



Donovanosis, reporte de caso

José Miguel Jorge Mesia,*
Javier Sandoval Jáuregui,**
Pedro Pablo Pittar Arias***

- * Coloproctólogo, Asistente Hospital Puente Piedra, Tutor de Internos de la Universidad San Martín de Porres.
- ** Coloproctólogo, Asistente del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.
- *** Cirujano General, Jefe del Departamento de Cirugía del Hospital Puente Piedra.

Dirección para correspondencia:
José Miguel Jorge Mesia
miguel20jorge@yahoo.com

Resumen

La donovanosis es una enfermedad ulcerativa crónica y progresiva que ataca por lo común la región genital, es producida por el *Calymmatobacterium granulomatis*, bacteria Gram negativa. La azitromicina ha emergido como la droga de elección para su tratamiento. Se presenta un caso de donovanosis en un varón de 46 años, quien tenía relaciones heterosexual y homosexual, el cual presentó pápula anal que evolucionó a una úlcera crónica, le realizan el diagnóstico de tumoración anorrectal a descartar una neoplasia anorrectal y le realizan colostomía. El retardo en la sospecha clínica en un área no endémica concluyó con su diagnóstico con un extendido en lámina para microscopía con coloración Giemsa.

Palabras clave: Donovanosis, *Calymmatobacterium granulomatis*, tumoración anorrectal, colostomía.

Abstract

The donovanosis is a disease ulcerative chronic and progressive that attacks for common the genital region, is produced by the Calymmatobacterium granulomatis, bacterium Gram negative. The azitromicina has emerged as the drug of choice for his treatment. One presents donovanosis's case in a 46-year-old male, who had relations heterosexual and homosexual, which present papula anal that I evolve to a chronic sore, realize the diagnosis of tumour anorectal to suspected neoplasia anorectal and fulfil him colostomia. The delay in the clinical suspicion in a not endemic area I conclude with his diagnosis with extended in sheet for microscopy with coloration Giemsa.

Key words: Donovanosis, *Calymmatobacterium granulomatis*, tumour anorectal, colostomy.

CASO CLÍNICO

Paciente: QRS, Edad: 46 años. Raza: mestiza. Natural: Cajamarca. Procedencia: Lima-Perú. Ocupación: obrero. Estado civil: soltero. Religión: católico. Grado de instrucción: secundaria completa. Forma de ingreso: transferido del Servicio de Gastroenterología, Policlínico Castilla. Fecha de ingreso al Hospital Guillermo Almenara Irigoyen: 21-07-06. Anamnesis: directa.

Antecedentes

Personales: Generales: vivienda, en casa alquilada, cuenta con los servicios de agua, luz y desagüe, de material noble.

Alergias: niega.

Hábitos nocivos: cigarrillos, 1/2 cajetilla por día has-

ta hace dos años. Alcohol, hasta hace seis meses.

Transfusiones sanguíneas: hace cuatro años cuando le realizan cirugía en Hospital de Trujillo.

Fisiológicos: nacido de parto eutócico en domicilio. Desarrollo psicomotor: aparentemente normal. Inmunizaciones: aparentemente completas.

Vida sexual: primera relación sexual: a los 18 años. Última relación sexual: mayo 2006. Número de parejas: promiscuo sin protección. Relaciones heterosexuales y homosexuales.

Antecedentes patológicos

- Hipertensión (-) diabetes mellitus (-)
- Fiebre tifoidea (-) Brucelosis (-) Hepatitis (-)
- A los 22 años le diagnostican "chancro" (en posta de Trujillo), recibe tratamiento- Cirugías previas: Colos-

tomía hace cuatro años en hospital de Trujillo, debido a tumoración anorrectal.

Familiares: Padre: falleció muerte natural. Madre: fallecida, enfermedad cardíaca. Hermano: mayor fallecido: leucemia. Otros hermanos: (nueve) aparentemente sanos. Hijos: una, aparentemente sana.

Funciones biológicas

Apetito: conservado. Sed: conservado. Orina: chorro urinario conservado. Deposiciones: por colostomía, aspecto normal. Sueño: disminuido.

Enfermedad actual

Tiempo de enfermedad: 05 años. Forma de inicio: insidioso. Curso: progresivo. Signos y síntomas principales: rectorragia, tumoración anorrectal, trastornos hábito defecatorio alterado.

