

G. Iglesias Escalera, S. Anso Oliván,  
A. Elvira Par dilla, A. Camino Fernández,  
M.J. Bartolomé Albistegui y E. Sastre e Huerta  
Sección de Neonatología.  
Hospital General Yagüe. Burgos.

**Correspondencia:** Dr. E. Sastre.  
Sección Neonatal. Hospital General Yagüe.  
Avda. del Cid, s/n. 09005 Burgos.  
Correo electrónico: marl@correo.cop.es

## BIBLIOGRAFÍA

1. Red Book. Informe del Comité de Enfermedades Infecciosas. Academia Americana de Pediatría. Dr. Walter A. Orenstein. Centers for Diseases Control And Prevention, 24.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Medical Trends 1997; 170-172.
2. Martius J, Eschenbach DA. The role of bacterial vaginosis as a cause of amniotic fluid infection, chorioamnionitis and prematurity – a review. Arch Gynecol Obstet 1990; 247: 1-13.
3. Jousimies-Somer H, Summanen P, Finegold S. Bacteroides, Porphyromonas, Prevotella, Fusobacterium and other anaerobic Gram-negative Bacteria. In Manual of Clinical Microbiology, 6.<sup>a</sup> ed. Washington: ASM Press, 1995; 603-620.
4. Kirby BD, George WL, Sutter VL, Citron DM, Finegold SM. Gram-negative anaerobic bacilli: Their role in infection and patterns of susceptibility to antimicrobial agents. I. little-known Bacteroides Species. Rev Infect Dis 1980; 2: 914-951.
5. Yohannan MD, Vijayakumar E, Remo C, Al Mofada S. Congenital pneumonia and early neonatal septicemia due to bacteroides fragilis. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1992; 11: 472-473.
6. Brook I. Bacteremia due to anaerobic bacteria in newborns. J Perinatol 1990; 10: 351-356.
7. Noel GJ, Laifer DA, Edelson PJ. Anaerobic bacteremia in a neonatal intensive care unit: An eighteen year experience. Ped Infect Dis J 1988; 7: 858-862.
8. Berenguer J, Cuadros JA, Betriu C, Muñoz P, Moreno JJ. Bacteriemia por bacteroides. Análisis de 50 casos. Enferm Infect Microbiol Clin 1989; 7: 307-311.
9. Unhanand M, Mustafa MM, McCracken GH, Nelson JD. Gram-negative enteric bacillary meningitis: A twenty-one year experience. J Pediatr 1993; 122: 15-21.
10. Gudiol F, Manresa F, Pallares R, Dorca J, Rufi G, Boada J et al. Clindamycin vs penicillin for anaerobic lung infections. High rate of penicillin failures associated with penicillin-resistant Bacteroides melaninogenicus. Arch Intern Med 1990; 150: 2525-2529.

## Osteomielitis por *Moraxella catarrhalis* en un lactante

(An Esp Pediatr 2002; 56: 190-191)

Sr. Editor:

*Moraxella catarrhalis* es un diplococo gramnegativo, causante de otitis media y sinusitis en niños y de infecciones respiratorias bajas en adultos, por lo general con enfermedad subyacen-

te. Además se ha implicado en diversas infecciones invasivas como meningitis, endocarditis, bacteriemia, artritis, epiglotitis, celulitis, peritonitis y pericarditis<sup>1</sup>. Sin embargo, no hemos encontrado en la bibliografía ningún caso de osteomielitis en niños, aunque sí un caso de osteomielitis vertebral por *M. catarrhalis* en un adulto<sup>2</sup>. Por ello, se presenta el caso de un lactante con artritis y osteomielitis de tobillo.

Se trataba de un lactante de 11 meses de raza negra hospitalizado por presentar tumefacción de tobillo derecho, con impotencia funcional de 7 días de evolución, sin fiebre. Tenía un dudoso antecedente traumático. Era un niño sano, residente en nuestro país de forma permanente, asistente a una guardería y que 3 meses antes había presentado una gastroenteritis por *Campylobacter* sp. Presentaba buen estado general, sin signos sépticos y con temperatura de 36,5 °C. El tobillo izquierdo aparecía tumefacto y ligeramente caliente. El tímpano derecho se encontraba discretamente eritematoso. El resto de la exploración física fue normal.

Tenía un hemograma con hemoglobina 11,8 g/dl, hematócrito 35%, velocidad corpuscular media (VCM) 78, 10.750 leucocitos/ $\mu$ l (27% neutrófilos; 58% linfocitos; 6,4% monocitos; 5% eosinófilos) y velocidad de sedimentación globular (VSG) 47 mm/h. Proteína C reactiva (PCR) 22,3 mg/l. La bioquímica, los iones y las inmunoglobulinas A, G y M fueron normales. Se realizó una punción aspiración del tobillo afectado, donde se obtuvieron 2 ml de líquido articular de aspecto turbio que contenía un recuento de 30.000 leucocitos/ $\mu$ l, glucosa, 57 mg/dl y proteínas, 5,1 mg/dl. La tinción de Gram no reveló bacterias y el cultivo del líquido articular fue negativo.

