ciego, íleon terminal y epiplón, friables y sumamente vascularizados.

gramos, con Apagar 8-9, Capurro de 39 semanas, placenta macroscópicamente normal, con calcificaciones y líquido amniótico claro. El cierre de la histerorrafia se efectuó en un plano, con puntos anclados. Se colocó satín hemostático y drenaje tipo Penrose, se efectuó el cierre de la pared abdominal de manera convencional, sin contratiempos. El sangrado fue de 1000 mL. El reporte del estudio transoperatorio fue: células deciduales.

El puerperio transcurrió de manera tórpida: a las 48 horas tuvo síntomas neurovegetativos. En la placa de rayos X del abdomen se observaron niveles hidroaéreos, sin datos de abdomen agudo; se decidió la conducta conservadora. La imagen tomográfica mostró escaso derrame pleural bilateral, hígado congestivo, ectasia piélica izquierda, distensión enteral por gas, colección anterior al útero de 64 x 127 x 48 mm y escaso líquido libre hacia el sitio del drenaje (**Figura 2**). El ultrasonido pélvico reportó: útero en ante-verso-flexión de 130 x 86 x 90 mm; no se observaron colecciones. La imagen hipoecóica reportó bordes regulares, de contenido mixto, de 46 x 71 x 46 mm, de predominio líquido, no sugerente de absceso pélvico (**Figura 3**). Los exámenes de laboratorio mostraron CA-125 de 76 U/mL, alfa-fetoproteína 27 UI/mL, leucocitos 25,200 por mm³ (neutrófilos 90%). Debido

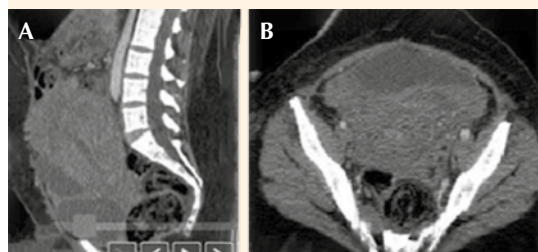


Figura 2. A) Corte sagital: colección hiperdensa en la cara anterior del útero. **B)** Corte axial: colección hiperdensa en el segmento uterino. Útero en involución, sin colecciones intrauterinas.

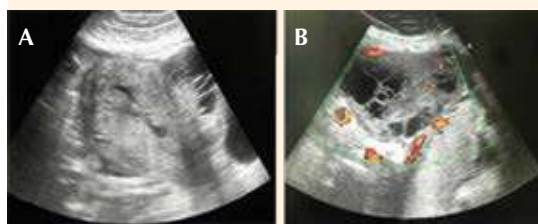


Figura 3. A) Imagen heterogénea de bordes irregulares, de predominio quístico en la cara anterior del útero, sin infiltrado a las estructuras adyacentes (útero y vejiga). **B)** Con el Doppler no se observa vascularidad central.

a la leucocitosis se le indicó tratamiento con antibiótico. La evolución clínica posterior fue favorable, sin datos de abdomen agudo o respuesta inflamatoria sistémica, por lo que se decidió su alta del hospital al noveno día posquirúrgico, clínicamente estable.

En el examen macroscópico de la muestra se observaron fragmentos de tejido con múltiples nódulos firmes y blanquecinos, de 5 mm, dispuestos en la superficie y espesor del tejido remitido. Estaban formados por proliferación de células grandes, poligonales, con citoplasma amplio y eosinófilo; con patrón de crecimiento

lobulado, en nidos y con células inflamatorias de tipo crónico. Los núcleos eran vesiculosos, en ocasiones pleomórficos con binucleaciones y nucléolo evidente (**Figura 4**). El estudio de inmunohistoquímica reportó receptores de estrógeno y progesterona positivos (80%) (**Figura 5**), lo que confirmó el diagnóstico de deciduositis peritoneal difusa.

DISCUSIÓN

La deciduositis peritoneal se clasifica en focal (97%) o difusa (3%).^{1,11} Las lesiones floridas pueden observarse durante la cirugía, como un hallazgo fortuito, detectado en las biopsias durante una cesárea, apendicectomía o ligadura

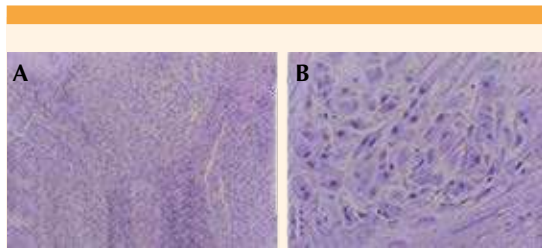


Figura 4. A) Tinción de hematoxilina-eosina: células grandes, poligonales, citoplasma amplio y eosinófilico con núcleos vesiculosos y prominentes. **B)** Acercamiento: abundancia de capilares.

