

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE ÁVILA

**Malacoplaquia intravesical. A propósito de un caso.
Intravesical malacoplaquia. Apropos of a case.**

Pedro J. Cepero Olivera (1), Jorge Luis Santana Pérez (1), Esther Estrada Espinosa (2).

RESUMEN

Se describe un caso clínico que acude a consulta de urología, del sexo femenino, de 23 años de edad, con antecedentes de procesos inflamatorios pélvicos a repetición manifestando dolor en hipogastrio y hematuria macroscópica. En los estudios realizados encontramos alteraciones en el urocultivo donde creció una E. Coli, ultrasonido diagnóstico donde se observaba una tumoración de aproximadamente 5 cm en cara lateral derecha de base sesil, lo cual fue corroborado con la cistoscopia, encontrando una lesión de color amarillento, se realiza biopsia y arroja como resultado Malacoplaquia intravesical. Se pone tratamiento con antibiótico según antibiograma y a los 30 días se realiza tratamiento quirúrgico definitivo.

Palabras clave: MALACOPLAQUIA / MICHAELIS GUTMANN / VON HANSEMAN.

1. Especialista de 1er grado en Urología Profesor Instructor.
2. Especialista de primer grado en Anatomía Patológica. Profesora Asistente

INTRODUCCIÓN

Unas de las patologías más atendidas por los médicos en sus consultas son las infecciones del tractus urinario. Las mismas son causadas por gérmenes gran negativos fundamentalmente, presentándose como la de mayor incidencia la E. Coli. Múltiples son las manifestaciones clínicas de esta entidad nosológica dependiendo de su localización, uno de los órganos más afectados es la vejiga, sobre todo en el sexo femenino.

No por lo frecuente de estas afecciones debemos ser superficiales en su estudio, puesto que existen patologías de causas infecciosas, como es el caso de la Malacoplaquia intravesical que conjuntamente con la cistitis intersticial constituyen un enigma cuya patogenia se hace más difícil a los estudios de dichas materias.

La Malacoplaquia intravesical fue descrita por primera vez en el año 1901 en un paciente que murió de Tuberculosis pulmonar. Se continuó estudiando la patología y se encontró que la misma puede afectar órganos como el aparato digestivo, huesos, piel, pulmones, ganglios linfáticos mesentéricos, hígado, vesícula biliar, lengua y cerebro. Considerándose en la actualidad una enfermedad granulomatosa crónica. Por tal motivo describimos un caso el cual nos ayudará a la mejor comprensión de esta entidad.

CASO CLINICO

Paciente de 23 años de edad, femenina, con antecedentes de inflamaciones pélvicas a repetición, sin hábitos tóxicos, que acude a consulta de Urología aquejada de dolor en hipogastrio, disuria, tenesmo vesical y hematuria macroscópica total con reforzamiento terminal. Al examen físico encontramos como datos positivos dolor a la palpación superficial y profunda en hipogastrio y hematuria macroscópica, el examen ginecológico fue normal. Se realizaron complementarios los cuales dieron como resultado lo siguiente: Hb: 120 g/l, eritro: 70mm, creatinina: 58 umol/l, TG P 10UI, TGO 5 UI, glicemia 4,0mmol/l, urocultivo donde creció una E. coli, ultrasonido diagnóstico: riñones de tamaño y posición normal con

buen parénquima sin pielocaliectasia, vejiga de buena capacidad observándose hacia la cara lateral derecha una tumoración que crece hacia el interior de 50 x 36 mm con base sesil sin otras alteraciones. Urograma descendente en el cual se aprecia en la vista cistográfica defecto de lleno a nivel de la cara lateral derecha, resto del examen normal. Citología urinaria: no se observaron la presencia de células tumorales. Cistoscopia que muestra vejiga de buena capacidad, meatos ureterales sin alteraciones, hacia la cara lateral derecha encontramos una tumoración de aproximadamente 5 cm con base sesil, redondeada, superficie lisa, de color amarillento. Realizándose biopsia por vía endoscópica. Microscópicamente se observan células de Von Hanseman y cuerpos de Michaelis-Gutmann compatible con una Malacoplaquia intravesical. (Fig. 1-3).

Se comienza tratamiento con antibiótico terapia en correspondencia con el antibiograma empleando Rocephin (1g) IM cada 12 horas por 10 días para continuar posteriormente con Ciprofloxacina 500mg diarios por un mes.

Posteriormente se realizó cistoscopia evolutiva encontrándose poca variación con relación a la lesión anteriormente descrita. Se decide realizar el tratamiento quirúrgico definitivo por cirugía abierta debido a la extensión de la lesión. Con una recuperación satisfactoria.

Se evolucionó endoscópicamente cada 6 meses durante 5 años manteniendo profilaxis antimicrobiana por 6 meses, sin presentarse residivas de la lesión, los urocultivos fueron negativos a partir del siguiente mes de la operación, normalizándose la eritrosedimentación. Actualmente se encuentra de alta.

DISCUSIÓN

Múltiples lesiones vesicales pueden cursar con hematuria macroscópica y con síntomas urinarios bajos como es el caso de las neoplasias vesicales, donde el carcinoma transicional es el más frecuente y se observa sobre todo en pacientes expuestos a sustancias químicas como el humo del cigarro. Otras patologías como la Bilharsiasis se pueden manifestar de esta manera, pero hay antecedentes de estar en zonas endémicas.

