

MALACOPLAQUIA EM PAREDE VAGINAL ANTERIOR: RELATO DE CASO

MALACOPLAKIA OF ANTERIOR VAGINAL WALL: CASE REPORT

RODRIGO LOPES DA SILVA^{1*}, THESSÁLIA MORAES PAIXÃO², GERUSINETE RODRIGUES BASTOS DOS SANTOS³, FRANCISCA BRUNA ARRUDA ARAGÃO⁴, LÍVIA CRISTINA SOUSA⁵, GABRIELLE VIEIRA DA SILVA BRASIL⁶

1. Cirurgião – oncológico e mestrando do programa de Pós – Graduação em Saúde do Adulto e da Criança (UFMA); 2. Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA); 3. Farmacêutica – Bioquímica e especialista em Citologista Clínica pela a Universidade Federal do Maranhão (UFMA); Mestranda do Programa de Pós – Graduação em Saúde do Adulto e da Criança pela (UFMA); 4. Enfermeira e especialista em Saúde Pública (Estácio de Sá- LABORO) e Saúde da Família pela a Universidade Federal do Maranhão (UFMA); Mestranda do Programa de Pós – Graduação em Saúde do Adulto e da Criança pela (UFMA); 5. Enfermeira pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA); 6. Nutricionista pela Faculdade Santa Terezinha (CEST); Mestranda do Programa de Pós – Graduação em Saúde do Adulto e da Criança pela (UFMA).

* Hospital Aldenora Bello. Rua Seroa da Mota, 23, Monte Castelo - São Luís , MA - Brasil. CEP: 65031-630. rodrigo.1979@hotmail.com

Recebido em 06/03/2017; Aceito para publicação em 11/04/2017

RESUMO

Objetivo: Relatar o caso clínico raro observado de malacoplaquia de parede vaginal. **Descrição do caso:** Malacoplaquia em parede vaginal anterior é uma condição rara, predominante no sexo feminino em uma relação de 4: 1, com um pico de incidência máxima na quinta década. **Relatamos um caso de malacoplaquia de parede vaginal anterior em idosa, com história de infecção urinária de repetição, a fim de caracterizar tal doença do ponto de vista histológico e fisiopatológico, esclarecer como ela acomete o trato genital feminino e ilustrar o desfecho do caso relacionando-o com as opções de tratamento disponíveis. Conclusão:** Diante disto do caso relatado, verifica-se a importância da percepção do profissional da saúde para detecção desta patologia considerada rara e que apresenta comportamento crônico e de difícil manejo.

PALAVRAS-CHAVE: Malacoplaquia, vagina, uretra.

ABSTRACT

Objective: To report a rare clinical case observed of malacoplakia of vaginal wall. **Case description:** It is a rare condition that prevails in females at a ratio of 4: 1, with a maximum peak incidence in the fifth decade. We report a case of malacoplakia of anterior vaginal wall in an old woman, with a history of recurrent urinary tract infection in order to characterize this disease histological and pathophysiological point of view, to explain how it affects the female genital tract and to illustrate by relating the outcome of the case with the treatment options available. **Conclusions:** In view of this case, it is noticed the importance of health professionals perception to detect this pathology, that is considered rare, presents chronic behavior and is difficult to manage.

KEYWORDS: Malacoplakia, vagina, urethra.

1. INTRODUÇÃO

Descrita pela primeira vez em 1902 por Michaelis e Gutmann (HYUN; SHIN; KIM, 2013), a malacoplaquia é uma doença granulomatosa crônica infecciosa rara que acomete uma variedade de órgãos e tecidos (FISHMAN et al., 1993), porém envolve com mais frequência o trato urinário e pode ser encontrada ocasionalmente áreas do trato genital feminino (GASCA et al., 2004). O termo “malacoplaquia”, criado em 1903 por Van Hanselmann (HYUN; SHIN; KIM, 2013), deriva do grego “malakos” (macio) e “plakos” (placa), justamente por ser caracterizada pela sua apresentação em placas de consistência amolecida, coloração amarelada, às vezes ulceradas em seu centro e sempre rodeadas de uma importante reação hiperêmica (ESPAÑA, 2004).

Microscopicamente elas são formadas pelas células de Von Hansemann (histiócitos) e pelos característicos corpos de inclusão intracelulares de Michaelis-Gutmann constituídos por um alto conteúdo ferrocálcico disposto em camadas concêntricas e alternadas em forma de alvo, que se cora bem com métodos de Schiff e de von Kossa. A microscopia eletrônica tem contribuído para o achado de fragmentos de membrana celular, resíduos bacterianos e hemácias no seu interior (BALLESTEROS, 2001).

