

## Afectación de columna cervical en artritis reumatoide. Estudio descriptivo de 110 pacientes en una consulta externa de reumatología

**Sr. Director:** La afectación de la columna cervical en artritis reumatoide (AR) es frecuente (15-88%), y puede variar desde formas asintomáticas con importantes cambios radiológicos hasta dolor severo, invalidez e incluso manifestaciones neurológicas graves y muerte por compresión medular<sup>1-3</sup>. Dreyers et al<sup>2</sup> describen la muerte de un 10% de los pacientes con AR, por compresión espinal o tronco de encéfalo no diagnosticados. Se realizó un estudio de corte observacional de afectación de columna cervical en pacientes con AR en nuestra consulta externa de reumatología. Se revisaron 110 historias clínicas de un registro total de 867 (12,68%), que constituían una base de datos de pacientes que habían ingresado en nuestra consulta de reumatología hasta mayo de 2001 y cuyo diagnóstico en el momento de nuestra revisión era de AR. En 94 casos se confirmó que cumplían los criterios de la ARA (1988) para esta enfermedad. Las 16 historias restantes en el momento de la revisión correspondían a artritis reactivas, artritis psoriásicas y formas oligoarticulares seronegativas. Se buscaron síntomas relatados por el paciente en las consultas y signos neurológicos descritos por el examinador en la exploración habitual, según anamnesis, que pudieran relacionarse con patología en columna cervical. Se anotó también el estudio realizado en cada caso, a criterios de dicho examinador (radiografía simple, dinámica, tomografía computarizada y resonancia magnética [RM]) y el tratamiento aplicado. No se siguió ningún método específico para la elección de las historias, y se comenzó por la primera de la base de datos.

De las 94 historias examinadas, 68 (72,3%) eran mujeres y 26 (27,7%) eran varones. La edad media era de 63,5 años (valor medio de 62,8 años para las mujeres y

**TABLA 1.**

Mujeres	68 (72,3%)
Varones	26 (27,7%)
Edad	63,5 (valor medio) 23 años (valor mínimo) 85 años (valor máximo)
Factor reumatoide	72 positivos (76,6%) 9 negativos (9,6%) 13 no consta (13,8%)
Tiempo evolución de enfermedad	8,8 años (valor medio) 1 año (valor mínimo) 37 años (valor máximo)

65,4 años para los varones). 72 (76,6%) tenían factor reumatoide positivo y tiempo medio de evolución de la enfermedad de 8,8 años (tabla 1). Número de DMARD (fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad) administrados varió de 1 a 8 (media de 2,1). 76 (80,9%) pacientes describieron síntomas neurológicos (cefaleas 24%, cervicalgia 74,5% y síndrome vertiginoso 18,1%) y 7 pacientes presentaban signos neurológicos (ataxia 6,4% y afectación de esfínteres 1,1%).

De todos los estudios radiológicos realizados, la radiografía simple en 48 (51,1%) pacientes, radiografía dinámica de cuello en 32 (34%) y RM en 5 (5,3%), hubo hallazgos patológicos en 38 pacientes; en 8 (8,5%) fueron compatibles con subluxación cervical. Se realizó RM en 5 (5,3%) de los 8 pacientes con imagen de subluxación, y se confirmó el diagnóstico en 2 (2,1%) (tabla 2).

Aunque se aplicó tratamiento al 100% de los pacientes, en la mayoría de los casos (7) es ortopédico, y 1 caso presentó intervención quirúrgica.

Existe una gran frecuencia de síntomas neurológicos en pacientes afectados de AR, que en un alto porcentaje corresponderán con patología banal como se presenta en nuestros resultados, pero que nos pueden orientar sobre una anomalía estructural seria, como subluxaciones cervicales, que podrían llegar a poner en peligro la vida de estos pacientes.

En nuestra revisión, un 80,9% de ellos relató este tipo de síntomas. Pacientes, que en muchos casos, cuentan

**TABLA 2. Estudio radiológico**

	Realizadas	Normal	Patología degenerativa	Subluxación
Radiografía	48 (51,1%)	16 (17%)	30 (31,9%)	2 (2,1%)
Radiografía dinámica	32 (34%)	25 (26,26%)	NC	6 (6,4%)
TC	0	0	0	0
RM	5 (5,3%)	3 (3,2%)	NC	2 (2,1%)

TC: tomografía computarizada; RM: resonancia magnética; NC: no consta en la historia. En 8 pacientes se hallaron imágenes de subluxación. Este estudio se extiende a RM en 5 pacientes, y se confirmó el diagnóstico.

con un dilatado estudio radiológico de otras localizaciones. En nuestra serie se llegó a diagnosticar de subluxación atlantoaxoidea sólo al 2,1%. No obstante, y teniendo en cuenta que el 50% de las inestabilidades cervicales halladas en un estudio radiológico simple rutinario son asintomáticas<sup>2</sup> y que la medición de la distancia atlanto-odontoidea posterior ( $n \leq 14$  mm) ha demostrado ser útil para predecir a los pacientes con riesgo neurológico<sup>2</sup>, junto con la buena relación coste/efectividad que representa una radiografía dinámica de cuello<sup>2</sup>, justificaría su realización en muchos casos, incluso de forma sistemática.

