

Donovanosis

Donovanosis

Dr. Aníbal Espínola; Dra. Stela Samaniego; Dra. Aurelia Taboada; Dr. Gustavo Benítez. Servicio de Clínica Médica de Adultos. Instituto de Medicina Tropical

Background: Adolescent patient, native (Nivacle) sexually active, from the central Paraguayan Chaco, with 9-month history of rectal bleeding and ulcerated lesions in the perianal region, pregnancy query term, we see the health personal injuries, and perform caesarean elective, was referred to a reference cancer center on suspicion of anal cancer before reaching the dx, received multiple antibiotic schemes, and when receiving the pathology report, with the resulting donovanosis suspected to our service, where he was treated specific antibiotic, in addition to practices a colostomy for recto-vaginal fistula, the patient presented favorable evolution, with restoration of intestinal transit after the closure of the fistula (3, 11 to 14).

Key words: Donovanosis, ulcerated lesions

Resumen

Paciente adolescente, nativa (Nivacle) sexualmente activa, procedente del chaco central paraguayo, con historia de 9 meses de rectorragia y lesiones ulceradas en región peri-anal, consulta por embarazo a término, se constata las lesiones por personal de salud, y le realizan cesárea electiva, fue derivada a un centro oncológico de referencia por sospecha de de cáncer anal, antes de llegar al dx, recibió múltiples esquemas antibióticos, y cuando reciben el informe de anatomía patológica, con sospecha de donovanosis la derivan a nuestro servicio, donde recibió tratamiento antibiótico específico, además de practicársele colostomía, por fístula recto-vaginal, la paciente presento evolución favorable, con restitución el tránsito intestinal una vez cerrado la fistula (3,11-14).

Palabras claves: Donovanosis, lesiones ulcerativas.

Introducción

La donovanosis es una enfermedad bacteriana producida por un bacilo Gram negativo intracelular conocido como *Calymmatobacterium granulomatis* (1) o *Donovania granulomatis*, actualmente con nueva denominación: *Klebsiella granulomatis*.

Puede formar parte excepcionalmente de la flora gastrointestinal. Es conocida como granuloma inguinal o granuloma venéreo (2). Es transmitida sexualmente, pero de baja contagiosidad, aunque no es la única forma de adquirir la infección (3). La enfermedad fue descrita por Mcleod en 1882 en India y por Donovan en 1905 quien describe el agente casual. Produce lesiones ulcerativas granulomatosas localizadas en la piel, mucosa y celular subcutáneo de la región genital y perianal, de curso crónico e indolente, por lo que la consultas se realizan generalmente ya con úlceras extensas y complicadas. El diagnóstico etiológico es difícil por la dificultad para el cultivo, pero la presencia de cuerpos de Donovan al frotis o la anatomía patológica son diagnósticas (1,2). Es endémica en ciertas áreas tropicales y subtropicales como Nueva Guinea Oeste, América Latina, Sur África, India, Indonesia y el Caribe, aborígenes de Australia, siendo rara en Europa 3,4. Su incidencia sigue siendo baja en nuestro medio. La respuesta al tratamiento es lenta pero efectiva 2. El compromiso sistémico es raro y sólo se ve en el 6% de los casos reportados mundialmente y puede comprometer la vida cuando afecta huesos y vísceras como el pulmón, hígado y los del tubo gastrointestinal (5).

Tres semanas de tratamiento con eritromicina, la estreptomycinina o tetraciclina, o 12 semanas de tratamiento con ampicilina son formas estándar de tratamiento (7) también son efectivos doxiciclina, trimetoprim-sulfametoxazol, las fluorquinolonas (1-3,8), azitromicina (8), Cloranfenicol, Tianfenicol (2), aminoglucósidos, ceftriaxona (3). Se ha reportado casos en niños en contacto con adultos, no relacionados necesariamente a contacto sexual (9).

El periodo de incubación es muy variable de 1 a 360 días con un promedio aproximado de 50 días (3, 9). El hombre es el único portador de la enfermedad (3, 10). Se manifiesta por pápulas o nódulos subcutáneos con posterior ulceración superficial, sin secreción purulenta con bordes anfractuados, y escasa reacción inflamatoria, aunque es frecuente la sobreinfección bacteriana, típicamente no presenta adenitis, pero ocasionalmente las lesiones nodulares pueden cursar con linfadenitis.