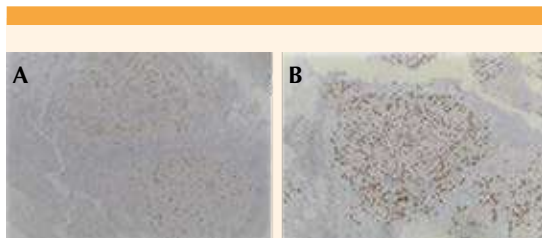


Figura 5. A y B) Tinción de inmunohistoquímica que muestra los receptores de progesterona y estrógenos positivos +++ en más del 80%.

tubárica en el posparto. Se manifiestan en forma de nódulos o placas múltiples, blanco-grisáceas, con hemorragia focal, en la superficie peritoneal.^{2,11} En la mayoría de los casos la deciduositis se asocia con el embarazo normal; desde el punto de vista clínico es una enfermedad asintomática. A veces pueden diagnosticarse por sus complicaciones: choque hipovolémico, apendicitis aguda, íleo mecánico, entre otras.^{12,13} Las características habituales de esta entidad se identificaron en la paciente del caso: hallazgo fortuito de múltiples nódulos diseminados en la superficie peritoneal, asociados con el embarazo a término, previamente asintomática, con evolución tórpida durante el posoperatorio.

Los estudios de imagen pueden evidenciar la existencia de múltiples nódulos en diferentes localizaciones o imágenes compatibles con las diversas complicaciones; sin embargo, el diagnóstico solo se confirma mediante anatomía patológica.

Cuando la deciduositis es difusa, suele confundirse con enfermedades malignas que originan carcinomatosis; por esto, los estudios de patología e inmunohistoquímica juegan un papel decisivo en la diferenciación y caracterización de estas lesiones.^{1,3,14} En la descripción del caso clínico se evidenció el procedimiento clínico habitual, en el que la primera sospecha diagnóstica fue de patología maligna; se estableció el diagnóstico definitivo de deciduositis peritoneal con base en los hallazgos de anatomía patológica; esto cambió radicalmente el pronóstico.

En el análisis microscópico se observaron células poligonales, deciduales, submesoteliales, citoplasma eosinófilico abundante, núcleos blandos, cromatina dispersa y un solo nucléolo. No hubo pleomorfismo, hipertrofia o actividad mitótica.^{5,12} La vacuolización decidual y, por lo tanto, el riesgo de sangrado se relaciona con la duración del embarazo.^{3,15}



En la inmunohistoquímica, las células deciduales son vimentina positivas, receptores de progesterona y de estrógenos positivos, desmina positiva focal, CD10 y actina de músculo liso.^{5,11} La inmunorreactividad para CK 5/6 y calretinina, EMA y HBME-1 difuso favorece el diagnóstico de mesotelioma, mientras que las citoqueratinas positivas apoyan el diagnóstico de carcinoma metastásico.^{5,11} En el caso expuesto, el diagnóstico y pronóstico precisos se establecieron con base en el reporte histopatológico, con reporte de los datos clásicos descritos.

El procedimiento diagnóstico adecuado, ante la sospecha de deciduos peritoneal difusa, incluye la evaluación cuidadosa de toda la cavidad abdominal, toma de biopsias para estudio transoperatorio y el estudio histopatológico definitivo. En hospitales de segundo nivel, o donde no se cuenta con la posibilidad del estudio transoperatorio, deberán tomarse biopsias y referir al hospital correspondiente; solo debe atenderse la urgencia obstétrica. Las notas operatorias deben incluir la descripción detallada de toda la cavidad abdominal, localización y diámetro de las lesiones o implantes tumorales. No se recomienda tomar decisiones oncológicas basadas solo en el estudio transoperatorio porque puede haber discrepancia con el reporte definitivo, incluso hasta en el 30% de los casos.¹⁶

Las lesiones no requieren tratamiento porque involucionan espontáneamente en 4 a 6 semanas del posparto.^{5,12} Las pacientes suelen permanecer asintomáticas durante el puerperio; el ultrasonido abdominal no muestra evidencia de las lesiones después del procedimiento.⁵ Si bien es una enfermedad benigna, tiene predisposición a las recidivas en los embarazos posteriores.¹⁵

CONCLUSIONES

La deciduos peritoneal difusa en el embarazo es excepcional; sin embargo, puede asemejar:

carcinomatosis y tuberculosis peritoneal. El diagnóstico definitivo se establece mediante el estudio histopatológico. El pronóstico es bueno: desaparece espontáneamente durante el puerperio.

