

## COMUNICAÇÃO

### DONOVANOSE

Valério Celso Madruga de Garcia<sup>1</sup>

#### Aspectos clínicos e contágio

Após um período de incubação ainda não bem estabelecido, eis que a revisão da literatura varia de um até 360 dias<sup>1, 3, 7, 9</sup>, surge, principalmente na genitália e períneo, um pequeno nódulo, ou pápula ou vesícula, indolor, que evolui para pequena ulceração<sup>1, 5, 10</sup>.

Passada essa fase inicial, a doença poderá progredir com três características:

A típica e principal, é a forma granulomatosa que determinou o nome, nosologicamente mais conhecido, da doença. Apresentam-se lesões exuberantes, com tecidos granulomatosos, que se parecem herniar através da pele sadia circunjacente. Esse tipo de manifestação tende a progredir se propagando ao longo das pregas perineais e inguinais por mecanismo de auto-inoculação.

A outra variante mais encontrada é a forma dita ulcerosa que se caracteriza, também, por ser um pouco mais sensível do que a anterior. As ulcerações são produtoras de grande e fétido exsudato, têm aspecto carnosos e avermelhado e sangram com facilidade. Tal qual a forma granulomatosa, tendem a progredir ao longo das pregas ínguino-femorais podendo, por fusão, vir a formar úlceras serpiginosas<sup>1, 5, 10</sup>. Em realidade, se especula se essa segunda variante nada mais seria do que a primeira forma granulomatosa, secundariamente modificada por infecção associada de caráter fuso-espiroquético<sup>8</sup>.

A terceira e mais rara manifestação clínica é a forma hipertrófica ou cicatricial em que uma

reação fibroblástica exagerada determina a formação de grandes massas queiloideanas que, ao bloquear a circulação linfática regional, podem ocasionar elefantíase da genitália e até mutilações por infecção secundária<sup>1, 5, 8</sup>.

A ausência de linfadenopatia inguinal, clinicamente, distingue a moléstia da linfogranulomatose. Todavia, quando encontrada impõe a procura de venereopatia simultânea<sup>5</sup>.

Embora o sítio mais comum da doença seja a genitália e períneo, lesões fora dessa área têm sido descritas, mimetizando outras afecções, principalmente neoplasias e sífilis<sup>1, 5, 8</sup>.

Sob o ponto de vista microscópico é fundamental que essas razões de ordem clínica induzam ao cirurgião lembrar ao patologista a possibilidade de Donovanose. Isto posto, será facilitada a identificação do microorganismo mediante especial coloração argêntica em lugar da tradicional hematoxilina-eosina. O agente etiológico, *Calymmatobacterium granulomatis* ou *Donovania granulomatis*, é geralmente encontrado fagocitado dentro de vacúolos citoplasmáticos de grandes macrófagos. Essas bactérias, que se vêem fagocitadas em grupos, são tradicionalmente conhecidas

1 Chefe do Setor de Proctologia do Hospital N.S. da Conceição MPAS. Proctologista do Hospital Ernesto Dornelles AFPERGS  
— Proibida a reprodução total ou parcial para fins comerciais

por corpúsculos de Donovan. Estudos ultra-estruturais mostram grandes diferenças na condição morfológica dos organismos fagocitados, observações consideradas como diferentes graus de degradação, também não se confirmando presenças de estruturas tipo bacteriófagos ou vírus<sup>4</sup>.

A Donovanose é de relativa baixa contagiosidade<sup>1, 3, 5, 8, 10</sup>. Também tem sido questionado o contato sexual como essencialmente necessário para a sua transmissão<sup>2, 3, 6</sup>. No entanto, estudos epidemiológicos, estatisticamente significativos, em populações carentes e promíscuas, de zona tropical ou temperada, favorecem o conceito de venereopatia apoiados nos seguintes fatos:

