

**MALACOPLASIA TESTICULAR****TESTICULAR MALACOPLAKIA**

---

**Dres. Casal, J. M.; González, O.; Deparci, A.; Verdinelli, J.; Platz, A.; Ale, R.; Grippo, L.\***

---

**RESUMEN:** *Se presentan dos casos de malacoplasia testicular, haciendo una breve referencia a las teorías existentes respecto de su patogenia y revisando la bibliografía sobre el tema. Se puntualiza asimismo la rareza de su localización testicular.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 62, Nº 1, Pág. 47, 1997)

**Palabras clave:** Testículo; Tumor testicular; Corpúsculos de Michaelis Gutmann; Malacoplasia testicular.

---

**SUMMARY:** *Two cases of testicular malacoplakia are presented. Brief reference is made to existing theories with reference its pathogenesis.*

*The rarity of the location of the disease in the testicle is noted, and a review of the bibliography is made.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 62, Nº 1, Pág. 47, 1997)

**Key words:** Testicle; Testicular tumor; Michaelis Gutmann's corpuscles; Testicular malacoplakia

---

---

**INTRODUCCION**

---

El motivo de la presente comunicación es la presentación de dos casos de malacoplasia con localización testicular. Esta entidad es una afección inflamatoria crónica, de etiología desconocida, aunque se ha evidenciado que los colibacilos, especialmente *Escherichia coli*,

desempeñan un papel preponderante en el desarrollo de la lesión.

**Son tres las hipótesis principales respecto de la patogenia de la malacoplasia:**

1. Anomalías bacterianas.
2. Anomalías del sistema inmunitario.
3. Anomalías de los macrófagos<sup>(2)</sup>.

1 y 2. Las anomalías bacterianas y del sistema inmunitario no se sustentan sobre bases firmes.

La mayoría de las investigaciones relativas a la patogenia de esta enfermedad sustentan la última teoría, es decir, un defecto en la digestión bacteriana intrafagosómica (alteración de la función macrofágica).

En la comunicación de Benoit y colaboradores<sup>(2)</sup> se

---

\* Servicio de Urología del Hospital Francés de Buenos Aires  
La Rioja 951, (1221) Buenos Aires, Argentina  
Tel./Fax: 932-6210

Aceptado para su publicación en septiembre de 1996

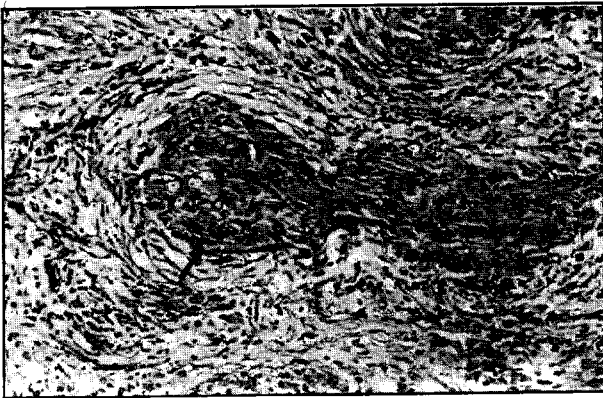


Foto 1: Infiltrado linfoplasmocitario, cuerpo de inclusión basófilo con halo claro.



Foto 2: HyE x 400. Células histiocitoides con cuerpos de inclusión (Michaelis-Gutmann).

hace hincapié en la trascendencia de la inmunosupresión de los pacientes trasplantados, donde la malacoplasia se transforma en una enfermedad realmente grave, con afección de diversos órganos de la economía.

**El cuadro clínico de localización testicular puede presentarse como:**

- a) Masa palpable de tipo tumoral.
- b) Proceso inflamatorio crónico rebelde al tratamiento, con tendencia a la fistulización y/o supuración.

Los exámenes complementarios son habitualmente normales, excepto en algunas situaciones, la positividad para *Escherichia coli* del urocultivo y las imágenes pseudotumorales, hipocogénicas o heterogéneas que brinda la ecografía.

Los hallazgos histopatológicos característicos se refieren a la presencia intracelular de corpúsculos de *Michaelis Gutmann* que son patognomónicos, pero que lamentablemente no pueden ser individualizados en la biopsia por congelación.

**Caso 1**

H.C. Nº 143809 - 31 años de edad.