As teorias existentes sobre a patogênese da malacoplaquia supõem que há uma diminuição da capacidade dos fagócitos para digerir completamente as bactérias (CHOU; WANG; TSENG, 2002) e parece estar relacionado com níveis baixos de guanosina monofosfato cíclico intracelular (RAMES; BISSADA, 1995). Os referidos corpos de Michaelis-Gutmann são o resultado de fagolisossomas que contêm fragmentos de bactérias parcialmente digeridas, com depósitos

anômalos de cálcio e ferro (MARTINHO et al., 2001). Como ainda não se explicou como e por que esse distúrbio ocorreria, esta teoria não é uma hipótese totalmente aceita (AFONSO et al., 2013).

A fisiopatogenia desta doença ainda não é clara, embora seja sugerido que infecções pela bactéria *Escherichia coli* possam estar relacionadas com sua causa. Cerca de 80-90% dos pacientes com malacoplaquia têm infecções persistentes por coliformes. Embora a *E. coli* seja o agente mais comumente envolvido, *Proteus vulgaris*, *Aerobacter aerogenes*, *Klebsiella pneumoniae* e o *Streptococcus alfa-hemolítico*, têm sido isolados (WEBER et al., 2003).

Definitivamente o diagnóstico desta entidade é histopatológico, de modo que a biópsia é essencial para confirmação (VELÁSQUEZ-LOPEZ; VÉLEZ; URIBE, 2006), sendo patognomônica a presença dos corpos de Michaelis-Gutmann, já referidos anteriormente, além de ajudar a excluir outras patologias malignas com as quais por vezes se confunde (MARTINHO et al., 2001). O diagnóstico diferencial deve ser feito com outras doenças infecciosas e neoplásicas e com processos reacionais/reparativos. Infecções a serem consideradas incluem: tuberculose, doença de Whipple, hanseníase virchoviana e infecções fúngicas (*Cryptococcus* spp.) e parasitárias (leishmaniose) (AFONSO et al., 2013).

O tratamento da malacoplaquia baseia-se na administração prolongada de um antibiótico que tenha uma excelente penetração através da membrana celular. Há evidências de que as fluoroquinolonas são efetivas em 80-90% dos casos, devido à sua passagem facilitada através da parede celular do macrófago e histiócito, o que permite alcançar elevadas concentrações intracitoplasmáticas. Também estão descritas a rifampicina, o trimetopim-sulfametoxazol e a gentamicina (MARTINHO et al., 2001). No caso de lesões grandes, a ressecção estendida é necessária (BANSAL, et al., 2014).

O presente estudo descreve um relato de caso de malacoplaquia em parede vaginal anterior, este tipo de patologia ocorre com pouquíssima frequência, o que torna as vezes difícil a sua detecção. Com isso, a importância de estudos destacando casos como estes vai proporcionar a promoção a saúde da mulher de forma mais ampla, pois embora a malacoplaquia seja uma doença benigna, apresenta um comportamento crônico, o que torna essencial a identificação de forma precoce para se ter êxito no tratamento.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Mulher, branca, 58 anos, referiu em abril de 2015 retenção urinária e disúria. Relata história de infecções urinárias de repetição ao longo da vida. Nega doenças crônicas ou uso de medicação contínua. Relata história de pai falecido por câncer de pênis e tia paterna falecida

por câncer de ovário. Menarca aos 13 anos, sexarca aos 16 e menopausa aos 45 anos. GVPVA0 com 5 partos normais. Ex-tabagista (fumou por 38 anos) e ex-etilista social.

Procurou auxílio médico de ginecologista que, ao realizar exame Papanicolau com teste de schiller, observou presença de massa exofítica em parede vaginal anterior semelhante a neoplasia de vagina, com coloração positiva ao iodo. Após esta avaliação inicial, a paciente foi encaminhada ao Hospital Aldenora Bello para consulta com cirurgião oncoginecológico para melhor investigação do caso.

