

## FOTO CLÍNICA

# Donovanosis

### Donovanosis

Braulio Valencia<sup>1</sup>, Gabriel Vidal-Domínguez<sup>2</sup>, Jorge Casas-Castañeda<sup>3</sup>



Mujer de 19 años de edad natural y procedente de Atalaya, Ucayali, refirió que cuatro meses antes del ingreso notó la aparición de nódulos (0,5 a 1,0 cm), en la zona perianal, sin dolor ni secreciones y que crecieron lentamente. Dos meses después, los nódulos se tornaron dolorosos al defecar y un mes antes del ingreso le dificultaban el caminar. En los días previos al ingreso, los nódulos eran sangrantes al defecar, a la vez que secretaban pus. Negó fiebre, diarrea o estreñimiento. Había disminuido de peso en los últimos dos meses. Antecedentes: Un aborto espontáneo a los 6 meses de gestación hacía un año y medio, y se le hizo legrado uterino. El examen mostró a una paciente adelgazada y las únicas anomalías estuvieron en la región perianal: lesión exofítica perianal con signos de flogosis y secreción purulenta; otra lesión nodular fistulizada que drenaba pus (Figura 1). Tacto rectal: esfínter hipertónico y doloroso, ampolla vacua. Genitales externos sin alteraciones.

Exámenes auxiliares: hemoglobina y hemograma normales. Bioquímica sanguínea normal. VIH-1 y VIH-2: no reactivos; VDRL: no reactivo; herpes virus II IgG y IgM negativos; cultivo de secreción de herida para gérmenes comunes y hongos negativos.

En el frotis de la secreción, con tinción Giemsa, se observó histiocitos con gérmenes en el interior del citoplasma. En la biopsia, con la coloración Warthin-Starry, también se apreció histiocitos con bacterias en su interior. Diagnóstico final: donovanosis.

La paciente recibió tratamiento con ciprofloxacino, 750 mg, vía oral, cada 12 horas, programado para 6 semanas de tratamiento; cursó con notable mejoría al mes de tratamiento.

La donovanosis es una enfermedad bacteriana, endémica en los países tropicales y subtropicales, transmitida sexualmente, de baja contagiosidad, que produce lesiones ulcerativas granulomatosas localizadas en la región genital y perianal, de curso crónico e indolente. El agente etiológico es un bacilo gram-negativo denominado *Calymmatobacterium granulomatis*, *Klebsiella granulomatis* o *Donovania granulomatis*. En el Perú, la donovanosis ocupa el primer lugar en el síndrome de úlcera genital crónica en los pacientes inmunocompetentes.

El periodo de incubación suele ser de dos semanas a tres meses con un promedio de tres semanas.

El diagnóstico diferencial se debe realizar con todas las enfermedades ulcerogranulomatosas como tuberculosis cutánea, micosis profunda, pioderma vegetante, carcinoma espinocelular, sífilis (chancro y condilomas planos), linfogranuloma venéreo, condiloma acuminado y amebiasis perineal. (El tratamiento de elección es la tetraciclina, 500 mg, cada 6 horas, o doxiciclina, 100 mg, bid, por tres a cuatro semanas. Actualmente preferimos el cotrimoxazol (160 mg de trimetoprim y 800 mg de sulfametoxazol), cada 12 horas, hasta la curación completa. Otras alternativas, son el norfloxacino, 400 mg, ciprofloxacino, 500 mg, hasta la curación completa, que suele alcanzarse entre seis a doce semanas. En las gestantes se puede emplear macrólidos como eritromicina o azitromicina.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. O'Farrell N. Donovanosis. Sex Transm Inf 2002;78:452-457.
2. García R. Contribución al estudio de la Donovanosis en el Perú. Tesis Doctoral. Facultad de medicina de la UNMSM. Lima, 1986.
3. Galarza C, Mallqui M, Romero O, Rueda M, Santos R, Mendoza D. Donovanosis en el Hospital Dos de Mayo (Años 1991-1996). Dermatol Per. 1996;6 (1-2). URL disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BV/Revistas/dermatologia/v06\\_n1-2/donovanosis.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BV/Revistas/dermatologia/v06_n1-2/donovanosis.htm)
4. Rojas-Plasencia P. Donovanosis en el Hospital Regional Docente de Trujillo: Estudio clínico-epidemiológico. Dermatol Per 2006;16(1):52-58.

Correspondencia a:  
Dr. Jorge Casas Castañeda, e-mail: jcasas@upch.edu.pe

1. Interno de la FMAH - UPCH

2. Residente del tercer año de medicina - UPCH - HAL

3. Jefe del Pabellón 1-II de Medicina HAL; Profesor Principal de FMAH - UPCH

# Hidatidosis intraabdominal diseminada

*Disseminated intraabdominal hydatid disease*

Conroy-Luna, Lino<sup>1</sup>; Tapia-Amaya, José<sup>2</sup>.