Paciente que consulta por palpase en un autoexamen una masa en el testículo derecho.

Al examen urológico se confirma la existencia de una masa sólida, indolora, dura e irregular, de aproximadamente 3,5 cm de diámetro, ubicada en testículo derecho.

La ecografía mostró un área hipocogénica, de 2,9 cm x 2 cm, irregular, ubicada en la zona parahiliar del testículo derecho.

La tomografía axial computada (estadificadora) y los marcadores biológicos fueron normales.

Se decide exploración quirúrgica por vía inguinal con biopsia por congelación.

Dicha biopsia, efectuada en el área sospechosa, no pudo definir las características de la lesión, que descartara lesión neoplásica; ante la grosera alteración morfológica del testículo, de franco aspecto tumoral, se decide su ectomía.

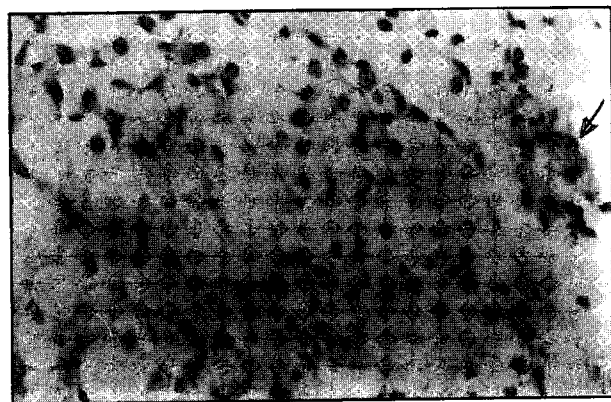


Foto 3: Cuerpos de inclusión con halo claro (Michaelis-Gutmann).



Foto 4: A mayor aumento se observan los cuerpos de inclusión.

Buena evolución postoperatoria del paciente.  
**Anatomía patológica** (Dr. Julio San Martino - Protocolo N° 31633).

**Diagnóstico:** Orquitis granulomatosa, tipo fibrosante y megalocítica (malacoplasia).

## Caso 2

V.I., 40 años de edad. H.C.I. N° 145907.

Paciente que consulta por dolor de mediana intensidad y varias semanas de evolución en el hemiescroto izquierdo.

Al examen físico se halló en polo superior del testículo una masa sólida de 2,5 cm de diámetro, irregular, dura, bien delimitada y levemente dolorosa.

La ecografía mostró la presencia de una imagen hipoeoica de 2 cm x 1 cm, que contrastaba netamente con el resto del parénquima testicular, de aspecto normal.

La tomografía axial computada (estadificadora) y los marcadores biológicos fueron normales.

Se decidió su exploración quirúrgica por vía inguinal.

Al exteriorizarse el testículo se observó la presencia del nódulo en polo superior, de franco aspecto tumoral.

La biopsia por congelación, al igual que en el caso anterior, no pudo definir las características de la lesión y se decidió efectuar orquiectomía izquierda.

Buena evolución posoperatoria del paciente.

**Anatomía patológica** (Dr. Santiago Besuschio - Protocolo N° 38828/38829):

- Remanentes epidídimo-testiculares residuales e infiltraciones por histiocitos de núcleos pequeños y abundante citoplasma claro.

- Con aumento intermedio: células histiocitarias de amplio citoplasma claro con presencia de células de *Michelis Gutmann*.

- Mayor aumento: típicas células de malacoplasia.

- Pequeño aumento: tumor adenomatoide adyacente con estructura epididimaria típica.

**Diagnóstico:** Malacoplasia de testículo izquierdo. Tumor adenomatoide de epidídimo izquierdo.

## DISCUSION

En 1902 *Michaelis Gutmann* descubre las lesiones vesicales en autopsias de pacientes con frondosos antecedentes de cistitis, a las cuales *Von Hasemann* denominó malacoplasia.

Desde su descripción en 1902, hasta 1958, las lesiones publicadas hacían inclusive referencia al aparato urinario, pero la publicación de *Hankohl y colaboradores*<sup>(6)</sup> abre nuevas referencias a diversas localizaciones (digestivas, genitales, etc.).

Su etiopatogenia es absolutamente confusa, tanto es así que esta entidad fue comparada con otras enfermedades, como sarcoidosis, tuberculosis, neoplasias, etc.