No referido hospital, foi novamente avaliada, coletado material da lesão vaginal para biópsia e solicitados exames laboratoriais e de imagem (Ressonância Nuclear Magnética – RNM - de pelve e Tomografia Computadorizada – TC - de tórax). Não houve alteração nos exames de laboratório. Na TC de tórax foi apenas evidenciado espondilodiscoartrose torácica. Porém a RM de pelve revelou uma formação infiltrativa/expansiva acometendo de forma circunferencial toda a extensão da uretra, promovendo estenose da mesma, e se estendendo a parede anterior da vagina. Na biópsia, por sua vez, foram vistos à microscopia numerosos corpúsculos arredondados, de contornos precisos, PAS positivos, permeando o infiltrado celular exuberante (de aspecto histiocítico), compatíveis com corpos de Michaelis-Gutmann, favorecendo fortemente o diagnóstico de malacoplaquia.

No dia 24 de setembro de 2015, a paciente foi internada para suporte clínico e estudo do caso, referindo apenas dor pélvica leve. Além de sintomáticos, foi iniciado antibioticoterapia com Ciprofloxacino 400 mg EV 12/12 horas. Em 05/10/15, a paciente realizou cistoscopia onde foi visualizada uretra com aspecto infiltrativo, sangrante e com redução do calibre em toda sua extensão; bexiga com óstios ureterais pérvios; presença de pequeno divertículo em parede lateral direita. Não foi possível a realização da biópsia no momento da cistoscopia pois não haviam pinças apropriadas disponíveis. Ao toque vaginal havia um endurecimento de parede anterior. Após a realização deste procedimento, foi programada uma cistostomia.

Em 07 de outubro de 2015 a paciente submeteu-se à cistostomia suprapúbica sem intercorrências. Evoluiu no 1º dia pós-operatório (DPO) com desconforto intenso pelo uso de sonda vesical e dor à palpação profunda em baixo ventre. No 2º DPO, a paciente evoluiu estável com diurese presente pela cistostomia, sem referir queixas algicas. Recebeu alta hospitalar neste dia, completando 14 dias de Ciprofloxacino intravenoso. Foram prescritas mais 8 semanas de antibioticoterapia via oral para completar o esquema terapêutico.

No momento a paciente encontra-se em seguimento ambulatorial com aparente melhora clínica da lesão. Aguarda completar o tratamento proposto de 8 semanas

com antibioticoterapia oral para repetir exames de imagem (RNM) e, assim, poder avaliar objetivamente o grau de resposta.

3. RESULTADOS

Malacoplaquia é uma doença inflamatória inespecífica crônica que afeta geralmente o trato urinário e, raramente, o trato genital feminino. A vagina é o local mais comumente afetado do sistema reprodutor da mulher, embora tenham sido descritos casos com envolvimento da vulva, colo do útero, trompas e ovários (GASCA et al., 2004). Tal patologia é uma condição incomum, predominando no sexo feminino em uma relação de 4:1, com um pico de incidência máxima na quinta década (ESPAÑA, 2004). Várias teorias têm sido propostas para explicar a patogênese da doença: origem infecciosa, um estado de imunossupressão de base, uma neoplasia, uma doença sistêmica ou mesmo podendo corresponder a uma desordem genética (VELÁSQUEZ-LOPEZ; VÉLEZ; URIBE, 2006).

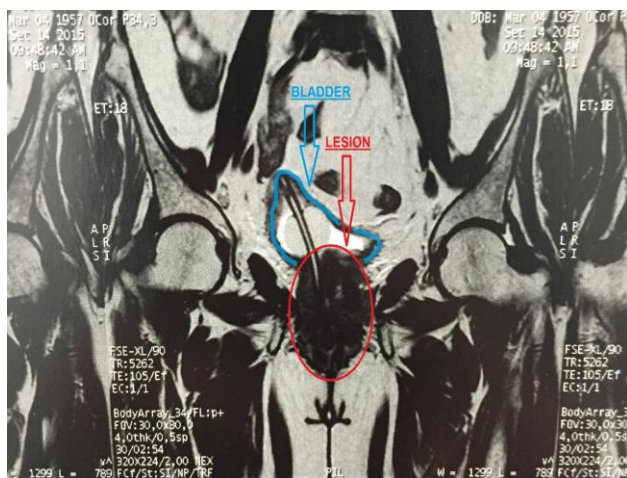


Figura 1. Ressonância Magnética de Pelve demonstrando a lesão e sua relação com a bexiga urinária (com sonda de Foley).

O caso relatado assemelha-se com a literatura quanto à história clínica e apresentação, pois trata-se de uma paciente do sexo feminino, idosa e com história de infecções de trato urinário baixo de repetição.

