

MALACOPLASIA TESTICULAR*

Dr. Fiorentino, A. N. - Dr. Girola, J. A. - Dr. Biso, A. N. - Dra. Varese, S. (A.M.A. 15586)

Resumen

Se presenta un caso de malacoplasia testicular, enfermedad de rara frecuencia, haciéndose consideraciones clínicas, etiopatológicas y anatomopatológicas. Se plantea diagnóstico diferencial con las orquiepididimitis y las atipias testiculares.

Malacoplasia testicular

Esta rara enfermedad, descrita por primera vez por Michaelis Gutman, se localiza en distintos segmentos del árbol urinario, así como también en huesos, cerebro, piel, endometrio, vagina, pulmón y retroperitoneo. En su localización testicular es tan poco frecuente que hasta el año 1983 han sido publicados unos 30 casos en la literatura mundial.⁽⁵⁾

En su aspecto clínico se caracteriza por una tumefacción dolorosa en testículo, de evolución tórpida, similar a una orquiepididimitis con exacerbaciones, que puede llegar a la supuración y fistulización. También, con frecuencia, se presenta síndrome febril y, en oportunidades, escalofríos.

El aspecto más debatido es el referido a la etiología, considerándose en opinión de la mayoría de los autores a la infección por *Escherichia coli* como factor causal. Se supone que debe existir alguna alteración en la respuesta inmunitaria del paciente que lleve a reacciones inflamatorias en algunos de sus órganos. Se han observado concomitantemente, enfermedades crónicas evolutivas que cursan con una disminución parcial de las defensas.

En el examen anatomopatológico todo el parénquima aparece reemplazado por tejido homogéneo, firme, con áreas de coloración pardo-amarillenta, rosadas o grisáceas. A veces se observan cavidades con material purulento.

Microscópicamente los túbulos se hallan destruidos en su mayoría y reemplazados por tejido inflamatorio no específico con infiltrados de células histiocitarias acidófilas, que presentan inclusiones citoplasmáticas en forma de cuerpos esféricos u ovoideos, llamados de Michaelis Gutman, formados por gránulos finos, de una sustancia glicolípida no humana, que pueden corresponder a restos de bacilos entéricos.

Por otro lado, la presencia de células inflamatorias como linfocitos, monocitos y células plasmáticas, le dan aspecto propio de reacciones inflamatorias granulomatosas de tipo crónico e inespecífico.

Los cuerpos de Michaelis Gutman se forman como resultado de la sobrecarga de la capacidad fagocitaria de los macrófagos y de acumulación intracitoplasmática de la pared celular bacteriana, parcialmente digerida, como también de los leucocitos y glóbulos rojos. Todos los elementos constituyen la matriz sobre la cual se deposita el material cristalino para formar los calcosférulos típicos.

Se imputa también como determinante de esta particular reacción histológica a una alteración de las enzimas lisosómicas que tendrían su capacidad de fagocitosis alterada como consecuencia del bajo nivel de guanosina monofosfato cíclico.

Bajo el microscopio electrónico los cuerpos de Michaelis Gutman aparecen formados por espículas electrodensas y gránulos

ordenados en forma concéntrica alrededor del núcleo, siendo la periferia mal delimitada.

El diagnóstico siempre es histológico, ya que surge de las características evolutivas de esta enfermedad, que obligan a la exéresis quirúrgica del órgano.

Hospital General Interzonal de Agudos Prof. "Luis Güemes"

V. A. 39 años, paraguay, casado, herrero. H. C. 614.308.

Antecedentes. A los 18 años, blenorragia tratada con penicilina. Traumatismos testiculares como consecuencia de la práctica de deportes, en reiteradas oportunidades.

Enfermedad actual. El paciente refiere que en forma brusca, el 29/4/87 percibe dolor testicular. A las 24 horas concurre al C. E. del Servicio de Urología, presentando testículo izquierdo aumentado de volumen y temperatura, doloroso, con escasa sintomatología urinaria baja y cuadro febril. Se indica tratamiento médico durante 15 días, antibióticos y antiinflamatorios.