Paciente refiere que desde hace cinco años nota la presencia de una tumoración, del tamaño de un "fréjol" en región del ano, que progresivamente aumenta de tamaño y se convierte en una masa dolorosa, con el aspecto de una "coliflor", la cual presenta signos de sangrado (pérdida hemática estríada con las heces) que acompaña a las deposiciones. Las heces disminuyen en su calibre y la defecación se hace dolorosa, por esta

razón acude al hospital de Belén en Trujillo y le diagnostican tumoración anorrectal y le realizan colostomía, la lesión se extirpa, la cual reaparece hace aproximadamente un año y medio, motivo por el cual acude al Policlínico Castilla y de donde lo derivan al Hospital Nacional Guillermo Almenara para estudio y tratamiento.

Examen físico

Signos vitales: Presión arterial (PA): 110/60. Frecuencia cardíaca (FC): 80 x minuto. Frecuencia respiratoria (FR): 20 x minuto. Temperatura: afebril.

Paciente en regular estado general. Piel: tibia, elástica, leve palidez. Tejido celular subcutáneo: no presenta edemas. Osteomioarticular: fuerza muscular y rango articular sin alteraciones. Sistema ganglionar: no se palpan adenopatías.

Examen regional

Cabeza: cráneo normocéfalo, escleras no ictericas, boca: mucosa oral húmeda, dientes en mal estado de conservación.

Cuello: cicatrices antiguas por adenopatías supuradas, no ingurgitación yugular, no adenopatía palpable.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular auscultable en ambos campos pulmonares, no hay estertores.

Cuadro I. Hemograma.

<i>Fecha</i>	<i>Leuco</i>	<i>Hb</i>	<i>Hto</i>	<i>Ab</i>	<i>Seg</i>	<i>Eo</i>	<i>Linf</i>
19/11/05	6,700	12.3	37%	0%	59%	0%	34%
01/08/06	7,311	10.6	32%	0%	78%	3%	15%

Cuadro II. Pruebas de coagulación.

	<i>Tp</i>	<i>Ttpa</i>	<i>Fibrinógeno</i>	<i>Plaquetas</i>
19/11/05	10.8	30.8	3.7	321,000
01/08/06	11.2	32.3	4.6	351,000
Valores normales		27-40 seg	1.8-3.4 G/L	150,000-500,000

medigraphic.com

Cuadro III. Pruebas de funcionamiento hepático.

	<i>F. alcalina</i>	<i>TGO</i>	<i>GGTP</i>	<i>Albúmina</i>
03/12/06	176	22	102	3.4
01/08/06	272	23	166	3.2
Valores normales	39-117 U/L	0-38 U/L	8-64 U/L	3.5-5.0 g/dL

Cuadro IV.

	<i>Creatinina</i>	<i>Glucosa</i>	<i>Urea</i>
03/12/06	74	5.9	—
01/08/06	83	5.1	2.4
Valores normales	44-123 Umol/L	3.8-6.4 mmol/L	1.7-8.3 mmol/L

Cuadro V. TORCH.

<i>Anticuerpos</i>	<i>01/08/06</i>	<i>Valores normales</i>
Antitoxoplasmosis IgM (IU/mL)	0.128	> 0.6
Antitoxoplasmosis IgG (IU/mL)	29.3	> 3.0
CMV IgG (AU/mL)	> 250	> 15.0
CMV IgM (EUI)	21.1	Hasta 35.0
Antirrubéola IgG (IU/mL)	105	> 10.0
Antirrubéola IgM	0.14	> 0.8
Antiherpes IgG	0.4	> 1.1

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, buen tono, no se auscultan soplos.

Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando, deprecible, no doloroso, cicatriz paramediana izquierda, de aprox. 5 cm, colostomía funcionante. Genitourinario: punto renoureteral: negativo. Puño percusión lumbar bilateral: negativo.

Región perineal: se observa tumoración a predominio del margen anal derecho de aproximadamente 7 x 4 cm de diámetro, proliferativa, granulomatosa, y eritematosa, cubierto de escasa secreción exudativa amarillenta.



Figura 1. Transparencia conservada de ambos campos.

ta. Neurológico: no presenta signos meníngeos ni de focalización.

Impresión diagnóstica: Tumoración anorrectal de etiología a determinar, descartar neoplasia maligna anorrectal.

