

GRANULOMA VENEREO

Revisión de cuarenta casos atendidos en la Unidad de Dermatología y Alergia del I.V.S.S. durante el lapso 1973-1978.

Dr. DOMINGO LOPEZ PARRA (*)
Dr. HUGO NARANJO ARVELO (**)

Casuística: Durante el lapso 1973-1978, fueron atendidos 40 pacientes afectados de ulceraciones situadas en regiones gérito-anales. Varones, mestizos y con edades comprendidas entre 18 y 47 años de edad. Todos fueron referidos al Servicio de Venereología de la Unidad de Dermatología y Alergia del I.V.S.S. Los períodos de incubación variaban entre 15 y 40 días y la evolución de las lesiones al momento de la consulta eran: 2 pacientes con 10 días de evolución, 11 con 25, 10 con 20, 10 con 30, 2 con 60, 1 con 90 y 1 con 1 año.

En tres pacientes no se pudo obtener datos precisos sobre el tiempo de evolución.

Dos pacientes presentaron lesiones mixtas; uno en que se asociaba el granuloma con infección sifilítica y otro en que además se comprobó infección sifilítica y eritroplasia de Queirat.

Caracteres clínicos: El asiento de las lesiones era el siguiente: 9 pacientes presentaron lesiones en el prepucio, 14 en el surco balano-prepucial, 2 en la región anal, 8 en el frenillo, 4 en el cuerpo del pene y 3 en el glande.

Las lesiones más frecuentes fueron ulceraciones generalmente múltiples, friables de fondo saneoso, bordes elevados y vegetantes en la mayoría de los casos. (Fotos 1, 2 y 3) La presencia de adenopatías fue infrecuente y el dolor y la infección secundaria estaba presente en dos casos.

(*) Médico Venereólogo del Min. San. y As. Soc. I.V.S.S.

(**) Médico Histopatólogo Min. San. y As. Soc. I.V.S.S.

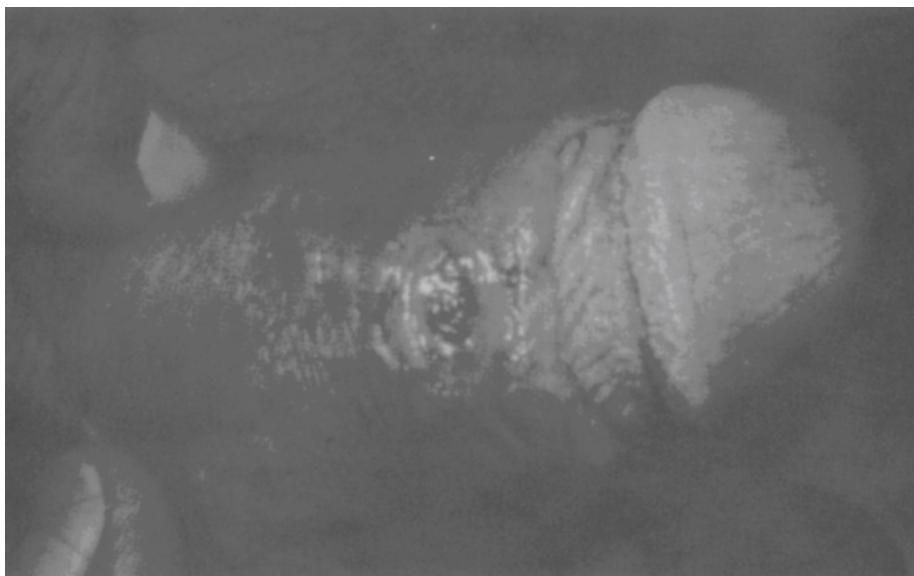


Foto N° 1: Lesión chancrosa de granuloma venéreo a nivel de prepucio.



Foto N° 2: Lesión de granuloma venereo situada en borde libre del prepucio.



Foto N° 3: Ulceración de granuloma venéreo en el peri-ano.

