Donovanosis (granuloma inguinal). ¿Todo chancro indoloro es sífilis?

Donovanosis (granuloma inguinale). Is all painless chancre syphilis?

Fernando Sebastiani^{1*}, Viviana Leiro¹, Julia Cesano¹, Liliana Olivares¹, Luis Buscemi² y Esteban Maronna³

¹Unidad de Dermatología; ²Unidad de Bacteriología; ³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz, Buenos Aires, Argentina

Resumen

La donovanosis es una enfermedad infecciosa, ulcerativa y crónica de la región anoperineogenital causada por *Klebsiella granulomatis*. Es endémica en zonas tropicales y subtropicales. En Argentina no hay publicaciones desde el año 1986. Las características distintivas son la presencia de una úlcera ovalada, indolora, rojiza, granulomatosa y sangrante, sin adenopatía regional. El tratamiento de primera línea es la azitromicina.

Palabras clave: Granuloma inguinal. Donovanosis. Chancro.

Abstract

Donovanosis is a chronic, ulcerative, infectious disease of the ano-perineal-genital region caused by *Klebsiella granulomatis*. It is endemic in tropical and subtropical areas. In Argentina, there have been no publications since 1986. The distinctive features are the presence of a painless, reddish, granulomatous, bleeding ulcer without regional adenopathy. The first-line treatment is azithromycin.

Key words: Granuloma inguinale. Donovanosis. Chancre.

Introducción

La donovanosis es una enfermedad infecciosa, ulcerativa y crónica de la región anoperineogenital. Con menos frecuencia puede afectar a otras áreas de la piel y es muy raro el compromiso visceral u óseo^{1,2}.

Es endémica en zonas tropicales y subtropicales, donde se registra la mayor cantidad de casos

(Sudáfrica, India, sur de China y Brasil)¹. En Argentina no hay publicaciones desde el año 1986³. En general, los casos comunicados de países no tropicales o subtropicales corresponden a pacientes que viajaron a áreas endémicas⁴.

A continuación se describe un caso autóctono de donovanosis que se presentó a la consulta con un cuadro semejante al de un complejo primario sífilítico.

Correspondencia:

*Fernando Sebastiani

E-mail: sebastiani.fernando@gmail.com

0210-5187/© 2020 Colegio Ibero Latinoamericano de Dermatología A.C. (CILAD). Publicado por Permaner. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 30-08-2020

Fecha de aceptación: 26-10-2020

DOI: 10.24875/MCUT.20000136

Disponible en internet: 13-05-2021

Med Cutan Iber Lat Am. 2021;49(1):42-45

www.MedicinaCutaneaILA.com

Caso clínico

Hombre de 26 años que presentaba dermatosis en pene de un mes de evolución.

Antecedentes patológicos: VIH positivo de transmisión vertical, diagnosticado en el año 2012. Sin TARV al momento de la consulta. Había realizado diferentes esquemas antirretrovirales con abandonos frecuentes. Adjuntaba estudio de laboratorio con recuento de CD4 de 122 cel/uL y carga viral de 21,400 copias.

Epidemiología: refería pareja estable, con último contacto sexual un mes anterior al inicio de la dermatosis. Tenía malos hábitos higiénicos, negaba otros contactos sexuales y viajes en el último año.

Exploración física: en el tercio distal de cuerpo del pene había ulceración ovalada de 3 cm, bien delimitada, de bordes sobreelevados, fondo granulomatoso, rojizo y con un exudado seropurulento (Fig. 1A), indolora e infiltrada a la palpación. Se relacionaba con edema que impedía la retracción del prepucio y adenopatías inguinales de predominio derecho, levemente dolorosas (Fig. 1B). El estado general estaba conservado.

Estudios complementarios y seguimiento: presunción diagnóstica de chancro sifilítico y, ante la imposibilidad de realizar campo oscuro, se indicó penicilina G benzatínica (2.4 millones UI) a la espera de la prueba treponémica específica (CMIA) y VDRL. Dado que el edema impedía la retracción, se añadió metilprednisona (40 mg/día por 2 días). En el control a la semana se observó disminución del edema y el exudado, pero con un leve aumento del tamaño de la ulceración, con resultado de CMIA y VDRL negativos. Se plantearon entonces otros diagnósticos diferenciales: herpes crónico, carcinoma espinocelular y granuloma inguinal. Debido a la posibilidad de falsos negativos, se repitieron CMIA y VDRL: negativas; escarificación del fondo de la úlcera: negativa; biopsia para cultivo de gérmenes comunes: *Staphylococcus aureus*, hongos y micobacterias: negativos. Biopsia para histopatología: borde de la úlcera con hiperplasia epitelial y en dermis un denso infiltrado inflamatorio difuso. En un sector ulcerado, vasos de neoformación en la dermis subyacente (Fig. 2A), infiltrado inflamatorio compuesto por células plasmáticas, linfocitos y abundantes histiocitos epitelioides (Fig. 2B). No se observaron granulomas, efecto citopático viral o células atípicas. Las técnicas de PAS, Grocott y Ziehl-Nielsen fueron negativas.

Con la sospecha de donovanosis (granuloma inguinal) se solicitó nueva escarificación de la úlcera para tinción con Giemsa: aislados de bacilos cortos de coloración violácea pálida, con halo claro. En la biopsia previa se

Figura 1. A: chancro indoloro, de consistencia renitente. **B:** adenopatía inguinal derecha.

