

5

EL CASO DE INFECCIOSAS Malacoplaquia renal, duodenal y retroperitoneal

Presentación de un caso y revisión del tema

Alejandro Vélez H.¹

Andrés Ángel M.²

Carlos Uribe ³

Rodolfo Raad ³

Juan Fernando Uribe ³

Sergio Jaramillo V. ³

Samuel Blanco ³

Hugo Correa⁴

RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer de 52 años, residente en Medellín, quien consultó al Hospital Pablo Tobón Uribe con historia de Diabetes Mellitus y 2 meses de evolución de fiebre, escalofríos, disminución de peso y presencia de masa retroperitoneal, con compromiso de riñón derecho y duodeno.

El diagnóstico de malacoplaquia fue hecho por biopsia y confirmado en el Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas de Washington

¹ Profesor de Patología U.P.B y Patólogo HPTU

² Patólogo Hospital General de Medellín

³ Departamentos de Urología, Laboratorio Clínico y Cirugía Hospital Pablo Tobón Uribe

⁴ Profesor de Cirugía U. de A.

Separatas: Alejandro Vélez, A.A. 56006. Medellín, Colombia S.A.

Este caso corresponde al tercero colombiano y el primero de esta localización. El paciente recibió tratamiento con ciprofloxacina y 2 años después continúa en buenas condiciones de salud.

Palabras clave: Malocoplaquia, masa retroperitoneal.

ABSTRACT

Here we present a case of a 52 year old woman resident in Medellín, Colombia, who came for a check up to the Hospital Pablo Tobon Uribe with a history of Diabetes Mellitus and with two-month symptoms of fever, chills, weight loss, and a retroperitoneal mass along with a compromise of a right kidney and duodenum. The diagnosis of Malacoplakia was done with a biopsy and confirmed at the Pathology Institute of the Armed Forces in Washington.

This is the third case diagnosed in Colombia and the first one located in this site. The patient received treatment with ciprofloxacin and two years after treatment she still in good health conditions.

Key words: Malacoplakia, retroperitoneal mass

INTRODUCCIÓN

El término malacoplaquia hace referencia al griego "placa blanda" y está caracterizado por un patrón peculiar de reacción inflamatoria, la que macroscópicamente presenta masas amarillas elevadas que clínicamente pueden parecerse a un cáncer. Esta enfermedad tiene aptitud por el tracto genitourinario y gastrointestinal y en raras instancias puede comprometer pulmón, piel, huesos, ganglios linfáticos mesentéricos, testículo, apéndice cecal, tiroides, uretra y globo ocular (3, 4, 5, 6, 7, 9, 13). Se presenta en pacientes con trastornos de la inmunidad celular, como una respuesta exagerada frente a microorganismos; los más frecuentemente involucrados son *Escherichia Coli*, *Estafilococo aureus*, *Rhodococcus equi* y micobacterias (2, 7, 8).

La entidad fue descrita en 1901 por Von Haserman en Berlín; un año después, Michaelis y Guttmann realizaron una descripción detallada e identificaron las estructuras redondas intracelulares en "tiro de diana", que actualmente llevan su nombre y que se consideran marcadores histológicos característicos de la lesión (3, 7, 14).

Hasta 1996 han sido publicados 200 casos en la literatura (3). En Colombia y en Antioquia, esta entidad se ha considerado una enfermedad exótica. Solamente en 1997 fue publicado el primer caso de esta entidad, por Raad R., Vélez A., Ángel y Uribe en la Revista Colombiana de Urología (1); hasta el momento se han registrado 4 casos en el Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín.

En la gran mayoría de los pacientes, la impresión clínica es de cáncer, y el diagnóstico se establece por estudio anatomopatológico.

Con este informe pretendemos motivar a la comunidad médica sobre el diagnóstico y búsqueda de enfermedades poco comunes en nuestro medio (15, 16, 17, 18).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una mujer de 52 años, residente en Medellín, quien consultó al Hospital Pablo Tobón Uribe con historia de dos meses de dolor en hipocondrio, flanco y fosa ilíaca derechos; asociado a fiebre subjetiva, escalofríos, diaforesis y disminución de peso subjetiva. La revisión por sistemas mostró edema de miembros inferiores. Los antecedentes personales: diabetes no insulino dependiente en tratamiento con Euglucón 15mg / día.

Al examen físico se encontró una paciente en regulares condiciones generales, consciente y orientada.

La presión arterial era 140/80 y la frecuencia cardíaca de 76 por minuto. En el abdomen se palpó masa de 15 por 10 cm a nivel del flanco y fosa ilíaca derecha dura y dolorosa a la palpación.

Citoquímico de orina: turbio, glucosa 500 mg/dl, pH 5, el sedimento con leucocitos 20 - 30 por campo, eritrocitos más de 50 por campo.

Hemograma: leucocitos: 162.000
hemoglobina: 13
Sedimentación: 10

Creatinina : 0,81

Glicemia: 467 mg/ dl

Urocultivo: más de 100.000 colonias de *E. coli*, sensible a gentamicina, norfloxacin, ácido nalidíxico y resistente a trimetropin sulfá y nitrofurantoinas.