Con la sospecha de artritis traumática o reactiva se inició tratamiento con ibuprofeno con discreta mejoría tanto del dolor como de la tumefacción, permaneciendo el paciente afebril. Al cuarto día del ingreso se aisló *M. catarrhalis* en el hemocultivo por lo que se inició tratamiento con amoxicilina-clavulánico por vía intravenosa y se repitió en dos ocasiones la punción evacuadora. Al séptimo día del ingreso se realizó una resonancia magnética (RM) de tobillo en la que se observó osteomielitis subaguda distal de tibia derecha con afectación metafisaria, epifisaria y de articulación tibioperoneoastragalina. El tratamiento antibiótico fue sustituido por cefotaxima y cloxacilina intravenosa durante 4 semanas. El tratamiento antibiótico se mantuvo 4 semanas más con amoxicilina-clavulánico. El paciente permaneció afebril y la evolución clínica fue favorable con desaparición total de la sintomatología y evolución radiológica satisfactoria.

Actualmente *M. catarrhalis* es aceptada como un patógeno común del tracto respiratorio. Existe una importante asociación entre la edad y la colonización del tracto respiratorio superior, encontrándose con frecuencia en niños menores de 48 meses con otitis media, neumonía, bronquitis, traqueítis, laringitis, sinusitis y tos persistente<sup>3</sup>. En Estados Unidos y Europa *M. catarrhalis* aparece como el tercer microorganismo más frecuente en la enfermedad de vías respiratorias tras *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*<sup>1</sup>. Sin embargo, *M. catarrhalis* es un agente causal raro en las infecciones respiratorias en España, donde supone el 4% de los aislamientos en la población general<sup>4</sup>, y menos del 1% de aislamientos en niños con otitis media y con otras enfermedades respiratorias<sup>3,5</sup>.

*M. catarrhalis* se ha implicado en un número de infecciones invasoras, como bacteriemias tanto en adultos como en niños<sup>6,7</sup>, en la mayoría de los casos con proceso subyacente. Sin embargo, hasta el 28% de los casos aparecen en sujetos sanos, inmunocompetentes, sin enfermedad predisponente<sup>3</sup>, refiriéndose el 25% de los casos a niños menores de 2 años de edad, lo cual sugiere que *M. catarrhalis* se está convirtiendo en una causa importante de bacteriemia en niños sanos.

*M. catarrhalis* es un agente causal, relativamente infrecuente, de artritis séptica, aunque bien documentado en la bibliografía<sup>8,9</sup>. *M. catarrhalis* habitualmente crece en el cultivo del líquido articular, pero a veces solamente es posible obtener un hemocultivo positivo. Esto ocurre también en otros tipos de artritis como la gonocócica. Así, Melendez y Johnson<sup>9</sup> presentan un caso de un adulto con artritis séptica por *M. catarrhalis*, con cultivo de líquido articular negativo, pero con hemocultivo positivo. Nuestro paciente desarrolló una osteomielitis de curso subagudo; esta evolución se ha descrito en infecciones óseas y articulares producidas por *Kingella kingae*<sup>10</sup>, una especie de la familia de las *Neisseria*, al igual que *M. catarrhalis*. En esta revisión, la mayoría de los casos de infección osteoarticular ocurren en niños menores de 4 años, el dolor y la inflamación se desarrollan de forma insidiosa y, como en este paciente, no presentan fiebre. Pensamos que *M. catarrhalis* probablemente pueda ser añadida a la lista de potenciales agentes causales de osteomielitis en la infancia, y como tal debe ser tenida en cuenta, aunque ocurra de forma poco frecuente.

F. Verjano Sánchez, C. Calvo Rey  
y V. Nebreda Pérez

Servicio de Pediatría. Hospital Severo Ochoa. Madrid.

**Correspondencia:** Dra. C. Calvo Rey.  
Viento, 5, 5º A. 28760 Tres Cantos. Madrid.  
Correo electrónico: ccalvo@mi.madridtel.es

