

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 facilitarían 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-

gos pueden estar ausentes o ser poco relevantes y, por lo tanto, conducir a error. Los recuentos celulares del líquido sinovial suelen ser  $< 50.000$  células/mm<sup>3</sup>. La radiografía simple no suele mostrar alteraciones, pero sí la gammagrafía ósea o la resonancia magnética<sup>1</sup>. El aislamiento del cocobacilo en los medios de cultivo sólidos puede ser difícil. Se ha sugerido que factores indeterminados del líquido sinovial ejercerían un efecto inhibitorio en el crecimiento del germen por lo que la dilución del líquido sinovial en frascos para hemocultivo puede facilitar el crecimiento contribuyendo a su identificación<sup>1,7</sup>. En ocasiones la técnica de la reacción en cadena de la polimerasa es el único procedimiento capaz de establecer un diagnóstico certero<sup>7</sup>. La mayoría de las cepas aisladas son sensibles a penicilina, cefalosporinas, gentamicina, tetraciclinas, ciprofloxacino y eritromicina, con un 38% de las bacterias resistentes a clindamicina<sup>8</sup>. El tratamiento inicial de la infección articular en niños requiere generalmente la utilización por vía intravenosa de cefalosporinas de segunda o tercera generación. Este tratamiento se modifica una vez conocido el resultado del antibiograma. La duración del tratamiento varía entre 17 días y 3 meses para la artritis y de 3 a 6 meses en el caso de osteomielitis. El drenaje quirúrgico se limita a los casos en los que se afecta la cadera o el hombro. El pronóstico de la infección articular es excelente con recuperación completa sin secuelas. No se ha descrito la evolución hacia osteomielitis crónica<sup>1</sup>. En los adultos la infección por *K. kingae* parece limitarse a pacientes inmunodeprimidos<sup>9</sup>. Se han descrito casos de endocarditis en pacientes con lupus eritematoso sistémico y artritis séptica en pacientes con artritis reumatoide<sup>1</sup>. Nuestro paciente presentó una monoartritis de rodilla derecha a los pocos días de un proceso catarral de las vías altas. La ausencia de fiebre y síntomas generales junto a la presencia de reactantes de fase aguda y positividad del factor reumatoide hizo sospechar una artritis juvenil de inicio monoarticular, diagnóstico que se vio favorecido por una mejoría transitoria experimentada

tras la artrocentesis. El cultivo del líquido reveló, a los 6 días de incubación, el crecimiento de un cocobacilo gramnegativo identificado como *K. kingae*. El tratamiento antibiótico condujo a la resolución de los síntomas en pocos días.

Se destaca la necesidad de tener en cuenta este patógeno, especialmente en niños mayores de 6 meses y menores de 4 años de edad, y la utilización rutinaria de frascos de hemocultivo para el procesamiento de las muestras de líquido sinovial. No se ha encontrado referencia expresa acerca de la positividad del factor reumatoide en las infecciones por *K. kingae*.

E. Cuende<sup>a</sup>, M. de Pablos<sup>b</sup> y J.C. Vesga<sup>a</sup>

<sup>a</sup>FEA de Reumatología. Unidad de Reumatología. Hospital de Txagorritxu. Osakidetza. Vitoria-Gasteiz. España.

<sup>b</sup>FEA de Microbiología. Servicio de Microbiología. Hospital de Txagorritxu. Osakidetza. Vitoria-Gasteiz. España.

## Bibliografía

1. Yagupsky P. *Kingella kingae*: from medical rarity to an emerging paediatric pathogen. *Lancet Infect Dis*. 2004;4:358-67.
2. Amir J, Yagupsky P. Invasive *Kingella kingae* infection associated with stomatitis in children. *Pediatr Infect Dis J*. 1998;17:757-8.
3. Douglas L, Douglas K. Increasing prevalence of *Kingella kingae* in osteoarticular infections in young children. *J Pediatr Orthop*. 1998;18:262-7.
4. Costers M, Wouters C, Moens P, Verhaegen J. Three cases of *Kingella kingae* infection in young children. *Eur J Pediatr*. 2003;162:530-1.
5. Dodman T, Robson J, Pincus D. *Kingella kingae* infections in children. *J Pediatr Child health*. 2000;36:87-90.
6. Pons M, González E, Ros J, Gené A, May E, Huguet R. Infección osteoarticular por *Kingella kingae*: a propósito de 2 casos. *An Esp Pediatr*. 1999;50:491-4.
7. Moumile K, Merckx J, Glorion 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.
8. Yagupsky P, Katz O, Pele N. Antibiotic susceptibility of *Kingella kingae* isolates from respiratory carriers and patients with invasive infections. *J Antimicrob Chemother*. 2001;47:191-3.
9. Rodríguez Bouza H, De la Fuente Aguado J, Rubianes González M, Crespo Casal M, Sopeña Pérez-Argüelles B. Endocarditis por *Kingella kingae*. *An Med Interna (Madrid)*. 2001;18:655-6.