

Table 1
Results of the Patients' Treatment. Diagnosed With TB in the DAT, Huambo. During the Period From 2002 to 2014.

Year	Number of cases	Success (%)	Failure (%)	Deceased (%)	Abandonment (%)	Transferred (%)
<i>With basic basket</i>						
2002	1591	1421 (89.3)	4 (0.3)	53 (3.3)	110 (6.9)	3 (0.2)
2003	1694	1551 (91.6)	5 (0.3)	32 (1.9)	98 (5.8)	8 (0.5)
2004	1563	1395 (89.3)	7 (0.4)	41 (2.6)	111 (7.1)	9 (0.6)
2005	1664	1465 (88.0)	9 (0.5)	59 (3.5)	118 (7.1)	13 (0.8)
2006	1143	988 (86.4)	4 (0.3)	40 (3.5)	105 (9.2)	6 (0.5)
2007	1590	1328 (83.5)	3 (0.2)	50 (3.1)	200 (12.6)	5 (0.3)
2008	1567	1369 (87.4)	6 (0.4)	37 (2.4)	144 (9.2)	11 (0.7)
<i>Without basic basket</i>						
2009	1122	569 (50.7)	15 (1.3)	51 (4.5)	462 (41.2)	25 (2.2)
2010	1780	1042 (58.5)	24 (1.3)	76 (4.3)	617 (34.7)	21 (1.2)
2011	1871	1325 (70.8)	18 (1.0)	67 (3.6)	447 (23.9)	19 (1.0)
2012	1505	914 (60.7)	10 (0.7)	57 (3.8)	508 (33.8)	16 (1.1)
2013	1425	859 (60.3)	8 (0.6)	38 (2.7)	502 (35.2)	18 (1.3)
2014	1224	760 (62.1)	9 (0.7)	34 (2.8)	401 (32.8)	20 (1.6)

of incentives in patients' adherence to treatment, and therapeutic success against TB.

References

- World Health Organization. The economic impact of tuberculosis: the stop TB initiative. Geneva-Switzerland: WHO; 2000, 2000.
- Porto A. Social representations of tuberculosis: stigma and prejudice. *Rev Saude Publica*. 2007;41 Suppl. 1:43–9.
- Barter DM, Agboola SO, Murray MB, Barnighausen T. Tuberculosis and poverty: the contribution of patient costs in sub-Saharan Africa – a systematic review. *BMC Public Health*. 2012;12:1980.
- Pedrazzoli D, Houben RM, Grede N, de Pee S, Bocca D. Food assistance to tuberculosis patients: lessons from Afghanistan. *Public Health Action*. 2016;6:147–53.
- Ministério do Planeamento. Estratégia de Combate à Pobreza – Reinserção Social, Reabilitação e Reconstrução e Estabilização Económica In: Direcção de Estudos e Planeamento editor. Luanda, Angola: 2004, 2003. 41.
- Governo de Angola. Estratégia Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (ENSAN) Luanda. 2009;87.
- Ferreira ME. Angola: conflict and development. 1961–2002. *Econ Peace Security J*. 2006;1:25–9.
- WHO. Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Implementing the WHO Stop TB Strategy: A Handbook for National Tuberculosis Control Programmes. Geneva: World Health Organization Copyright (c) World Health Organization; 2008. 2008.
- World Food Program. After 30 years World Food Program ends food aid to Angola. United Nations. 2006.
- World Health Organization. Treatment of tuberculosis: guidelines. 4th ed. Geneva, Switzerland: WHO; 2010. p. 160.
- Canalice Filho JP. Efeito do incentivo alimentício sobre o desfecho do tratamento de pacientes com tuberculose em uma unidade primária de saúde no município de Duque de Caxias Rio de Janeiro. *J Brasileiro Pneumologia*. 2009;35:992–7.
- Ciobanu A, Domente L, Soltan V, Bivol S, Severin L, Plesca V, et al. Do incentives improve tuberculosis treatment outcomes in the Republic of Moldova? *Public Health Action*. 2014;4 Suppl. 2:559–63.
- Garden B, Samarina A, Stavchanskaya I, Aistrand R, Ovrregaard A, Taganova O, et al. Food incentives improve adherence to tuberculosis drug treatment among homeless patients in Russia. *Scand J Caring Sci*. 2013;27:117–22.

