
Donovanosis, reporte de caso

DONOVANOSIS: REPORT OF A CASE

Jorge-Mesia J¹, Torres-Vásquez R², Pittar-Arias P³, Sandoval-Jáuregui J⁴, Rivero-Robles L⁵.

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 cuál presento papula anal que evoluciona 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 concluyo con su diagnóstico con un extendido en lámina para microscopia con coloración Giemsa.

PALABRAS CLAVE

Donovanosis, *Calymmatobacterium granulomatis*, coloración Giemsa

SUMMARY

Donovanosis is a chronic and progressive ulcerative disease that frequently attacks the genital region. It is produced by the gram negative bacteria *Calymmatobacterium granulomatis*. Azythromycin has emerged as the drug of choice for its treatment. We present one Donovanosis' case in a 46-year-old male, who had heterosexual and homosexual intercourse. He presented anal papulae that evolved to a

chronic ulcer. He was diagnosed as having an anal and rectal tumor, and colostomy was performed to discard neoplasia. Delay in clinical diagnosis in a non endemic area concluded with diagnosis by Giemsa stain of a sample and microscopic observation.

KEY WORD

Donovanosis, *Calymmatobacterium granulomatis*, Giemsa stain.

Datos de Filiación

Paciente: Q.R.S, 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: Vive en casa alquilada, material noble, cuenta con los servicios de agua, luz y desagüe.
Alergias: niega.
Hábitos nocivos: Cigarrillos, 1/2 cajetilla por día hasta hace dos años, alcohol, hasta hace seis meses.
Transfusiones sanguíneas: Hace cuatro años cuando le realizan cirugía en Hospital de Trujillo.

1 Médico Cirujano General, Hospital Puente Piedra, Tutor de internos U.S.M.P.

2 Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia, Hospital Puente Piedra-Lima, Responsable de Sede de Internado de la

3 Médico Cirujano General, Hospital Puente Piedra

4 Coloproctólogo, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen

5 Interna de medicina U.S.M.P.

Fisiológicos: Nacido de parto eutócico en domicilio.
Desarrollo psicomotor: Aparentemente normal.
Inmunizaciones: aparentemente completas.
Vida sexual: 1ra Relación sexual a los 18 años, última relación sexual en mayo del 2006, promiscuo y relaciones sexuales sin protección, además relaciones heterosexuales y homosexuales.

Patológicos:

Hipertensión (-), Diabetes Mellitus (-), Fiebre tifoidea (-), Brucelosis (-), Hepatitis (-)
A los 22 años le diagnostican “chancro” (en posta de Trujillo), recibe tratamiento
Cirugías previas: Colostomía hace cuatro años en Hospital de Trujillo, debido a tumoración anorrectal.
Familiares, Padre falleció, ignora la causa; madre fallecida de enfermedad cardíaca; hermano mayor falleció de leucemia; Otros hermanos (9) aparentemente sanos; 1 hijo aparentemente sano.

Funciones biológica:

Apetito: conservado, Sed: conservada, Orina: chorro urinario conservado, Depositiones: 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 habito defecatorio alterado.

Relato: Paciente refiere que desde hace 5 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 (perdida hemática estriada con las heces). 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: PA 110/60 mmHg. FC 80 x min. FR: 20 x min. Tº 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 normócefalo, escleras no ictericas, 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.
Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, buen tono, no se auscultan soplos.
Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso, cicatriz paramediana izquierda, de aproximadamente 5cm., colostomía funcionante. Genitourinario: Punto reno ureteral (-), puño percusión lumbar bilateral (-).
Región perineal : se observa tumoración a predominio del margen anal derecho de aproximadamente 7x4 cm de diámetro, proliferativa, granulomatosa y eritematosa, cubierta de escasa secreción exudativa amarillenta (Fig. 1).
Neurológico: no presenta signos meníngicos ni de focalización.

Impresión diagnóstica

Tumoración anorrectal de etiología a determinar, descartar Neoplasia Maligna Anorrectal

Exámenes auxiliares

02-08-06: RPR (*Rapid Plasma Reagin*) (-)
VDRL (*Venereal Research Disease Laboratory*): activo 01
Dils Antígeno TPHA (Hemoaglutinación con *Treponema Pallidum*): Reactivo +++
Anticuerpo *Treponema Pallidum*: Reactivo.