Se examinaron 26 personas que fueron referidas como contactos de estos pacientes no encontrándose lesiones en ninguno de ellos.

Investigación Bacteriológica: A todos los pacientes se les practicó fondo oscuro para descartar la presencia de *Treponema pallidum* que se encontró positivo en dos casos, que fueron lesiones mixtas.

Se les practicó igualmente frotis por aposición tomando un fragmento de tejido del borde activo de las lesiones con bisturí, se secó en gasa para eliminar el exceso de sangre, se fijó con metanol por 10 minutos y se coloreó con el método de Giemsa por 30 minutos, observándose al microscopio 15 x 100.

En todos los casos se observó la presencia de gérmenes bacilares o cobacilares bipolares capsulados e intracelulares que constituyen los cuerpos de Dónovan. (Foto 4). La presencia de gérmenes extracelulares fue frecuente. A todos los pacientes se les practicó test de VDRL siendo positivo en los dos casos mixtos.

Estudio Histológico: A los efectos del estudio histológico, se procedió a la toma de un fragmento del borde activo de las lesiones a la totalidad de los casos.

Técnica: Se utilizó el método de coloración con hematoxilinaeosina, previa fijación con Formol al 10%.

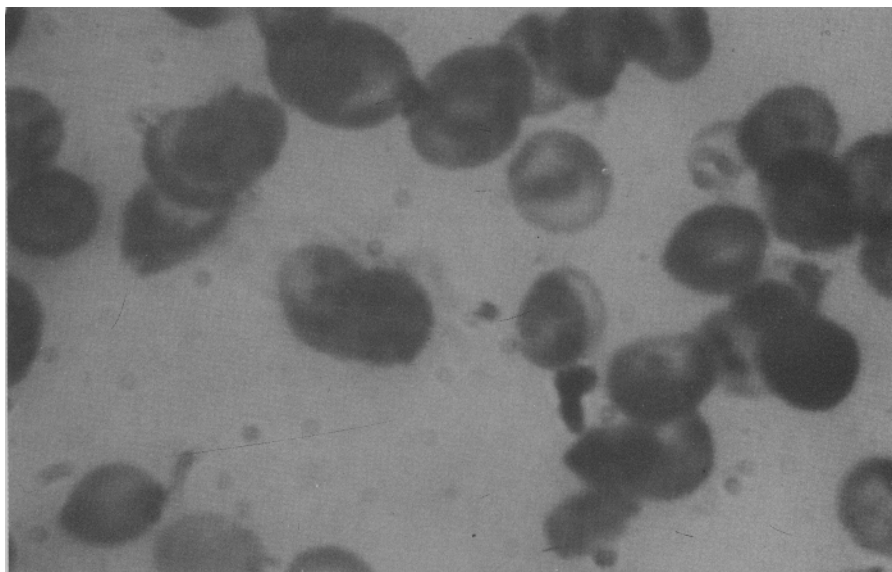


Foto N° 4: Microfotografía del germen del granuloma venéreo (*Donovanla granulomatis*). Frotis por aposición de una lesión ulcerosa.

Para la mejor observación de los cuerpos de Dónovan en algunos de los casos se efectuó coloración con Giemsa.

Epidermis: En el estudio de esta zona, se destacan las siguientes observaciones:

Acantosis en la gran mayoría de los casos (³⁷) y por lo general, hacia los bordes de la lesión; especialmente a expensas de los conos interpapilares y en una forma irregular.

Es de hacer notar que en uno de los casos se observó lesión asociada con Eritroplasia de Queirat. En muy pocos casos se apreció paraqueratosis. Exocitosis en un 75% de los casos estudiados (³⁰), algunas veces focal y otras veces difusas, acompañándose en algunas oportunidades con espongiósis.

Dermis: En lo que a esta zona respecta, se observó:

Un infiltrado de predominio histioplasmocitario, generalmente de moderado a intenso, en la totalidad de los casos.