Emília Santos ^{a,b,*}, Óscar Felgueiras ^{c,d}, Olena Oliveira ^a, Raquel Duarte ^{a,e,f}

^a *EpiUnit – Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto, Porto, Portugal*

^b *Instituto Superior Politécnico da Universidade José Eduardo dos Santos, Huambo, Angola*

^c *Mathematics Department, Faculty of Sciences of the University of Porto, Porto, Portugal*

^d *Centre of Mathematics of the University of Porto, Porto, Portugal*

^e *Departamento de Pneumologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, Vila Nova de Gaia, Portugal*

^f *Departamento de Ciências da Saúde Pública e Forenses e Educação Médica, Universidade do Porto, Porto, Portugal*

* Corresponding author.

E-mail address: milaltonjangan@yahoo.com.br (E. Santos).

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2017.08.013>
0300-2896/

© 2017 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Neumonía por *S. aureus* y artritis séptica esternoclavicular, una complicación insólita



S. aureus pneumonia and sternoclavicular septic arthritis: An unusual complication

Estimado Director:

Entre las complicaciones de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) raramente se producen artritis sépticas (AS). Suelen ser excepcionales, no simultáneas al proceso agudo^{1,2}, y con mayor frecuencia por *Streptococcus pneumoniae*¹⁻³. En estos casos las articulaciones más afectadas son la rodilla, la cadera y el hombro^{1,3}. La mayoría de las AS están producidas por *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus* en pacientes con factores de riesgo predisponente¹⁻⁶. Presentamos un caso de neumonía por *S. aureus*, acompañada simultáneamente de una artritis séptica esternoclavicular (ASE) por

bacteriemia, en una mujer joven sin factores de riesgo conocidos, asociación no descrita previamente en la literatura.

Mujer de 60 años, no fumadora, sin antecedentes de inmunosupresión ni factores de riesgo neumológicos. Acudió a urgencias por dolor pleurítico y en hombro izquierdo, fiebre de 38 °C, tos sin expectoración e intenso dolor en la región medioclavicular y el hombro izquierdo. La radiografía de tórax mostró tenue infiltrado en el lóbulo inferior izquierdo (LI). A la exploración destacaba semiología de condensación y egofonía en campo inferior izquierdo. Presentaba una zona abultada muy dolorosa no fluctuante, sin signos inflamatorios en piel, en la región esternoclavicular izquierda alta. Se realizó fibrobroncoscopia, que mostró signos inflamatorios, y se remitieron muestras para anatomía patológica y microbiología. Los hemocultivos fueron negativos. El ecocardiograma no mostró lesiones valvulares ni vegetaciones sugestivas de endocarditis. Se inició tratamiento empírico con ceftriaxona y levofloxacino, con escasa respuesta clínica, precisando

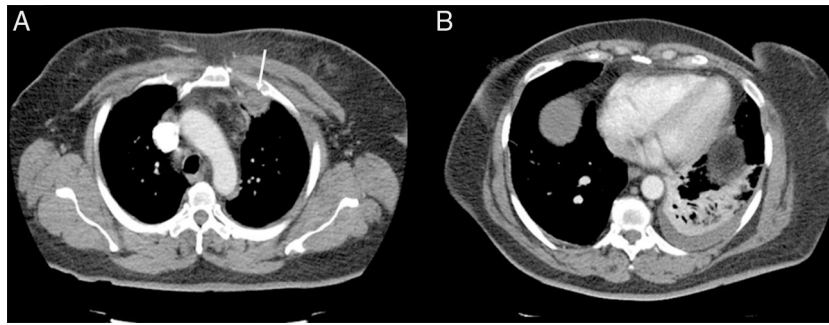


Figura 1. Imagen pseudonodular introducida entre el primer y segundo arco costal (fecha) y condensación en el lóbulo inferior izquierdo (LII) simultánea.

la administración de morfínicos para control del dolor. La tomografía axial computarizada (TAC) torácica mostró cambios inflamatorios en el músculo pectoral izquierdo e imagen pseudonodular de $3,3 \times 2,3$ cm, que se introducía entre la porción anterior del primer y segundo arco costal izquierdo, además de condensación pulmonar en LII con derrame pleural acompañante (fig. 1). Tanto la ecografía de cuello como la gammagrafía ósea confirmaron los hallazgos. Se realizó punción-aspiración con aguja fina (PAAF) guiada por ecografía, de la que se aisló *S. aureus* resistente a ampicilina y sensible a eritromicina, gentamicina, clindamicina, ciprofloxacino, levofloxacino y cotrimoxazol. En las muestras de la fibrobroncoscopia se aisló el mismo microorganismo. Durante el ingreso recibió tratamiento antibiótico intravenoso, según antibiograma, con ciprofloxacino y amoxicilina-clavulánico con mejoría clínica, radiológica y de los reactantes de fase aguda, sin precisar drenaje. Fue tratada de forma ambulatoria durante 40 días con resolución completa del cuadro.