Exámenes auxiliares

Los cuadros I a V muestran los resultados de las pruebas de laboratorio y las fechas en que fueron practicadas. Pruebas del 2 de agosto de 2006 (02-08-06): RPR (*Rapid Plasma Reagin*): negativo (–). VDRL (*Venereal Research Disease Laboratory*): activo 01 Dils. Antígeno TPHA (hemaglutinación con *Treponema pallidum*): reactivo +++. Anticuerpos contra *Treponema pallidum*: reactivo.

Imagen de apoyo al diagnóstico

Rayos X tórax: 03-08-06

Transparencia conservada de ambos campos. Silueta cardíaca normal.

Ecografía: 07-08-06

Hígado: de forma, tamaño y ecogenicidad normales. Vesícula biliar, mide 60 x 26 mm, grosor de pared de 01 mm, un cálculo de 04 mm, colédoco mide 6 mm, porta 10 mm. Páncreas y bazo sin alteraciones.

Conclusión: Litiasis vesicular.

Tomografía abdominal: 22-01-06

Engrosamiento de pared del sigmoides en relación a neoplasia maligna, signos de colecistitis crónica.

No signos de metástasis.

Procedimiento diagnóstico

21-11-05: Proctoscopia.

Inspección: se aprecia lesión proliferativa que sale a través del ano. A la proctoscopia se aprecian lesiones infiltrativas de pared del recto, se avanzó hasta 15 cm, se limpia secreción sanguínea, y se toman varias muestras de estas lesiones submucosas, cubiertas de mucosa friable.

Conclusión: Neoplasia anal, proceso infiltrativo de pared rectal hasta los 15 cm por encima del margen anal. Descartar diseminación de neoplasia anal hacia recto.

Anatomía patológica: Inflamación crónica severa, predominio de macrófagos. Tejido de granulación.

04-02-06: Cirugía de día:

Exploración bajo anestesia, toma de biopsia.

A-P: región anal, hiperplasia pseudoepiteliomatosa. Inflamación crónica reagudizada severa, no se aprecian cambios malignos.

Recto, proctitis crónica reagudizada severa, fibrosis, proliferación vascular y hemorragia focal.

08-02-06: Proctoscopia rígida.

Lesión proliferativa en mucosa rectal, en posición 3, friable al roce del instrumento y se extiende hacia la mucosa rectal. Hasta los 15 cm del margen anal.



Figura 2. Vista panorámica.



Figura 3. No signos de metástasis.



Figura 4. Ausencia de adenopatías.

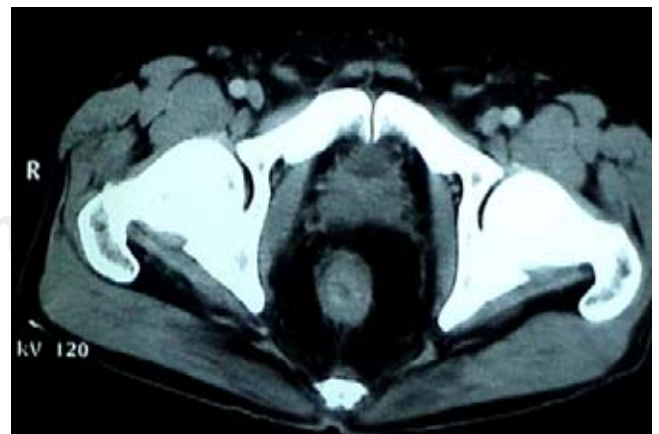


Figura 5. Engrosamiento de pared del recto.

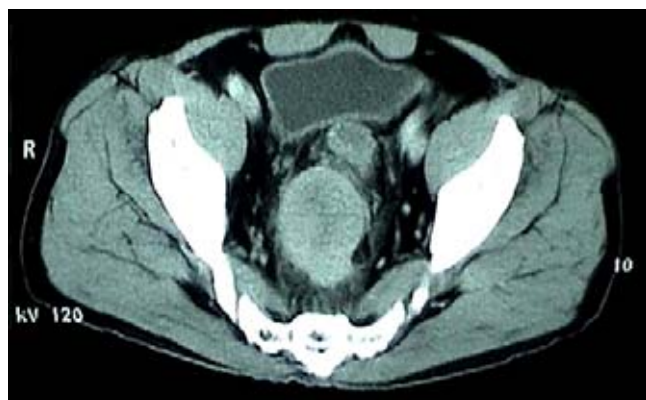


Figura 6. Engrosamiento de pared del recto.