A paciente referia apenas disúria e retenção urinária e apresentava massa exofítica endurecida em parede vaginal anterior que acometia a uretra. Clinicamente, a malacoplaquia pode apresentar-se sob a forma de infecções urinárias de repetição em mulheres adultas ou como uma entidade associada a imunodeficiências. Contudo, não existe um quadro clínico ou radiológico característico desta patologia. Alguns pacientes podem apresentar dor abdominal difusa, emagrecimento, diarreia, hematoquezia, hematúria e febre, no entanto, os sintomas variam conforme o órgão afetado (MARTINHO et al., 2001). As lesões também podem aparecer envolvendo um órgão,

mostrando-se de maneira ampliada, simulando uma massa tumoral ou um abscesso flutuante. O exame físico e a RNM de pelve da paciente sugeriram fortemente doença maligna. As características patognômicas de malacoplaquia foram inicialmente ignoradas porque o foco foi primeiramente voltado para o diagnóstico de câncer. Dificuldades de diagnóstico similares a este caso foram relatados em outros pacientes com malacoplaquia mimetizando lesão neoplásica (FISHMAN et al., 1993).

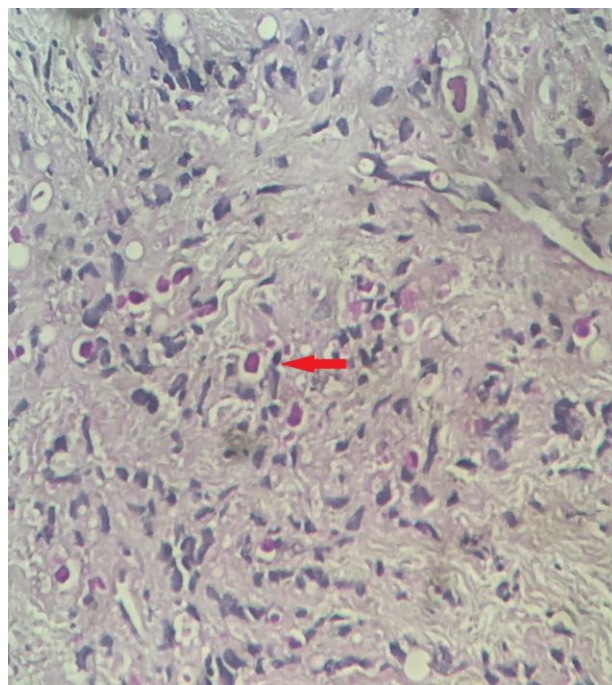


Figura 2. Corpos de Michaelis-Gutmann na microscopia ótica.

Definitivamente o diagnóstico desta entidade é histopatológico, de modo que a biópsia é essencial para confirmação além de ajudar a excluir outras patologias (VELÁSQUEZ-LOPEZ; VÉLEZ; URIBE, 2006). A malacoplaquia corresponde à presença de macrófagos, tipicamente grandes, com citoplasma eosinofílico e intensamente PAS positivos (corpos de Von Hansemann) e com corpos de inclusão intracitoplasmáticos calcificados (corpos de Michaelis-Gutmann) (MARTINHO et al., 2001).

Sugere-se que alterações na relação intracelular de monofosfato de guanosina cíclico e de monofosfato de adenosina cíclico (cGMP/ cAMP) possam causar defeitos nos microtúbulos e lisossomas (fundamentais para a fagocitose das bactérias), e ser o principal determinante da malacoplaquia. Verificou-se que como os agentes colinérgicos aumentam o cGMP e a β -glucuronidase e a vitamina C reduz o cAMP, estas medicações poderiam ser benéficas no tratamento da doença (WEBER et al., 2003).

Porém a pedra angular da forma de tratamento prolongado é o uso de um antibiótico que tenha excelente

penetração através da membrana celular. As fluoroquinolonas representam a classe de antibióticos que possuem maior apoio na literatura. Como parte do tratamento médico da malacoplaquia, a restauração da função fagocítica está indicada. Para isso, dois compostos estão descritos: adição de vitamina C, embora discutido, em alta dose parece ter um efeito sobre o estado iônico celular e incrementa a relação GMPc: AMPc, e o betanecol, droga agonista colinérgica, que incrementa os níveis intracelulares de GMPc. Ambos podem melhorar a função lisossomal, potencializando a fagocitose (VELÁSQUEZ-LOPEZ; VÉLEZ; URIBE, 2006).

