

Fundada en 1983  
Prof. J. de Portugal y Prof. M. Díaz Rubio

## Cartas al Director

### Endocarditis por *Kingella kingae*

Sr. Director:

La *Kingella kingae* es un microorganismo raro y de crecimiento exigente perteneciente al grupo HACEK, habitualmente asociado a infecciones osteoarticulares en niños o en pacientes inmunocomprometidos y con menor frecuencia a infecciones cardíacas. Hemos creído interesante comunicar una endocarditis sobre válvula tricúspide nativa precedida de una artritis en tobillo en un paciente inmunocompetente.

Se trata de un hombre de 52 años previamente sano con un cuadro de dos meses de evolución de fiebre, escalofríos, sudoración profusa, astenia, anorexia, debilidad y pérdida de unos 15 kg de peso. Al inicio del proceso presentó dolor, tumefacción e impotencia funcional en tobillo derecho que se resolvió espontáneamente.

En la exploración física la temperatura era de 39,5° C, la tensión arterial de 100/60 mmHg, y se detectó una discreta palidez cutáneo-mucosa sin signos de mala perfusión. En la auscultación torácica se apreció un soplo sistólico eyectivo en foco tricúspideo y borde paraesternal izquierdo con maniobra de Rivero Carvallo positiva. No había lesiones cutáneas ni otros estigmas de endocarditis infecciosa.

El hemograma mostró 8,6x10<sup>9</sup>/l leucocitos con 88% de neutrófilos, 8,6 g/dl de hemoglobina con índices corpusculares normales y plaquetas/1. La VSG era de mm/h. Los niveles plasmáticos de urea eran de 80 mg/dl, creatinina de 1,7 mg/dl y albúmina de 2,9 g/100 ml. El ionograma fue normal. El sedimento de orina mostró 25 leucocitos y 6 hematíes por campo. En el espectro electroforético se objetivó una hiperganmaglobulinemia policlonal. La serología VIH fue negativa.

En la ecocardiografía transtorácica se apreció una imagen redondeada, móvil de 1,3 x 1 cm en la válvula tricúspide que prolapaba en el interior de la aurícula derecha, con una insuficiencia mitral moderada y un chorro de regurgitación asociado durante la sístole cardíaca. En los hemocultivos se aisló un cocobacilo gram + posteriormente identificado como *Kingella kingae*. Una tomografía axial computerizada abdomino pélvica y una ecografía renal no mostraron anomalías reseñables. El estudio de anemia mostró los datos característicos de anemia asociada a proceso crónico.

Se instauró tratamiento con ampicilina y gentamicina con rápida evolución de la fiebre y mejoría notable del estado general. Al cabo de una semana se suprimió el tratamiento aminoglu-

cósido completando tres semanas adicionales con amoxicilina con resolución de su sintomatología y normalización de la analítica. En el seguimiento ulterior durante un año no hubo recidiva del proceso.

La *Kingella kingae* es un cocobacilo aerobio gram negativo que forma parte de la flora normal de la mucosa orofaríngea, respiratoria y del tracto genitourinario y aunque se está aislando cada vez con mayor frecuencia sigue considerándose un patógeno raro (1,3).

Por razones no bien conocidas la *kingella kingae* presenta un especial tropismo por el tejido osteoarticular, endocardio y espacio vascular siendo las infecciones descritas con mayor frecuencia osteomielitis, artritis séptica, endocarditis y bacteriemia. De forma aislada se han comunicado casos excepcionales de discitis, meningitis, abscesos, endoftalmítis, úlceras corneales y neumonía (1,3,8).

Los niños y, en menor medida, los pacientes inmunocomprometidos son los sujetos más susceptibles a la infección por *Kingella*. En el primer caso habitualmente se trata de infecciones óseas y articulares, con un curso benigno, buena respuesta al tratamiento antibiótico y ausencia de secuelas. En los pacientes inmunocomprometidos las infecciones vasculares y la bacteriemia son las formas típicas de presentación (4-6).