Fig. 1: (A) Úlcera granulomatosa exuberante Lesión proliferativa, (B) granulomatosa, y eritematosa, cubierta de escasa secreción exudativa

Imagen de apoyo al diagnóstico

Rayos X Tórax del 03-08-06; transparencia conservada de ambos campos, silueta cardíaca normal (Fig. 2).

Ecografía del 07-08-06; hígado: de forma, tamaño y ecogenicidad normales, vesícula biliar mide 60 x 26 mm, grosor

Hemograma	Leuco	Hb	Hto	Ab	Seg	Eo	Linf
19/11/05	6700	12.3	37%	0%	59%	0%	34%
01/08/06	7311	10.6	32%	0%	78%	3%	15%

P. Coagulación	Tp	Ttpa	Fibrinógeno	Plaquetas
19/11/05	10.8	30.8	3.7	321000
01/08/06	11.2	32.3	4.6	351000
VN		27 – 40 Seg.	1.8 – 3.4 G/L	150, - 500,

P. Hepático	F. Alcalina	TGO	GGTP	Albúmina
03/12/06	176	22	102	3.4
01/08/06	272	23	166	3.2
VN	39 – 117 U/L	0 – 38 U/L	8 – 64 U/L	3.5 – 5.0 Gr/Dl

	Creatinina	Glucosa	Urea
03/12/06	74	5.9	-
01/08/06	83	5.1	2.4
VN	44 – 123 UMOL/L	3.8 – 6.4 MMOL/L	1.7 – 8.3 MMOL/L

TORCH	01/08/06	VN
Ac. Antitoxo IGM	0.128	> 0.6 IU/MI
Ac. Antitoxo IGG	29.3	> 3 IU/MI
Ac. CMV IGG	> 250	> 15 AU/ML
Ac. CMV IGM	21.1	Hasta 35 EUI
Ac. Antirubeola IGG	105	> 10 UI/ML
Ac. Antirubeola IGM	0.14	> 0.8
Ac. Antiherpes IGG	0.4	> 1.1

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 del 22-01-06; engrosamiento de pared de los sigmoides en relación a neoplasia maligna, signos de colecistitis crónica, No signos de metástasis (Fig. 3)

Procedimiento diagnóstico

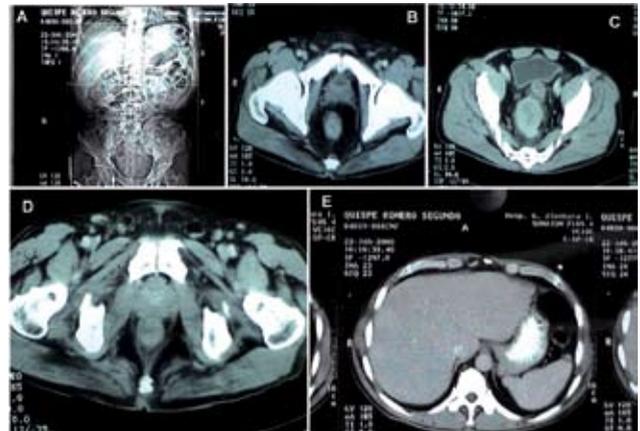
Proctoscopia del 21-11-05: A la inspección se aprecia lesión proliferativa que sale a través del ano. Se aprecian lesiones infiltrativas de pared del recto, se avanzó hasta 15 cm., se limpia secreción sanguínea, y se toman varias muestras de estas lesiones submucosas, cubiertas de mucosa friable. Conclusión: 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 (Fig. 4).

Fig. 2: Transparencia conservada de ambos campos



Fig. 3: (A) Vista panorámica, (B) y (C) engrosamiento de pared del recto, (D) ausencia de adenopatías, (E) n signos de metástasis



Cirugía de día del 04-02-06: 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 (Fig. 5).

