

GRANULOMA VENEREO DISEMINADO

Drs. Rafael Medina y Carlos J. Alarcón *

La incidencia del granuloma venéreo en Venezuela, no es baja. Las estadísticas demuestran que a pesar del creciente uso correcto o inadecuado de los antibióticos en lo que se refiere a enfermedades venéreas, el número de consultantes de ambos sexos, con la forma inicial o chancrosa de la enfermedad, ha venido aumentando entre nosotros en los últimos años ^{2, 5, 6, 9}. Respecto a la forma tardía de la afección, la cual invade comúnmente las regiones inguino-perineales, su observación en la práctica diaria se ha vuelto rara, tanto en lo que atañe a los servicios o dispensarios de sanidad como en las consultas dermatológicas de hospitales y de clínicas privadas.

Pese a la relativa frecuencia de la enfermedad entre nosotros, es excepcional ver la invasión cutánea o mucosa a distancia y aún más su diseminación visceral. En lo que concierne a nuestro medio, y desde el punto de vista bibliográfico, no hemos encontrado referencia de esta índole, por lo que hemos considerado de algún interés informar acerca de un caso mortal determinado -al parecer- por la invasión sistémica de la infección.

P. Q.-Mujer blanca, de aproximadamente 50 años de edad, natural de El Tocuyo, Estado Lara, de oficios domésticos, fue hospitalizada el 2-9-57, en la sala 25 del Hospital Vargas, por presentar extensas ulceraciones genitales que habían comenzado hacía unos cinco años, poco tiempo antes de haber entrado en la menopausia. Refería que por el mismo motivo había sido hospitalizada en dos ocasiones anteriores y que fue sometida a diversos tratamientos médicos, lográndose solamente mejorías transitorias. El examen clínico mostró una paciente en muy mal estado general, enflaquecida, muy pálido, quejumbroso, pulso débil, no febril, con marcada inapetencia y que prácticamente no podía mantenerse en pie.

Al examen genital se encontraron extensas ulceraciones de labios menores y mayores que invadían las regiones inguinales y cara antero-interna de ambos muslos, prolongándose hacia abajo en unos 15 centímetros; las ulceraciones eran de superficie alta, granulosa, de color rojo intenso, con bordes muy bien definidos, festoneados, pre-

* Cátedras de Dermatología y Sifilografía y de Medicina Tropical, Universidad Central, Caracas
Instituto Nacional de Venereología, Dirección de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas, Venezuela.

sentando en algunos sitios prolongaciones que simulaban seudópodos (Fig. 1). La superficie de las lesiones era asiento de intensa secreción sero-purulenta, muy fétida. La exploración de los genitales internos demostró la invasión ulcerosa de la mucosa vaginal y del cuello uterino. Todas las lesiones eran profundamente dolorosas. Ganglios pequeños, duros, móviles y poco sensibles, se palpaban a nivel de las inglés.

El examen clínico restante así como la exploración radiológica del tórax fue normal.

Los exámenes complementarios hematológicos revelaron anemia intensa, con un millón 400.000 hematíes por mm^3 , 4,87 grs. de hemoglobina por ciento y hematocrito de 28. Existía una neutrofilia de 86%. El número de leucocitos, la urea, glucosa sanguínea y proteínas estaban en niveles normales. El examen de médula ósea obtenida por punción esternal resultó igualmente normal. Las reacciones de V. D. R. L., Kolmer y Kahn eran negativas.

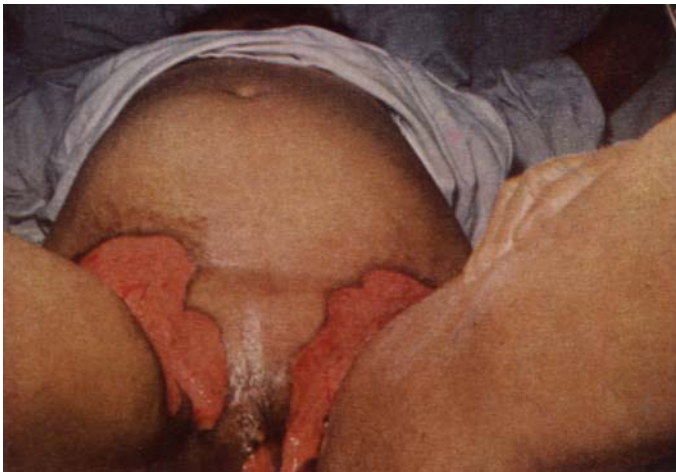


Fig. 1. Amplias ulceraciones granulomatosas que invaden genitales externos y regiones abdomino-inguino-crurales.

