

GRANULOMA VENEREO

Por los Dres. A. TRABUCCO. F. J. MARQUEZ y E. COREA FONSECA

A mediados del año pasado recibimos en nuestro Servicio a un paciente del norte argentino, indio toba de la reducción de Formosa, que presentaba en su aparato genital una lesión que, por sus características, nos llamó la atención.

Se trataba de un proceso que transformaba al pene y a la bolsa escrotal en un bloque único con un tamaño aproximado al de una pelota de fútbol, en cuyo polo superior se veía un cráter ulcerado y mal oliente.

El enfermo, A. I., argentino, de edad desconocida, refiere que diez años antes notó a nivel del prepucio la formación de un "granito" pruriginoso, de color rojo azulado, que a los pocos días se abre dando salida a una pequeña cantidad de pus maloliente y que mejora luego en forma parcial. Después de unos días aparece otro elemento que evoluciona en igual forma que el anterior y al abrirse se une a aquel, continuando la sensación de picazón a la que se agrega la de quemadura.

La evolución ulterior fué del mismo tipo que la referida, aparecieron otras pápulas que se vesiculizan y ulceran tomando todo el prepucio. Algunas curaron dejando cicatrices acrómicas y duras y notó que la piel aumentaba de espesor y consistencia, proceso que invade primero la piel del pene y luego la bolsa escrotal; siendo la hipertrofia a nivel del primero deformada por las cicatrices entre las que había piel sin infección.

El examen médico del enfermo nos revela a un hombre joven, de tez cobriza, de 1,80 mts. de estatura, 61 kilos de peso y bien proporcionado. El estado general es deficiente pero no se encuentra anomalía de órganos y aparatos en el examen clínico, salvo en lo que se refiere a su aparato genital que pasaremos a describir.

El aparato genital externo se presenta como una tumoración del tamaño de una pelota de fútbol, ovoidea, con un polo inferior y uno superior donde se observa un cráter de unos 7 centímetros de diámetro, irregular, de bordes saniosos irregulares y granulados, de donde emanaba un olor nauseabundo, muy parecido al de las neoplasias vesicales esfaceladas, si bien algo menos acre. En medio de ese cráter se visualizaba el glande con su mucosa algo pálida y el meato uretral de aspecto normal.

El examen de la zona inmediata a la ulceración nos mostraba un grueso rodete en forma de medialuna que tomaba el dorso y la parte lateral izquierda del pene, observándose la piel de esta zona de color rojo azulado, siendo lisa

y brillante en la parte superior y rugosa en la lateral estando una y otra separada por una cicatriz acrómica.

El resto de la bolsa se observaba con los pliegues muy marcados, rugosa y se veía perfectamente la reptación provocada por el cambio de temperatura, llegando al extremo inferior a nivel del plano que pasaba por la unión del tercio medio e inferior del muslo.

La palpación de esta tumoración nos revela la consistencia cartilaginosa del núcleo dorsal y el gran aumento de la consistencia del resto de la piel de la zona lateral del pene y de la bolsa, que impide la palpación de los testículos, epidídimos y cordones. La compresión de salida a pus maloliente por el cráter y por la parte lateral derecha del escroto, donde, separando el pene, se observa un trayecto fistuloso, con un orificio irregular de unos tres milímetros de diámetro.

La exploración instrumental nos da como datos dignos de anotar: 1º) la irregularidad de la profundidad de la ulceración, 2º) el dolor y 3º) la facilidad con que sangra. Además la separación de los bordes del cráter nos muestra un fondo sanioso, con mucho pus adherido laxamente en algunas zonas y la granulación de la superficie cruenta.

Las sensaciones táctil dolorosa y térmica están conservadas, salvo en las zonas de cicatriz donde es obtusa.

La búsqueda de los ganglios linfáticos correspondientes a la zona de la lesión fué negativa, lo que nos llamó profundamente la atención en vista de la infección local existente.

El resto del examen del aparato urinario y genital nos muestra la uretra, próstata, vesículas seminales y riñones normales y lo mismo sucede con el ano y recto.

En los antecedentes familiares sólo podemos recoger datos sobre la madre que es sana lo mismo que los hermanos, pero en los antecedentes ambientales encontramos que en su tribu hay varios enfermos con iguales características y según referencias obtenidas del enfermero destinado a esa zona nos enteramos que este proceso de tipo hiperplásico es más frecuente en la mujer en la que toma de preferencia los grandes labios.

Los análisis nos revelan una leucocitosis de 13.450 elementos por milímetro cúbico con una discreta eosinofilia y monocitosis, estando el recuento de rojos normal lo mismo que la tasa de hemoglobina. La reacción de Wassermann y la de Kahn fueron negativas, así como las efectuadas después de la reactivación.