En el caso de las cistitis intersticiales se presentan en la forma clásica con cicatrices y ulceraciones en la pared vesical, llamada esta enfermedad Ulcera de Hunner. Hay enfermedades granulomatosas crónicas donde se pueden presentar casos clínicos que se confunden con procesos oncoproliferativos de vejigas y tal es el caso de la tuberculosis genitourinaria la cual es secundaria a algún otro foco de tuberculosis.

En el caso de la Malacoplaquia observamos una mayor frecuencia en el sexo femenino 4:1 con respecto al masculino, se ve asociado a pacientes inmunosuprimidos o con enfermedades crónicas. En un gran porcentaje de los casos (95%) los cultivos son positivos, siendo los gérmenes más frecuentes los colibacilos. En el sistema genitourinario no solo es afectada la vejiga, estudios realizados por Campbell y otros autores demuestran que la vejiga se afecta en un 40%, uréter 11%, parénquima renal 16% y el retroperitoneo 16%.⁽¹⁻³⁾

Aunque se plantea un origen infeccioso es algo incierto ya que hay casos que no guardan relación con infección alguna, sino a una reacción tisular peculiar que se debe a una modalidad de respuesta del paciente, la lesión típica histológica la constituyen las células de Von Hanseman que son histiocitos macrófagos con citoplasma abundante con lípidos en su interior, inclusiones intracelulares bacterianas y formaciones mineralizadas que contienen hierro, calcio y fósforo denominados cuerpos de Michaelis – Gutmann (3-8).

A pesar de que todos los autores coinciden en que debe primar el tratamiento con antibióticos tanto locales como sistémicos según el antibiograma, también se necesita de la cirugía endoscópica o a cielo abierto para erradicar las lesiones en caso que sean extensas(9).

ABSTRACT

There has been described a clinical case that come to urology consultation room, feminine sex, 23 years old, with repetitive antecedents of inflammatory processes. Stating hypogastrium pain and macroscopic haematuria . In the recently attending studies we found alterations in the urine test where grew up a E. Coli, diagnosed ultrasound where it was observed a tumour of arproximately 5 cm in right lateral of

sessile base, what was corroborated with the cystoscopy, finding a yellow injury and it's done a biopsy which shows an intravesical malacoplaquia. It's initiated a treatment with antibiotics and after 30 days it's done a definitive surgical treatment.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Walsh R, Waughan W. Campbell's urology. 18 ed. Baltimore: Elsevier; 2003.
2. García Díez J, Benítez Álvarez ME, Guerrero González R. Malacoplaquia renal: Presentación de un nuevo caso. Arch Esp Urol. 2005; 58(1):1-6.
3. Rosenberg H. Anatomía patológica de los aparatos urinario y genital masculino: Patología de la vía urinaria. Madrid: Salvat; 2000.
4. Ballesteros Sampol J. Malacoplaquia, presentación de cuatro casos y revisión de la literatura. Arch Esp Urol. 2001; 54:768-770.
5. Stanton MJ, Maxted W. Malacoplaquia, a study of concepts of pathogenesis, diagnosis and treatment. Urol. 1981; 12:139-142.
6. Foschini MP, Scarpellini F, Rinaldi P, Mancini AF, Accenelli G, Eusebi V. Inflammatory pseudotumor of the urinary bladder. Study of 4 cases and review of the literature. Pathological. 1995; 87(6):653-658.
7. Velásquez JG, Vélez A, Uribe JF. Malacoplaquia en Urología. Reporte de una serie de casos en un Hospital Universitario de Medellín, Colombia. Rev Venez Urol. 2005; 61(1):49-57.
8. Pozo Mengual B, Burgos Revilla FJ, Briones Mardones G. Malacoplaquia vesical con afectación ganglionar y curso agresivo. Actas Urol Esp. 2003; 27(2):125-128.
9. De Prieseo ML, Gualquirián I, Castillo WS. Malacoplaquia renal con comportamiento infiltrativo local. Rev Ven Urol. 2004; 58(2): 85-86.
10. Borrajero Martínez J, Ochoa Ochoa C. Aumento de volumen en riñón trasplantado. [página en Internet]. 2003. V Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica 2002. [citado 24 Ene 2006]. [aprox 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.uninet.Edu/CongAnat/Autores/Trabajos/+032>

Figura: 1

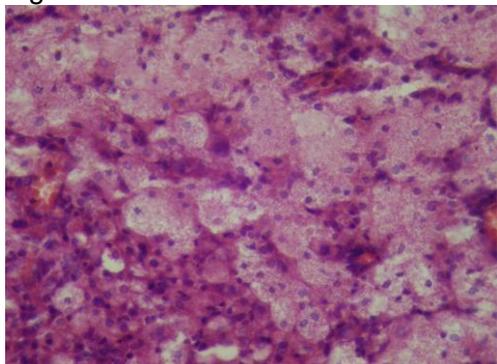


Figura: 2

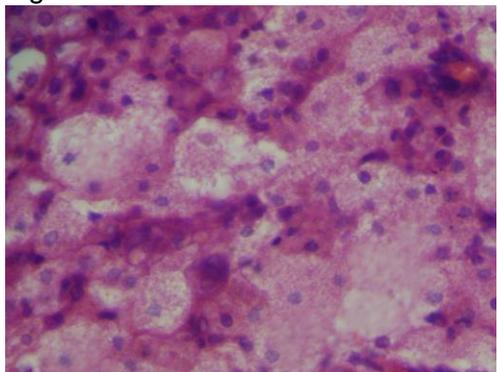


Figura: 3

