

## LA RICKETTSIOSIS EN PATOLOGIA VASCULAR (\*)

### Nuestra experiencia

M. BAROLO y F. RULLI

Servizio di Angiologia. Ospedale S. Camillo.  
Roma (Italia)

El angiotropismo de las Rickettsias es conocido desde hace tiempo, así como la modalidad de instauración electiva de sus lesiones vasculares (1, 2).

Desde hace años **Giroud** (3, 4, 5) y **Nicolau** (6, 14) resaltan lo a menudo con que arteriopatías obliterantes, tromboflebitis, panvasculitis y accidentes vasculares cerebrales son sostenidos con significativa incidencia por Rickettsias. En los últimos años han sido numerosos, asimismo, los italianos que han contribuido con su trabajo, como **Zardi** (7), **Mansueto** (8), **Bartolo** (9, 10, 11), **Nuzzolo** (12) y **Sciacca** (13).

A este propósito hemos publicado, recientemente, un estudio serológico efectuado en 31 pacientes afectos de Enfermedad de Buerger (10). Los resultados concuerdan a la perfección con los de la escuela rumana y parecen confirmar la hipótesis de la etiología rickettsiosa de la enfermedad.

El rumano **Surdan** y cols. (14) han estudiado serológicamente 471 enfermos, de los cuales 331 estaban afectados por distintas vasculopatías (41 arteritis, 191 arteriopatías obliterantes, 75 tromboflebitis, 7 vasculopatías cerebrales, 9 panangitis y 9 casos de hipertensión maligna). La positividad de la rickettsiosis o pararickettsiosis fue del 53,5 %. El estudio histopatológico de 15 fragmentos de arteria y 44 biopsias venosas puso en evidencia la presencia de células de tipo reticulohistiocitario conteniendo en el interior del citoplasma numerosos corpúsculos rickettsiformes. Estos datos adquierirán valor cuando se conozca la incidencia de la infección rickettsiosa en la población normal; contribuye a este propósito recordar que en Rumania la Rickettsiosis es endémica.

En cuanto se refiere a nuestro país, aportamos una Tabla resumen del estudio epidemiológico efectuado por **Zardi** y cols. (7) sobre dos muestras de población en el Lazio (Tabla I). En ella cabe observar cómo la incidencia de positividad de la seroaglutinación específica para la *r. burnetti* es del 1,1 % en la muestra de población sana del Lazio y del 4,6 % en los sujetos internados en ambientes manicomiales. Este simple hecho denota cómo la infección puede desarrollarse con facilidad ante la falta de normas higiénicas.

En este trabajo intentamos exponer nuestra experiencia acerca de la posible etiología rickettsiosa de algunas peculiares formas de vasculopatías, derivada

---

(\*) Traducido del original en italiano por la Redacción.

TABLA I

Cepa de Rickettsias	Grupo de sujetos:		X <sup>2</sup> calculado para los grupos confrontados
	sanos	internados en hospital psiquiátrico	
R. Burnetii	6 (1,1 %)	15 (4,6 %)	11,59
R. Conori	2 (0,7 %)	21 (6,1 %)	182,22
R. Mooseri	— —	2 (0,5 %)	
R. Prowazcki	— —	2 (0,5 %)	
Neo-R Q 18	— —	8 (2,3 %)	
	Total 558 sujetos estudiados	Total 346 sujetos estudiados	

del estudio serológico efectuado por nosotros en pacientes observados en nuestro hospital.

### Material y método

Hemos efectuado la seroaglutinación específica por el método de Girouo modificado por Babudieri y Zardi en 31 casos de tromboangeítis obliterante, 4 casos de arteritis de Takayasu (variedad inflamatoria del S. de Martorell), 6 casos de arteritis multiseccional y 6 casos de flebitis migrans criptogénica.

### Resultados

1) **Rickettsiosis y tromboangeítis obliterante:** En un grupo de 31 pacientes del sexo masculino, edad promedio 35,5 años, afectos de tromboangeítis obliterante y seguramente exentos de alteraciones ateroscleróticas se efectuó seroaglutinación específica para las r. conori, burnetii y mooseri. Algunos sujetos habían sido tratados antes con tetraciclinas a fin de despertar la reactividad anticuerpo específica (11).