Conclusión: lesión proliferativa del ano y recto descartar NM anorrectal.

A-P: Tejido de granulación, no se aprecian cambios malignos en la muestra examinada.

08-04-06: proctoscopia.

Tumoración grande en región anal, a predominio del lado derecho, con bordes irregulares, se toman biopsias.

Conclusión: ¿Neoplasia anorrectal?

A-P: Tejido de granulación, no se aprecian cambios malignos.

29-04-06: Cirugía de día:

Toma de biopsia sobre margen anal derecha.

A-P: Hiperplasia pseudoepiteliomatosa, inflamación crónica reagudizada severa.

Paciente es transferido al Servicio de Infectología el 12-08-06, para ampliar estudio de diagnóstico de tumoración anorrectal.

En este Servicio se realizó un extendido para microscópica con coloración Giemsa, concluyendo el diagnóstico de donovanosis, para lo cual recibió un tratamiento por 3 semanas con doxiciclina por vía oral a dosis de 100 mg cada 12 horas con la resolución definitiva de esta enfermedad ulcerativa crónica.

DISCUSIÓN

La donovanosis es una enfermedad ulcerativa crónica, progresiva, que ataca por lo común la región genital, producida por una bacteria gramnegativa capsulada, llamada: *Calymmatobacterium granulomatis*. Conocida como: Granuloma inguinal tropical, Granuloma pudendo, Granuloma venéreo o Granuloma inguinal.¹

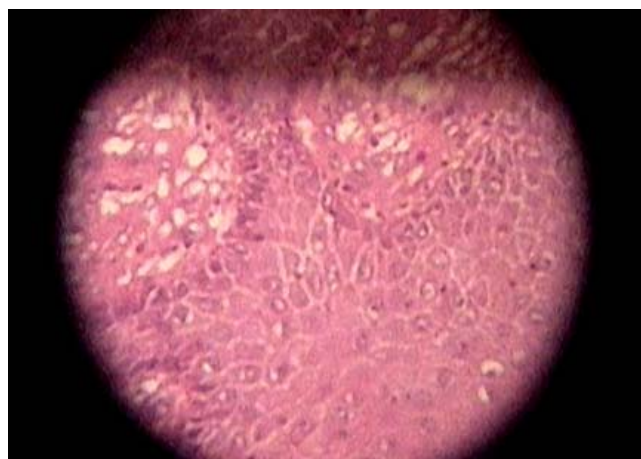


Figura 7. Biopsia de lesión.

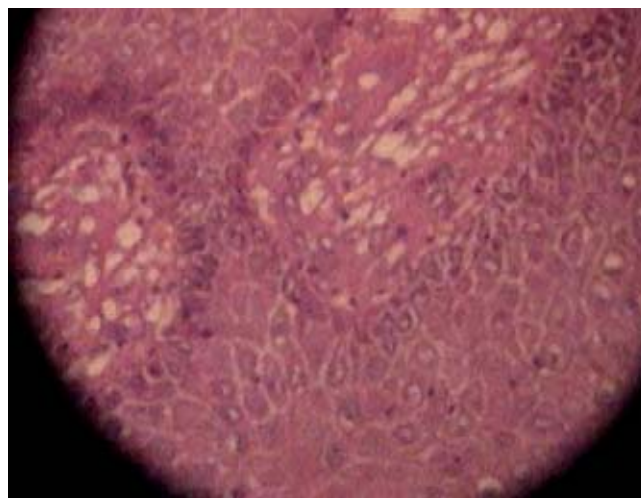


Figura 8. Inflamación crónica.

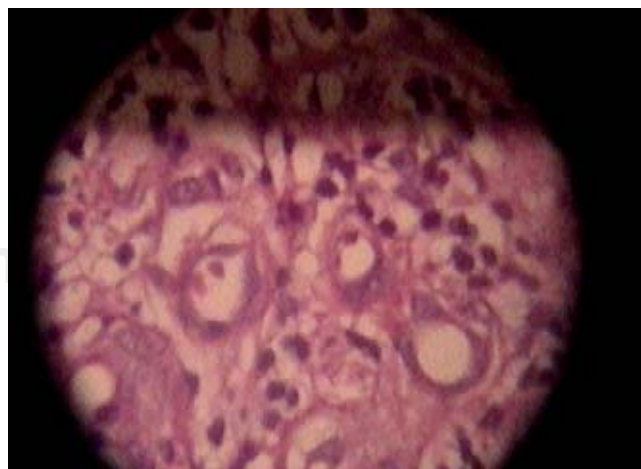


Figura 9. Hiperplasia pseudoepiteliomatosa.

