

Malacoplaquia del tracto genital femenino

Senaide Paiva, Manuel Meneses, María Gracia Ramos, Ligia González M.

Maternidad "Concepción Palacios", Ambulatorio "Simón Bolívar"

RESUMEN

La malacoplaquia es un proceso granulomatoso inflamatorio crónico, poco frecuente que en raras ocasiones afecta el tracto genital femenino. Esta enfermedad parece ser debida a un defecto adquirido en la función bactericida de los histiocitos, estando con frecuencia asociada a bacterias coliformes, particularmente a Escherichia coli.

Presentamos el primer caso de malacoplaquia en el tracto genital femenino reportado en Venezuela.

Palabras claves: *Malacoplaquia. Tracto genital femenino.*

SUMMARY

Malacoplakia is an uncommon form of chronic granulomatous inflammation, which rarely affects the female genital tract. The disease appears to be an acquired defect in bactericidal function of histiocytes. The organisms most commonly associated, have been coliform bacteria, particularly Escherichia coli.

We report the first case of malacoplakia of the female genital tract in Venezuela

Key words: *Malacoplakia. Female genital tract.*

INTRODUCCION

La malacoplaquia es una forma poco frecuente de inflamación granulomatosa crónica, la cual usualmente afecta al sistema urinario y en raras ocasiones el tracto genital femenino. La lesión originalmente fue descrita en 1902 por Michaelis y Guttman; en 1903 Von Hauseman introduce el término de malacoplaquia (1). En la literatura internacional se han reportado sólo 19 casos de esta

entidad patológica en el tracto genital femenino y ninguna a nivel nacional. Nuestro caso se presentó como una masa anexial la cual semejaba un tumor ovárico.

Descripción del caso

Paciente femenina de 33 años de edad, VIII gesta, III para, V abortos, quien consultó a la Maternidad "Concepción Palacios" por dolor pélvico de cinco años de evolución, con antecedentes de leucorrea, cistitis a repetición y conización de cuello uterino tres meses antes por neoplasia intraepitelial cervical de alto grado. El examen físico reveló dolor leve a la palpación profunda de hipogastrio y fosa ilíaca izquierda y útero aumentado de tamaño y consistencia.

La ecosonografía pélvica mostró hallazgos compatibles con fibromatosis uterina. Se realizó celiotomía encontrándose útero fibromatoso, tumor de ovario izquierdo y apéndice flegmonosa.

Se procedió a realizar histerectomía total, ooforosalpingectomía izquierda, cuña de ovario derecho y apendicectomía. La paciente fue egresada sin presentar complicaciones en su postoperatorio.

Reporte de Anatomía Patológica: el espécimen consistió en útero, anexo izquierdo, cuña de ovario derecho y apéndice ileocecal. La trompa y el ovario izquierdo formaban una masa ovoide de 7 x 5 centímetros, blanda. La superficie de corte demostró áreas quísticas y áreas friables amarillentas (Figura 1). La trompa derecha midió 6 x 3 centímetros, dilatada en el tercio distal y con múltiples espacios quísticos en su tercio medio y proximal. El apéndice ileocecal mostró dilatación de la luz con paredes adelgazadas. El resto del espécimen mostró útero

sin lesiones y cuña de ovario derecho sin cambios, las secciones histológicas de la masa anexial izquierda mostraron una inflamación aguda con formación de absceso rodeado por un infiltrado granulomatoso constituido por una gran cantidad de macrófagos espumosos, tipo Von Hanseman, algunos con inclusiones intracelulares referidos como cuerpos de Michaelis y Guttman (Figura 2), presentes además en los espacios intercelulares con apariencia de laminaciones concéntricas; en dicha masa se pudo apreciar tejido ovárico con folículos quísticos y estroma, separado de la trompa por un tejido capsular fibroso. La trompa derecha reveló una salpingitis folicular severa y el apéndice ileocecal una apendicitis eosinofílica.