Los colibacilos se presentan con frecuencia del 70 al 90% en la orina de los pacientes con malacoplasia de localización vesical.

## CONCLUSIONES

Se presentan dos casos de malacoplasia testicular, entidad poco frecuente en sí misma y más rara aún en lo que a su localización testicular se refiere.

La revisión realizada de la bibliografía sobre el tema nos lleva a concluir que no llegan a 30 los casos de malacoplasia de localización testicular publicados<sup>(5,7,9)</sup>.

Se insiste en la dificultad y/o imposibilidad que presenta la biopsia por congelación para definir este tipo de lesión.

Se puntualiza asimismo la dificultad para el diagnóstico de la lesión en la biopsia por inclusión y su diferenciación con respecto a las lesiones neoplásicas del testículo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Baker, W. C.; Bishai, M. B. y Devere White, R. N.: Misleading testicular masses. *Urology* 31 (2): 111-113, 1988.
2. Benoit, G.; Icard, P.; Hiesse, G. y col.: Malacoplakia and renal transplantation. Report of cases of testicular malacoplakia. *Ann. Urol. (Paris)* 20 (5): 337-340, 1986.
3. Brown, C y Smith, B. H.: Malacoplakia of the testis. *Am. J. Clin. Path.*, 47: 135, 1967.
4. Fohlmeiter, I.; Korte, H.; Schaefer, H. E. y Fischer, R.: Malacoplakia of testis. *Med. Welt.*, 35 (6): 178-181, 1984.
5. González, R. D.; Lereve, D.; Palacios, J. M.; Userag, G.; Castillo, P. G.; Montalbán, N. A. y Borobia, B.: Testicular malacoplakia. *J. Urol.*, 127: 325-328, 1982.
6. Hankohl, R. S. y Chincinian, H.: Malacoplakia of the testicle. Report a case. *Am. J. Clin. Path.*, 29: 473, 1958.
7. Martin Benito, J. L.; Regadera Sejas, F. J.; Orduna Domingo, A.; Maura Mendiaraz, V. y col.: Testicular malacoplakia. *Arch. Esp. Urol.*, 38 (5): 503-506, 1985.
8. Montero, J.; Urrutia, M. y Parrat y Pino, A.: Malacoplasia de testículo asociada a anemia aplásica y sarcoidosis cutánea. *Actas Urolog. Esp.*, 1 (4), 1977.
9. Paquin, F.; Schick, E. y Parent, C.: Malacoplakia of testis. *Urology*, 21: 194-198, 1983.
10. Turner, W. R.; Fletcher, D. C. y col.: Benign lesions of tunica albuginea. *L. Urol.* 117: 602, 1977.

## COMENTARIO EDITORIAL

Los tumores benignos e inflamatorios representan el 10-13% de los tumores sólidos testiculares. Entre ellos la malacoplasia de localización testicular es de los me-

nos frecuentes, solo el 1% o menos. La ecografía no proporciona diagnóstico de certeza y, como bien lo señalan los autores, la biopsia por congelación intraoperatoria pocas veces será lo suficientemente concluyente como para evitar la extirpación del órgano. Puede ser sugestiva la coexistencia o historia pasada de infecciones a *Escherichia coli*, pero ni su ausencia descarta la enfermedad ni su presencia la confirma. El antecedente de un traumatismo testicular debe hacer pensar en la posibilidad de un hematoma organizado, aunque no es infrecuente el trauma testicular como forma de presentación del cáncer.

El tratamiento de todo tumor sólido testicular debe seguir siendo su abordaje por vía inguinal con clampeo del cordón y biopsia por congelación, que generalmente confirmará la existencia de un carcinoma o, en menor número de casos, algún tipo de tumor benigno (tumores de células de *Leydig*, quistes epidermoides, etc.).

---

**Dr. Alejandro J. Dotta**

*Servicio de Urología del Hospital Italiano  
Dorrego 276, (200) Rosario, Santa Fe, Argentina  
Tel. 25-0381*

# CENTRO DE ESTUDIOS BIOQUIMICOS

Áreas de especialización:

ANDROLOGIA  
GINECOLOGIA

Dra. Ana María Blanco

FRENCH 2208 P.B.  
(1125) Capital Federal  
Telefax: 825-0794

---

**SAU**