Dicho infiltrado estuvo compuesto de las siguientes células:

Plasmocitos: Sólo en un caso no fueron observados.

Histiocitos: En el 100% de las biopsias examinadas.

Polimorfonucleares neutrófilos: Se observaron entremezclados en el infiltrado.

Eosinófilos: Sólo en un 10% de los casos. Edema e infiltración de paredes vasculares en numerosos casos.

De tal manera, si bien es sabido que no existe un patrón histológico para el reconocimiento del Granuloma Venéreo, sin embargo en ciertas circunstancias pueden ser de gran ayuda como complemento para su diagnóstico, tales como:

-Infiltrado denso, plasmó-histiocitario.

-Presencia de micro-abscesos formados por polimorfonucleares neutrófilos.

(Fotos 5 y 6).



Foto N° 5: Alteraciones histológicas en el granuloma venéreo.

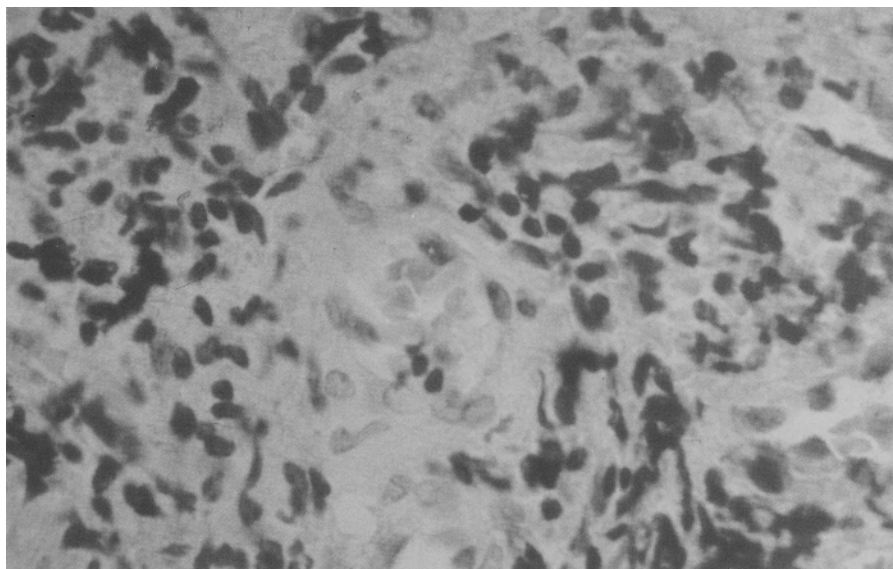


Foto N° 6: Alteraciones histológicas del granuloma venéreo. Microfotografía de acercamiento.

-Edema y engrosamiento de las paredes vasculares siempre constante.

Hacemos notar que en esta casuística no observamos el alto índice de transformación maligna que ha sido reportado por otros autores. Consideramos que esto se debe, a que la mayoría de nuestros pacientes, presentan lesiones muy tempranas de la enfermedad.

Tratamiento: Todos los pacientes recibieron 2 grs diarios de T. A. O. (Triacetil-Oleandomicina) administrándosela por vía oral a dosis de 500 mgrs (2 cápsulas de 250 mgrs) cada seis horas por 20 días, complementando 40 grs de la droga en total. No se observaron reacciones secundarias indeseables inmediatas.

Evolución: Todos los pacientes se controlaron a los 15 días de terminado el tratamiento, con la desaparición total de las lesiones y nuevamente controlados a los 60 días permaneciendo asintomáticos. Los exámenes de rutina y pruebas de funcionalismo hepático fueron normales.

Conclusiones: Con relación a la incidencia del Granuloma Venéreo en nuestro país, se observa un aumento progresivo aunque moderado de la presencia de esta afección. Se hace notar el comportamiento anómalo de esta entidad en cuanto a la búsqueda de las fuentes de contagio, observando que de

26 contactos examinados no se obtuvieron casos activos de la enfermedad.