Es un bacilo gramnegativo, capsulado, pleomórfico, de 1 a 2 x 0.5 a 0.7 μm . Puede hallarse en vacuolas citoplasmáticas de células mononucleares, pueden multiplicarse dentro de estas células y son liberadas luego de la ruptura de las vacuolas intracitoplasmáticas maduras, y pueden infectar otras células.²

Es rara en los Estados Unidos, causa importante de úlcera genital en el Sudeste de la India, Papúa-Nueva Guinea, el Caribe, y ciertas regiones de América del Sur (Brasil).³

Se caracteriza clínicamente por producir una lesión primaria: pápula o nódulo indoloro, indurado, luego de un período de incubación de 8 y 80 días. Úlcera granulomatosa exuberante, rojo carnososo, de bordes arrollados, sangra al contacto, las lesiones ulcerativas grandes son indoloras, a menos que exista infección secundaria severa. La enfermedad se disemina por vía subcutánea, la curación espontánea se acompaña de cicatriz.



Figura 10. Úlcera granulomatosa exuberante.



Figura 11. Lesión proliferativa, granulomatosa, y eritematosa, cubierta de escasa secreción exudativa.

Lugar más frecuente: Varón: prepucio, surco coronal, diátesis peneana. Mujer: labios, horquilla vulvar.

Localización menos frecuente: en aproximadamente el 6% de los casos:

Región inguinal: la diseminación subcutánea, puede producir tumefacción (seudobubones).

Cérvix: causa no habitual de hemorragia vaginal, frecuentemente diagnosticado en el embarazo.

Recto y ano: asociado a hombres homosexuales receptores de coitos anales.

Facial: especialmente en la región nasal y los labios.

Diagnóstico se hace con manifestaciones clínicas características y el examen histológico de muestras de biopsia de sacabocados, de los bordes de lesión activa. Con extendidos para microscopia, los cuales se fijan y tiñen con: Giemsa, Leishman o Wright. Demostración intracelular de los típicos cuerpos de Donovan en extendidos coloreados, obtenidos de las lesiones (Gold Standard). Cultivo de *C. granulomatis* en Monocitos y células Hep-2, si se confirman como exitosos. El diagnóstico diferencial es con chancroide, sífilis primaria y secundaria, el carcinoma de células escamosas y las úlceras herpéticas asociadas a HIV.

Tratamiento: La recomendación: el tratamiento debe continuar hasta la epitelización completa:

Tetraciclina 500 mg cada 6 horas, vía oral.

Doxiciclina 100 mg cada 12 horas, vía oral.

Trimetoprima-sulfametoxazol dos tabletas cada 12 horas.

Eritromicina 500 mg cada 6 horas, vía oral.

Azitromicina 1 g una vez por semana, durante cuatro semanas.⁴



Figura 12. Tres semanas después de iniciado el tratamiento.

CONCLUSIONES

La falta de sospecha clínica de una lesión crónica genital en un área no endémica fue el factor principal para la demora diagnóstica en un paciente portador de colostomía por cuatro años con un diagnóstico incierto de tumoración anorrectal. Donde la donovanosis difiere de otras ETS bacteriana en término de un largo período de incubación, con un rango de transmisión variable hacia parejas sexuales regulares e implica factores de susceptibilidad del huésped.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dubb M, Halle M. Donovanosis of the face in a patient with HIV infection: a case report. *Cytopathology* 2001; 12: 334-340.
2. Mandell B. *Donovanosis. Enfermedades infecciosas*. Volumen 2 Págs. 2983-2986.
3. Birley H, Duerden BI, Hart CA. Sexually transmitted disease *J Med Microbiol* 2002; 51: 793-807.
4. O'Farrell N. Tropical serie medicine. Donovanosis. *Sex Trans Infect* 2002; 78: 452-457.