La endocarditis infecciosa por *k. kingae* se ha descrito tanto sobre válvulas nativas normales o alteradas, como sobre válvulas protésicas. Habitualmente sigue un curso subagudo, con presencia de grandes vegetaciones en las válvulas quizá debido al retraso en el diagnóstico, habiéndose descrito con mayor frecuencia en la válvula mitral (6-9). En adultos inmunocompetentes suele existir un antecedente de cirugía o manipulación dentaria que aumenta la vulnerabilidad para la colonización por patógenos poco frecuentes. De modo similar en pacientes con sida debido a la mayor incidencia de lesiones orales existe una mayor facilidad para desarrollar una bacteriemia y diseminación a distancia (1,3,7).

En nuestro caso se trata de un varón inmunocompetente con un cuadro de fiebre, pérdida de peso, afectación del estado general y un soplo sistólico eyectivo cuyo único antecedente de interés era una monoartritis de tobillo derecho al inicio del cuadro que se resolvió espontáneamente. Se diagnosticó una endocarditis con una gran vegetación en válvula tricúspide e insuficiencia mitral moderada, aislándose *Kingella kingae* en los hemocultivos. El paciente evolucionó favorablemente con ampicilina y gentamicina no presentando secuelas ni recidiva en ulteriores

controles tal como se ha observado en otros casos descritos en la literatura. Las escasas referencias a este patógeno en pacientes adultos inmunocompetentes se debe quizá a la falta de diagnóstico preciso en muchos casos por su lento crecimiento, la necesidad de medios enriquecidos, por ser confundidos con otras bacterias que producen cuadros similares y con morfología similar y por su evolución benigna con buena respuesta a antibióticos convencionales (9). Consideramos pues importante en aquellos pacientes con endocarditis infecciosa y antecedentes de monoartritis la sospecha de *Kingella kingae*.

**H. Rodríguez Bouza, J. de la Fuente Aguado\*, M. Rubianes Gonzalez\*, M. Crespo Casal\*, B. Sopena Pérez-Argüelles\***

*Servicios de Urgencias y \*Medicina Interna, Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Xeral-Cíes. Vigo*

1. Roiz MP, Peralta FG, Arjona R. *Kingella kingae* bacteremia in an immunocompetent adult host (letter). *J Clin Microbiol* 1997; 35 (7): 1916.
2. Urs S, D Silva BS, Jeena CP, Sona CP, Beena K, heetty KR. *Kingella kingae* septicaemia in association with HIV disease. *Trop Doct* 1994; 24 (3): 127.
3. Sordillo EM, Rendel M, Sood R, Belinfanti J, Murray O, Brook D. Septicemia due to beta lactamase positive *kingella kingae* (letter). *Clin Infect Dis* 1993; 17 (4): 818-9.
4. Yagupsky P, Dagan R, Howard CB, Einhorn M, Kassis I, Simu A. Clinical features and epidemiology of invasive *Kingella Kingae* infections in southern Israel. *Pediatrics* 1993; 92 (6): 800-4.
5. Amir J, Shockelford PG. 1991. *Kingella kingae* intervertebral disk infection. *J Clin Microbiol* 1991; 29 (5):1083-6.
6. Ferber B, Bruckheimer E, Schlesinger Y, Berger I, Glaser J, Olsha O, Branski D Kerem E. *Kingella Kingae* endocarditis in a child with hair-cartilage hypoplasia. *Pediatr cardiol* 1997; 18 (6): 445-6.
7. Berbari EF, Cockerill III FR, Steckelberg JM. Infective endocarditis due to unusual or fastidious microorganisms. *Mayo Clin Proc* 1997; 72 (6): 532-42.
8. Goutzmanis JJ, Gonis G, Gilbert GL. 1991. *Kingella kingae* infection in children: ten cases and review of the literature. *Pediatr Infect Dis J* 1991; 10 (9): 677-83.
9. Thekekara AG, Denham B, Duff DF. Eleven year review of infective endocarditis. *Ir Med J* 1994; 87(3): 80-2.