Proctoscopia rígida del 08-02-06: Lesión proliferativa en mucosa rectal, en posición 3, friable al roce del instrumento y se extiende hacia la mucosa rectal. Hasta los 15cm del margen anal. Conclusión: lesión proliferativa del ano y recto descartar NM anorrectal. Anatomía patológica: Tejido de granulación, no se aprecian cambios malignos en la muestra examinada Proctoscopia del 08-04-06: Tumoración grande en región anal, a predominio del lado derecho, con bordes irregulares, se toman biopsias. Conclusión Neoplasia anorrectal?

Anatomía patológica: Tejido de granulación, no se aprecian cambios malignos.

Fig. 4: (A) Biopsia de lesión, (B) inflamación crónica

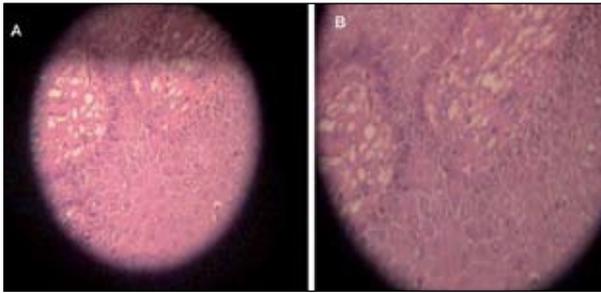


Fig. 5: Hiperplasia pseudoepiteliomatosa



Fig. 6: 3 semanas después de iniciado el tratamiento con doxiciclina



Cirugía de día del 29-04-06: Toma de biopsia sobre margen anal derecha.

Anatomía patológica: Hiperplasia pseudoepiteliomatosa, inflamación crónica reagudizada severa.

Paciente es transferido al servicio de infectología el 12-08-06, para ampliar estudio de diagnóstico, de tumoración ano rectal. En este servicio se realizó un extendido para microscopía 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 (Fig. 6).

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)

Es un bacilo gramnegativo, capsulado, pleomórfico, de 1.2×0.5 a $0.7 \mu\text{m}$. 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). (3,4) Se caracteriza clínicamente por producir una lesión primaria: pápula o nódulo indoloro, indurado, luego de un período de incubación de 8 - 80 días. Úlcera granulomatosa exuberante, roja carnososa, 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.

Lugar más frecuente:

Varón: prepucio, surco coronal, diáfisis peneana.

Mujer: labios, horquilla vulvar.

Localización menos frecuente:

En aproximadamente el 6% de los casos, región inguinal, la diseminación subcutánea, puede producir tumefacción (pseudo bubones)

Cervix: causa no habitual de hemorragia vaginal, frecuentemente diagnosticada en el embarazo

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

Facial: especialmente en la región nasal y los labios.

El diagnóstico se hace con manifestaciones clínicas características y el examen histológico de muestras de biopsia en sacabocado, de los bordes de lesión activa. Con extendidos para microscopía, 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 con-

tinuar hasta la epitelización completa:

Tetraciclina 500 mg c/6 hrs. vo

Doxiciclina 100 mg c/12 hrs. vo

Trimetoprima –Sulfametoxazol 2 tbs c/12 hrs.

Eritromicina 500 mg c/6 hrs. vo

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

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 4 años con un diagnóstico incierto de tumoración anorrectal. Donde la Donovanosis difiere de otras ETS bacterianas en término de un largo periodo de incubación, con un rango de transmisión variable hacia parejas sexuales regulares e implica factores de susceptibilidad del huésped.

*Dr. José Miguel Jorge Mesia
Departamento de Cirugía
Fac. Med. U.S.M.P.*

CORRESPONDENCIA

Médico Cirujano General, Hospital Puente Piedra, Tutor de internos, Fac. Med. U.S.M.P. La Molina, Lima-Perú, teléfono 327-1355, e-mail: miguel20jorge@yahoo.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. M. Dubb ; M. Halle. Donovanosis of the facen in a patient with HIV infection: a case report. *Cytopathology*, 2001, 12, 334±340.
2. Mandell Bennett. Donovanosis. *Enfermedades infecciosas* 2. Pág. 2983-2986. Editorial Medica Panamericana 5ta edición 2002
3. H. Birley, B.I. Duerden ; C. A. Hart J. *Med. Microbiol. Sexually Transmitted Disease* 2002 51 793-807.
4. O'Farrell N. *Tropical Seriel Medicine. Donovanosis. Sex Trans Infect* 2002; 78: 452-457