Ante la persistencia del cuadro clínico y habiendo observado en el examen del testículo izquierdo aumento de consistencia del polo superior se decide, siguiendo el criterio de Campbell,⁽⁶⁾ su internación para completar estudios y realizar exploración quirúrgica.

Se solicita de inmediato estudio ecográfico del contenido escrotal, donde se observa imagen redondeada en polo superior del testículo izquierdo, de aspecto heterogéneo mixto (líquido-sólido) de bordes irregulares. Los exámenes de rutina se hallan dentro de la normalidad. También se solicitan bacterioscópico de orina para BAAR, marcadores biológicos y urograma, pudiendo constatarse su normalidad en el posoperatorio. Se realiza cirugía exploratoria el día 19/5/87 por vía inguinal y biopsia por congelación, indicando la misma proceso inflamatorio sin células atípicas en el material. Ante el aspecto macroscópico de la glándula y su cordón y los antecedentes clínicos, se decide la exéresis de ambos.

Anatomía patológica

Macroscopia. Se recibe testículo de 6 × 5 × 4 cm, que presenta parénquima desplazado por formación nodular blanco-amarillenta, homogénea firme, de 4 cm de diámetro, pseudocapsulada, cordón de 6 × 15 cm de diámetro con alteraciones de aspecto fibroso.

Técnicas realizadas. Los distintos cortes histológicos efectuados mostraron un reemplazo de la estructura testicular por una población celular compuesta por leucocitos polimorfonucleares, linfocitos, histiocitos, células epitelioides y células gigantes multinucleadas. Algunos histiocitos presentan inclusiones intracitoplasmáticas redondeadas, basófilas, que son positivas para las coloraciones de PAS y calcio, que son identificadas como cuerpos de Michaelis Gutman, por lo que se realiza el diagnóstico de *orquitis granulomatosa con cuerpos de Michaelis Gutman: malacoplasia testicular.*

* Presentación a cargo del Dr. Nori A. Biso.
Hospital General Interzonal de Agudos "Profesor Luis Güemes", Servicio de Urología.

Estudio ecográfico en testículo izquierdo

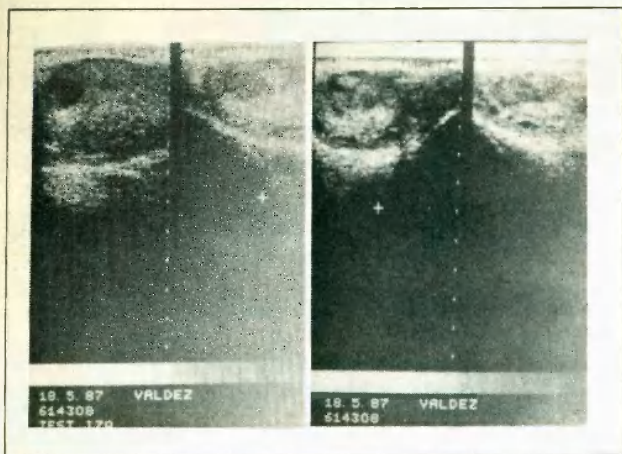


Figura 1. Corte transversal del polo superior en testículo izquierdo. Lesión sólida heterogénea.

Figura 2. Corte transversal del sector medio. Lesión mixta predominantemente líquida.

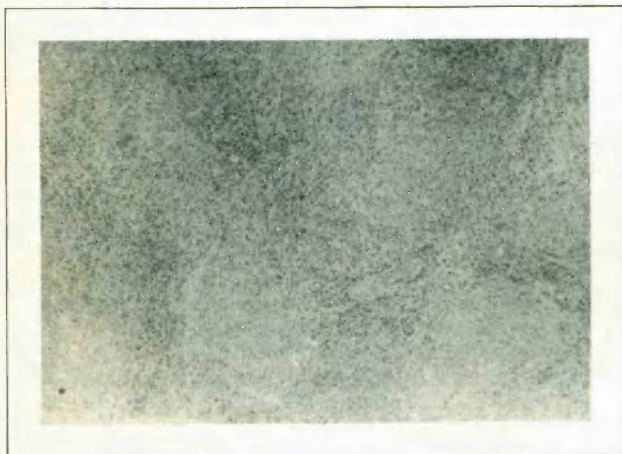


Figura 3. Vista panorámica de orquitis granulomatosa.