M.V. González<sup>a</sup> y M. Rodríguez-Pérez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

<sup>b</sup>Reumatología. Hospital Regional Carlos Haya. Málaga. España.

## Bibliografía

1. Fujiwara K, Fujimoto M, Owaki H, Kono J, Nakase T, Yenenabu K, et al. Cervical lesions related to the systemic progression in Rheumatoid Arthritis. *Spine*. 1998;23:2052-6.
2. Dreyer SJ, Boden SD. Natural history of Rheumatoid Arthritis of the cervical Spine. 1999;366:98-106.
3. O'Brien MF, Casey AT, Pringle J, Stevens JM. Histology of the cranio-cervical junction in chronic Rheumatoid Arthritis: A clinicopathologic analysis of 33 operative cases. *Spine*. 2002;27:2245-54.

## Artritis por *Kingella kingae*

**Sr. Director:** Desde la década de los noventa del pasado siglo, *Kingella kingae*, un cocobacilo aerobio, gramnegativo, presente en la flora normal de la mucosa orofaríngea, respiratoria y del tracto genitourinario, aparece como el germen causante de artritis infecciosa, osteomielitis, espondilodiscitis, bacteriemia y endocarditis, especialmente en niños. Se presenta el caso de un varón de 3 años de edad con una artritis de rodilla derecha de 15 días de evolución. En el líquido sinovial se aisló un cocobacilo de crecimiento lento que se identificó como *K. kingae*.

El paciente, un varón de 3 años de edad, sin antecedentes de interés presentó una infección respiratoria de vías altas, acompañado de fiebre de hasta 39 °C, 3 días antes del comienzo del cuadro articular. No existió antecedente traumático. En la exploración se evidenció derrame articular en la rodilla, acompañado de discreto aumento del calor local sin enrojecimiento, así como limitación de la flexión que alcanzaba 100°. El resto de la exploración física no mostró ninguna alteración. En la analítica destacaban: proteína C reactiva: 19,5 mg/l, factor reumatoide débilmente positivo (17 U/ml) y moderada anemia con hemoglobina de 11,1 g/dl; los valo-

res de plaquetas y leucocitos fueron normales. La velocidad de sedimentación globular en la primera hora era de 85 mm. La radiografía de rodilla evidenció un aumento de partes blandas sin otras alteraciones. Una artrocentesis mostró un líquido sinovial de características inflamatorias no purulento con 60.400 leucocitos. El estudio microbiológico del líquido sinovial realizado a partir de una muestra introducida en un frasco para hemocultivo puso de manifiesto el crecimiento de un cocobacilo gramnegativo de crecimiento lento que se identificó como *K. kingae* sensible a penicilina. No se realizaron hemocultivos. Se inició tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico por vía oral a dosis de 80 mg/kg/día (dosificación en mg de amoxicilina) repartidos en 3 dosis durante 21 días con resolución completa de los síntomas. Una analítica realizada 1 mes después de completar el tratamiento antibiótico mostró normalidad de los reactantes de fase aguda, corrección de la anemia y negativización del factor reumatoide.

*K. kingae*, un cocobacilo perteneciente a la familia de las Neisseriaceas que habitualmente se encuentra en el tracto respiratorio y genitourinario, es cada vez con más frecuencia el causante de bacteriemia, infecciones esqueléticas y endocarditis, especialmente en niños menores de 4 años<sup>1</sup>. La prevalencia de *K. kingae* en la faringe de niños sanos de entre 6 y 40 meses de edad alcanza el 10%, y es del 6% en niños de mayor edad y nula en menores de 4 meses<sup>1</sup>. La incidencia de la enfermedad aumenta en otoño e invierno y con frecuencia va precedida de una infección del tracto respiratorio superior que facilitaría la entrada del germen en el torrente sanguíneo. La presencia de estomatitis concomitante, especialmente gingivoestomatitis herpética, se ha señalado como favorecedora de la penetración del germen probablemente aprovechando el efecto inmunosupresor de la infección viral<sup>2</sup>. En las 2 últimas décadas, la vacunación sistemática frente a *Haemophilus influenzae* ha modificado el patrón de la infección ósea y articular en niños menores de 3 años, y en la actualidad *K. kingae* es el germen gramnegativo más frecuentemente implicado<sup>3</sup>. Si bien inicialmente gran parte de los casos se describieron en Israel, la distribución de la infección por *K. kingae* es universal<sup>4-6</sup>. La infección osteoarticular es la forma más frecuente de presentación (62,4%) seguida de la bacteriemia sin foco (32%). La artritis séptica comprende el 80% de los casos de infección osteoarticular seguida de la osteomielitis y la espondilodiscitis infecciosa y en menor frecuencia tenosinovitis, bursitis o dactilitis. La artritis suele ser monoarticular con predominio en articulaciones de carga. Por causas no explicadas, se ve con más frecuencia en varones. Los niños suelen presentar escasos datos de afectación sistémica si bien hasta el 84,2% presentan fiebre en el momento de la hospitalización. Los hallazgos del laboratorio muestran leucocitosis y velocidad de sedimentación y proteína C reactiva elevadas, si bien en ocasiones estos hallaz-