Mujer de 27 años, nacida en Sacsamarca (Ayacucho) y que procede de Villa El Salvador, Lima. Refirió un tiempo de enfermedad de tres años con dolor abdominal difuso y recurrente que después se localizó en el hipocondrio derecho. Hace ocho meses notó la aparición de unas tumoraciones en el abdomen que crecieron paulatinamente, causándole distensión abdominal. Sus funciones biológicas estaban conservadas. Refirió pérdida de peso no cuantificada. Antecedentes: dificultad progresiva para caminar por debilidad en ambos miembros inferiores desde hace diez años y que se acentuó en los últimos dos años. Antes criaba ganado ovino y vacuno, perros y gatos. Al examen se halló un abdomen distendido, tenso y que permitía palpar masas en todo el abdomen, desde unos 6 cm de diámetro hasta una de unos 10 cm en el hipocondrio derecho. Espasticidad en ambos miembros inferiores, con hiperreflexia y signo de Babinski bilateral. Por los hallazgos en el abdomen, fue enfocada inicialmente como carcinomatosis sin considerar el tiempo de enfermedad referido.

Ecografía y TAC: múltiples imágenes quísticas en todo el abdomen, las cuales se distribuyen en el hígado, bazo, mesenterio y pelvis en donde desplazan al útero y a la vejiga. La mayor de estas lesiones quísticas medía 97 mm ubicado a nivel del bazo. Algunas quistes presentan tabiques y uno de ellos, a nivel de hígado, con desprendimiento de membrana. No se visualiza la vesícula biliar. Páncreas y riñones de caracteres normales. No se encontró adenopatías retroperitoneales ni líquido libre en cavidad. Conclusión: múltiples quistes hidatídicos.

Exámenes auxiliares: Western Blot y Elisa positivos para hidatidosis. HTLV-1 positivo.

En la laparotomía se encontró quistes hidatídicos múltiples de diferentes tamaños, siendo el mayor de 10 cm de diámetro, en todo el epiplón mayor, epiplón menor y pelvis; uno perihepático derecho y tres en los segmentos 3 y 4 de cinco cm de diámetro; y, uno de 10 cm en el bazo. Se realizó omentectomía total y cura quirúrgica de los quistes hepático, esplénico y pélvicos, y se dejó drenes. La paciente recibió albendazol.

Diagnóstico final: hidatidosis hepática y esplénica con siembra peritoneal. Paraparesia espástica tropical.

La hidatidosis peritoneal puede ser primaria –que es rara y ocurre en 2% de todos los casos de hidatidosis abdominal– o secundaria –cuando ocurre siembra peritoneal a partir de un quiste hidatídico hepático (entre 2 y 16% de la hidatidosis hepática) y más raramente esplénico. El mecanismo de infestación peritoneal no es claro, pudiendo ser por vía linfática o hematogena. También puede ocurrir siembra peritoneal por contaminación con el contenido del quiste durante el acto quirúrgico. La ruptura de un quiste hidatídico puede ser contenida o bloqueada, comunicante (hacia la vía biliar, por ejemplo) o directa o abierta hacia la cavidad peritoneal. Esta última puede acompañarse de anafilaxis (2-25% durante cirugía), diseminación hidatídica peritoneal (como fue el presente caso) o infección bacteriana secundaria y peritonitis. La diseminación peritoneal de la hidatidosis se debe principalmente a la demora en el diagnóstico o a la ausencia de tratamiento.<sup>1-3</sup>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beyrouti MI, Beyrouti R, Abbas I, Khanat M, Ben-Amar M, Frikha F, Elleuch S, Gharbi W, Chaabouni M, Ghorbel A. Acute rupture of peritoneal hydatid cysts: 17 cases. *Presse Médicale* 2004;33(6):378-384.
2. Puia IC, Vlad L, Iancu C, Al-Hajjar N, Pop F, BIO, Munteanu D. Hepatic hydatid cyst ruptured in the peritoneum. *Chirurgia (Bucur)*. 2004;99(6):541-4.
3. Fazal Q, Parray, Mushtaq A, Gagloo, Asif Hamid Bhat, Nisar A, Chowdri, M, Muzamil Noor: Peritoneal Hydatidosis. *Internet J Surg*. 2007;9(2).

Correspondencia a: Dr. Lino Conroy, e-mail: lconroy@upch.edu.pe

1. Cirujano General, Departamento de Cirugía, Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima. Profesor de la Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

2. Médico Residente de Cirugía General. Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia.