



Malacoplaquia en colon

Jorge Santín Rivero,* Óscar Coyoli García,† José M. Herrejón Camargo,*
Héctor Norman Solares Sánchez,* Carlos R. Toledo Caballero,* Carmen Juárez Jiménez,*
Hugo Sánchez Ramírez,* Fernando E. de la Torre Rendón‡

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 69 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2 de 6 años de evolución. Presentó durante cuatro días previos a su ingreso dolor abdominal tipo cólico generalizado, con náusea y vómito de contenido gastrointestinal, disuria, poliuria, tenesmo vesical, astenia, adinamia, escalofríos, malestar general y periodos de desorientación. En la exploración física se le encontró: deshidratación de mucosas y palidez generalizada, tórax posterior con hipoventilación bibasal, abdomen con dolor generalizado sin datos de irritación peritoneal. Se hospitalizó para manejo por descontrol metabólico (insuficiencia renal crónica agudizada y acidosis metabólica). Durante su internamiento presentó sangrado del tubo digestivo bajo, por lo que se realiza colonoscopia encontrando los siguientes hallazgos: Proceso inflamatorio en recto y sigmoides de 20 cm de longitud, caracterizado por mucosa engrosada, eritematosa, con ulceraciones lineales, friable, de aspecto polipoide y que abarca toda la circunferencia intestinal (Figura 1). Se tomaron biopsias de las lesiones, que reportan mucosa con inflamación crónica y reacción

histocitaria con microcalcificaciones compatibles con malacoplaquia (Figuras 2 y 3).

MALACOPLAQUIA EN COLON

La malacoplaquia fue descrita por Michaelis y Gutmann en 1902; es un proceso granulomatoso crónico de las mucosas, una condición rara que ocurre predominantemente en el tracto genitourinario en el 60 a 80% de los casos y en otros órganos como en el tracto gastrointestinal (10%), pulmón, cerebro, páncreas, piel o glándulas suprarrenales. Existen pocos casos de malacoplaquia reportados en la literatura; en el tracto gastrointestinal, el colon y el recto se desarrolla con mayor frecuencia, seguidos por el sistema gástrico.¹

Histológicamente, la malacoplaquia se puede definir como una acumulación de histiocitos con inclusiones positivas para la tinción de Schiff y cuerpos calcificados (Michaelis y Gutmann) que corresponden probablemente a los patolisosomas. Macroscópicamente se presenta como nódulos y bandas extensas. La patogénesis de la malacoplaquia no está del todo entendida. La presencia de partículas de bacterias desintegradas observadas en los fagolisosomas de los histiocitos indica que la enfermedad puede estar causada por flora local, especialmente bacilos coraliformes. Las enfermedades inflamatorias intestinales, la inmunosupresión por diversas enfermedades o el tratamiento crónico con fármacos facilitan la proliferación bacteriana y la respuesta tipo estroma que da la apariencia de la malacoplaquia.²

Clínicamente se manifiesta con diarrea sanguinolenta crónica, dolor abdominal y datos de pseudoobstrucción intestinal. Su interés reside en sus complicaciones y en la coexistencia de la afección gastrointestinal con neoplasias malignas, especialmente en el colon, ya que macroscópicamente puede simular un adenocarcinoma, y cuando existe malacoplaquia difusa alrededor del tumor, éste puede aparentar enfermedad avanzada sin opción a tratamiento curativo. Es importante reconocer el tejido maligno y diferenciar la extensión de éste cuando exista malacoplaquia asociada.³

* Servicio de Coloproctología.

† Jefe del Servicio de Coloproctología.

‡ Servicio de Patología.

Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE.

Correspondencia:

Dr. Jorge Santín Rivero
Hospital Ángeles Lomas
Vialidad de la Barranca Núm. 22, Huixquilucan Estado de México,
Consultorio 345
Correo electrónico: drsantin@me.com

