



## CARTAS AL EDITOR

### Endocarditis por *Kingella kingae*

#### *Kingella kingae* endocarditis

Sr. Editor:

*Kingella kingae* (*K. kingae*) es un cocobacilo gramnegativo que pertenece al grupo HACEK (*Haemophilus* spp., *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Cardiobacterium hominis*, *Eikenella corrodens*, *Kingella kingae*). En niños pequeños provoca osteomielitis, artritis sépticas y bacteriemias que cursan de manera benigna, y en niños mayores y adultos puede originar endocarditis, con importante morbimortalidad. Los factores de riesgo para el desarrollo de endocarditis son cardiopatías congénitas previas, enfermedad valvular reumática y prótesis valvulares, aunque también puede establecerse sobre válvulas nativas de corazones sanos. La endocarditis por microorganismos del grupo HACEK es poco frecuente, pero presenta un alto porcentaje de complicaciones, por lo que es importante un diagnóstico y tratamiento precoces. La literatura recoge menos de 20 casos de endocarditis por *K. kingae* en niños.

Se presenta un niño de 1 año y 4 meses, varón, con fiebre alta de 8 h de evolución y dos vómitos. Tiene mucosidad en el cavum y exantema maculoeritematoso de predominio en el tronco. El resto de la exploración es normal. Análisis sanguínea: 22.000 leucocitos/ $\mu$ l (69% neutrófilos), proteína C reactiva 15,5 mg/dl y velocidad de sedimentación glomerular VSG 33 mm/h. El resto es anodino. Líquido cefalorraquídeo: 65 leucocitos (85% neutrófilos), glucorraquia y proteinorraquia, normales. Se inicia tratamiento con cefotaxima.

A las 24 h presenta crisis de hipertensión y desviación de la mirada, que cede con diazepam rectal. Ante la sospecha de componente encefalítico se añade aciclovir. El electroencefalograma, la tomografía computarizada y la RM son normales. En el hemocultivo está creciendo un cocobacilo G (-).

A los 4 días del inicio de la fiebre, se ausculta un soplo sistólico rudo de intensidad III/VI en el foco mitral. En el ecocardiograma se observa regurgitación moderada-severa de la válvula mitral. No se aprecian verrugas ni trombos. Ante la sospecha de endocarditis bacteriana, se añade gentamicina. Finalmente, en el hemocultivo crece *K. kingae*.

La insuficiencia mitral se trata con vasodilatadores (enalapril) y diuréticos (furosemida). El niño permanece

hemodinámicamente estable. Los estudios ecocardiográficos seriados demuestran estabilización de la insuficiencia mitral. Se realiza RM que objetiva la insuficiencia mitral de grado moderado, con morfología y función conservadas en ambos ventrículos. Se suprime el diurético y se deja el vasodilatador de forma continuada.

La fiebre cede 4 días más tarde. Se mantiene la cefotaxima durante 4 semanas y la gentamicina asociada las tres primeras.

Al alta, el niño no presenta secuelas neurológicas. Persiste la insuficiencia mitral moderada en tratamiento con enalapril y sigue controles en consulta de cardiología.

*K. kingae* forma parte de la flora habitual de la mucosa orofaríngea de los niños<sup>1,2</sup>. Sin embargo, a pesar de la alta tasa de portadores sanos, son pocos los casos de infecciones invasoras.

La mayoría de los niños con infecciones por *K. kingae* presentan, además, una enfermedad intercurrente respiratoria o gastrointestinal. Éstas podrían favorecer el paso de *K. kingae* de las mucosas al torrente sanguíneo<sup>3</sup>. Nuestro paciente presentaba mucosidad en cavum con un exantema maculoeritematoso inespecífico, propios de infecciones virásicas respiratorias.

El aislamiento de *K. kingae* (y del resto del grupo HACEK) en el laboratorio se produce sólo en medios de cultivo enriquecidos y, además, puede ser erróneamente identificado como contaminante de la muestra. En nuestro caso, se identificó *K. kingae* en el hemocultivo inoculado en un sistema Bac-Tec.

El grupo HACEK, al cual pertenece *K. kingae*, es responsable del 10% de los casos de endocarditis bacteriana<sup>4</sup>. El 75% de las endocarditis por *K. kingae* asientan sobre corazones con malformaciones estructurales previas. El primer caso de endocarditis por *K. kingae* fue descrito en 1964 en un niño de 4 años con comunicación interventricular<sup>5</sup>.

La endocarditis por *K. kingae* presenta complicaciones en el 50% de los casos, tales como embolismos, accidentes vasculares cerebrales<sup>4,6</sup>, meningitis<sup>7</sup>, insuficiencia cardíaca congestiva<sup>8</sup> y shock cardiogénico<sup>9</sup>. Evoluciona al fallecimiento en el 16% de los casos<sup>8</sup>. Nuestro paciente presentó una dehiscencia valvular con una insuficiencia mitral moderada-severa, con congestión venosa pulmonar. Se controló con tratamiento médico, sin llegar a producir descompensación hemodinámica, y persistió una insuficiencia mitral moderada, que requirió tratamiento vasodilatador continuado.