La ecografía abdominal mostró masa retroperitoneal, que ocupaba la topografía del músculo psoas y tenía también efecto de masa sobre el riñón derecho (ver Figura 1), en relación con gran absceso que comprometía la grasa perirrenal; se sugirió que podría ser piógena o granulomatosa.

La paciente fue llevada a cirugía, y la laparotomía exploradora encontró un tumor retroperitoneal derecho que invadía y a su vez desplazaba el riñón de este lado. Invadía parcialmente el músculo psoas, la pared abdominal posterior y parcialmente la tercera porción del duodeno. Existía una colección de líquido espeso y amarillo, el cual se envía a cultivo. Se realizó nefrectomía y biopsia del tejido retroperitoneal.

En el postoperatorio, la paciente evolucionó adecuadamente y fue dada de alta diez días después, con tratamiento a base de ciprofloxacina durante un mes.

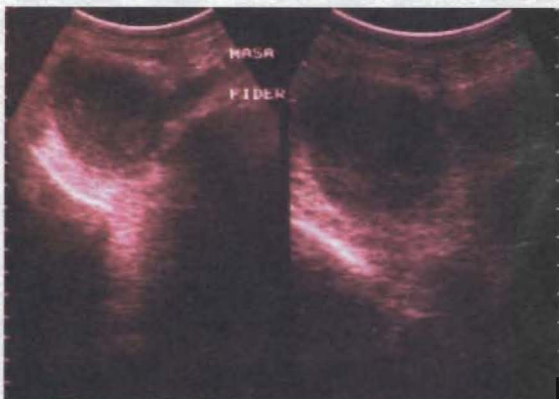


Figura 1: Ecografía: Masa peritoneal y renal

Los estudios histopatológicos mostraron un fragmento de riñón y tejidos blandos retroperitoneales que pesaban 400 g, áreas de necrosis, acúmulos de histiocitos, en ocasiones espumosos, con polimorfonucleares neutrófilos y numerosos cuerpos de Michaelis Guttman (ver Figuras 2 y 3), las cuales hicieron el diagnóstico de malacoplaquia, confirmado en el Departamento de Uropatología del Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas de Washington por los doctores Mostoffi, Brinsko y Sesterhenn.

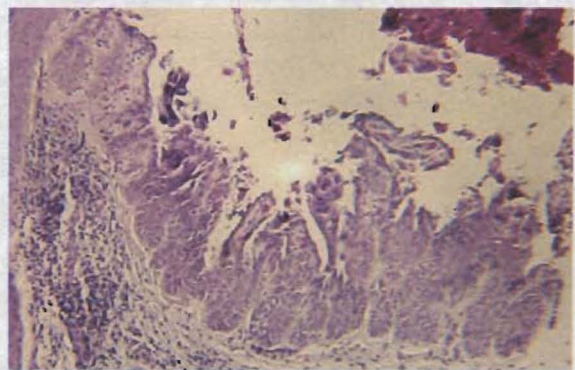


Figura 2: Histopatología muestra áreas de necrosis, acúmulos de histiocitos, polimorfonucleares y cuerpos de Michaelis Guttman

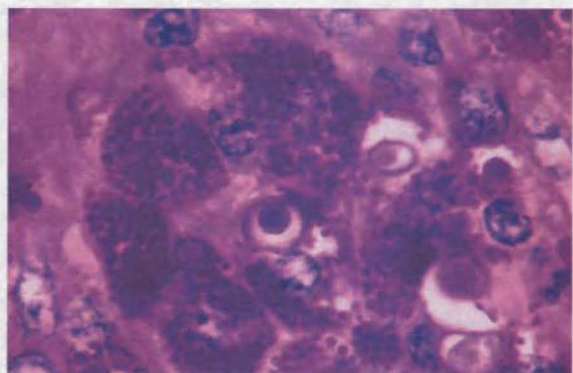


Figura 3. Coloración P.A.S. Cuerpos de Michaelis Guttman

Los cultivos del tejido renal y retroperitoneal informaron *Escherichia Coli*.

En la última revisión, dos años después de la cirugía, se encontró a la paciente en excelentes condiciones.

DISCUSIÓN

Esta paciente corresponde al primer caso colombiano de malacoplaquia, con compromiso de riñón, duodeno y retroperitoneo; en 1981, Stanton and Maxted revisaron 153 casos de esta enfermedad y observaron que había con compromiso del tracto genitourinario en 58%, localizados en vejiga, 41%, y en riñón 16% (2). En la revisión de McClure, 180 casos, se encontró mayor incidencia en mujeres, en relación de 4 a 1, con un pico a los 50 años y compromiso por fuera del tracto urinario.

En la literatura sólo se han reportado 5 casos, con compromiso concomitante de riñón, duodeno y retroperitoneo (2, 7, 11).