Figura 2. Hematoxilina-Eosina. A: 40x, vasos de neoformación y tejido de granulación. **B:** 400x, histiocitos epitelioides (flecha roja), plasmocitos (flecha amarilla).

realizó tinción de Giemsa y Warthin-Starry (Fig. 3): en ambas se identificaron bacterias intracitoplasmáticas en los histiocitos consistentes con cuerpos de Donovan.

Con un diagnóstico indicativo de granuloma inguinal, se decidió iniciar el tratamiento como prueba terapéutica.

Tratamiento y evolución: azitromicina (1 g semanal por 3 semanas) con buena respuesta, pero persistencia de la úlcera. Se decidió entonces continuar el tratamiento dos semanas con resolución *ad integrum* (Fig. 4).

Comentarios

La donovanosis predomina en pacientes de bajo nivel socioeconómico, de 20 a 40 años, aunque también se ha observado en edades extremas de la vida. Si bien no tiene una propensión por género o etnia, se ha observado una mayor incidencia en hombres que tienen sexo con hombres².

Se considera que la vía de transmisión es la sexual (principalmente anal), aunque la contaminación fecal y

Figura 3. Warthin-Starry, cuerpos de Donovan.

Figura 4. A: pre-tratamiento, B: resolución ad-integrum.

la autoinoculación también se postulan como otras posibilidades. Esto se explicaría por las localizaciones extragenitales distantes y por el aislamiento de la bacteria (*Klebsiella granulomatis*) en las heces de dos de cada cuatro pacientes con donovanosis¹.

La *K. granulomatis* es una bacteria gramnegativa intracelular que se tiñe con Giemsa, Wright y Warthin-Starry, y se encuentra en las células mononucleares. Puesto que es un microorganismo de difícil cultivo, el diagnóstico de donovanosis se basa en la epidemiología, la clínica y la presencia de cuerpos de Donovan, tras descartar otras causas¹.

Se han utilizado técnicas de PCR en estudios de investigación, pero en la actualidad no existen kits

comerciales disponibles^{1,5}. Este paciente no presentaba epidemiología, pero su clínica indicativa de hallazgos de cuerpos de Donovan y la respuesta terapéutica hicieron posible determinar el diagnóstico.

El período de incubación oscila entre tres días y tres meses hasta un año; el promedio es de 2 a 6 semanas. La lesión se asienta sobre el pene, surco balano prepucial, glande y escroto en los hombres y en la vulva o el perineo en las mujeres. Se han descrito, además, localizaciones extragenitales (cavidad oral, labios, cara, pliegue axilar, submamario y manos, entre otras). La diseminación puede ocurrir a partir de la lesión primaria, por contigüidad o por vía hemática. Se describen cuatro tipos de lesiones: ulcerogranulomatosas, hipertróficas, necróticas y esclerosas^{1,5,6}.

Las características distintivas que deben hacer sospechar esta entidad son la presencia de una úlcera ovalada indolora o poco sensible al tacto, sobrelevada "en platillo", de 1 a 4 cm de diámetro, bien limitada, rojiza, granulomatosa, fácilmente sangrante, de consistencia renitente no indurada y algunas veces recubierta de un exudado seropurulento. La ausencia de adenopatía es constante, excepto en el caso de sobreinfección, como ocurrió con este paciente. En estos casos puede simular un complejo primario sifilítico e incluso un carcinoma espinocelular⁶.

Entre las complicaciones se describen el carcinoma espinocelular (vulva, cuello uterino o pene), la mutilación del órgano genital, la estenosis de vagina o del orificio anal, la seudoelefantiasis y las infecciones secundarias, incluidas otras enfermedades de transmisión sexual².

Para el tratamiento, la guía del 2015 de los CDC recomienda como primera línea azitromicina (1 g semanal) y como segunda línea doxiciclina, ciprofloxacina, eritromicina o trimetoprima/sulfametoxazol. Todos estos fármacos deben administrarse por un mínimo de tres semanas y hasta la resolución completa de las lesiones⁷.

Conclusiones

La donovanosis es una enfermedad infrecuente en el medio y éste es el primer caso comunicado luego de más de tres décadas. La globalización, el turismo y las migraciones obligan a incorporar esta afección entre los diagnósticos diferenciales de lesiones anoperineogenitales. Los indicios semiológicos son la presencia de una ulceración indolora, de consistencia renitente, no infiltrada, sangrante, y la ausencia de adenopatía regional.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el

artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Kibbi AB, Bahady RF, El-Schareef M. Granuloma inguinal. En Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS. Fitzpatrick dermatología en medicina general. Ed. Panamericana, Madrid, 2014:2510-2514.
2. Biagini RE, Guaymas RM. Granuloma inguinal. En Viglioglia P, Woscoff A. Enfermedades de transmisión sexual y SIDA. Ed. López Libreros Editores, Buenos Aires, 1997:177-185.
3. Martínez TE, Biagini RE, Guaymas R M, Abulafia J. Nuestro aporte en granuloma inguinal. Arch Argent Dermatol. 1986;36:267-277.
4. Morrone A, Scarabello A, Sperduti I, Cota C. Donovanosis in migrants: a clinical case series in an Italian dermatological hospital. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019;33:e438-e440.
5. O'Farrell N, Hoosen A, Kingston M. 2018 UK national guideline for the management of donovanosis. Int J STD AIDS. 2018;29:946-948.
6. Degos R. Érosion. Ulcérations. Gangrènes. En Degos R. Dermatologie. Ed. Flammarion, Paris, 1981:744-746.
7. Workowski KA, Bolan GA. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015;64:32-33.