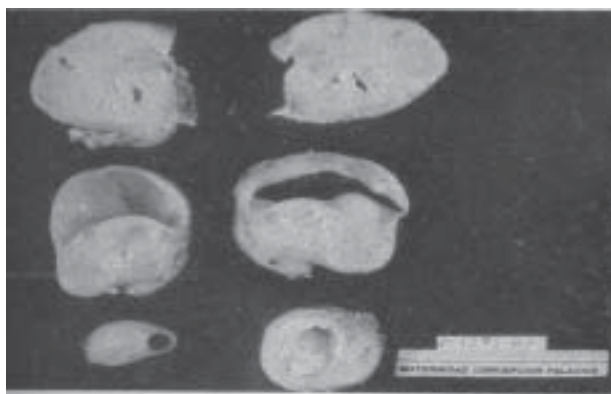


Figura 1. Nótese la obstrucción parcial de la luz tubárica por inflamación xantogranulomatosa.

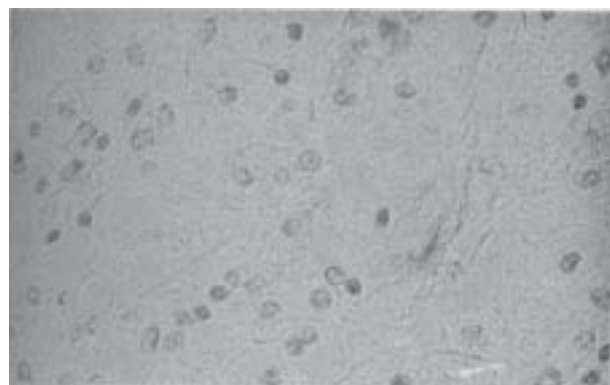


Figura 2. Infiltrado inflamatorio compuesto por histiocitos espumosos (Von Hanseman) conteniendo cuerpos de Michaelis-Gutmann (flecha) (HyE . 400x).

DISCUSION

La malacoplaquia es una rara y mal documentada forma de enfermedad granulomatosa crónica, que afecta aproximadamente cuatro veces más a las mujeres que a los hombres. Los sitios generalmente afectados son el tracto urinario y el gastrointestinal; siendo poco común su localización a nivel del tracto genital femenino (1) y cuando éste se encuentra involucrado, la mayor parte de los reportes consideran la vagina como la localización más frecuente (2). Existe sólo un caso reportado en el cual la malacoplaquia involucra al ovario y la trompa de Falopio ipsilateral (3), al igual que el caso que nos ocupa.

Chen y Hendricks (4), reportaron 16 casos de malacoplaquia genital, 14 de los cuales presentaban sangrado vaginal; otros síntomas fueron: dolor abdominal bajo, infertilidad, masa vaginal y lesiones vulvares induradas.

Se cree que la malacoplaquia es un defecto en la capacidad digestiva de los fagocitos (5). Los monocitos pueden ingerir a las bacterias o a los detritus celulares, pero son incapaces de digerirlos, conduciendo de esta manera a su acumulación, los cuales pueden calcificarse y formar los cuerpos de Michaelis-Guttman, estos tienen apariencia de células diana y se encuentran presentes tanto intracelulares como en el espacio intercelular; también es característica la presencia de un infiltrado inflamatorio mixto, en el cual predominan los histiocitos espumosos denominados como células de Von Hansenman (1).

Existen evidencias que sugieren que este defecto puede afectar a todos los monocitos e histiocitos por lo cual la malacoplaquia pudiera ser clasificada como una enfermedad sistémica, sin embargo, la lesión usualmente permanece confinada indicando que los factores locales pueden jugar un papel importante en la patogénesis de esta condición (3).

Ningún proceso septicémico ha sido reportado en la literatura, lo cual sugiere que aunque las bacterias son parcialmente destruidas, pierden su capacidad patogénica para producirlo.

El germen más frecuentemente asociado a esta condición es la *Escherichia coli*, aunque otros patógenos como *Pseudomonas*, *Klebsiella*, *Estafilococo*, y *Mycobacterium* han sido implicados. En nuestro caso no fue posible realizar cultivos, sin embargo se pudo confirmar la presencia de procesos infecciosos en apéndice ileocecal y trompa de Falopio derecha.