## BIBLIOGRAFÍA

1. Enright MC, McEnzie H. *Moraxella (Branhamella) catarrhalis*: clinical and molecular aspects of a rediscovered pathogen. *J Med Microbiol* 1997; 46: 360-371.
2. Prallet B, Lucht F, Alexandre C. Vertebral osteomyelitis due to *Branhamella catarrhalis*. *Rev Infect Dis* 1991; 13: 769.
3. Moreno Galdó A, Ferrer Marcelles A, Aizpurua Galdeano P, Navarro Aguirre M, Fernandez Perez F, Iglesias Berengue J. *Branhamella catarrhalis*: estudio de su patogenidad respiratoria en la edad pediátrica. *An Esp Pediatr* 1990; 33: 135-139.
4. García de Lomas J y Grupo Español de Vigilancia de Patógenos Respiratorios. Situación epidemiológica actual y resistencia de los patógenos respiratorios en España. *Med Clin (Barc)* 1998; 110 (Supl 1): 44-51.
5. Del Castillo F, Garcia-Perea A, Baquero-Artigao F. Bacteriology of acute otitis media in Spain: A prospective study based on tympanocentesis. *Pediatr Infect Dis J* 1996; 15: 541-543.
6. Ioannidis JPA, Worthington M, Griffiths JK, Snyderman DR. Spectrum and significance of bacteremia due to *Moraxella catarrhalis*. *Clin Infect Dis* 1995; 21: 390-397.
7. Bonadio WA. *Branhamella catarrhalis* bacteremia in children. *Ped Infect Dis J* 1988; 7: 738-739.
8. Izraeli S, Flasterstein B, Shamir R, Rachmel A, Nitzan M. *Branhamella catarrhalis* as a cause of suppurative arthritis. *Ped Infect Dis J* 1989; 8: 256-257.
9. Melendez PR, Johnson RH. Bacteremia and septic arthritis caused by *Moraxella catarrhalis*. *Rev Infect Dis* 1991; 13: 428-429.
10. DeGroot R, Glover D, Clausen C, Smith AL, Wilson CB. Bone and joint infections caused by *Kingella kingae*: Six cases and review of the literature. *Rev Infect Dis* 1988; 10: 998-1004.

## Bacteriemia oculta por *Kingella kingae*

(*An Esp Pediatr* 2002; 56: 191-192)

Sr. Editor:

*Kingella kingae*, de la familia *Neisseriaceae*, es un cocobacilo gramnegativo considerado excepcionalmente como agente patógeno que parece estar emergiendo como causa de patología infecciosa invasiva en la edad pediátrica<sup>1-4</sup>. Aunque la especie *Kingella* forma parte de la flora de vía respiratoria alta<sup>5</sup>, *K. kingae* se ha identificado como agente causal de infecciones invasivas como infección osteoarticular, bacteriemia oculta, endocarditis, infecciones de vías respiratorias bajas, oculares o del sistema nervioso central<sup>1</sup>.

Habitualmente las formas de bacteriemia oculta por *K. kingae* se asocian a afectación endocárdica y se han publicado pocos casos de bacteriemia oculta sin focalidad por este germen<sup>1,2</sup>. Se describe un caso de bacteriemia oculta en una lactante de 10 meses de edad sin afectación endocárdica y tratada satisfactoriamente con amoxicilina oral.

Lactante de 10 meses de edad, previamente sano, que acudió a nuestro hospital por un cuadro de fiebre (temperatura axilar, 39 °C) sin foco de pocas horas de evolución. En la exploración sólo destacaba discreta hiperemia de la mucosa oral que no parecía justificar el proceso febril por lo que se procedió a realizar exploraciones complementarias según protocolo de síndrome febril sin foco en menores de 24 meses. Se realizó hemograma y fórmula: 19.000 leucocitos/ $\mu$ l con 80% de neutrófilos, y se recogieron hemocultivo y frotis faríngeo. A pesar de la discreta hiperemia faríngea se decidió administrar tratamiento con amoxicilina oral ante la sospecha de faringoamigdalitis. El frotis faríngeo fue negativo y el hemocultivo fue positivo a *K. kingae* sensible a penicilina, macrólidos, cefalosporinas y aminoglicósidos. *K. kingae* creció en medio agar-chocolate y agar-sangre. La identificación se hizo basándose en la tinción de Gram, betahemólisis, reacción oxidasa positiva, reacción catalasa negativa (a diferencia de las especies *Neisseria*), nitrato reductor y fermentación de glucosa y maltosa. El paciente acudió a control a las 24 h de la consulta, recogiéndose nuevamente un hemocultivo que fue negativo y practicándose ecocardiografía en la que no se observaron imágenes indicativas de endocarditis. Asimismo se descartó clínicamente la presencia de afectación articular y no se constataron factores predisponentes de interés.

El lactante presentó en todo momento buen aspecto general quedando afebril dentro de las primeras 24 h y continuó tratamiento oral con amoxicilina hasta completar 10 días.

Durante más de 3 décadas *K. kingae* se ha considerado un organismo que raramente causa infección, pero en los últimos años cada vez son más frecuentes los casos publicados de infección por este germen. Las formas clínicas más frecuentemente descritas son la bacteriemia oculta, las infecciones osteoarticulares y la endocarditis, aunque también puede provocar infecciones de vías respiratorias bajas, oculares y del sistema nervioso central<sup>1</sup>. La forma clínica de presentación en nuestro caso fue el de una bacteriemia oculta sin focalidad endocárdica o esquelética, focalidades de obligado despistaje.

Los pacientes con esta infección no suelen presentar una enfermedad de base y la edad de máxima incidencia es por deba-