El diagnóstico clínico de granuloma venéreo fue confirmado por el hallazgo de numerosas formas de *Klebsiella granulomatis* intra y extracelulares, en frotis por aposición tomado de las ulceraciones (Fig. 2).

Cumplida una terapia inicial a base de transfusiones sanguíneas, amigen, hierro, gammaglobulina, vitaminas, etc., destinada a levantar el estado general y restaurar los valores hemáticos, se indicó tratamiento con dihidroestreptomycin a razón de 2 gramos diarios, recibiendo dos series del antibiótico, con descanso intermedio y llegando a totalizar unos 54 gramos. No se obtuvo ninguna mejoría del proceso. Pocos días después aparece una ulceración en el tercio medio de la cara antero-interna de la pierna izquierda, que pronto se extiende hasta alcanzar un diámetro de 5 centímetros y en la que se demuestran *K. granulomatis* en los frotis (Fig. 3). Se ensaya tratamiento con terramicina endovenosa en dosis de 500 miligramos diarios, el cual hubo que suspender al cuarto día por manifiesta intolerancia. El estado de la paciente se hace más precario y aparece en el flanco izquierdo hacia la región lumbar, un orificio fistuloso de contornos ulcerados que da salida a heces fecales de consistencia diarreica. El ras-

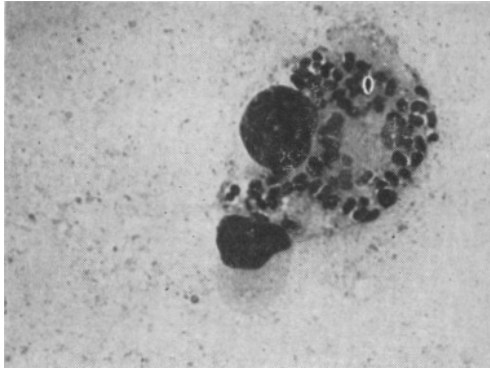


Fig. 2.-Frotis por aposición de la ulceración genital. Macrófago con numerosas K. granulomatis en el citoplasma.

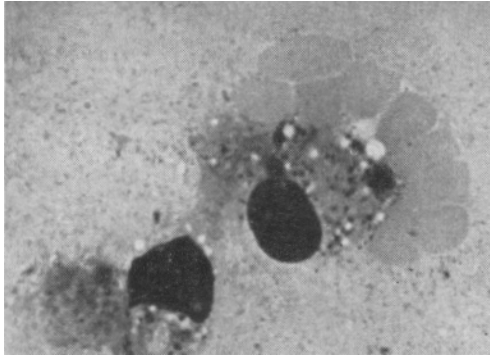


Fig. 3.-Imagen microscópica del frotis de la ulceración de la pierna.

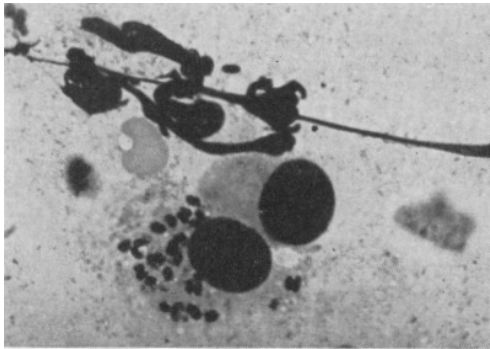


Fig. 4.-Aspecto microfotográfico del raspado intestinal.

pado de los bordes del orificio teñido por el método de Giemsa, pone de manifiesto numerosas Klebsiellas (Fig. 4). Otros medicamentos con acción sobre la bacteria, como el glucantime y la cloromicetina son utilizados, pero sin ningún efecto y la paciente muere el 1-2-58 en evidente estado de caquexia.

A la autopsia, el examen histopatológico de cortes diversos, reveló lesiones de naturaleza granulomatosa en los siguientes sitios:

- 1) Colon descendente, en donde se observa extensa ulceración de la mucosa, que en algunas zonas llega a invadir todas las tunicas del órgano. Sigmoides con pequeños orificios de bordes necróticos situados en la parte lateral izquierda y que lo ponen en comunicación con los tejidos blandos vecinos; las paredes del tubo están engrosadas, su luz reducida y se encuentra adherido al útero y sus anexos y a las paredes de la pelvis. Los ganglios vecinos son asiento de intensa infiltración.
- 2) Utero, trompas y ovarios engrosados por la inflamación y adheridos a los órganos vecinos.
- 3) Uréteres inflamados y estrechados en su tercio inferior.
- 4) Quinta vértebra lumbar y región sacro-coxal izquierda, presentan destrucción ósea y marcado reblandecimiento; en la superficie del corte se ven áreas negro-amarillentas que dejan fluir un líquido viscoso de aspecto purulento.