La región anatómica más frecuentemente afectada en el hombre es el surco coronal, la región balanoprepucial y el ano, en la mujer labio menor, pared vaginal y raramente en cuello y genitales internos pudiendo confundirse con un cáncer. Las úlceras son frecuentes en lo no circuncidados y en los hombres con escasa higiene (9-15). Las lesiones extragenitales son secundarias exclusivamente a las lesiones genitales o del ano¹⁶, las regiones más afectadas son la encía, mucosa yugal, paladar, faringe, laringe, nariz, región

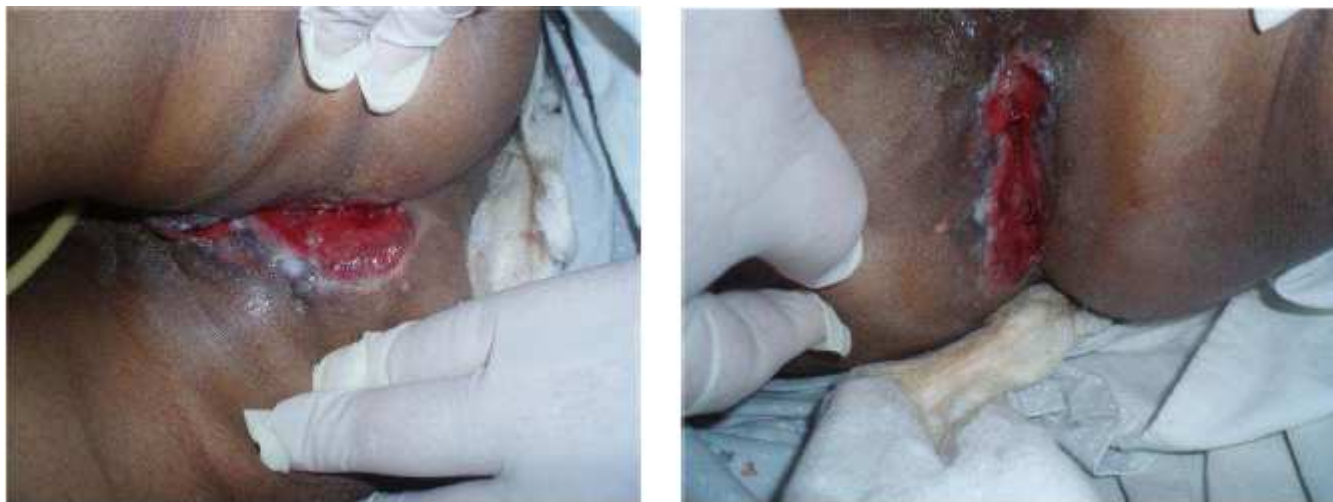
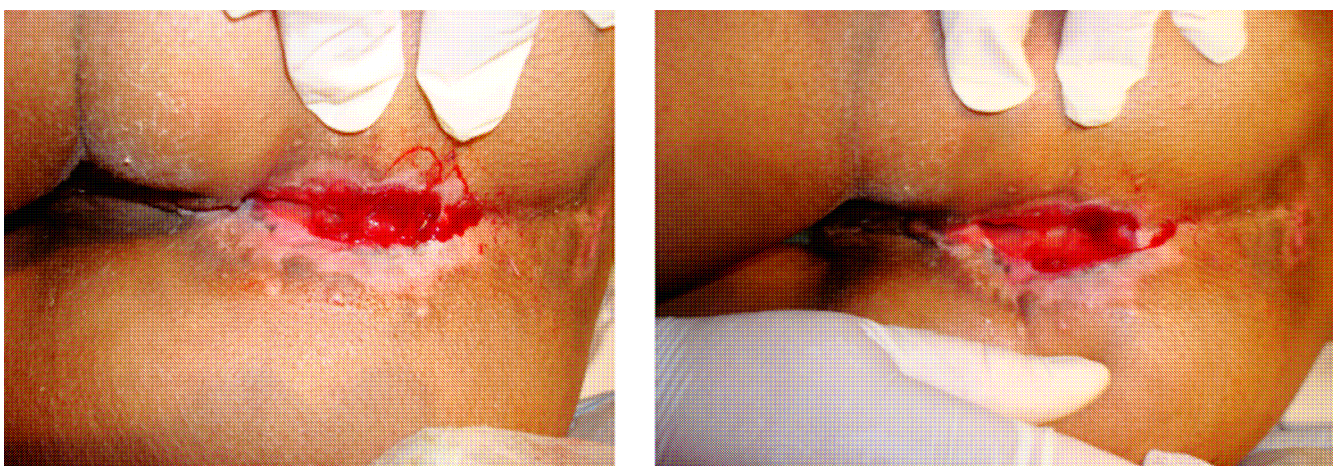
ocular, surco inframamario, abdomen, brazos, piernas, huesos particularmente la tibia. Las lesiones orales son muy frecuentes y la afección dental indica compromiso óseo (9,15-17). Puede ocurrir diseminación abdominal con compromiso de múltiples órganos habiendo en éstos casos fiebre, anemia, malestar general, y signos de toxicidad, con riesgo para la vida del paciente, pero es raramente asociado con el diagnóstico de donovanosis (15-18). Las lesiones genitales y perigenitales pueden ser ulceradas con bordes sobre elevados o no, ulcerovegetantes, vegetantes, y con elefantiasis. Las extragenitales pueden ser ulcerovegetantes, vegetantes, elefantiasis secundaria a úlceras crónicas y a la intensa fibrosis linfática. Otras complicaciones observadas son carcinoma espinocelular de vulva, fimosis, estenosis de la uretra, vagina y ano (19-22). La donovanosis tiene un curso agresivo durante el embarazo con lesiones atípicas en área genital 15. No se ha demostrado que la donovanosis aumente el riesgo de adquirir VIH, pero la coinfección prolonga los periodos de la úlcera y requieren un tratamiento antibiótico más intensivo y prolongado (9, 18, 23)

