

Artritis séptica por *Kingella kingae*: dificultades diagnósticas

Sr. Editor:

En los últimos 10 años, *K. kingae* se ha convertido en uno de los agentes etiológicos que debe tenerse en cuenta en las artritis sépticas infantiles. Sin embargo, toda la información que poseemos acerca de este microorganismo procede de las publicaciones de casos clínicos. La ausencia de bibliografía, nos ha llevado a la comunicación de los 2 casos que hemos tenido en nuestro hospital en el pasado año.

Caso 1. Niña de 30 meses que consultó por cojera y dolor de extremidad inferior izquierda, de 17 h de evolución, que refería febrícula en los 3 días previos a la consulta. A la exploración, destacaba febrícula (37,5 °C), aftas bucofaringeas, y rodilla izquierda en flexión con signos inflamatorios. No se detectaron alteraciones radiológicas significativas, pero ante la presencia de signos de derrame articular se realizó una artrocentesis, obteniendo 8 ml de líquido purulento, en el que se aisló *K. kingae*. Confirmada la artritis séptica y hasta recibir el resultado de los cultivos, se trató a la niña de forma empírica con cefotaxima y cloxacilina por vía intravenosa durante 1 semana, continuando con cefuroxima oral, hasta completar 3 semanas de tratamiento. La evolución fue favorable y sin secuelas.

Caso 2. Niño de 24 meses de edad que consultó por cojera y dolor de extremidad inferior derecha de 12 h de evolución, concomitante a una infección respiratoria superior y febrícula de 5 días de evolución. A la exploración presentaba fiebre moderada (38,3 °C) y una actitud en flexo y rotación externa de la extremidad inferior derecha, con dolor a la manipulación y sin signos inflamatorios locales. Posteriormente, se confirmó la presencia de derrame articular en la cadera derecha, mediante un discreto aumento del espacio articular en la radiografía y del líquido intraarticular en la ecografía. En el hemocultivo se aisló *K. kingae*. Ante los hallazgos clínicos y tratándose de una artritis muy incipiente no se realizó artrocentesis, pautándose antibiotioterapia intravenosa con cefotaxima y ampicilina durante 1 semana y continuando después con cefuroxima oral 2 semanas más, con buena evolución y sin secuelas.

En la tabla 1 se resumen los resultados de las pruebas analíticas realizadas a los 2 pacientes.

K. kingae es un microorganismo gramnegativo, perteneciente a la flora nasofaríngea¹ y con especial afinidad por el sistema osteoarticular en niños². En los últimos años parece estar emergiendo con mayor frecuencia³⁻⁶.

Se postula que este microorganismo logra pasar al torrente sanguíneo atravesando las barreras mucosas, cuando su integridad se debilita (tal es el caso de las infecciones del tracto respiratorio superior o las estomatitis), multiplicándose después ayudado por la inmunosupresión transitoria que originan las infecciones sistémicas virales. Esto explica que sean los niños menores de 5 años los principales afectados^{2,7}. En el caso de nuestros 2 pacientes, suponemos que en el primero las aftas bucales actuaron como puerta de entrada, y en el segundo fue el cuadro catarral el responsable de la debilidad de la mucosa nasofaríngea.

Aunque la presentación clínica de los 2 casos fue bastante sospechosa de artritis, *K. kingae* suele ocasionar artritis que, salvo por su localización (rodilla y cadera, son las más afectadas)⁴, distan bastante de las ocasionadas por los microorganismos

TABLA 1. Resumen de las pruebas analíticas realizadas a los dos pacientes

Analítica	Caso 1	Caso 2
Leucocitos en sangre	22.300/ μ l	10.000/ μ l
Proteína C reactiva	1,3 mg/dl	2,8 mg/dl
ANA, ASTO, FR	Negativos	Negativos
Hemocultivo	Negativo	<i>Kingella kingae</i>
Cultivo de líquido sinovial	<i>K. kingae</i>	No realizado

ANA: anticuerpos antinucleares; ASTO: anticuerpos antiestrepolisinas; FR: factor reumatoide.

habituales. Cursan de forma insidiosa, con fiebre moderada, y con una discreta alteración de los parámetros analíticos (recuentos leucocitarios menores de 15.000/ μ l y velocidad de sedimentación globular < 30 mm/h)³.

