

OSTEOARTRITIS POR KINGELLA KINGAE: UN CASO CLINICO

E.García *, C.Pérez, J.M. Fernández, M^a E. Reimunde, G. Viejo, R. Menéndez de Llano, P. Serrano.

Servicios de Pediatría, Radiodiagnóstico y Microbiología Hospital de Cabueñes.

Servicio de Radiodiagnóstico HUCA.

Avenida Constitución nº76 1B. 33207 Gijón. 639272826. elisi8542@hotmail.com

INTRODUCCION: *Kingella kingae* es en algunas áreas geográficas el principal agente etiológico de la infección osteoarticular en niños de 6 meses a 4 años. Presentamos un caso que ilustra las dificultades que plantea su diagnóstico.

CASO CLINICO: Niño de 13 meses que consulta por un cuadro de rechazo al apoyo de miembro inferior derecho de unas horas de evolución; no fiebre ni antecedente traumático. En urgencias se observa fiebre y limitación a la extensión de rodilla derecha. Proteína C-reactiva (PCR): 12,5 mg/L y procalcitonina: 0,06 ng/ml. Radiografía y ecografía de rodillas normales. Ingresa durante 4 días: no vuelve a tener fiebre y no presenta cambios clínicos. Es seguido en consulta de Reumatología. El 21º día de evolución persiste flexo de rodilla derecha, con perímetro 1 cm mayor que la contralateral. Se realiza punción articular: 41.320 leucocitos/mm³ (90% polimorfonucleares); glucosa: 92 mg/dl; PCR plasmática: 22,7 mg/L. Cultivo negativo. El día 24º reingresa por fiebre y aumento de la tumefacción de rodilla. PCR: 62,4 mg/L; VSG: 49 mm. Líquido articular: 92.014 leucocitos/mm³; glucosa: 9 mg/dl. Hemocultivo negativo. Aislamiento de *K. kingae* únicamente en la muestra de líquido articular inculada en botella de hemocultivo. RX: rarefacción de metafisis distal de fémur. Resonancia magnética: osteomielitis de cóndilo femoral interno. Recibe tratamiento con beta-lactámicos (intravenoso 28 días y oral 8 días) y drenaje quirúrgico el 34º día. Curación sin secuelas; resonancia un año después normal.

DISCUSION: Este caso ilustra algunos de los aspectos característicos de las infecciones osteoarticulares por *K. kingae*: (1) Su escasa sintomatología y pobre respuesta de los marcadores biológicos, lo que retrasa el diagnóstico, (2) la importancia de inocular las muestras de líquido sinovial en botellas de hemocultivo para su aislamiento y (3) el desenlace final favorable incluso en casos de evolución tan tórpida.

SOLICITADO..... POSTER