Relato del caso

Paciente nativa Nivacle, de sexo femenino, de 20 años de edad, procedente de Neuland Chaco Paraguayo, con historia de úlceras en región perianal y genital externo de 9 meses de evolución de crecimiento progresivo e indoloro acompañado de rectorragia ocasional, 3 meses antes de su ingreso a nuestro servicio consulta en centro materno infantil en trabajo de parto, constatándose las lesiones ulcerativas extensas a nivel perineal, por lo que es sometida a una cesárea de urgencias. Posterior a su recuperación fue remitida a centro de referencia oncológico por sospecha de cáncer anal, donde realizan biopsia de úlceras, en cuya histopatología informada por la dermatopatóloga se observa a la coloración de Giemsa dentro del citoplasma de algunos macrófagos, corpúsculos de 2 a 3 micras poco teñidas que correspondería a Cuerpos de Donovan, por lo cual fue remitida al nuestro servicio con diagnóstico de donovanosis. Recibió varios esquemas cortos de antibióticos.

Al ingreso

Signos vitales estables, hipotrofica, desnutrida, extensa úlcera que se extiende por toda la zona perineal (Gráfico 1), desde el coxis a vulva, se constata salida de heces por vagina por probable fístula rectovaginal, no ganglios regionales, ni lesiones en otras zonas, resto del examen sin datos patológicos de valor. Se realiza tratamiento con doxiciclina 100 mg cada 12 hs. Se realizó colonoscopia constatándose la fístula recto vaginal, además se observan úlceras a nivel del colon y bajo recto, se realiza biopsia que informa infiltrado crónico inespecífico con zona necrótica. Se realiza una colostomía para curación de la fístula (Gráfico 2). Completó 10 semanas de tratamiento con doxiciclina. Evolución favorable pero lenta de las úlceras. A las 16 semanas con cicatrización casi total de las lesiones se realizó restitución del tránsito con éxito. Test de ELISA para HIV negativo.

Gráfico 1. Lesiones ulcerativas al ingreso que se extiende por toda la zona perineal**Gráfico 2. Ulcera perianal en vías de cicatrización 4 semanas post tratamiento****Discusión**

La donovanosis es una patología poco descrita en nuestro país, pero hay que tenerla en cuenta como diagnóstico diferencial en úlceras de evolución prolongada como en este caso. A pesar de su localización genital y perianal existen dudas de su transmisión sexual exclusiva debido a que se describe en pacientes con poca o ninguna actividad sexual²⁻⁴. Se debería de realizar biopsias en todas aquellas lesiones en las que el frotis o el cultivo no es diagnóstico. Se trata de una patología benigna y curable con un tratamiento adecuado por lo que es importante el diagnóstico ya que su evolución prolongada puede llevar a múltiples complicaciones. La curación puede producir estenosis. Se debe estar atento ante la posibilidad de desarrollo de cáncer espinocelular (1, 3, 19, 22). Este es el primer reporte de caso en nuestro servicio, creemos que como se describe, el embarazo pudo haber influido en la evolución rápida y agresiva en esta paciente³. El diagnóstico como se describe en toda la literatura y en todos los reportes se realizó por la

histopatología, habiéndose descartado otras patologías causantes de úlceras crónicas por biopsias, frotis y múltiples cultivos. El tratamiento realizado con doxiciclina en una de las 2 mejores opciones recomendadas por la OMS, con lo que presento muy buena evolución.

