



# Revista Clínica Española

[www.elsevier.es/rce](http://www.elsevier.es/rce)



## COMUNICACIÓN CLÍNICA

### Malacoplaquia con afectación de oído medio

### Malakoplakia of the middle ear

A.D. Tejada Evans\*, J. Salcedo Aguilar, D. Mosquera Lozano, R. Daroca Pérez, J.L. Peña Somovilla y C. García Lamigueiro

Servicio de Medicina Interna, Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja, España

Recibido el 25 de marzo de 2010; aceptado el 24 de mayo de 2010

La «malacoplaquia» (del griego *malakós*, blando, y *plakos*, placa) es una rara enfermedad granulomatosa de etiología incierta que si bien puede afectar a cualquier órgano, incide principalmente en el aparato urinario. Su primera descripción data del año 1902<sup>1</sup>. Se caracteriza por la formación de placas o nódulos blandos de color amarillento, que histológicamente están constituidos por un infiltrado inflamatorio inespecífico, con fibrosis y proliferación de histiocitos de citoplasma acidófilo, denominados células de Von Hansemann. En su interior, se diferencian unas estructuras calcificadas, basófilas PAS positivas, que corresponden a los cuerpos de Michaelis-Gutmann. En su patogenia se ha descrito la infección por bacterias gramnegativas, especialmente de *Escherichia coli*. El tratamiento de esta enfermedad debe combinar la cirugía y el tratamiento antibiótico prolongado. El pronóstico es en general favorable.

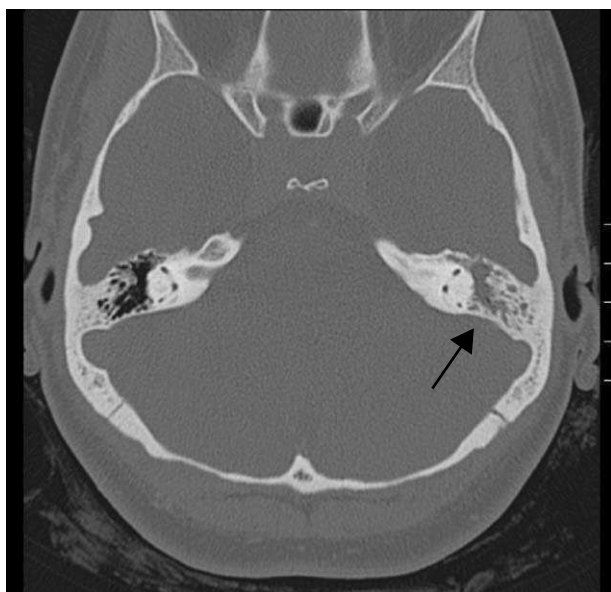
Recientemente hemos diagnosticado un caso de malacoplaquia de localización excepcional, con afectación de oído medio y con crecimiento de *Pseudomonas aeruginosa* en el cultivo de muestras de exudado ótico.

### Caso clínico

Mujer de 15 años de edad con antecedentes de otitis media de repetición de oído izquierdo de muchos años de evolución diagnosticada en todos los casos clínicamente por cursar con otalgia, secreción purulenta maloliente, en ocasiones con fiebre y exploración compatible. Los episodios se presentaban fundamentalmente en verano y mostraban una posible relación con inmersión en piscinas. La paciente fue remitida a nuestra consulta por el Servicio de Otorrinolaringología donde estaba siendo vista por cuadro persistente de unos dos meses de evolución de otitis media de oído izquierdo. El cuadro consistió inicialmente en otalgia izquierda con otorrea purulenta. Fue tratada con solución tópica compuesta de fluorquinolona-neomicina-polimixina B además de ceftidixeno 200 mg vía oral cada 12 horas por 10 días con escasa mejoría de la sintomatología. Al mes de iniciada la clínica la paciente continuaba con otalgia y otorrea. La exploración reveló entonces secreción purulenta en oído izquierdo y la presencia de un granuloma en porción ático-antral. Se tomaron muestras para cultivo de exudado ótico y se extirpó el granuloma. Además se solicitó tomografía computarizada (TAC) de cráneo para descartar colesteatoma. Se indicó tratamiento con solución tópica de gentamicina-dexametasona durante 10 días y mometasona inhalada nasalmente durante 15 días. La paciente fue valorada dos semanas después, mostrando mejoría clínica y ausencia de otorrea, aunque

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ale@tejadaaragon.com](mailto:ale@tejadaaragon.com) (A.D. Tejada Evans).