Los extendidos hechos con la secreción de la zona ulcerada y coloreados con los métodos habituales nos muestran una enorme flora microbiana constituida por gérmenes cocoides y bacilares Gram positivos y algunos Gram negativos.

En vista de estos resultados practicamos una biopsia del borde de la ulceración con el objeto de descartar un proceso neoplásico, no encontrando en este examen sino un cuadro histopatológico caracterizado por una infiltración intensa de células de tipo linfocitario, que invaden la dermis a la altura del corión. La epidermis muestra proliferación de elementos que penetrando profundamente en el dermis le dan un aspecto papilomatoide, dando lugar a ondulaciones más o menos salientes a nivel de las cuales se observa la capa córnea ligeramente hiperqueratósica. En algunos puntos la capa malpighiana está adelgazada en su espesor por compresión del infiltrado del dermis. A

veces invade la capa mucosa lo que da un estado de espongiosis que al organizarse en vesícula da lugar a que se produzca secreción albuminosa en la que se observan numerosos leucocitos polinucleares neutrófilos. No hemos encontrado en ningún preparado elementos que nos hicieran pensar en un proceso neoplásico.

Mientras se efectuaban estos exámenes se indica inyectar antibióticos a razón de un millón de unidades de penicilina y 1 gramo de dihidroestreptomina diarios, con lo que se obtiene una gran disminución de la flora microbiana y entonces se procede a repetir los extendidos de la secreción del fondo



FIG. 1
Preoperatorio.



FIG. 2
Postoperatorio.

y bordes de la lesión, encontrando en uno, coloreado con Giemsa, de acuerdo a la sugerencia del Prof. Dr. Bacigalupo, cuerpos de Donovan típicos. En posesión de este dato volvemos a la biopsia y encontramos también, localizados profundamente en la mucosa, a los macrófagos caracterizados como cuerpos de Donovan.

Ya con el diagnóstico de granuloma venéreo, iniciamos el tratamiento que actualmente se considera específico, se indica la ingestión de aureomicina a razón de dos gramos diarios. Pero anteriormente y hasta que llegamos a una conclusión respecto a la etiología de la afección en juego, se hizo tratamiento antisifilítico como reactivación y prueba diagnóstica, a base de bicianuro de mercurio, habiendo encontrado discreta mejoría que se caracterizó por disminución de la supuración, luego de unos días, esta mejoría se detuvo y entonces recurrimos a la penicilina y a la dihidroestreptomina y con estos anti-

bióticos también obtuvimos una modificación de la lesión, pues desapareció el olor y disminuyó la secreción, pero la mejoría también fué breve y la acción de estas drogas desaparece a las cuatro semanas.

Lo mismo sucedió con la terramicina y con las curas locales con las sulfamidas.

La dosis de dos gramos de aureomicina fué mantenida durante un mes, observándose en ese lapso la mejoría local que se manifiesta por desaparición del olor, disminución del pus y de la flora microbiana y la aparición de cicatrices que dejan el glande más descubierto pero esas cicatrices no significaron



FIG. 3
Piel de la zona ulcerada.



FIG. 4
Cuerpo de Donovan.

la curación, pues los cuerpos de Donovan siguieron positivos en los extendidos y no hubo modificación de la elefantiasis de la bolsa escrotal ni del pene.

Es entonces cuando pensamos en la extirpación quirúrgica de los tejidos hipertrofiados y decidimos hacer una plástica de la bolsa escrotal, la que efectuamos bajo anestesia raquídea y se resecan 230 grs. de escroto, llamando la atención la esclerosis arteriolar existente. Se comprueba que los testículos, epidídimos y cordón son normales y se sutura en dos planos y la piel con algodón.

El post-operatorio fué sin accidentes, sorprendiéndonos la facilidad de la cicatrización, con un vecino tan infectado. Sin embargo al cabo de un mes, durante el cual se había seguido con aureomicina a la misma dosis, no hallamos gran mejoría en los tejidos que se habían dejado, es decir a nivel

del pene y prepucio y así mismo la plástica no había sido suficiente, por lo que se decide intervenir quirúrgicamente otra vez, siendo más amplios en la resección de los tejidos hipertrofiados.

Nuevamente con anestesia raquídea, se procede a practicar la plástica del pene y bolsas extirpándose en esta oportunidad 450 grs. de piel y tejido celular, quedando el pene totalmente descubierto y sin lesiones macroscópicas. Esta vez la esclerosis arteriolar se puso más de manifiesto y la síntesis de los tejidos fué más dificultosa que en la intervención anterior, pero se consigue practicar en forma satisfactoria.