Observamos la presencia constante del germen en las lesiones, por lo que el diagnóstico de la enfermedad es relativamente fácil con una moderada experiencia microbiológica.

El cuadro histopatológico de esta afección, aunque no es de características patognomónicas, es una contribución importante en el diagnóstico de la enfermedad.

El tratamiento con T. A. 0. es altamente efectivo para controlar esta afección, aunque se ha descrito efectos hepatotóxicos por el uso de esta droga, en nuestros casos no se observaron efectos adversos.

Resumen:

Fueron revisadas 40 historias clínicas de pacientes afectados de Granuloma Venéreo vistos en UNDA. Las lesiones fueron diagnosticadas después de la impresión clínica de esta enfermedad, a través de investigación bacteriológica, mediante frotis por aposición y coloración de Giemsa.

Se practicó estudio histopatológico en todos los casos, encontrándose patrones bastante sugestivos de dicha entidad.

Todos los pacientes fueron tratados con 40 grms. de Triacetil Oleandomicina, observándose evolución favorable en todos los casos.

Se notó un aumento moderado en la incidencia de esta enfermedad.

Epidemiológicamente no se logró encontrar los contactos infectantes.

En un solo caso se observó transformación maligna.

El diagnóstico bacteriológico es concluyente.

Summary:

Review of 40 "Granuloma Venereo" patient's history was done in UNDA outter consult.

The diagnosis of the disease was done by a bacteriological investigation with apposition smears and Giemsa staining.

An histopathological study was practiced to all the specimes, and we found a very good result in all them.

A moderately high incidence of the disease, was observed Still the seeking of the infected contact is almost imposible.

Malignant transformation was observed just in one.

BIBLIOGRAFIA

1. **ACKERMAN, A. B.** Histologic Diagnosis of Inflammatory Skin Disease. 1st Edition. Henry Kimpton Publisher. 1978.
2. **ANDERSON, K.** 1943, Science 97,560.
3. **ANDERSON, K. De Monbreun, W. A. Goodpasture, E. W.** 1945, J. exp. Med. 81,25.
4. **BARTON, R. L., GRAIG, R. M., Schwemlein, G. X. BAUER, T. J.** (1947) Arch. Derm. Syph (Chicago), 56,1.
5. **BEERMAN, H. SONCK, C. E.,** (1952) Amer. J. Syph. 36,501
6. **GRAHAM, J. H. JOHNSON, W. C. HELWIG, E. B.** Dermal Pathology 1st Edition. Harper Row, Publishers. 1972
7. **GREENBLATH, R. B. DIENST, R. B. WEST, R. M.** Amer. J. Syph. 35,291, (1951)
8. **KING, A. NICOL, C.** Venereal Diseases 3rd Edition. Willian Wilkins Co. (1975)
9. **KERN, A. B.** (1950) Arch. Derm. Syph (Chicago) 62,515
10. **LEVER, W. F.** Histopathology of the Skin. 5th Edition. Lippencott Co. (1975) 11. **MEDINA, RAFAEL.** Dermatología Venezolana Año VIII, Vol. IV. Nos. 3 y 4.
12. **MEDINA, R. y REYES, O.** Dermatología Venezolana Año XVIII. Vol. XIV. Nos. 1 y 2.
13. **MOSCHELLA, S. L. PILLSBURY, D. M. HURLEY, H. J.** Dermatology 1st Edition W. B. Saunders Co. (1975)
14. **PACKER, H. GOLSBERG, J.** (1950) In. Recen Advances in the study of venereal diseases. A symposium. Ralergh N. C.
15. **RAJAM, R. V. RANGIAH, P. N.** Donovanosis W. H. O. Monograph Series. N° 24 16. **WISDOM, ANTHONY.** Atlas de Venereología. Edit. Científico Médica (1974) Madrid.