**Figura 1** TAC craneal a nivel de peñascos: ocupación de oído medio y de celdas antromastoideas, por material inflamatorio sin destrucción de estructuras óseas (flecha).

persistía ligera inflamación atical. El TAC craneal reveló ocupación del oído medio izquierdo por material inflamatorio sin destrucción de estructuras óseas, siendo compatible con otitis media, sin datos sugestivos de colesteatoma (fig. 1). En el cultivo del exudado ótico creció *Pseudomonas aeruginosa* sensible a gentamicina, tobramicina, ciprofloxacino y levofloxacino. La anatomía patológica del granuloma mostró láminas de histiocitos con estructuras redondeadas citoplasmáticas de aspecto basófilo que se teñían con tinción de PAS compatibles con cuerpos de Michaelis-Gutmann. Entre el infiltrado inflamatorio difuso macrofágico se observaron linfocitos, células plasmáticas, polimorfonucleares neutrófilos y tejido de granulación, estableciéndose el diagnóstico de malacoplaquia. Al recibir estos resultados se nos consultó para ampliar estudio y seguimiento. En la primera evaluación la paciente se encontraba asintomática y con una exploración general rigurosamente normal. Se realizó estudio para descartar afectación de otros órganos consistente en analítica completa de sangre y orina, nuevo cultivo de exudado ótico y de orina (ambos negativos), ecografía de aparato urinario, TAC toracoabdominal y gammagrafía con galio sin encontrar hallazgos relevantes. La paciente fue tratada con ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas por vía oral por 3 meses. A los 6 meses de finalizado el tratamiento la paciente se encontraba asintomática y con exploración general y otológica normales.

## Discusión

La afectación del aparato genitourinario es la forma más frecuente de malacoplaquia (58% de los casos) según una serie de 153 pacientes<sup>2</sup> y es más prevalente en mujeres que en hombres (relación 4/1). Sin embargo, la que incide fuera del aparato urinario no parece mostrar predilección por género, raza o edad. La malacoplaquia de localización extraurinaria fue descrita por primera vez en 1958<sup>3</sup>. En la actualidad

existen numerosos reportes de casos<sup>4</sup> siendo la del aparato digestivo la más frecuente. Sin embargo, solamente hemos encontrado 4 casos publicados de malacoplaquia de oído medio<sup>5,6</sup> en la literatura médica mundial.

Se piensa que la etiopatogenia implicada es la misma independientemente del órgano o aparato involucrado. Se postulan tres mecanismos de patogenia: 1) infeccioso<sup>7</sup>: se han implicado diferentes microorganismos *Escherichia coli* (2/3 de los casos), *Mycobacterium tuberculosis*, *Proteus* y *Staphylococcus aureus*. 2) enfermedades y situaciones que condicionan una respuesta inmune alterada (transplantados de órganos, infección por VIH, tratamiento quimioterápico y esteroideo, consumo de alcohol, diabetes mal controlada y malnutrición entre otros). 3) respuesta macrofágica alterada por disfunción lisosomal<sup>8</sup>.

El diagnóstico clínico es difícil dado que la enfermedad puede cursar con la aparición de nódulos silentes o con diversas manifestaciones según el órgano o sistema afecto. Por ejemplo, la malacoplaquia del aparato digestivo puede ocasionar dolor abdominal, diarrea, hemorragia u obstrucción. La del aparato respiratorio puede confundirse con un carcinoma broncogénico y la del aparato genital femenino puede originar sangrado vaginal. La anatomía patológica de las lesiones confirmará el diagnóstico al evidenciar las características histológicas previamente descritas y descartará la presencia de una lesión cancerosa subyacente (asociación descrita en hasta un 30% de los casos de malacoplaquia gastrointestinal)<sup>9</sup>.

El tratamiento debe combinar la escisión quirúrgica de las lesiones y el tratamiento antibiótico. En la malacoplaquia urogenital (y posiblemente también en la de otras localizaciones) se han mostrado útiles las fluoroquinolonas por su adecuada penetración intracelular<sup>10</sup>. La duración óptima del tratamiento no está bien definida. Realizando estas medidas el pronóstico es favorable en la mayoría de los casos, tal y como ha sucedido en el nuestro.

## Bibliografía

1. Michaelis L, Gutmann C. Einschlusse in Blastentumoren. Z Klin Med. 1902;47:208–15.
2. Wielenberg AJ, Demos TC, Rangachari B, Turk T. Malacoplaquia presenting as a solitary renal mass. AJR Am J Roentgenol. 2004;183:1703–5.
3. Scott EV, Scott Jr WF. A fatal case of malakoplakia of the urinary tract. Trans Southeast Sect Am Urol Assoc. 1957;21:15–9.
4. Yousef GM, Naghibi B, Hamodat MM. Malakoplakia outside the urinary tract. Arch Pathol Lab Med. 2007;131:297–300.
5. Azadeh B, Dabiri S, Moshfegh I. Malakoplakia of the middle ear. Histopathology. 1991;19:276–8.
6. Puente LG, Grijalba UM, Trelles Vargas HF. Presentación de un caso de malacoplaquia del oído medio. Acta Otorrinolaringol Esp. 1995;46:315–6.
7. Gustavo LC, Robert ME, Lamps LW, Lagarde SP, Jain D. Isolated gastric malakoplakia: a case report and review of the literature. Arch Pathol Lab Med. 2004;128:e153–6.
8. Curran FT. Malakoplakia of the bladder. Br J Urol. 1987;59:559–63.
9. McClure J. Malakoplakia of the gastrointestinal tract. Postgrad Med J. 1981;57:95–103.
10. Dohle GR, Zwartendijk J, Van Krieken JH. Urogenital malacoplaquia treated with fluoroquinolones. J Urol. 1993;150:1518–20.