

MALACOPLAQUIA RENAL: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DO CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIS RECIDIVADO

RENAL MALAKOPLAKIA: A DIFFERENTIATIVE DIAGNOSIS OF RECURRENT CARCINOMA OF RENAL CELLS

Victor V. M. Lins de Albuquerque; Cristiano S. Paiva, George A. M. Lins de Albuquerque; Marcos V. M. Lins de Albuquerque, Emily Franco; Lucas N. Lima.

RESUMO

A malacoplaquia renal é uma afecção granulomatosa crônica, de etiologia pouco esclarecida, que pode afetar a grande maioria dos sistemas orgânicos, porém, o maior local de incidência dessa doença está relacionado com o trato geniturinário humano. Atualmente, a sua causa, tem sido relacionada com disfunções do sistema imunológico e fagocitário e infecções persistentes por microorganismos gram-negativos aqui representados, principalmente, pela Escherichia Coli. Relatamos caso de malacoplaquia renal de um paciente submetido à nefrectomia total à direita após suspeição de neoplasia renal, porém, com achados patognomônicos de malacoplaquia renal após revisão de lâminas oriundas de peça renal retirada há 02 anos devido provável recidiva local.

Palavras-chave: Neoplasia renal; Malacoplaquia renal; Nefrectomia radical; recidiva tumoral.

ABSTRACT

Renal malacoplakia is a chronic granulomatous disease, poorly defined etiology, which can affect the vast majority of organic systems, however, the largest local incidence of this disease is related to the human genitourinary tract. Currently, its cause, has been linked to immune system dysfunction and phagocytic and persistent infections with gram-negative organisms represented here mainly by Escherichia coli. We report the case of kidney malacoplakia a patient underwent total nephrectomy right after suspicion of renal neoplasia, however, with pathognomonic findings of kidney malacoplakia blades after revision arising from kidney removed piece is 02 years likely due to local recurrence.

Keywords: Renal neoplasia; Renal malakoplakia; Radical nephrectomy Recurrent tumoral.

INTRODUÇÃO

A malacoplaquia é uma enfermidade granulomatosa crônica, de etiologia desconhecida, embora se acredite que seja oriunda de disfunções dos sistemas

imunológico e fagocitário associadas a infecção bacteriana persistente¹, caracterizada por tumorações que podem acometer virtualmente qualquer parte do organismo, embora mais frequentes no trato geniturinário, as quais podem ser interpretadas erroneamente como lesões malignas durante a investigação radiológica dos casos suspeitos^{1,2}.

Este trabalho tem por objetivo relatar uma suposta recidiva tumoral, diagnosticada como malacoplaquia renal, após revisão de lâminas de estudo anátomo-patológico provenientes de nefrectomia radical realizada há 2 anos para o tratamento uma suposta neoplasia renal.

RELATO DE CASO

Paciente iniciais SSB, 24 anos, gênero feminino, com história de lombalgia direita, irradiada para parede anterior do abdome ipsilateral, associada a hematúria macroscópica episódica, astenia e febre intermitente com 1 ano de evolução. Relatava ainda ITU de repetição há 2 anos. Solicitou-se Tomografia Computadorizada de Abdome, que evidenciou presença de massa expansiva de 10,5 x 9,8cm, comprometendo pólo superior de Rim D, de provável origem neoplásica. Procedeu-se ao estadiamento com Radiografia de Tórax e Cintilografia óssea, sem evidências de doença metastática, optando-se por Nefrectomia Radical D, cujo laudo anátomo-patológico confirmou diagnóstico de Carcinoma de Células Renais (CCR) grau nuclear 4 de Fuhrman, e estadiamento final pT4NxMx. Após 2 anos de seguimento, paciente passou a apresentar novo quadro de lombalgia direita, com massa palpável em flanco direito de aproximadamente 4cm. À TC e RNM de Abdome evidenciou-se lesão expansiva na musculatura posterior direita da parede abdominal, em contato com o cólon ascendente, medindo 3,6 x 5,4 cm, de provável etiologia neoplásica. Indicou-se a laparotomia exploradora, com ressecção de massa tumoral, hemicolectomia direita e reconstrução da parede abdominal. O anátomo-patológico revelou a presença de processo inflamatório granulomatoso crônico motivando, portanto, a revisão das lâminas anteriores referente a nefrectomia realizada há 2 anos, a qual evidenciou-se áreas de infiltrado inflamatório contendo histiócitos epitelióides, exibindo inclusões intracitoplasmáticas conhecidas como corpúsculos de Michaelis-Gutmann, confirmando o diagnóstico de Malacoplaquia Renal.

