

*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

- Enright MC, McEnzie H. *Moraxella (Branhamella) catarrhalis*: clinical and molecular aspects of a rediscovered pathogen. *J Med Microbiol* 1997; 46: 360-371.
- Prallet B, Lucht F, Alexandre C. Vertebral osteomyelitis due to *Branhamella catarrhalis*. *Rev Infect Dis* 1991; 13: 769.
- 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.
- 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.
- 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.
- Ioannidis JPA, Worthington M, Griffiths JK, Snyderman DR. Spectrum and significance of bacteremia due to *Moraxella catarrhalis*. *Clin Infect Dis* 1995; 21: 390-397.
- Bonadio WA. *Branhamella catarrhalis* bacteremia in children. *Ped Infect Dis J* 1988; 7: 738-739.
- 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.
- Melendez PR, Johnson RH. Bacteremia and septic arthritis caused by *Moraxella catarrhalis*. *Rev Infect Dis* 1991; 13: 428-429.
- 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 Infec 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-

jo de los 2 años de edad. Así, el 45% de los casos se dan en niños menores de 1 año y el otro 45% en niños de 1 a 2 años de edad.

La bacteriemia por *K. kingae* sin endocarditis u otra focalidad no es una forma frecuente de presentación de la infección invasiva por *Kingella* y hasta 1994 Yagupsky no publicó la primera serie importante de niños con bacteriemia oculta sin endocarditis o infección esquelética<sup>2</sup>. Por ello siempre es necesario descartar el foco endocárdico u osteoarticular en los niños con hemocultivo positivo a *K. kingae*. Los casos de bacteriemia oculta por *K. kingae* sin focalidad suelen presentarse en niños menores de 12 meses y ello puede ser debido a la mayor frecuencia de hemocultivos realizados en los pacientes menores de 12 meses con síndrome febril sin foco o por la levedad de los casos de esta infección en niños mayores<sup>3</sup>. Es importante resaltar que hasta ahora se han descrito muy pocos casos de bacteriemia oculta por *K. kingae* en mayores de 12 meses de edad y uno de ellos se ha publicado en nuestro país recientemente<sup>3,4</sup>. Nuestro caso tenía 10 meses de edad, una edad de presentación típica para la bacteriemia oculta por este germen.

Estudios recientes han demostrado que *K. kingae* forma parte de la flora orofaríngea habitual<sup>5</sup> y que una erosión de la mucosa orofaríngea podría ser la puerta de entrada a la circulación sanguínea. Así, en algunos pacientes afectados se ha podido observar estomatitis, una falta de higiene oral, faringitis o úlceras orales<sup>1</sup> y en el momento de la consulta se recogen datos de infección respiratoria de vías altas y estomatitis en la mayoría de los casos<sup>6</sup>. Nuestro paciente presentaba una ligera hiperemia de la mucosa oral y este dato clínico sugiere este mecanismo de bacteriemia. Por otro lado, se ha observado un predominio estacional en los meses de invierno, lo que sugiere el papel de las infecciones virales como facilitador de la enfermedad invasiva<sup>7,8</sup>.

Excepto en algunos casos de endocarditis, la infección invasiva por *K. kingae* suele evolucionar de forma benigna y se resuelve de forma completa con tratamiento antibiótico oral<sup>1</sup>. En nuestro caso el paciente estaba afebril a las 24 h y curó sin complicaciones con tratamiento oral con amoxicilina, uno de los muchos antibióticos al que es sensible este germen<sup>1,9</sup>.

Por último el hecho de identificarse un aumento de las infecciones por *K. kingae* no significa, necesariamente, que este microorganismo sea más patógeno, sino que probablemente la mejora en las técnicas de aislamiento y la sensibilización de los laboratorios de microbiología permite mayor número de identificaciones<sup>7,8</sup>. A pesar de ello pensamos que es importante tener presente este microorganismo como posible patógeno de bacteriemia oculta en niños pequeños.

