

dos antineoplásicos, así que basándonos en casos descritos previamente en la literatura aunque de forma excepcional y al no encontrar ningún caso descrito asociado a oxaliplatino, atribuimos la pigmentación reticulada a 5-fluorouracilo, aunque no se puede descartar la asociación a oxaliplatino.

La etiopatogenia de la hiperpigmentación asociada a estos fármacos es desconocida. Sin embargo, existen diversas teorías sobre el mecanismo común a los agentes quimioterápicos citados. Se postula que estos medicamentos inducirían un aumento de la pigmentación a través de la hormona estimuladora de melanocitos o por una estimulación directa de los melanocitos⁵. También se ha propuesto que podría ser producido por una mayor concentración de fármaco en las zonas de la piel en las que se produce un mayor flujo de sangre⁹.

Clínicamente esta pigmentación recuerda al eritema *ab igne*, que se ha relacionado con la exposición a largo plazo al calor, por debajo del umbral de quemadura. En este caso se observaría un eritema seguido de pigmentación postinflamatoria, con ese patrón vascular cutáneo.

En nuestro paciente, como en los casos descritos en la literatura, esta hiperpigmentación no recurre en ciclos posteriores, aunque se mantenga el fármaco y no se modifique la dosis pau-

tada. Por este motivo se podría pensar que el paciente presenta una hiperpigmentación debida a una toxicidad local del fármaco, por un aumento de gradiente de la sangre en esa localización, por ejemplo, asociado a un aumento de temperatura ambiental.

Se interpretaría como una pigmentación postinflamatoria sobre la piel suprayacente, que adquiere el patrón vascular cutáneo, al igual que la hiperpigmentación supravenosa descrita asociada a 5-fluorouracilo, debido a una flebitis subclínica inducida por la infusión o por una hipertermia localizada^{6,7}.

En conclusión, podemos decir que la hiperpigmentación reticulada es un efecto secundario excepcionalmente asociado a 5-fluorouracilo. Este patrón clínico aunque nos sugiere una pigmentación inducida por este fármaco, se ha asociado a la infusión de otros agentes antineoplásicos. Se postula que se produciría por una mayor concentración de fármaco en zonas de la piel con un mayor flujo de sangre. Cursa como una reacción cutánea asintomática y persistente, que no requiere modificación del tratamiento oncológico pautado.

Bibliografía

1. Vukelja SJ, Bonner MW, McCollough M, Cobb P, Gaule DA, Fanucchi P, et

al. Unusual serpentine hyperpigmentation associated with 5-fluorouracil. *J Am Acad Dermatol*. 1991;25:905-8.

2. De Argila Fernández-Durán D, Rivera Díaz R, López Estebaranz L, Guerra Tapia A, Iglesias Díez L. Eritema acral inducido por 5-fluorouracilo en infusión continua. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Actas Dermosifiliogr*. 1993;84:315-8.
3. Jogi R, Garman M, Pielop J, Orengo I, Hsu S. Reticulate hyperpigmentation secondary to 5-fluorouracil and idarubicin. *J Drug Dermatol*. 2005;4: 652-6.
4. Vázquez-Bayo C, Rodríguez-Bujaldón AL, Jiménez-Puya R, Galán-Gutiérrez M, Moreno-Giménez JC. Hiperpigmentación secundaria a capecitabina. *Actas Dermosifiliogr*. 2007;98:491-3.
5. Fukushima S, Hata N. Atypical moles in patient undergoing chemotherapy with oral 5-fluorouracil prodrug. *Br J Dermatol*. 2004;151:698-700.
6. Jain V, Bhandary S, Prasad GN, Sheno SD. Serpentine supravenuous streaks induced by 5-fluorouracil. *J Am Acad Dermatol*. 2005;53:529-30.
7. Chen GY, Lee JY, Chen WC. Sclerotic and retracted supravenuous hyperpigmentation associated with combination chemotherapy for metastatic breast carcinoma. *Br J Dermatol*. 2005;52:1383-5.
8. Allen B, Parker D, Wright AL. Reticulate pigmentation due to 5-fluorouracil. *Int J Dermatol*. 1995;34:219-20.
9. Wright AL, Bleecheen SS, Campion AE. Reticulate pigmentation due to bleomycin: light-and electron-microscopic studies. *Dermatologica*. 1990; 180:255-7.

Donovanosis importada en una adolescente

J.R. Ferreres^a, J. Marcoval^a, A. Vicente^a, M. Medina^b, J.M. Laila^c y M.A. González-Enseñat^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. ^cServicio de Ginecología. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona. España.

Señor Director:

La donovanosis o granuloma inguinal es una enfermedad bacteriana, granulomatosa, progresiva y ulcerativa producida por *Calymmatobacterium granulomatis*.