Las ASE son excepcionales y constituyen solo el 1-9%^{2,4} de las AS, además de producirse generalmente en pacientes con factores de riesgo debilitantes y de inmunosupresión¹⁻⁶. Igualmente, en el episodio agudo de un cuadro de neumonía es excepcional que se desarrolle simultáneamente una AS, pues suelen ser tardías^{1,2}. En nuestro caso, dado que se aisló el mismo microorganismo, se atribuyó a neumonía bacteriémica. La neumonía por *S. aureus* en paciente sin factores de riesgo es por sí misma excepcional. La clínica de la ASE, a diferencia de nuestro caso, suele ser insidiosa, con fiebre, dolor en hombro, edema y eritema en la articulación esternoclavicular^{1,2,4-6}. La prueba más utilizada para el diagnóstico es la ecografía, aunque la TAC es capaz de identificar el grado de destrucción ósea y la gammagrafía sirve para delimitar la zona inflamatoria y orientar mejor el foco a puncionar. El diagnóstico definitivo es el aislamiento del microorganismo a fin de administrar la

antibioterapia adecuada, que debe prolongarse al menos 4 semanas cuando no hay complicaciones^{1-3,5,6}. Cuando existe osteomielitis extensa, abscesos, empiema o mediastinitis, se recomienda el tratamiento quirúrgico^{1,4,5}. En conclusión, la neumonía puede causar raramente AS y excepcionalmente ASE, que puede pasar desapercibida en el contexto clínico. Por ser potencialmente incapacitante y mortal, el diagnóstico etiológico no debe demorarse.

Bibliografía

- Ross JJ, Shamsuddin H. Sternoclavicular septic arthritis: Review of 180 cases. *Medicine (Baltimore)*. 2004;83:139-48.
- Womack J. Septic arthritis of the sternoclavicular joint. *J Am Board Fam Med*. 2012;25:908-12.
- Baraboutis I, Skoutelis A. *Streptococcus pneumoniae* septic arthritis in adults. *Clin Microbiol Infect*. 2004;10:1037-9.
- Moreno Martínez MJ, Moreno Ramos MJ, Linares LF, Marras C, Castaño M, Peñas E. Sternoclavicular septic arthritis and empyema. *Reumatol Clin*. 2012;8:102-3.
- El Ibrahimy A, Daoudi A, Boujraf S, Elmrini A, Boutayeb F. Sternoclavicular septic arthritis in a previously healthy patient: A case report and review of the literature. *Int J Infect Dis*. 2009;13:e119-21.
- Fry D, Boyle S. Sternoclavicular joint septic arthritis: An interesting lesson in clinical anatomy. *BMJ Case Rep*. 2013;2013, pii: bcr2013200673.

Virginia Molina, Mar Arlandis, Sandra Vañes y Eusebi Chiner*

Servicio de Neumología, Hospital Universitario San Juan de Alicante, Sant Joan d'Alacant, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: echinervives@gmail.com (E. Chiner).

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2017.08.014>
0300-2896/

© 2017 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

La enfermedad pulmonar intersticial en el niño. Todavía hoy un reto diagnóstico



Pediatric Interstitial Lung Disease: an Ongoing Challenge

Estimado Director:

El déficit de proteína C del surfactante ocasiona una enfermedad pulmonar intersticial (EPI) de gravedad variable. En los niños, debido a su infrecuencia y gran variabilidad clínica, su diagnóstico es complejo^{1,2}. Presentamos un caso con esta enfermedad, pero con diagnóstico inicial incorrecto.

Varón a término, sin antecedentes de interés. Con 14-15 meses sufre 2 ingresos, por bronquiolitis VRS+ y bronquitis por adenovirus. Tras el segundo, se observó taquipnea persistente, insuficiencia

respiratoria e infiltrados bilaterales en la radiografía de tórax. Se amplió el estudio descartando malformaciones, inmunodeficiencias, hipertensión pulmonar y otras infecciones. Se realizó un lavado broncoalveolar con recuento celular normal, sin eosinofilia y con tinción de Gram y cultivos microbiológicos negativos. La TC pulmonar mostró patrón en vidrio esmerilado difuso con adenopatías hiliares. Se practicó una biopsia pulmonar por toracoscopia, remitiendo la muestra a un centro de referencia, siendo informada como «cambios asociados a bronquiolititis obliterante». Con 16 meses fue dado de alta con el diagnóstico de bronquiolititis obliterante postinfecciosa.

La evolución clínica inicial parecía compatible con este diagnóstico, precisando oxigenoterapia domiciliar hasta los 24 meses, con reagudizaciones respiratorias por infecciones virales y múltiples ingresos, pero con progresiva mejoría e intervalos