O tratamento cirúrgico da malacoplaquia abrange desde a ressecção transuretral da lesão, até o uso de stents ureterais e nefrostomias bilaterais para casos de obstrução ureteral bilateral, sem tratamento local adequado (WEBER et al., 2003). No caso relatado, a lesão de parede vaginal anterior causou uma estenose uretral, impedindo a micção espontânea, levando a paciente, portanto, ao uso de sonda vesical permanente. Posteriormente foi proposta cistostomia, realizada com sucesso e paralelamente iniciou antibioticoterapia prolongada com Ciprofloxacino 400 mg intravenoso seguida de mais 8 semanas de tratamento via oral.

Cirurgias ampliadas devem ser evitadas em tais pacientes, pois existe a possibilidade de regressão das lesões com o tratamento clínico medicamentoso (BANSAL et al., 2014). A paciente do presente caso segue sendo acompanhada pelo serviço de cirurgia pélvica, aparentemente com boa resposta clínica e sem precisar de abordagem cirúrgica mais agressiva.

4. CONCLUSÃO

A malacoplaquia é um processo inflamatório crônico granulomatoso pouco frequente, com predomínio no sexo feminino por volta da quinta década e que habitualmente compromete o aparelho genito-urinário. É caracterizada pela sua apresentação em placas de consistência amolecida, coloração amarelada, às vezes ulceradas em seu centro e sempre rodeadas de uma importante reação hiperêmica, formando lesões que também podem aparecer envolvendo um órgão, mostrando-se de maneira ampliada, simulando uma massa tumoral ou um abscesso flutuante, confundindo assim, inicialmente, o seu diagnóstico.

Neste relato de caso, a malacoplaquia vaginal estava associada a infecções urinária de repetição. A paciente em questão evoluiu ao longo do tempo com estenose uretral, necessitando de cistostomia. A antibioticoterapia foi adotada de acordo com a literatura vigente. A mesma segue em acompanhamento no hospital onde recebe atendimento ambulatorial.

Embora seja uma doença benigna, a malacoplaquia, devido ao seu comportamento crônico, recidivante e deletério, mostra-se uma patologia de difícil manejo, e

que exige uma conscientização grande por parte de pacientes e de médicos para que se atinja seu adequado controle.

REFERÊNCIAS

- [1] AFONSO, J.P.J.M. et al. Malacoplaquia cutânea: relato de caso com revisão da literatura. *An Bras Dermatol.*, v. 888, n. 3, p. 438-443, 2013.
- [2] BALLESTEROS, J. Malacoplaquia urogenital. Presentación de 4 casos y revisión de la literatura. *Arch Esp Urol*, v. 54, n. 8, p. 768-776, 2001.
- [3] BANSAL, S.S. et al. Malacoplakia of Proximal Tibia-A Case Report. *Journal of Orthopaedic Case Reports*, v.4, n.2, p. 78-80, 2014.
- [4] CHOU, S.C.; WANG, J.S.; TSENG, H.H. Malacoplakia of the ovary, fallopian tube and uterus: a case associated with diabetes mellitus. *Pathology international*, v. 52, p. 789-793, 2002.
- [5] ESPAÑA, G. Malacoplaquia en divertículo uretral femenino. *Arch Esp Urol*, v. 57, n. 2, p. 162-165, 2004.
- [6] FISHMAN, A. et al. Case Report: Malacoplakia of the vagina presenting as a pelvic mass. *Gynecol. Oncol.*, v. 49, p. 380-382, 1993.
- [7] GASCA, M.I. et al. Estudio histeroscópico en malacoplaquia endometrial. Descripción de un caso clínico y revisión. *Prog Obstet Ginecol*, v. 41, n.1, p. 45-50, 2004.
- [8] HYUN, K.H.; SHIN, H.D.; KIM, D.H. Malacoplakia in a healthy young female patient. *Korean J Intern Med*, v. 28, n. 4, p. 475-480, 2013.
- [9] MARTINHO, D.C.L. et al. Malacoplaquia vesical: a propósito de um caso clínico e revisão da literatura. *Acta Urologia Portuguesa*, v. 2, p. 59-63, 2001.
- [10] RAMES, RA; BISSADA, N.K. Extensive pelvic malacoplakia: diagnosis and management. *The Journal of urology*, v. 154, p. 523-524, 1995.
- [11] WEBER, A.L. et al. Malacoplaquia de bexiga: relato de caso e revisão de literatura. *Rev. AMRIGS*, v.47, n.1, p.71-74, 2003.
- [12] VELÁSQUEZ-LÓPEZ, L.J.G; VÉLEZ, H.A.; URIBE, A.J.F. Malacoplaquia en urología: aportación de seis casos y revisión de la literatura. *Actas Urológicas Españolas*, v.30, p. 610-618, 2006.