En 15 de ellos (48,3 %) se ha comprobado una positividad de anticuerpos testimonio de Rickettsiosis (10).

En particular 13 sujetos (41,9 %) presentaban una positividad para la r. burnetii, 2 sujetos (6,4 %) para la r. mooseri y uno (3,2 %) en el que se comprobó una positividad para la r. burnetii era a su vez portador de una infección por r. mooseri.

2) **Rickettsiosis y arteritis de Takayasu** (variedad inflamatoria del S. de Martorell): Hemos solicitado el serodiagnóstico para la investigación de anticuerpos específicos de la Rickettsia en nuestros 4 pacientes afectos de arteritis de Takayasu.

En 3 hemos acertado la positividad para la r. burnetii (75 %), uno de los cuales era fuertemente positivo para la r. conori con una titulación muy superior (1:320).

**3) Rickettsiosis y arteritis multisectorial:** Existen en la práctica clínica casos que sin poderse incluir en el ámbito de la tromboangeítis obliterante presentan, sin embargo, estigmas de particular agudeza clínica, configurándose como arteritis de tipo infeccioso o inmunitario.

Hemos estudiado serológicamente 6 casos, de los que detallamos las características considerando el polimorfismo del cuadro nosográfico relativo:

B. A.: Arteritis de la subclavia derecha. Seroaglutinación positiva al 1:20 para la *r. burnetii* y al 1:320 para la *r. conori*.

H. G.: Estenosis ístmica de la aorta. Positividad 1:320 para la *r. burnetii*.

A. M.: Arteritis multisectorial. Positividad 1:40 para la *r. burnetii*.

B. L. M.: Estenosis carotídea. Positividad 1:40 para la *r. burnetii*.

D. P. M.: Arteritis de la femoral. Positividad 1:320 para la *r. burnetii*.

O. E.: Arteritis de la femoral. Positividad 1:160 para la *r. mooseri*.

En consecuencia, para este heterogéneo grupo de pacientes la positividad ha sido del 100 % para una rickettsiosis: 5 casos entre 6 positiva la *r. burnetii* (83,3 %) y uno la *r. mooseri* (16,6 %).

**4) Rickettsiosis y flebitis recurrente criptogenética:** Algunos autores han insistido sobre la etiología rickettsiósica de algunas flebitis «criptogenéticas» (es decir, no secundarias a tromboangeítis, hernia hiatal, neoplasias, hemopatías, etcétera).

Hemos estudiado 6 casos afectos de flebitis recurrente «criptogenética». En 4 de ellos hubo positividad para varios tipos de Rickettsias: uno *r. conori*, 2 *r. burnetii* y uno *r. mooseri*.

## COMENTARIO

La notable incidencia de la seropositividad a la *Rickettsia*, en especial la *r. burnetii*, hallada en el curso de distintas afecciones vasculares llama la atención en cuanto a la etiología de tales vasculopatías. La máxima positividad se halló en las arteritis multisectoriales (100 %), entidad nosográfica aún por encuadrar, en la que ambos sexos están representados por igual y cuya característica es la relativa agudeza clínica y el pluritopismo de las lesiones. Se trata de sujetos que no presentan los clásicos factores de riesgo y que no son englobables ni entre los tromboangeíticos ni en los arteriosclerosos precoces. Una notable positividad, en la investigación serológica, como en las formas de flebitis recurrente idiopática, corresponde a la variedad inflamatoria del Síndrome de Martorell (66,6 % y 75 %, respectivamente).

Con una positividad del 48,3 % figura la tromboangeítis obliterante, que representa la casuística más numerosa de nuestra contribución. La positividad más frecuente corresponde a la *r. burnetii*, agente de la fiebre Q cuya clínica bastante polimorfa va desde cuadros absolutamente asintomáticos a cuadros de bronconeumonitis recidivante de mucha duración.

En aquellos casos en que hemos querido comprobar la eventual simultá-

nea positividad para la fiebre Q con el clásico método de la desviación del complemento, hemos observado de forma constante una sensibilidad bastante reducida del método. Por tanto, la seroaglutinación según Giroud, aunque costosa y delicada, no puede en absoluto ser sustituida por la habitual investigación sobre la fiebre Q basada en la desviación del complemento.