Uma cuidadosa anamnese mostra quase sempre uma história de contato sexual antes do aparecimento da úlcera em homens, há grande proporção de doentes na faixa etária de maior atividade sexual, existe maior incidência em homens do que em mulheres, 93% dos casos relatados se situam na genitália ou períneo, outras doenças venéreas, principalmente sífilis, acompanham a doença em 45% dos doentes afetados e, finalmente, cuidadosa investigação de 55 casais mostrou 52% de comprometimento concomitante da afecção<sup>7</sup>. Essas considerações, vinculadas que são a peculiaridades raciais e sócio-econômicas, similares às nossas, estimulam a colocação da Donovanose como doença sexualmente transmissível em nosso meio<sup>3, 7</sup>, embora causada por agente microbiano de baixa virulência o qual não tem permitido a indução da moléstia quando oriundo de cultivos<sup>5</sup>.

## Tratamento

O tratamento atual da Donovanose é feito com antibióticos<sup>10</sup>. São eficazes a estreptomocina, as tetraciclina, o cloranfenicol e a ampicilina.

Em relação à estreptomocina, a qual iniciou o manejo da doença na era antibiótica, já existe grande experiência em seu emprego com propostas de 1 até 4/pro-die em períodos de 15 até 30 dias. Porém, recidivas na taxa de 10% têm necessitado novo ciclo de tratamento com a droga.

As tetraciclina, pelos seus menores efeitos tóxicos, e também pelo menor índice de recaídas,

foram os antibióticos que, pela permissão de um uso mais prolongado, vieram a suplantam o uso exclusivo da estreptomocina. Já o cloranfenicol, embora eficaz, esbarra na sua potencialidade tóxica, maior quando em uso prolongado, razão que o colocou como opção secundária nesse tipo de doença de lenta remissão.

O último antibiótico a se mostrar de utilidade, sem danosos efeitos colaterais, foi a ampicilina. Até agora os casos tratados não registram recidivas. A dose preconizada tem sido 1 a 2 g/pro-die v.o. ou i.m. até remissão das lesões. Estas tem ocorrido entre duas a quatro semanas. Em nossa experiência, a associação estreptomocina-ampicilina permitiu a cura do processo em torno de duas semanas. Localmente, para se eliminar rapidamente os exsudatos, o uso de compressas de permanganato de potássio é indicado. A eficácia da eritromicina e penicilina é duvidosa<sup>10, 11</sup>.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDERSON WAD — Pathology. Edited by C.V. Mosby Company, St. Louis, USA, 431-433, 1977.
2. BARNERJEE K — Donovanosis in a child of six months. J Ind Med Ass, 59: 293, Oct., 1972.
3. BHAGWANDEEN SB & MOTTIAR YA — Granuloma venereum. J Clin Path, 25: 812-816, 1972.
4. DODSON RF, FRITZ GS, HUBLER WR Jr., RUDOLPH AH, KNOX JM & WAI-FONG CHU L — Donovanosis: A morphologic study. J Invest Dermatol, 62: 611-614, 1974.
5. DOOLEY JR & BINFORD CH — Pathology of tropical and extraordinary diseases. Edited by Armed Forces Institute of Pathology, Washington DC, pp. 194-196, 1976.
6. GOLDBERG J — Studies on granuloma inguinale: IV. Growth requirements of Donovanella granulomatis and its relationship to the natural habitat of the organism. Brit J Vener Dis, 35: 266-268, 1959.
7. LAL S & NICHOLAS C — Epidemiological and clinical features in 165 cases of granuloma inguinale. Brit J Vener Dis, 46: 461-463, 1970.
8. RIBEIRO J — Granuloma inguinale. The Practitioner, 209: 628-630, 1972.
9. SAINT-ANDRÉ P, CHASTEL C, FOLLANA J & DEROBERT Y — Granulome ulcèreux des organes génitaux, en provenance de Diego-Suarez. Rev Soc Fr Derm Syph, 299-300, 1972.
10. SAMPAIO SAP, CASTRO RM & RIVITTI EA — Dermatologia básica. Editado por Artes Médicas, São Paulo, 2ª ed., pp. 212-214, 1978.
11. THEW MA, SWIFT JT & HEATON CL — Ampicillin in the treatment of granuloma inguinale. JAMA, 210: 866-867, 1969.