

moneda de 10 pesos, procedente, de arborizaciones marcadas; se trata de un epiteloma papilífero piélico.

En el estudio del riñón la sorpresa está dada por el hallazgo de un nódulo del tamaño de una arveja que histológicamente corresponde a un epiteloma a células claras.

Comentario

Dos procesos: uno obstructivo en el primer caso, el segundo neoplásico obligaron a extirpar a dos riñones. Uno de ellos sin funcionalidad había desarrollado formaciones papilíferas tubulares, el segundo, de buen aspecto, extirpado por una formación atípica epitelial, en su seno presentaba el inicio de otra formación neoplásica: un epiteloma a células claras.

Ambos casos fueron hallazgos anátomo-patológicos lo que nos indica la importancia del estudio rutinario del órgano extirpado.

Instituto de Cirugía
Haedo - Bs. Aires

Sociedad Arg. Urología, 26-8-71
Rev. Arg. Urol. Nefrol. Tomo 40, 1971

GRANULOMA VENEREO. DONOVANOSIS DEL PENE

Por los Dres. J. ABULAFIA, E. LACENTRE, M. A. CASTRIA
y O. BLAIER DE GALDI

El granuloma inguinal, llamado también venéreo, contagioso, esclerosante, ulcerado de la pudenda o Donovanosis, es una infección granulomatosa crónica de los genitales y de la piel circundante. El agente causal es la *Donovania Granulomatis* (sinonimia: *Klebsiella granulomatis* o *Calymmatobacterium granulomatis* de Donovan), es un bacilo Gram negativo, pleomórfico, que se puede observar en las lesiones como cuerpos ovales en células mononucleares grandes. Los cuerpos de Donovan extracelulares presuponen la existencia de la afección, pero solamente podrá rotularse la entidad como tal, si se hallan en el interior de la célula, de fácil identificación en la secreción purulenta y en la biopsia de la lesión. Como método de coloración se emplea el de Wrigth, Giemsa, Hematoxilina-eosina y el de impregnación argéntica. Con la inoculación de la *Donovania granulomatis* en animales de laboratorio y voluntarios humanos no se consiguió reproducir la enfermedad, lo que evidencia la participación de otros factores en su génesis.

El granuloma venéreo es poco contagioso y la hipótesis de su transmisión venérea no es aceptada en la actualidad en razón de: a) la enfermedad se encuentra en niños y personas en inactividad sexual, b) es muy rara entre prostitutas, c) la iniciación de lesiones extragenitales en homo y heterosexuales negaría la transmisión sexual y d) muy poca frecuencia de la afección en el partner sexual, según Goldberg.

En general hoy se acepta que el habitat normal de la *Donovania* es el intestino, donde al parecer no determina fenómenos patológicos, para llegar posteriormente a la piel en la que produce las alteraciones cutáneas del granuloma venéreo.

Las condiciones exactas para iniciar este proceso no se conocen bien, pero es muy probable que lo condicionen traumas y/o infecciones microbianas previas o concurrentes.

La transmisión de la bacteria se realiza por:

1 Auto inoculación

- a) *Asociada con coito* antes del acto sexual la *Donovania* puede pasar desde el tracto intestinal hacia el área genital y ser introducida durante el coito en la piel. Esto no correspondería a la transmisión venérea en el sentido estricto, pues la transmisión no es de paciente a paciente. Una situación similar se presentaría en pacientes con práctica de pederastia pasiva.
- b) *No asociada con coito.*

2 Transmisión venérea

- a) *Asociada con coito normal heterosexual:* por la vagina contaminada, la bacteria es transferida de un paciente a otro. Ocurre una situación similar en pederastas activos.
- b) *Transmisión venérea auténtica:* (de poca frecuencia) el material es transferido de una lesión al partner sexual.

La mayoría de los autores revelan prevalencia de la afección entre homosexuales y pederastas pasivos, siendo común en las regiones tropicales y subtropicales.

La enfermedad se manifiesta con un período de incubación difícil de determinar, pero que generalmente oscila entre 2 días y 12 semanas. La lesión inicial es la pápula sólida o nódulo que rápidamente se ulcera, presentando un borde neto, mamelonado, de color rojo, indoloro, y sin adenopatias satélites, con localización en pubis, genitales, región perineal, ingle y región perianal.

En un 3-6 % de los casos la lesión es extragenital, afectando especialmente la cara, nariz y labios y en ocasiones en muslos.

La tendencia a la curación espontánea es rara y generalmente la evolución es lenta, progresiva, para determinar lesiones extensas.

Puede ocurrir una infección secundaria con compromiso ganglionar. En el diagnóstico diferencial se debe excluir la sífilis por fondo obscuro y serología, controlando los estadios evolutivos por la posibilidad de una infección sifilítica asociada.

Historia clínica.

Paciente S. I. D. paraguayo de 68 años, viudo desde los 27 años. Peluquero.

H. C. Nº 232407. Instituto de Cirugía de Haedo.

Antecedentes personales: uretritis gonocócica a los 58 años.

Enfermedad actual: hace tres años nota la presencia de una lesión pápulo erosiva, puntiforme en el surco balano prepucial, caracterizada por ser indolora y sin adenopatías. Un facultativo de Formosa realiza biopsia de la lesión que es enviada a Corrientes, cuya histopatología no fue esclarecedora, prescribiéndosele cremas a base de corticoides.

La lesión inicial involucionó tórpidamente para aparecer en otros sectores del surco balano prepucial con franco carácter úlcero vegetante para llegar a la extensión actual, razón por la cual consulta.

Como datos de laboratorio debe precisarse que las reacciones de Kahn (S-P), Migliano, y V. D. R. L. fueron negativas. El resto de los exámenes tanto de sangre como de orina y parasitológico arrojaron valores normales.

Hepatograma: normal,

Proteinograma por electroforesis: normal.

Radiografía de tórax: aumento del diámetro transverso de la silueta cardíaca con aorta ensanchada y desentrollada. Resto del examen sin particularidades.

Practicada la biopsia el informe histopatológico revela la existencia de mononucleares conteniendo cuerpos de Donovan en fase de reabsorción con sectores fibróticos cicatrizales profundos.

Tratamiento: tetraciclina, estreptomycin, cloramfenicol, metaciclina, sulfamidas. La penicilina y ampicilina no son eficaces en el tratamiento del granuloma venéreo.

Al paciente se le administraron 10 grs. de tetraciclinas en dosis de 2 grs. diarios, y 40 grs. de estreptomycin en dosis de 2 grs. durante los 10 primeros días, y 1 gr. los restantes 20 días.

Localmente fue tratado con baños de agua de Alibour observándose remisión completa de las lesiones existentes.



Fotografías: pre y post-tratamiento.

Resumen

Se presenta un paciente de 68 años de edad que desde hace tres años sobrelleva lesión úlcero vegetante en surco balano prepucial. El tratamiento instituido con tetraciclina y estreptomycin permitió la involución del proceso con curación de las lesiones, cuya histopatología reveló la existencia de Donovanosis.

BIBLIOGRAFIA

- Rook, Wilkinson y Ebling: Textbook of Dermatology.
 Nair, V. G. y Pandalai, N. M.: Ind. med. Gaz., 69/361, citado por Goldberg, 1934.
 Rangiah, P. M.: Personal communication, 1962.
 Malheiros Santos, J.: Rev. Ass. Med. Minas Gerais, 13/2, 1962.
 Goldberg, J. y Annamunthodo, H.: Brit. J. Venner, 40/140, 1964.
 Santos, J. M.; Coelho, W. D. y Coelho, N. G. M. de: Abreu Junqueira Hospital, Vol. 74, N° 35, Nov., 1968.
 Davis, C. M.: J.A.M.A., Vol. 211, Ng 1970.