Aceptado: 15-08-2012.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

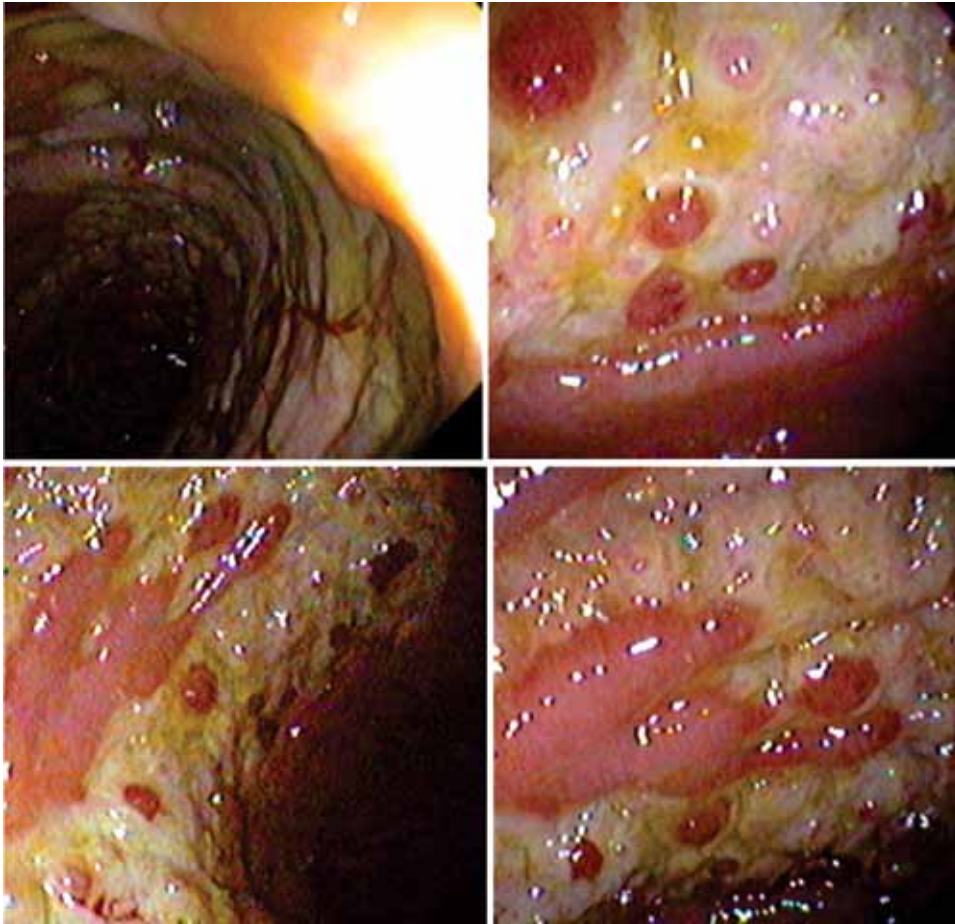


Figura 1. Colonoscopia con proceso inflamatorio caracterizado por mucosa engrosada, eritematosa, granular, con ulceraciones lineales, friable, de aspecto polipoide y que abarca toda la circunferencia intestinal.

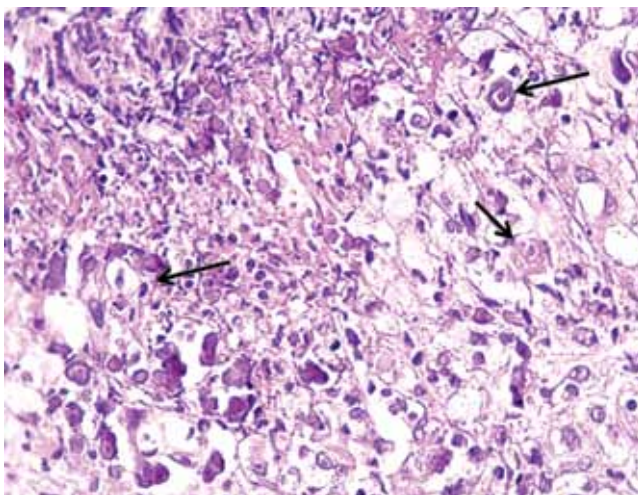


Figura 2. Tinción HE. Inclusiones redondeadas (cuerpos de Michaelis-Gutmann) en el interior del citoplasma de los histiocitos (flechas).

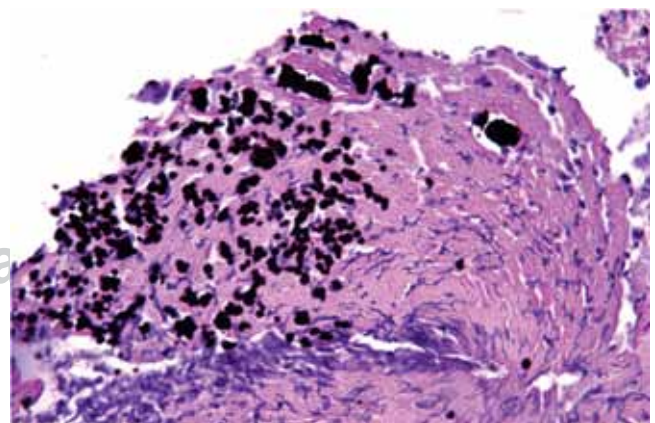


Figura 3. Tinción von Kossa para calcio, evidencia los cuerpos de Michaelis-Gutmann en color negro.

En la mayoría de los casos, el diagnóstico definitivo se obtiene mediante biopsia y observación directa al microscopio de los cuerpos de Michaelis-Gutmann. El tratamiento está enfocado en antibioticoterapia específica, reducir o eliminar los medicamentos inmunosupresores y, en ocasiones, la resección del segmento afectado debido a sangrado, oclusión o formación de fístulas.^{1,3}

REFERENCIAS

1. Kim JB, Han DS, Lee HL et al. Malacoplakia of the stomach: case report and review. *Gastrointest Endosc* 2003; 58: 441-444.
2. Asiyabola B, Camuto P, Mansourian V. Malakoplakia occurring in association with colon carcinoma. *J Gastrointest Surg* 2006; 10: 657-661.
3. Matter MJ, Gygi C, Gillet M et al. Malacoplakia simulating organ invasion in a rectosigmoid adenocarcinoma. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 1371-1375.

www.medigraphic.org.mx