DISCUSSÃO

A patogênese da malacoplaquia deve-se à resposta imune alterada do hospedeiro contra infecções, a qual impede a completa digestão das bactérias fagocitadas e a persistência destas originam as inclusões intracelulares conhecidas como corpúsculos de Michaelis-Gutmann^{1,2}. Eventualmente pode acometer os rins na forma unifocal, simulando CCR em estudos radiológicos, além de existirem raros relatos na literatura de concomitância destas duas condições, o que torna provável esta associação neste caso^{3,4,5}.

A bexiga é o órgão mais afetado por essa afecção granulomatosa, mas, por outro lado, a malacoplaquia renal representa uma forma severa de acometimento do trato geniturinário, representando uma moléstia de difícil diagnóstico clínico, sendo o estudo anatomopatológico da peça acometida o principal meio diagnóstico utilizado na detecção dos corpúsculos de Michaelis-Gutmann com macrófagos de Von Hansemann tidos como patognomônicos dessa afecção clínica⁶.

Essa disfunção inflamatória crônica, de etiologia desconhecida, tem sido associada a infecções por microorganismos gram-negativos, onde a maior incidência é representada pela bactéria *Escherichia coli*. O trato geniturinário é o principal foco acometido por essa entidade clínica perfazendo um total de 58% dos casos de malacoplaquia renal. Essa entidade clínica frequentemente afeta pessoas imunodeprimidas por causas diversas como afecções crônicas, co-infecção pelo vírus HIV e comorbidades como diabetes e hepatopatias alcoólicas^{6,7}.

A malacoplaquia renal deve ser lembrada durante a investigação de síndromes febris de origem indeterminada associadas a presença de massas renais e/ou ITU recorrente. As características epidemiológicas, clínicas e radiológicas podem ser insuficientes para confirmar ou excluir este diagnóstico e nestes casos torna-se imprescindível a biópsia para correto diagnóstico, evitando-se desta forma, cirurgias desnecessárias em casos que poderiam ser tratados clinicamente. Os patologistas devem dar atenção especial para possibilidade de concomitância entre malacoplaquia renal e CCR^{6,7}.

REFERÊNCIAS

1. Velásquez JG, Vélez A, Uribe JF. Malacoplaquia en urología: Reporte de una serie de casos en un hospital universitario de Medellín - Colombia. *Rev Urol Col* 2006 Abr;15 (1):49-57.
2. Nancy AH, Paul N, Frank HM. Infectious and Inflammatory Diseases of the Kidney. *Radiol Clin N Am* 2012:259-270
3. Lew S, Siegal A, Aronheim M. Renal cell carcinoma with malakoplakia. *Eur Urol* 1988;14 (5):426–428
4. Abolhasani M, Mohammad-Jafari A, Mojgan Asgari and Hormoz Salimi 2,4. Renal malakoplakia presenting as a renal mass in a 55-year-old man: a case report. *J Med Case Reports* 2012; 6:379.
5. Chagas SAP, Silveira CM, Nunes MB. Malacoplaquia renal: relato de caso. *Rev Med MG* 2010; 20; 435-436.
6. Diez FG, Alvarez MEB, González RG, Chamorro JC, Luzuriaga JMR, Gomez VB, et al. Malacoplaquia renal: Presentación de un nuevo caso. *Arch Esp Urol* 2005; 58 (1):63-66.
7. Bandrés SA, Troyas RMG, Lostal JLC, Saldías LR, Cárdenas AP, Parra JDJ. Malacoplaquia testicular: aportación de un nuevo caso y revisión de la literatura científica. *Actas Urol Esp* 2009;33(9):1028-1031.