V. Pineda Solas<sup>a</sup>, L. Valdesoir o Navarr ete<sup>a</sup>,  
D. Fontanals A ymerich<sup>b</sup>, C. Llimiñana Or das<sup>b</sup>,  
J. Antón López<sup>a</sup> y M.R. Cabezas MasPOCH<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Pediatría. Hospital de Sabadell.

<sup>b</sup>Servicio de Microbiología. UDIAT.  
Corporació Sanitària Parc Taulí.

**Correspondencia:** Dr. V. Pineda Solas.  
Servicio de Pediatría. Hospital de Sabadell.  
Corporació Sanitària Parc Taulí.  
Parc Taulí, s/n. Sabadell.  
Correo electrónico: vpineda@cspt.es

## BIBLIOGRAFÍA

1. Yagupsky P, Dagan R. *Kingella kingae*: An emergencing cause of invasive infections in young children. *Clin Infect Dis* 1997; 24: 860-866.
2. Yagupsky P, Dagan R. *Kingella kingae* occult bacteriemia in children. *Pediatr Infect Dis* 1994; 13: 1148-1149.
3. Krause I, Nimri R. *Kingella kingae* occult bacteriemia in a toddler. *Pediatr Infect Dis* 1996; 15: 557-558.
4. Ruiz E, Perez A, Asensi F, Otero MC, Santos M. *Kingella kingae* in 10 year old girl. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2000; 18: 363-364.
5. Yagupsky P, Dagan R, Prajgrod F, Merires M. Respiratory carriage of *Kingella kingae* among healthy children. *Pediatr Infect Dis J* 1995; 14: 673-678.
6. Amir J, Tikva P. Invasive *Kingella kingae* infection associated with stomatitis in children. *Pediatr Infect Dis J* 1998; 17: 757-758.
7. Yagupsky P, Dagan R. Population-based study of invasive *Kingella kingae* infections. *Emerg Infect Dis* 2000; 6: 85-87.
8. Moylett E, Rossmans S, Epps H, Demmler G. Importance of *Kingella kingae* as a paediatric pathogen in the United States. *Pediatr Infect Dis J* 2000; 19: 263-265.
9. Sarda H, Ghazali D, Thibault M, Leturdu F, Adams C, Le Loc'h H. Infection multifocale invasive à *Kingella kingae*. *Arch Pédiatr* 1998; 5: 159-162.

## Artritis reactiva tras infección reciente por estreptococo betahemolítico del grupo A y *Salmonella* del grupo B

(*An Esp Pediatr* 2001; 56: 192-193)

Sr. Editor:

En el trabajo de ANALES ESPAÑOLES DE PEDIATRÍA (2001; 54: 510-512) titulado "Artritis reactiva tras infección reciente por estreptococo betahemolítico del grupo A y *Salmonella* del grupo B", de los Dres. Gómez Carrasco y Carrasco Torres et al, hacen referencia en su cita bibliográfica n.º 7 a nuestro resumen presentado en el II Congreso de Reumatología Pediátrica de Valladolid 1999 de un caso de artritis reactiva tras infección estreptocócica y por *Salmonella* muy parecido al suyo; por ello pasamos a ampliar el comentario. Se trataba de un niño de 8 años con tumefacción de tobillo derecho de 7 días de evolución, con reactantes de fase aguda elevados (VSG, 99 mm; PCR, 15 mg/l; ASLOS, 756 U/l) tras una gastroenteritis aguda 3 semanas antes; se sospechó se tratase de una celulitis y fue tratado con antibióticos de amplio espectro; los hemocultivos fueron negativos. Posteriormente se afectaron los 2 tobillos, las interfalángicas de las manos y presentó una entesitis en la región plantar de ambos pies; el perfil reumatológico mostró una VSG de 112 mm; una PCR de 66 mg/l; ASLOS de 900 U/l con ANA y FR negativos; el HLA-B27 fue positivo; los coprocultivos identificaron *Salmonella enteritidis* y las seroaglutinaciones fueron positivas a *Salmonella*.