La malacoplaquia se asocia a enfermedades debilitantes en el 40% de los pacientes con enfermedades autoinmunes, cáncer e infecciones del tracto urinario, causadas por bacterias coliformes como *E coli* en el 75% de los pacientes (2,9)

Clínicamente hay tres formas de presentación: 1) como infección de vías urinarias en mujeres adultas, ocasionalmente asociada a insuficiencia renal; 2) con localización extravesical con cuadro clínico de masa; 3.) asociada a inmunodeficiencias. Sin embargo, a la fecha, no hay un cuadro clínico o radiológico característico de la enfermedad, y el diagnóstico sólo se logra por estudio anatomopatológico (7).

Microscópicamente, la lesión está formada por macrófagos espumosos, rodeados por linfocitos y escasas células gigantes multinucleadas. El macrófago es de gran tamaño, con citoplasma abundante granular eosinófilo; granulaciones son positivas con la coloración de ácido peryódico de Schiff (PAS), Alcian blue y Von Kossa para calcio y se debe a la presencia de fagosomas repletos de restos particulados y membranosos de origen bacteriano. Además se han observado concreciones mineralizadas laminadas, denominadas cuerpos de Michaelis Guttman, en el interior de los macrófagos que miden entre 5 y 15 micras con aspecto de "tiro de diana" (2, 7, 10, 11, 12, 14)

La microscopía electrónica revela que las células contienen numerosos fagolisosomas. Los cuerpos de Michaelis Guttman se producen por depósito de material electro denso calcificado en lamelas en borlas; bacterias pueden ser vistas en los macrófagos en diferentes estados de digestión. (12)

En un seminario de patología realizado en 1966, solamente el 10% de los patólogos hicieron el diagnóstico en estudios histológicos. (6)

La malacoplaquia representa un defecto adquirido en la destrucción lisosomal de las bacterias digeridas, además de una deficiencia en la B glucuronidasa y 3, 5 deshidrogenasa monofosfato guanosina. (2)

Clínicamente, su presentación varía: si es en el riñón, hay fiebre y dolor; y en retroperitoneo, masa palpable, fácilmente confundida con un tumor; por eso su diagnóstico clínico es difícil y generalmente sólo se hace por biopsia; el tratamiento incluye

resección quirúrgica y antibióticos de acuerdo con la localización y extensión de la enfermedad. Se han utilizado actualmente ciprofloxacina y otros, como trimetropin sulfa, sulfonamidas y rifampicina (6, 10).

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas de Washington, a los Doctores Mostoffi, Sesterhenn y Brinsko del Departamento de Patología Genitourinaria en la evaluación de este caso

REFERENCIAS

1. Raad R., Vélez A., Angel A., Uribe J. Visión de la Malacoplaquia a través de una presentación inusual: la próstata Rev. Col Urol 1997; 6: 93-95
2. Chen, C. Kuen Lai, M. Hwang, T and Chuang T. Renal malacoplaquia with hepatoduodenal involvement. J Urol 1994; 151: 982-985
3. Jeffrey, Brian. Chandrasoma, P. Greaves, T. Fine Needle Aspiration of malacoplakia of the Thiroid. A Case report. Acta Cytologica. 1996; 40: 970-974
4. Bruni, F. Malacoplaquia de la próstata. Patología 1994; 32: 49-50
5. Fox, H. Nodular Histiocitic prostatitis. J Urol 1996; 96: 372-374
6. Dohle, G. Zwartendijk, J. Van Krierken, JH. Urogenital Malacoplakia Treated with Fuoroquinolones. J Urol 1993; 46: 1518-1520
7. Gamboa, A. Lavenan, Y. Olvera, J. et al. Malacoplaquia en colon y retroperitoneo Informe de dos casos. Patología 1994; 32: 185-189
8. Rhodes, R. Wittmann, A. Malacoplakia of the Prostate following chronic urinary infection tract infection. J of Urol 1977; 117: 808-810
9. Hurwitz, G. Reimund, E. Moparty, K. Hellstrom, W: Bilateral renal Parenquimal malacoplakia: a case report. J Urol 1992; 147: 115-117
10. Van Furth, R. Vant, J. Wertheimer, P.A. Zwartendijk, J. Ciprofloxacina for treatment of malacoplakia. Lancet. 1992; 339: 148-149
11. Povysil. C. Extravesical malacoplakia. Archiv. Pathol 1974; 97: 273-276
12. Ross A. Bissada N. Extensive pelvic Malacoplakia: Diagnosis and Management. J Urol 1995; 154: 523-524
13. Karaiossifidi, H. Kouri, E. Malacoplakia of the urethra: a case of unique localization with follow up. J Urol 1992; 148: 1903-1904.
14. Cohen, M. Renal malacoplakia. Urol Clin North Am. 1986; 632-633 .
15. Vélez, A. Robledo, M. Arango, J.C. Rinosporidiosis. Medicina UPB. 1998; 17: 49-54
16. Vélez, A. Robledo, M. Builes, M. Coccidioidomycosis pulmonar: Informe de un caso autóctono. Medicina UPB. 1997; 2: 148-149
17. Ochoa, L. Duque, S. Vélez, A. Rhinoentomofotomycosis. J Laring Otol. 1996; 110: 1154-1156
18. Pérez, P. Vélez, A. Histiocitosis sinusal con linfadenopatía masiva (enfermedad de Rosai Dorfman). I atreia 1995; 8: 166-169