REFERENCIAS

1. Juaneda MJ, Alberte LL, Chantada de la Fuente D, Peteiro CM. Deciduos peritoneal difusa simulando un mesotelioma deciduoide en una paciente primigrávida. *Rev Esp Patol* 2017;50(4):239-42. DOI: 10.1016/j.patol.2016.06.004.
2. 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 (11): 2615-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3816836/>
3. Bolat F, Canpolat T, Tarim E. Pregnancy-related peritoneal ectopic decidua (deciduos): morphological and clinical evaluation. *Turk Patoloji Derg* 2012; 28 (1): 56-60. doi:10.5146/tjpath.2012.01098.
4. Huelga E, Gómez MD, Sánchez MD. Deciduos peritoneal. *Prog Obstet Ginecol* 2004; 47 (6): 300-2. doi: 10.1016/S0304-5013(04)76007-0
5. 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. doi:10.4103/0377-4929.43746
6. Arias MS, Viguri AL, Rodríguez GJ, Castro EE, Reurich GP, Lirola AA, et al. La deciduos peritoneal. ¿Conocemos esta entidad? *Cir Esp* 2014; 92 (Espec Congr): 747. <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-congresos-30-congreso-nacional-cirugia-14-sesion-coloproctologia-1275-comunicacion-la-deciduos-peritoneal-conocemos-esta-13758#>
7. 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 (6): 430-2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6887151/>
8. Bedivan M. Decidual Changes in the Epiploon during intrauterine Pregnancy. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1991; 86 (3): 221-3.
9. Büttner A, Bässler 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 (3): 352-9. doi:10.1016/S0344-0338(11)80519-4
10. O'Leary SM. Ectopic decidualization causing massive postpartum intraperitoneal hemorrhage. *Obstet Gynecol* 2006; 108 (3 Pt 2): 776-9. doi: 10.1097/01.AOG.0000200596.98039.c5.
11. Cruz DB, Dharam T, da Rocha VW, Dupont RF. Diffuse peritoneal deciduos mimicking metastatic lesions. *BMJ*

- Case Rep 2014; 2014: bcr2013202480. doi:10.1136/bcr-2013-202480.
12. Jeong Hyeon Kim, Ka Hyun Nam, Ja Young Kwon, Young-Han Kim, Yong Won Park. A Case of Ovarian Deciduosus in Pregnancy. Korean J Obstet Gynecol 2011; 54 (7): 373-6. doi:10.5468/KJOG.2011.54.7.373.
 13. Canlorbe G, Goubin-Versini I, Azria E, Abdul-Razak R, Muray JM. La déciduose ectopique: variabilités de présentation pendant la grossesse et diagnostics différentiels [Ectopic decidua: variability of presentation in pregnancy and differential diagnoses]. Gynecol Obstet Fertil 2012; 40 (4): 235-40. doi:10.1016/j.gyobfe.2012.02.008
 14. Galão AO, Ramos-Lima LF, Schuh F, Golbspan L, Grezzana TJ. Ectopic decidua in pregnancy discovered incidentally during caesarean delivery. J Obstet Gynaecol 2013; 33 (2): 207-8. doi:10.3109/01443615.2012.729109
 15. Bengoechea TA, Alarcón AI, Pérez GD, Pacheco GJ, Fernández SJ. Deciduosus apendicular como forma de presentación de abdomen agudo. Clin Invest Ginecol Obstet 2015; 42 (2): 95-6. doi: 10.1016/j.gine.2013.12.002
 16. Gallardo RD, Cantú-de-León D, Alanís LP, Álvarez AM, Bañuelos FJ, Herbert NG, et al. Tercer Consenso Nacional de Cáncer de Ovario 2011. Grupo de Investigación en Cáncer de Ovario y Tumores Ginecológicos de México "GICOM". Rev Invest Clin 2011; 63 (6): 665-702. <http://juntoscontraelcancer.mx/jcc/wp-content/uploads/2017/06/156-GPC-RevistaInvestigacionClinica-CancerOvario-ConsensoNacional.pdf>

CITACIÓN ACTUAL

De acuerdo con las principales bases de datos y repositorios internacionales, la nueva forma de citación para publicaciones periódicas, digitales (revistas en línea), libros o cualquier tipo de referencia que incluya número doi (por sus siglas en inglés: Digital Object Identifier) será de la siguiente forma:

REFERENCIAS

1. Yang M, Gou, ZW, Deng CJ, Liang X, et al.* A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. J Obstet Gynaecol Res. 2017;25(11):239-42. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04..0015>**

* Cuando la referencia contiene hasta tres autores, éstos se colocarán de forma completa. En caso de 5 autores o más, solo se colocan cuatro, seguidos de la palabra en latín "et al".

** El registro Doi deberá colocarse con el link completo (como se indica en el ejemplo).