

Malacoplaquia Vesical

Bladder Malakoplakia

Matheus Sales Bezerra, Thiago Souto Hemerly
Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil
Publicação do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (Iamspe)

RESUMO

A malacoplaquia é uma doença inflamatória crônica rara já retratada em quase todos os órgãos do corpo. O comprometimento vesical está associado a sintomas irritativos urinários e hematúria. Pode cursar com febre, diarreia e emagrecimento, além de insuficiência renal se houver obstrução ureteral por infiltrado vesical. O diagnóstico é difícil apenas com o quadro clínico. Há necessidade da histopatologia e da imunohistoquímica do material coletado por ressecção transuretral de bexiga. Relata-se o caso de paciente de 43 anos, tabagista (8 maços/ano), com histórico de infecções repetidas do trato urinário, que procurou atendimento no pronto socorro do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" de São Paulo, com quadro de insuficiência renal. À ultrassonografia evidenciava-se imagem ovalada de aspecto polipóide intravesical junto ao óstio ureteral direito com cerca de 1,5cm x 1,4cm. A paciente foi submetida à cistoscopia, que visualizou múltiplas lesões de aproximadamente 5mm, seguida de ressecção transuretral de bexiga e o material foi enviado para estudo histopatológico, confirmando presença de malacoplaquia vesical.

Descritores: Malacoplaquia vesical; insuficiência renal; infecção urinária de repetição

ABSTRACT

Malakoplakia is a rare chronic inflammatory disease already seen in almost all organs of the body. Bladder involvement is associated with urinary irritative symptoms and hematuria. It can course with fever, diarrhea and weight loss, in addition to renal failure if there is ureteral obstruction due to bladder infiltration. Diagnosis is difficult with the clinical picture alone. There is a need for histopathology and immunohistochemistry of the material collected by transurethral resection of the bladder. We report the case of a 43-year-old patient, smoker (8 packs/year), with a history of repeated urinary tract infections, who sought care at the emergency room of the Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" of São Paulo, with a picture of renal insufficiency. Ultrasonography showed an intravesical oval polypoid image next to the right ureteral ostium measuring approximately 1.5cm x 1.4cm. The patient underwent cystoscopy, which visualized multiple lesions of approximately 5 mm, followed by transurethral resection of the bladder and the material was sent for histopathological study, confirming the presence of bladder malacoplakia.

Keywords: Bladder malakoplakia; renal insufficiency; recurrent urinary tract infection

Correspondência:

Matheus Sales Bezerra
E-mail: matheusalesb@hotmail.com
Data de submissão: 27/01/2020
Data de aceite: 19/10/2022

Trabalho realizado:

Serviço de Cirurgia Geral do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP.
Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800 - 8º andar - Vila Clementino - CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A malacoplaquia é uma doença inflamatória crônica incomum que foi descrita pela primeira vez em 1902 por Michaelis e Gutman e um ano após nomeada por von Hansemann¹⁻²⁻³. A doença já foi descrita em quase todos os órgãos do corpo, porém tem o trato geniturinário como o local mais comumente afetado, principalmente a bexiga⁴⁻⁵. A etiopatogenia não está totalmente esclarecida, porém consiste em uma infiltração maciça por células inflamatórias (macrófagos e histiócitos), secundárias a patógenos bacterianos (*E.coli*), com inclusões intracitoplasmáticas características (corpos de Michaelis-Gutmann, que são patognomônicos)⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹⁻¹⁰. Ela é mais comum em mulheres (4:1) na quinta e sexta décadas de vida e em imunocomprometidos¹¹⁻¹²⁻¹³. Geralmente, o acometimento vesical está associado a sintomas irritativos urinários e hematúria micro ou macroscópica, podendo também cursar com febre, diarreia, emagrecimento. O quadro ureteral está associado a obstrução secundária que, se for bilateral, pode desencadear um quadro de insuficiência renal¹⁵. A cultura de urina é positiva para bacilos gram-negativos em cerca de 90% dos casos, sendo a *E. coli* a cepa mais comum⁸⁻¹⁶.