En el post-operatorio se hace como medicación aureomicina y curas del pene con apósito grasoso. En dos partes de la bolsa se produce dehiscencia de la sutura que sólo provocó una cicatrización más lenta. La evolución del pene, dejado sin piel nos hizo pensar en la posibilidad de tener que recurrir a una plástica reconstructiva, pero aparecieron algunos islotes de epidermización originados de la semimucosa del surco, balanoprepucial que solucionaron el problema. Sólo hubo necesidad de actuar sobre el borde cruento de la raíz del pene en forma de facilitar la progresión de atrás hacia adelante de los brotes epidérmicos, por medio de una cauterización con el radiobisturí.

Este proceso de recuperación post-operatoria se efectuó en un lapso de casi tres meses siendo dado de alta en buen estado local y general, habiendo aumentado 17 kilos de peso.

COMENTARIOS

El granuloma venéreo, es una enfermedad infectocontagiosa, autoinoculable, de evolución lenta y prolongada que se la considera como una dermatosis ulcerosa o ulcerovegetante crónica, que se adquiere por contagio venéreo, aún cuando existen casos de contagio familiar, pudiendo ser el pediculus pubis el agente trasmisor.

Esta enfermedad, descripta por primera vez por Mc Leod en 1882, en la India y por Conyers y Daniels en 1896, en la Guayana, fué profundamente estudiada por Donovan, quien en 1905 publica un trabajo describiendo los gérmenes, englobados en un macrófago y que considera como un coco. Arago y Vianna, continuando los estudios de Donovan crean con ese germen una nueva familia microbiana, la de los Calimmatobacterium y el granulomatis es el germen específico del granuloma venéreo.

Esta afección, llamada también granuloma inguinal, granuloma pudendo, granuloma ulceroso tropical, etc., se distribuye geográficamente en las zonas tropical, subtropical y templada, habiendo casos autóctonos, como el nuestro, en Brasil, Uruguay, Paraguay, Perú, Guayanas, en lo que respecta a la América del Sud y también en la América Central y del Norte, donde según Campbell, es una enfermedad endémica, presentando la raza negra mayor susceptibilidad, principalmente entre los 17 y 40 años.

Las lesiones de granuloma venéreo se localizan preferentemente en la esfera genital, a nivel de la piel y mucosas e invade los tejidos vecinos. Sin embargo se han descripto localizaciones a nivel de las mejillas, boca, cuello, pecho y región axilar.

La evolución se efectúa en cuatro períodos: El primero o de inoculación que es de 10 a 30 días del coito sospechoso; el segundo o de invasión, evoluciona en dos etapas: la primera se caracteriza por el granito que pica

y obliga al rascado lo que facilita la segunda etapa por autoinoculación, siendo en ésta donde aparece el primer signo que se podría llamar patognomónico y es el olor sui géneris del pus, segregado por la ulceración, que se manifiesta entre las tres y cuatro semanas de la aparición del granito, ulceraciones que confluyen y se extienden en superficie por continuidad y contigüidad.

La lesión ulcerosa se hace ulcerovegetante o se presenta como una ulceración con los bordes elevados que adquiere a veces consistencia leñosa. El fondo es rojizo y granuloso, fácilmente sangrante y cubierto por secreción abundante y de origen a brotes salientes con infiltraciones edematosas del tejido intersticial circundante, induradas, con el aspecto pseudotumoral elefantíaco, que es el caso de nuestro enfermo.

Pasamos ya al tercer período o estacionario, en el que las lesiones que han adquirido gran extensión, quedan detenidas en su evolución durante 6, 9, 15 años, sin grandes modificaciones y al cabo del tiempo entra la enfermedad en el cuarto período o de remisión espontánea, a costa de cicatrices acrómicas o hipercrómicas y retráctiles.

El granuloma venéreo se presenta bajo dos tipos clínicos fundamentales: a) el ulceroso, que puede tener características de serpinginoso, fagedénico, fungoso o vegetante que puede presentarse como papilomatoso, vegetante, nodular o pseudoelefantiaco.

Por lo tanto, el enfermo que presentamos pertenece al grupo hipertrófico pseudoelefantiaco y evoluciona en el tercer período de la enfermedad.

En la literatura médica argentina hay descritos en total 22 casos de granulomas venéreos, presentados por Roffo, Grecco, Beatti, Baigorri, Farini, Nin Posadas, Salleras, Fidanza, Ruiz, Arenas, Couchoud, Garzón, Basambrio, por lo tanto no es una enfermedad común y Couchoud lo dice, pues, en 10.000 historias de la Asociación Argentina de Venereología y Profilaxis no hay descritos sino un solo caso.