Se describe que con el TMP-SMX, hay menor tasa de recaídas, pero debido, a la anemia que presentaba la paciente se optó por doxiciclina. No pudimos contactar con la pareja. El hallazgo de la lesión fue totalmente casual ya que la paciente consulta en un centro obstétrico para dar a luz constatándose en dicho servicio de la presencia de las lesiones siendo interpretado inicialmente como un cuadro neoplásico. Por otra parte, creemos que los médicos de nuestro medio deberían tener mayor familiaridad y conocimiento de esta enfermedad venérea crónica y progresivamente destructiva, a fin de evitar graves problemas terapéuticos por falta de un diagnóstico correcto y precoz.

Referencias

- 1- Michael H. Augrnbraun. Lesiones cutáneas y mucosas genitales. En Mandell, Douglas y Bennett. 5º Ed. Tomo 1. 1338- 1345
- 2- Silvia Regina C. Sartori Barrviera. Outras DST. Medicina Tropical. Sergio Cimerman, Benjamin Cimerman. 2001; 3(1)637-645
- 3- Salvador B. Donovanosis. Braz J Infect Dis Dec. 2008. vol.12 no.6
- 4- Dekoven J, Shier M. Granuloma inguinale: three cases diagnosed in Toronto, Canada. Int J Dermatol 1992; 31: 696-699.
- 5- García Pérez A, Fernández Pascual JS, Muñoz I, Fernández Contioso JA. Granuloma inguinal. Un caso autóctono en Andalucía occidental. Actas Dermo-Sif 1981; 72: 577-580.
6. Gilbert DN., Moellring RC, Eliopoulos GM, Sande ME, O'Farrell N. Donovanosis. Sex Transm Infect 2002;78:452-7.
7. Donovanose *in* Doenças Infecciosas e Parasitárias: Guia de Bolso. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. 2004. p.118-21. Brasília, DF
8. Fonseca A., Souza E.M. Donovanose. Dermatologia Clínica. 1ª ed. Guanabara Koogan. 1984. p. 167-69. Rio de Janeiro.
9. Costa J.B., Domingues D., Castro R., Exposto F. Úlceras Genitais Causadas por Infecções Sexualmente Transmissíveis. Atualização do Diagnóstico e Terapêuticas, e a Sua Importância na Pandemia do HIV. Acta Med Port 2006;19:335-42.
10. Donovanose *in* Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis: DST. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS. 4ª ed. 2006. Série Manuais nº 68, p. 50. Brasília, DF.
11. Ferreiro M.C., Rodríguez M.A., León C.P. Úlceras Genitales. Dermatol Venez 2004;42(3):12-9.
12. O'Farrell N. Donovanosis: an Update. Int. J. STD AIDS 2001;12:423-7.
13. Galarza C. Donovanosis. Dermatol. Peru 2000;10(1):35-8.
14. Fonseca A., Souza E.M. Donovanose. Dermatologia Clínica. 1ª ed. Guanabara Koogan. 1984. p. 16- 69. Rio de Janeiro.

15. Wu J.J., Huang D., Pang K.R., Tyring S.K. Selected Sexually Transmitted Diseases and Their Relationship to HIV. *Clin Dermatol* 2004;22:499-508.
16. Veeranna S., Raghu T.Y. A Clinical and Investigational Study of Donovanosis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2003;69(2):159-62.
17. Jardim M.L. Donovanose: Proposta de Classificação Clínica. *An Bras Dermatol* 1987;62(3):169-72.
18. Jamkhedkar P.P., Hira S.K., Shroff H.J., Lanjewar D.N. Clinico-epidemiologic Features of Granuloma Inguinale in the Era of Acquired Immune Deficiency Syndrome. *Sex Transm Dis* 1998;25:196-200.

Solicitud de Sobretiros:

Dr. Gustavo Benítez
Servicio de Clínica Médica
Instituto de Medicina Tropical
Asunción, Paraguay
gbenite@yahoo.com.ar