Las opciones terapéuticas son la escisión quirúrgica de las lesiones reseccables y la terapia endovenosa con antibióticos bactericidas, que penetren la membrana celular y de esta manera obtener concentraciones intracelulares adecuadas. Abdou y col. (5) utilizaron agonistas colinérgicos para elevar los niveles de glutamil monofosfato ciclasa en células mononucleares de pacientes con malacoplaquia en riñón, con buenos resultados, sin embargo se requieren posteriores investigaciones.

REFERENCIAS

1. Bessim S, Haller D, Dottino P, Deligdisch, Gordon R. Malacoplakia of the female genital tract causing urethral and ureteral obstruction. *J Rep Med* 1991;36:691-694.
2. Kempner B, Giglio P, Niables A. Malacoplakia of the ovary. *Obstet Gynecol* 1987;69:537-540.
3. Chalvardjian A, Picard L, Shaw R, Cains JD. Malacoplakia of the female genital tract. *Am J Obstet Gynecol*. 1980;138:391-394.
4. Chen KT, Hendricks EJ. Malacoplakia of the female genital tract. *Obstet Gynecol* 1985;65:845-847.
5. Abdon NI, Napombeajara C, Sagawa A. Malacoplakia: Evidence for monocyto lysosomal abnormality correctable by cholinergic agonist in vitro and in vivo. *N Engl J Med* 1977;297:1413-1415.

1. Bessim S, Haller D, Dottino P, Deligdisch, Gordon R.

“Ayuno antes de cirugía”

“En 1847, Snow sugirió que comer antes de una cirugía debía ser evitado porque los pacientes frecuentemente regurgitan durante la anestesia. Su recomendación de evitar alimentos y líquidos por 1 a 8 horas antes de cirugía electiva, fue eventualmente adoptada como práctica estándar. La importancia de tal política fue reforzada por los estudios de Mendelson, en los cuales un alto volumen y un pH bajo del contenido gástrico fueron identificados como factores de riesgo para la neumonía por aspiración. Subsecuentemente, la aspiración pulmonar del vómito fue indentificada como una causa importante de muertes peri-operatorias relacionadas con la anestesia. El número reducido de aspiraciones en años recientes puede ser en parte atribuible a la adaptación rígida de políticas que recomiendan el no consumo oral antes de la cirugía....Aun cuando la orden “nulla per os (NPO) después de medianoche” ha sido un pilar en la preparación preoperatoria de adultos por muchos años, su lógica ha sido recientemente cuestionada. Medidas del contenido gástrico en el momento de la inducción de la anestesia han mostrado que, comparada con el ayuno prolongado, la ingestión libre de líquidos claros hasta 2 horas antes de la cirugía no altera el volumen ni el pH.

En un estudio, pacientes que ingirieron volúmenes líquidos de 500 a 1200 ml hasta 3 horas antes de la

cirugía, tuvieron volúmenes gástricos similares a aquéllos que fueron mantenidos NPO por más de 10 horas. Esos estudios han incluido pacientes en la novena década de la vida; por tanto, en ausencia de otros factores, no hay evidencias de que más corto tiempo de NPO ponga a los mayores en aumentado riesgo de aspiración. Tanto en pacientes pediátricos como adultos, períodos más cortos de ayuno son más confortantes. Estas observaciones han provocado varios editoriales en los cuales se recomiendan más cortos períodos de NPO y muchas instituciones han liberalizado ahora sus políticas para permitir la ingestión de agua, jugos sin pulpa, café y té hasta 2 a 3 horas de cirugía electiva. No ha sido comunicado ningún aumento de la morbilidad como resultado de esos cambios. Puesto que las proteínas y las grasas pueden retardar el vaciamiento gástrico, se recomienda aún que los alimentos sólidos y los líquidos no claros (ej., leche) sean evitados en los adultos el día de la cirugía electivaLos pacientes con condiciones que pueden causar retención prolongada del contenido gástrico, por ejemplo, la necesidad de cirugía de emergencia (trauma), patología gastro-intestinal, náuseas o vómitos, embarazo avanzado, o que toman medicamentos que pueden aumentar el tiempo de vaciamiento gástrico (tales como narcóticos), deben mantenerse en las más tradicionales guías de NPO”. (Moon R. *JAMA* 1995;273:1171)