RESUMEN

Se informa el caso de una paciente blanca, de 50 años de edad, que presentaba desde hacía unos 5 años, extensas ulceraciones de los genitales externos que se extendían hacia las ingles y cubrían gran parte de la cara antero-interna de los muslos. La mucosa vaginal y el cuello uterino se encontraban invadidos. El diagnóstico clínico de granuloma venéreo, fue confirmado por el hallazgo de abundantes formas de Klebsiella granulomatis en los frotis. Pese a la terapéutica utilizada (estreptomycina, terramicina, glucantime y cloromicetina) ocurrió la generación del proceso, apareciendo lesiones ulcerosas de la pierna izquierda y ulceración fistulosa intestinal, la cual fue seguida por la muerte de la paciente. Se comprobó a la autopsia alteraciones de naturaleza granulomatosa en colon descendente, sigmoides, ganglios vecinos, uréteres, 5.3 vértebra lumbar y porción izquierda de la región sacro-coxal así como del útero, anexos y ovarios.

SUMMARY

A fifty year-old white woman who presented for five years large granulomatous ulcerations on her external genitals which extended towards the groins and covered the inner part of the thighs. The vaginal mucosa and the uterine cervix were invaded. The clinical diagnoses, granuloma venereum, was confirmed by the smears which showed numerous forms of Klebsiella granulomatis. In spite of treatment with streptomycin, terramycin, glucantime (antimonial) and chloramphenicol, the disease

continued to spread. Ulcerous lesions appeared on the left leg and an intestinal fistula was followed by the death of the patient. The autopsy showed granulomatous lesions in the descendant colon, sigmoid, regional adenopathies, ureters, fifth lumbar vertebra and left section of the sacrococcygeal region as well as in the uterus, fallopian tubes and ovaries.

BIBLIOGRAFIA

1. Grane W. and Kimball H. S. Granuloma inguinale involving the Colon. Cal and West Med. 52, 177-1940.
2. Sánchez Covisa J. y Guerra, Pablo. Peculiaridades Dermato-Sifilográficas en Vezuela. Primeras Jornadas Venezolanas de Dermatología y Venereología, febrero, 1943.
3. Pacher, H. B. Turner and Dulaney, A. D. Granuloma Inguinale of the vagina and cervix uteri with bone metastases. J. A. M. A. Vol. 133, N° 2, 1947.
4. Eisemberg, A. A. Extragenital Granuloma Inguinal. Am. Jour. of Syph. Gonorrhoe and V. D. Vol. 32, N° 5. Sep. 1948.
5. Medina, Rafael e Irazábal, Porfirio. Incidencia de la forma chancrosa del Granuloma venéreo en los Servicios Antivenéreos de Caracas. Algunas consideraciones sobre la evolución clínica, diagnóstico y tratamiento. Mem. II Jornadas Venezolanas de Dermatología, Venereología y Lepra, mayo, 1951.
6. Henríquez A., J. J. y Cortés, Rafael José. Granuloma Venéreo. Estudio de 56 casos en Barquisimeto. Mem. II Jornadas Venezolanas de Dermatología, Venereología y lepra, mayo, 1951.
7. Chen C. H. Digents R. and Grenblatt R. B. Antibiotics versus Donovanias Granulomatis. Am. Journ. of Syph. Gonorr. and V. D. Vol. 35, N° 4, 1951.
8. Grenblatt R. B., Barfield W. M. Dienst R., West R. and Zises M. A Five years Study of Antibiotics in the treatment of Granuloma Inguinale. Am. Journ. of Syph. Gonorr. and V. D. Vol. 36, N° 2, mayo, 1952.
9. Medina, Rafael e Irazábal Porfirio. Consideraciones sobre la epidemiología del Granuloma Venéreo en Caracas. Mem. VI Congreso Venezolano de Ciencias Médicas. Vol. V. noviembre, 1955.
10. Cherny, W. B., Jones C. P. and Peete Ch. H. Jr. Disseminated granuloma inguinale and its relationship to granuloma of the cervix and pregnancy. Am. J. Obst. & Gynec, St. Louis, 74: 597-605, sept. 1957.
11. Rajam, R. V., Rangiah, P. N. and Krishnamurthi, N. Report of a case of metastatic donovanosis. Indian J. Dermat. & Venereal, Bombay. 23: 153-158, oct.-dic. 1957.