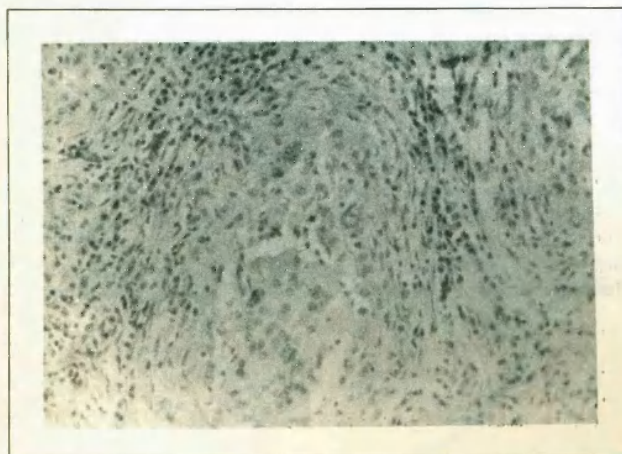


Figura 4. Tubos seminíferos. Se observa célula gigante nucleada.

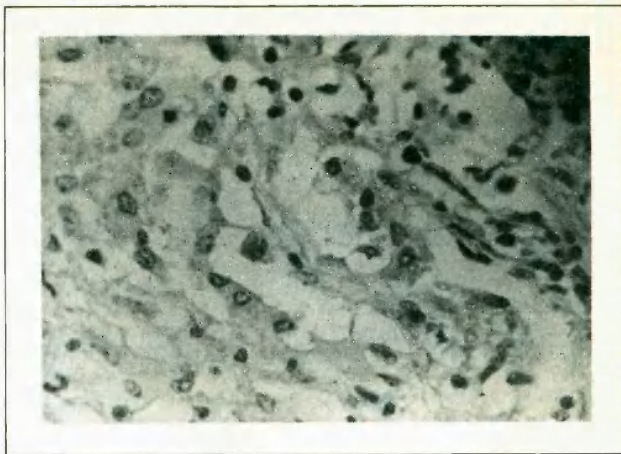


Figura 5. Histiocitos en el citoplasma.

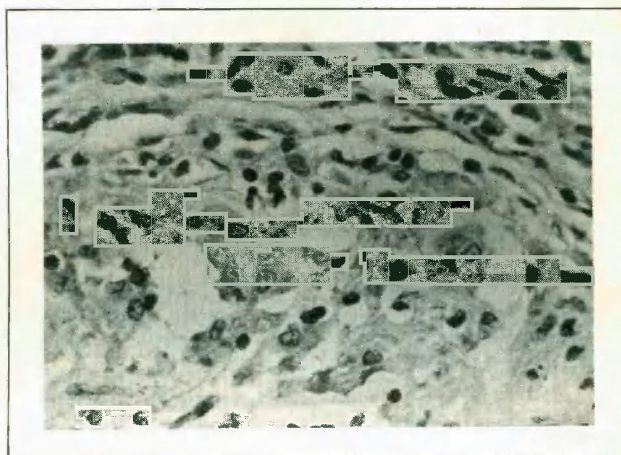


Figura 6. Corpúsculos PAS+.

Bibliografía

1. Martín, J. L.; Orduña Domingo, A.; Maura Mendaraz, V.: "Malacoplasia Testicular". Arch. Esp. Urolog., 38:503-506, 1985.
2. Montero, J.; Urrutia, M.; Parra, T.: "Malacoplasia de testículo asociada a anemia aplásica y sarcoidosis cutánea". Act. Urol. Esp., 1:4, 1977.
3. Shaba, J.; Black, W.: "Malacoplasia granuloma of the testis". J. Urol., 105:687, 1981.
4. Kleiman, S. Z.; Robinson, N. D.; Simon, S. A.: "Malacoplasia of testis". Urology, 22:194-197, 1983.
5. Paquin, F.; Schnik, E.; Parent, C.: Urology, 21:194-197, 1983.
6. Walsh, P. C.; Gittes, R. F.; Perlmutter, A. D.; Stamey Thomas, T. A.: Campbells Urology, 2:1665, 1986.