Esta infección es rara en niños o adolescentes^{1,2}. Sin embargo, describimos el caso de una niña de 12 años atendida en nuestro hospital, remitida desde el Hospital de Tángier, por presentar una lesión genital ulcerativa de

un año de evolución, diagnosticada de carcinoma escamoso. La paciente fue víctima de una violación por parte de un familiar unos meses antes de la aparición de las lesiones. En la exploración se podía observar una úlcera dolorosa



Figura 1. Úlcera dolorosa de 5-6 cm de diámetro situada en labio mayor vulvar.

de 5-6 cm de diámetro, situada en el labio mayor vulvar (fig. 1). En la cavidad oral se observaba una ulceración adquirida por contacto sexual directo con los genitales del agresor (fig. 2).

Las pruebas de laboratorio, las serologías para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), lúes, virus de la hepatitis B (VHB) y C (VHC), y los cultivos para bacterias convencionales fueron negativos.

La biopsia cutánea reveló la presencia de bacilos cortos y delgados que se teñían positivamente con Giemsa, localizados dentro del citoplasma de los macrófagos dérmicos, formando los llamados cuerpos de Donovan.

Con la clínica y los hallazgos de la biopsia el diagnóstico fue de donovanosis.

Se inició un tratamiento con doxiciclina en dosis de 200 mg al día, con una mejoría clínica de la lesión en los primeros 7 días. Se mantuvo el tratamiento hasta la curación total de la lesión que duró 3 meses.

La donovanosis o granuloma inguinal es una enfermedad contagiosa producida por *Calymmatobacterium granulomatis*. Se presenta sobre todo en



Figura 2. Úlcera en la cavidad oral adquirida por contacto sexual.

adultos entre 30 y 50 años en áreas tropicales y subtropicales. Es una enfermedad transmitida habitualmente, pero no exclusivamente, por contacto sexual con una persona infectada³. En niños es una infección muy rara^{1,2}. Los casos descritos en la población pediátrica suelen transmitirse a través del canal del parto.

La forma clínica de presentación suele caracterizarse por nódulos localizados en el área genital con tendencia a la ulceración. La localización extragenital es rara, siendo la cavidad oral el lugar más frecuente, como consecuencia de la práctica de sexo oral. La diseminación vía hematogena es muy infrecuente, y ocurre casi exclusivamente en mujeres embarazadas³.

No existe un medio de cultivo específico para *Calymmatobacterium granulomatis*, habiendo sido cultivado con éxito en escasas ocasiones por laboratorios de investigación.

Las técnicas de reacción en cadena de la polimerasa han sido desarrolladas basándose en la similitud genética con bacterias del género *Klebsiella pneumoniae* y *rhinoscleromatis*⁴. Esta técnica tampoco se utiliza de rutina.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con la enfermedad de Behçet, el carcinoma escamoso, la enfermedad de Crohn⁵, el pioderma gangrenoso, la lúes o el chancroide.

La terapia recomendada es trimetoprim-sulfametoxazol, doxiciclina o azitromicina⁶.

El antibiótico debe mantenerse hasta la resolución de la lesión.

Con este caso describimos la primera paciente adolescente atendida en nuestro país con donovanosis importada. En España todos los casos descritos hasta el momento han sido en adultos⁷⁻⁹.

Este nuevo caso ilustra la necesidad de conocimiento de las enfermedades importadas, que también afectan a la población pediátrica, dado el aumento de la inmigración que estamos teniendo en los últimos años.

Bibliografía

1. Bowden FJ, Bright A, Rode JW, Brewster D. Donovanosis causing cervical lymphadenopathy in a five-month-old boy. *Pediatr Infect Dis J.* 2000;19:167-9.
2. Govender D, Naidoo K, Chetty R. Granuloma inguinale (donovanosis): an unusual cause of otitis media and mastoiditis in children. *Am J Clin Pathol.* 1997;108:510-4.
3. Richens J. Donovanosis (granuloma inguinale). *Sex Transm Infect.* 2006;82:21-2.
4. Kharsany AB, Hoosen AA, Kiepiela P, Kirby R, Sturm AW. Phylogenetic analysis of *Calymmatobacterium granulomatis* based on 16S rRNA gene sequences. *J Med Microbiol.* 1999;48:841-7.
5. Gómez Centeno P, Casas L, Valdés Tascón F, Peteiro C, Toribio J. Enfermedad de Crohn metastásica. A propósito de un caso con afectación vulvar. *Actas Dermosifiliogr.* 1999;90:100-3.
6. Clyti E, Couppie P, Strobel M, Cazanave C, Sainte-Marie D, Pradinaud R. Short treatment of donovanosis with azithromycin. *Ann Dermatol Venereol.* 2004;131:461-4.
7. Bernal Ruiz AI, González Ruiz A, Gutiérrez Rodríguez C, García Muñoz M. *donovanosis*: incremento de su incidencia en nuestro medio debido a casos importantes de zonas endémicas. *An Med Interna.* 2002;19:103-4.
8. Peña M, Moreno JC, Mazuecos J, Camacho F. Donovanosis: a propósito de un caso no autóctono en Sevilla. *Actas Dermosifiliogr.* 1994;85:417-9.
9. García-Pérez A, Fernández Pascual JS, Muñoz I, Fernández Contioso JA. Granuloma inguinal. Un caso autóctono en Andalucía occidental. *Actas Dermosifiliogr.* 1981;72:577-80.