En la literatura pediátrica hay descritos 2 casos de endocarditis por *K. kingae* y con afectación neurológica como síntoma inicial<sup>4,6</sup>. Nuestro caso presentó una crisis convulsiva que probablemente se debió a siembra de microémbolos a nivel cerebral. El estudio de imagen no detectó ninguna lesión residual.

La endocarditis por *K. kingae* suele responder rápidamente al tratamiento antibiótico, que se debe administrar entre 2 y 7 semanas. La *K. kingae* es sensible a penicilina pero resistente a vancomicina, clindamicina, eritromicina, trimetopim-sulfametoxazol, ciprofloxacino<sup>10</sup> y recientemente a gentamicina<sup>3</sup>. El caso descrito era sensible a ampicilina y cefotaxima.

## Bibliografía

1. Kiang KM, Ogunmodede F, Juni BA, Boxrud DJ, Glennen A, Bartkus JM, et al. Outbreak of osteomyelitis/septic arthritis caused by *Kingella kingae* among child care center attendees. *Pediatrics*. 2005;116:206–13.
2. Yagupsky P, Erlich Y, Ariela S, Trefler R, Porat N. Outbreak of *Kingella kingae* skeletal system infections in children in day-care. *Pediatr Infect Dis J*. 2006;25:526–32.
3. Dubnov-Raz G, Scheurman O, Chodick G, Finkelstein Y, Samra Z, Garty BZ. Invasive *Kingella kingae* infections in children: clinical and laboratory characteristics. *Pediatrics*. 2008;122:1305–9.
4. Wells L, Rutter N, Donald F. *Kingella kingae* endocarditis in a sixteen-month-old-child. *Pediatr Infect Dis J*. 2001;20:454–5.

5. Christensen CE, Emmanouilides GC. Brief recording: bacterial endocarditis due to «*Moraxella* new species 1». *N Engl J Med*. 1967;277:803–4.
6. Lee WL, Dooling EC. Acute *Kingella kingae* endocarditis with recurrent cerebral emboli in a child with mitral prolapse. *Ann Neurol*. 1984;16:88–9.
7. Sarda H, Chazali D, Thibault M, Leturdu F, Adams C, Le Loc'h H, et al. Multifocal invasive *Kingella kingae* infection. *Arch Pediatr*. 1998;5:159–62.
8. Odum L, Jensen KT, Slotsbjerg TD. Endocarditis due to *Kingella kingae*. *Eur J Clin Microbiol*. 1984;3:263–4.
9. Goutzmanis JJ, Gonis G, Gilbert GL. *Kingella kingae* infection: ten cases and a review of the literature. *Pediatr Infect Dis J*. 1991;10:677–83.
10. Yagupsky P. *Kingella kingae*: from medical rarity to an emerging paediatric pathogen. *Lancet Infect Dis*. 2004;4:358–67.

P. Martínez Olorón<sup>a,\*</sup>, C. Romero Ibarra<sup>a</sup>,  
L. Torroba Álvarez<sup>b</sup> y A. Pérez Ocón<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Cardiología Pediátrica, Hospital Virgen del Camino, Pamplona, España

<sup>b</sup> Servicio de Microbiología, Hospital Virgen del Camino, Pamplona, España

<sup>c</sup> Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Virgen del Camino, Pamplona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pmartino@cfnavarra.es  
(P. Martínez Olorón).

doi:10.1016/j.anpedi.2010.10.018

## Gangrena de Fournier. Evolución favorable con tratamiento médico

### Fournier's gangrene: a favourable outcome with medical treatment

Sr. Editor:

La gangrena de Fournier (GF) fue descrita por Jean Alfred Fournier en 1883. Es una fascitis necrotizante de etiología infecciosa, que afecta a piel, tejido celular subcutáneo y fascia subyacente, de inicio súbito y rápida diseminación. Predomina en el sexo masculino. Es una enfermedad rara; se presenta fundamentalmente a partir de la sexta década de la vida, con una incidencia estimada de 0,4 casos/100.000 habitantes o 1/7.500 ingresos urológicos, y es excepcional en la infancia. En la edad pediátrica se presenta con unas características bacteriológicas, patogénicas, clínicas, terapéuticas y pronósticas específicas, que la diferencian de la gangrena del adulto<sup>1</sup>.

Presentamos el caso de un niño de 15 meses, sin antecedentes de interés, que consulta por fiebre (39 °C) de 24 h de evolución y una lesión cutánea en la base del pene. Había sido visitado en el servicio de urgencias horas antes, detectándose una lesión ampullosa en el dorso del pene, pautándose tratamiento con cloxacilina oral.

El paciente se muestra con regular estado general, irritable y en la exploración física destaca celulitis de la zona

escrotal, perineal y lesión en el dorso del pene eritrodérmica, violácea, con fondo necrótico y friable, que produce compresión y edema balano-prepucial. También presenta lesiones ulceradas en la zona escrotal, perineal y nalga (fig. 1).

Exámenes complementarios: hemograma y proteína C reactiva: normal; hemocultivo: negativo; frotis de la herida: *S. aureus* sensible a meticilina.

Ante la sospecha clínica de GF, se inicia tratamiento con cefotaxima y cloxacilina iv. Se deriva a hospital de referencia



Figura 1 Gangrena del pene y lesiones ulceradas en escroto, periné y nalgas.