La complejidad del aislamiento radica en su crecimiento lento y exigente. Además, la rareza del mismo hace que a menudo pueda ser confundido con otros microorganismos que carecen de significación clínica⁴. Estos problemas se minimizan realizando una manipulación cuidadosa de la muestra y utilizando medios de hemocultivo⁵. Las técnicas de PCR son útiles para detectar el microorganismo en el líquido sinovial, incluso cuando los cultivos son negativos⁸.

En cuanto al tratamiento, se ha comprobado que habitualmente *K. kingae* no produce betalactamasas, y por tanto responde bien a los antibióticos usados de forma empírica, así como a eritromicina, gentamicina y cloranfenicol⁹.

En nuestro hospital se ha observado que ha aumentado mucho la incidencia de artritis sépticas con síntomas insidiosos y cultivos negativos¹⁰. Por eso, nos planteamos si *K. kingae* podría ser la causante de estos cambios o si, por el contrario, se deben a la cada vez más precoz demanda de atención sanitaria e instauración de antibioterapias que se están produciendo en la pediatría hospitalaria, y que abortan la tradicional presentación de estos cuadros. Para averiguarlo, tendremos que ser más tenaces en la búsqueda de este microorganismo y perfeccionar las técnicas de aislamiento de éste.

**B. Solís Gómez, F. Gallinas Victoriano,
E. Bernaola Iturbe, V. Baranda Areta,
S. García Mata y L. Torroba Álvarez**

Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino.
Pamplona. España.

Correspondencia: Dr. E. Bernaola Iturbe.
Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino.
Irunlarrea, 4. 31008 Pamplona. España.
Correo electrónico: bernaola@cfnavarra.es

BIBLIOGRAFÍA

- Yagupsky P, Dagan R, Prajgrod F, Merires M. Respiratory carriage of *Kingella kingae* among healthy children. *Pediatr Infect Dis J* 1995;14:673-8.
- Amir J, Yagupsky P. Invasive *Kingella kingae* infection associated with stomatitis in children. *Pediatr Infect Dis J* 1998;17:757-8.
- Yagupsky P, Bar-Ziv Y, Howard CB, Dagan R. Epidemiology, etiology, and clinical features septic arthritis in children young-

- ger than 24 months. Arch Pediatr Adolesc Med 1995;149:537-40.
4. Pons Odena M, González Pascual E, Ros Viladoms J, Gené Giralt A, May Llanas E, Huguet Carol R. Infección osteoarticular por *Kingella kingae*: A propósito de 2 casos. An Esp Pediatr 1999; 50:491-4.
 5. Yagupsky P. Use of blood culture systems for isolation of *Kingella kingae* from synovial fluid. J Clin Microbiol 1999;37:3785.
 6. Yagupsky P, Dagan R, Howard CB, Einhorn M, Kassis I, Simy A. Clinical fetures and epidemiology of invasive *Kingella kingae* infections in southern Israel. Pediatrics 1993;92:800-4.
 7. Vega Castaño MC, López-Campos Bodineau M, Hidalgo Figueroa C, Romero Cachaza J, Alejo García-Mauricio A, González Hachero J. Artritis séptica por nuevo patógeno: *Kingella kingae*. An Pediatr 2003;58(Supl 3):102.
 8. Mounile K, Merckx J, Glorian C, Berche P, Ferroni A. Osteoarticular infections caused by *Kingella kingae* in children: contribution of polymerase chain reaction to the microbiologic diagnosis. Pediatr Infect Dis J 2003;22:837-9.
 9. Yagupsky P, Katz O, Peled N. Antibiotic susceptibility of *Kingella kingae* isolates from respiratory carriers and patients with invasive infections. J Antimicrob Chemother 2001;47:191-3.
 10. Solís Gómez B, Gallinas Victoriano F, Herranz Aguirre M, Baranda Areta V, García Mata S, Viguria Sánchez N, et al. Artritis séptica. Revisión de los últimos 6 años: ¿"cluster" en el 2002? An Pediatr (Barc) 2003;58(Supl 3):107.