O diagnóstico torna-se difícil apenas com o quadro clínico. Há necessidade de análise histopatológica e imunohistoquímica do material coletado, obtida por cistoscopia associada a ressecção transuretral (RTU) nos quadros vesicais¹⁷⁻¹⁸. O tratamento consiste em períodos prolongados de uso de quinolonas com excelente resposta. É aconselhável a suspensão de imunossupressores se em tratamento com tais. A cirurgia de ressecção das lesões pode ser necessária com o progresso da doença, apesar do tratamento antibacteriano, porém não é o tratamento de primeira linha¹⁴⁻¹⁵.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 43 anos, tabagista (8 maços ano), com histórico de ITU de repetição e sem uso de medicamentos de forma crônica, procurou atendimento no pronto socorro do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”, HSPE-FMO de São Paulo, com queixa de edema de membros inferiores, náuseas, vômitos e diarreia sem produtos patológicos há cinco dias. Negava dor abdominal, febre ou hematúria macroscópica. Solicitada ultrassonografia de rins e vias urinárias que evidenciou parede vesical difusamente espessada e trabeculada com imagem ovalada de aspecto polipóide intravesical junto ao óstio ureteral direito com cerca de 1,5cm x 1,4cm, além de rim direito com dimensões reduzidas e com dilatação pielocalicinal direita moderada. Exames laboratoriais à admissão apresentavam proteína C-reativa (PCR) de 3.50 (valor de referência <0.5), associado à leucometria de 10300 sem desvio. Creatinina de 5,0mg/dl; Ureia de 146mg/dl. Paciente foi submetida a cistoscopia, que visualizou múltiplas lesões de aproximadamente 5mm. Seguiu-se a ressecção transuretral de bexiga (RTU-BX), com material enviado para estudo histopatológico, com o resultado de neoplasia maligna indiferenciada. O diagnóstico de malacoplaquia foi confirmado após exame imunohistoquímico, com presença de malacoplaquia vesical e positividade para CD10, CD68, Vimentina e Ki67 (MIB-1). Durante a RTU-BX foi realizada passagem de cateter duplo jota a direita.

No seguimento ambulatorial, realizou-se cintilografia renal e o achado foi de exclusão renal direita. A paciente manteve-se assintomática desde a alta hospitalar e com função renal pré-dialítica após uso de ciprofloxacino por 6 meses, visto cultura de

urina da internação positiva para E.coli. Lesões vesicais encontram-se estáveis de acordo com

cistoscopia de controle e sem hidronefrose ao ultrassom, após retirada de cateter duplo jota.

CONCLUSÃO

A malacoplaquia vesical é uma patologia rara, granulomatosa e muitas vezes autolimitada, porém de fácil indução ao diagnóstico errôneo de uma condição maligna, devido à sua apresentação macroscópica como nodular, ulcerada ou pseudotumoral¹⁹⁻²⁰⁻²¹⁻²².

Em uma revisão de 34 casos de malacoplaquia por McClure, o exame macroscópico/cistoscópico mostrou placas redondas e planas em 50% dos casos, lesões nodulares ou polipóides em 26%, lesões papilares em 6%, massas calcificadas necróticas em 6%, massas semelhantes a tumores em 6% e mucosa hemorrágica em 6% deles. As placas levemente elevadas são encontradas na submucosa abaixo de um urotélio intacto no estágio inicial da doença e se tornam ulceradas, com eritema periférico e edema, em fases posteriores se não tratadas ou se o tratamento for ineficaz.²³

O tratamento com ressecção transuretral das lesões, com diagnóstico histopatológico e imunohistoquímico, e terapia antibiótica prolongada resultam em bom prognóstico ao paciente. A cirurgia é aplicada nas situações em que a terapêutica conservadora é ineficaz. No caso de malacoplaquia vesical indica-se a ressecção endoscópica de grandes massas o mais cedo possível, permitindo a eliminação de possíveis focos sépticos e favorecendo dessa forma o tratamento médico²⁴⁻²⁵. No caso apresentado, as lesões polipóides encontradas e elevadas sem ulceração, demonstram, segundo a literatura, um estágio inicial da doença, porém com repercussão sistêmica através da obstrução do sistema coletor pela lesão, sendo tratada cirurgicamente no estágio inicial em associação com o terapia antibiótica.