Si consideramos la escasísima incidencia de positividad serológica para la *r. burnetii* en la población del Lazio (1,1 %) sobre la que trabajamos, la positividad que exponemos no ofrece duda sobre lo significativo del fenómeno. Por otra parte, se impone de manera perentoria la instauración de una terapéutica tetraciclínica o doxiciclínica, que estamos llevando a cabo, obteniendo una reducción de la tasa de seroaglutinaciones. Esperamos exponer los resultados apenas el «follow-up» de estos pacientes sea lo suficientemente prolongado.

### RESUMEN

Hemos efectuado un estudio serológico en pacientes afectos de distintas vasculopatías (tromboangiitis obliterante, arteritis de Takayasu, arteritis multi-sectoriales y flebitis idiopática migratoria) para evidenciar la eventual presencia de Rickettsiosis. El 48,3 % de los tromboangiíticos, el 75 % de los arteríticos de Takayasu, el 100 % de los multisectoriales y el 66,6 % de los que sufrían tromboflebitis migratoria idiopática mostraron positividad de título anticuerpo a la Rickettsiosis.

Se resalta la importancia de esta elevada incidencia, teniendo en cuenta la baja positividad observada en las muestras de sujetos normales sanos.

### SUMMARY

A serological study upon the presence of Rickettsias in several vasculopathies (Thromboangiitis obliterans, Takayasu's disease, phlebitis migrans, and others) is made. This high incidence of the Rickettsiosis is emphasized.

### BIBLIOGRAFIA

1. **Mansueto, S.:** Sulla etiologia rickettsiosica delle arteriopatie obliteranti croniche. «Min. Cardioang.», 10:599, 1975.
2. **Bernard, J. C. y Bernard, P.:** Les rickettsioses: exemple d'infections, facteurs de risque de l'athérome. «Coll. Inter. d'Ang.», Abril 1977.
3. **Giroud, P. y cols.:** Le diagnostic des atteintes vasculaires dues à des rickettsioses ou à éléments à leur limite (néorickettsies). «Presse Méd.», 65:1.019, 1957.
4. **Giroud, P.:** Comment se présentent actuellement les infections rickettsiennes ou proches? «Presse Méd.», 76:259, 1968.
5. **Giroud, P.:** Les lésions cardiovasculaires des rickettsioses et des chlamydioses (néorickettsioses). «Angéiologie», 4:175, 1976.
6. **Nicolau, St. y cols.:** Recherche sur l'étiologie rickettsienne de certaines angiopathies périphériques. «Acta V Internationalis Angiologorum Congressus», Sipuco, 1964.
7. **Zardi, O. y cols.:** Le rickettsiosi: problema d'attualità. «Arch. Casa Sollievo e Soff.», 3:291, 1977.

8. **Mansueto, S.:** Moderni orientamenti in tema di epidemiologia e clinica delle rickettsiosi. «Il Polic. Sez. Prat.», 7:253, 1974.
9. **Bartolo, M. y cols.:** Contributo alla conoscenza della etiologia del morbo di Buerger. «Atti del Primo Congresso Nazionale della Società Nazionale Italiana di Chirurgia Vascolare», Bologna 30 nov. 1979. (En Prensa).
10. **Bartolo, M. y cols.:** Buerger disease: is it a rickettsiosis? «Angiology», (En Prensa).
11. **Bartolo, M. y cols.:** Risultati di una terapia tetraciclinica protratta per anni nel morbo di Buerger. «Atti del IX Congresso della Unione Internazionale di Angiologia», Florencia, 1974.
12. **Nuzzolo, L. y cols.:** Contributo alla conoscenza delle arteriti da rickettsia. «Rec. Medica», 12:67, 1966.
13. **Sciacca, A.:** Le arteriti, «Atti 80 Cong. Soc. Med. Int.» Palermo, 1979. Ed. L. Pozzi, Roma.
14. **Surdan, C. y cols.:** The rumenian contribution to the study of latent human infection due to rickettsiae and pararickettsiae (cardiovascular diseases; vascular dermatoses; ophthalmopathies; some pathological aspects of pregnancy). «Bull. Soc. Exot.», 671:737, 1968.
15. **Cadere, T. y Surdan, C.:** Les Rickettsioses vasculaires. «Phlébologie», 32:107, 1979.