CONSIDERACIONES DIAGNOSTICAS

La rareza de la afección que presentamos, justifica, en parte, las dificultades diagnósticas con que chocamos. Debemos recordar que en el período de estado los datos clínicos a tener en cuenta son:

1º) La cronicidad del proceso, localizado en las regiones genitales o perigenitales, caracterizadas por lesiones que van desde la ulceración a la hipertrofia con escasa repercusión general y ganglionar.

2º) La extensión excéntrica, dando lugar a la formación de granulaciones ulceradas, de color rojo violáceo, al lado de las cuales se encuentran zonas epitelizadas de color blanquecino y zonas viejas de bordes desprendidos en cuyo fondo siempre es granuloso, reposando sobre una base infiltrada.

3º) Invade la piel y mucosas, es poco doloroso, pica y arde, sangre fácilmente y la secreción tiene un olor característico.

En el examen de nuestro paciente tuvimos que descartar primero un proceso neoplásico de pene, a pesar de lo avanzado de la lesión y de la falta de adenopatías inguinales en lo que nos ayudó la biopsia, así como también, con ella descontamos que se tratara de una sífilis terciaria con lesión redux, por la falta de positividad de las reacciones sanguíneas y la de las lesiones endo y periarteriales.

Dejamos de lado el chancro blando fagodénico, porque éste es de evolución rápida y además crece por el borde cicatrizando en el centro y da gran reacción ganglionar y la tuberculosis a forma cutánea ulcerada por el relativo buen estado general del enfermo.

Nos quedaban entonces las enfermedades tropicales cutáneo mucosas: pian, leishmaniosis y granuloma venéreo de los cuales los dos primeros atacan el estado general y se encuentran sus agentes específicos la espiroqueta pertenii y la leishmania en los tejidos, además de curar la primera con el tratamiento antisifilítico y la segunda que presenta cicatrices anectodérmicas, parduzcas y blancas, circulares y concéntricas.

CONCLUSION

1º) Presentamos un caso autóctono de granuloma venéreo a forma hipertrófica pseudoelefantíasea.

2º) La mediación antibiótica a base de aureomicina y a razón de dos gramos diarios, mantenidos durante un lapso de 82 días mejora, más que ningún otro tratamiento médico las lesiones ulcerosas.

3º) Las reacciones hipertróficas encontraron su solución en las plásticas quirúrgicas, en las que se resecaron un total de 680 grs. de tejidos de la bolsa escrotal y del pene.

RESUMEN

Se presenta un caso de granuloma venéreo autóctono de Formosa, a forma hipertrófica pseudoelefantíasea, tratado con aureomicina y cirugía plástica, obteniéndose buen resultado.

BIBLIOGRAFIA

- 1) *Amengual y López González.*—Granuloma venéreo tratado con estreptomycina y aureomicina. *Obstetricia y Ginecología Latino Americana.* 1953, XI, 281-86.
- 2) *Arenas N.*—Granuloma venéreo de la vulva propagado a vagina y vulva. *Semana Médica (Bs. As.)* 1943, XL, 193.
- 3) *Basombrio-Biagini-Gatti-Cardama.*—Granuloma venéreo. *Rev. Arg. de Dermatología.* 1951, XXXV, 265-68.
- 4) *Beaure Paire-Aragao.*—Sobre o granuloma venereo e o seu microbio. *Brasil Médico.* 1912, XXVII, 283.
- 5) *Cordiviola-Ambrosetti.*—Un caso de granuloma venéreo. *El Día Médico,* 1948, XX, 1565.
- 6) *Couchoud F.*—Granuloma Venéreo. *Rev. Asc. Arg. Ven. y Prof.* 1942, V, 967.
- 7) *Fariás L.*—Granuloma venéreo. *Brasil Médico.* 1906, XX, 39.
- 8) *Fernández.*—A propósito de granuloma venéreo. *Rev. Arg. Dermatosifilología.* 1943, XXVII, 502.
- 9) *Fidanza-Ruiz.*—Granuloma venéreo. 5º Congreso Nacional de Medicina. Rosario, 1934. VI, 827.
- 10) *Herrera-Bosq.*—Un caso de granuloma venéreo y sífilis. *Rev. Arg. Dermatosifilología.* 1937, XXI, 246.
- 11) *Ruiz-Romaña.*—Contribución al estudio del granuloma venéreo. 7ª Reunión de la Soc. Arg. de Patología Regional del Norte. Tucumán, 1931, 641.
- 12) *Reyes H.*—Granuloma venéreo. Un caso autóctono en el territorio de Formosa. *Rev. de la Sanidad Militar,* 1938, XXXVII, 221.
- 13) *Stajanoc-Satábile.*—Granuloma venéreo. *Revista Médica Latino Americana.* 1933, XVIII, 18.
- 14) *Tello-Herrero.*—Granuloma venéreo. *Rev. Arg. de Dermatología,* 1943, XXVII, 502.