REREFÊNCIAS

1. Risti-Petrovi A, et al. Malakoplakia mimics urinary bladder cancer: A case report. *Vojnosanit Pregl* 2013; 70(6): 606–608.
2. Von Hanseemann D. Über Malakoplakie der Harnblase. *Virchows Arch* 1903;173:302-8.
3. Michaelis L, Gutmann C. Über Einschlüsse in Blasentumoren. *Z Klin Med* 1902;47:208.
4. Chen YC, Kuo HC. Malakoplakia of ipsilateral kidney, ureter and bladder. *Tzu Chi Med J* 2010; 22(2): 1035.
5. Schwartz DA, Ogden PO, Blumberg HM, Honig E. Pulmonary malakoplakia in a patient with the acquired immunodeficiency syndrome. *Arch Pathol Lab Med* 1990; 114(12): 126771.
6. Schaeffer A., Schaeffer E., Malakoplakia, infections of the urinary tract In J. Wein, editor. *Campbell-Walsh Urology*, 10th Edition, 2012.
7. Stanton MJ and Maxted W: Malakoplakia: a study of the literature and current concepts of pathogenesis, diagnosis and treatment. *J Urol* 125: 139-146, 1981
8. van Crevel R, Curfs J, van der Ven AJ, Assmann K, Meis JF, van der Meer JW. Functional and morphological monocyte abnormalities in a patient with malakoplakia. *Am J Med* 1998;105:74-7
9. Lou TY, Teplitz C. Malakoplakia: Pathogenesis and ultra structural morphogenesis: A problem

of defective macrophage (phagolysosomal) response. *Hum Pathol* 1974;5:191-207

10. Maruyama K, Asai J, Ii M, Thorne T, Losordo DW, D'Amore PA. Decreased macrophage number and activation lead to reduced lymphatic vessel formation and contribute to impaired diabetic wound healing. *Am J Pathol* 2007;170:1178-91.

11. Baniel J, Shmueli D, Shapira Z, Sandbank Y, Servadio C. Malacoplakia presenting as a pseudotumor of the bladder in cadaveric renal transplantation. *J Urol* 1986;137:281—2

12. Yousef GM, Naghibi B, Hamodat MM. Malakoplakia outside the urinary tract. *Arch Pathol Lab Med* 2007; 131: 297-300.

13. P. Sarkis et al. Malakoplakia involving kidney, both ureters and bladder: A case report and review of the literature. *Progrès en Urologie*. Volume 22, Issue 15, November 2012, Pages 970-973.

14. Debré B, Leleu C. La Malakoplakie. *Ann Urol* 1984;18:6-12.

15. David Martinho, Lurdes Correia, Carla Soares, et al. Bladder malakoplakia: case report and literature review. | *Acta Urológica – Junho de 2012 – 2*: 59–63

16. Long JP, Althausen AF. Malakoplakia: A 25 year experience with a review of the literature. *J Urol* 1989;141:1328-31.

17. Vélez A, Ángel A, Uribe C, et al. Malacoplakia renal, duodenal y retroperitoneal. Presentación de un caso. *Medicina U.P.B. Medellín* 2001;20(1):43-8.

18. Jeffrey PB, Chandrasoma P, Greaves T. Fine needle aspiration cytology of malacoplakia of the thyroid. A case report. *Acta Cytol* 1996;40(5):970-4.

19. Shaktawat SS, Sissons MC. Malakoplakia of the appendix, an uncommon entity at an unusual site: a case report. *J Med Case Reports* 2008; 2:18

20. Patnayak R, Reddy MK, Subramanian S, Jena A, Ravisankar G, Dandu RS. An unusual case of bilateral hydroureteronephrosis caused by ureterovesical malakoplakia in a young male: a case report and review of the literature. *Cases J* 2009; 2: 7527.

21. Velásquez-López JG, Vélez-Hoyos A, Uribe-Arcila JF. Malakoplakia in urology: a report of six cases and review of the literature. *Actas Urol Esp* 2006; 30(6):6108. (Spanish)

22. Singh K, Chatterjee T. A case of gallbladder mass: Malakoplakia (The tumor mimicker). *Indian J Pathol Microbiol* 2017;60N122-4.

23. McClure J. Malakoplakia. *J Pathol* 1983;140:275-330.

24. Pozo Mengual B, Burgos Revilla FJ, Briones Mardones G, Linares Quevedo A, Garcia-Cosío Piquerras M. Malacoplakia vesical con afectación ganglionar y curso agresivo. *Actas Urol Esp* 2003;27(2):159-63.

25. Dohle G, Zwartendijk J, Van Krieken JH. Urogenital malacoplakia treated with fluoroquinolones. *J Urol* 1993;150:1518-20.