

AO128 TUBERCULOSE – O RENDIMENTO DO ESCARRO INDUZIDO PARA O DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE PULMONAR NA PRÁTICA CLÍNICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.SABRINA BOLLMANN GARCIA¹; CHRISTIANO PERIN²; MARCEL MULLER DA SILVEIRA³; GUSTAVO VERGANI⁴; SÉRGIO SALDANHA MENNA BARRETO⁵; PAULO DE TARSO ROTH DALCIN⁶.

1,2,3.HCPA, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 4,5,6.UFRGS, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ESCARRO INDUZIDO; FIBROBRONCOSCÓPIA; TUBERCULOSE

Introdução: O escarro induzido (EI) é um método efetivo para pesquisa de bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) e cultura de micobactérias em pacientes que não conseguem produzir escarro espontaneamente ou que apresentam pesquisa negativa para BAAR no escarro espontâneo. **Objetivo:** Avaliar o rendimento do EI para o diagnóstico de tuberculose pulmonar (TB) em uma localidade com alta prevalência de tuberculose. **Métodos:** Em um estudo transversal, retrospectivo, foram avaliados os prontuários de 417 pacientes consecutivos (internados e ambulatoriais) que foram encaminhados ao Serviço de Pneumologia do HCPA para realização de EI por suspeita clínica e/ou radiológica de TB. Nos casos onde a pesquisa de BAAR no EI foi negativa ou a amostra coletada foi considerada insatisfatória, a realização de fibrobroncoscopia com lavado broncoalveolar e/ou biópsia transbrônquica foi determinada a critério do médico assistente. **Resultados:** Dos 417 pacientes estudados, 83 (19,9%) tiveram resultado positivo no EI. Achados radiológicos de cavitação pulmonar (OR = 3,8; IC=1,9-7,6) e infiltrado de padrão miliar (OR=3,7; IC=1,6-8,6) foram significativamente associados com o diagnóstico de TB após análise de regressão logística. A fibrobroncoscopia foi realizada após resultado negativo ou insatisfatório do EI em 134 pacientes e acrescentou 25 novos diagnósticos de TB (o que correspondeu a 64,1% do total de novos diagnósticos). **Conclusões:** O EI é um método efetivo na avaliação inicial para o diagnóstico de TB em pacientes sem escarro espontâneo ou que apresentam pesquisa negativa para BAAR no escarro espontâneo. Contudo, este estudo mostrou que, na prática clínica, a frequência de resultados positivos para TB após EI (19,9%) é menor que a previamente relatada na literatura. Além disso, demonstramos que a realização de fibrobroncoscopia após um EI com resultado negativo melhora significativamente o rendimento para o diagnóstico de TB.

AO129 TUBERCULOSE – RISK FACTORS FOR MORTALITY AMONG HOSPITALIZED PATIENTS WITH NEWLY DIAGNOSED TUBERCULOSIS.DENISE ROSSATO SILVA¹; DIEGO MILLÁN MENEGOTTO²; LUIS FERNANDO SCHULZ³; MARCELO BASSO GAZZANA⁴; PAULO DE TARSO ROTH DALCIN⁵.

1,2.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 3,4.HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL; 5.UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL; HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; MORTALIDADE; FATORES DE RISCO

Background: Tuberculosis (TB) is one of the leading causes of morbidity and mortality. The purpose of this study was to identify the clinical and epidemiological factors associated with death in patients with TB, in a city with a high prevalence of TB and HIV. **Methods:** We conducted a retrospective, cohort study at Hospital de Clínicas de Porto Alegre. We used the information contained in the SINAN (National System of Information on Notifiable Diseases) to identify the cases of TB, between April 2005 and April 2007. The patients who began the treatment for TB after the hospitalization were included. Predictors of mortality were assessed. The primary outcomes were the in-hospital mortality and the mortality after discharge. **Results:** We evaluated the medical records of 311 patients with TB. The overall mortality rate, the mortality rate during hospitalization, and after discharge were 99/311 (31.8%), 50/311 (16.1%) and 49/261 (18.8%), respectively. Mechanical ventilation ($p < 0.0001$), consolidation in CXR ($p = 0.005$), and sputum-smear negative ($p = 0.016$) were predictors of in-hospital death in multivariate analysis. Independent predictors of mortality after discharge in multivariate analysis included total duration of hospitalization ($p = 0.039$), and current smoking ($p = 0.031$). **Conclusions:** We find a high overall mortality rate among patients hospitalized with TB in a region with high TB and HIV prevalence. Respiratory failure requiring mechanical ventilation, consolidation in CXR, and smear-negative

sputum were associated with in-hospital mortality. The risk factors associated with death after discharge were current smoking and total length of stay.

AO130 TUBERCULOSE – TUBERCULOSE EXTENSIVAMENTE RESISTENTE DIAGNOSTICADA NO INSTITUTO CLEMENTE FERREIRA EM SÃO PAULO.

MARCIA TELMA GUIMARAES SAVIOLI; FERNANDO FIUZA MELO; NELSON MORRONE; DENISE SILVA RODRIGUES.

INSTITUTO CLEMENTE FERREIRA, SAO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: TUBERCULOSE; EXTENSIVAMENTE RESISTENTE; MULTIRESISTENTE

Introdução: Tuberculose Extensivamente Resistente (XDR-TB), definida pela OMS como TB resistente a múltiplas drogas mais uma das quinolona e pelo menos uma das três drogas injetáveis de segunda linha, ampicilina, capreomicina ou canamicina tem sido relatada em escala crescente nos últimos anos, causando grande preocupação em relação ao tratamento. **Objetivo:** Busca de casos de XDR-TB no período de 1994 a 2008. **Métodos:** No período foram diagnosticados 17 casos de XDR-TB. As culturas foram realizadas em meio de Lowenstein-Jensen e TS pelo método das proporções. TS pelo MIC em meio de Middlebrook, com revelação pelo Alamar-Blue para drogas de segunda linha, amicacina, ofloxacina, cicloserina e clofazimina foram realizadas no Instituto Adolfo Lutz. Os pacientes com resistência a um só aminoglicosídeo (SM) foram considerados à parte. Foram avaliados imunodeficiências, variação da sensibilidade em diferentes amostras, resistência primária ou adquirida, tratamento e desfecho. **Resultados:** Foram identificados 17 casos TB-XDR, imunodeficiência foi detectada em 4 pacientes (AIDS em 3 e DM em 1); resistência primária só foi verificada em 1 paciente. Todos os pacientes apresentavam mais de uma cultura e realizadas em períodos diferentes, em apenas 2 casos foi observado repetição do padrão XDR-TB e nos demais, uma amostra revelou XDR-TB e as outras apenas MR. Neste período todos esquemas usados tinham amicacina e uma quinolona e mais pelo menos 3 drogas. Foram verificadas 5 curas e 11 fracassos, dos quais 6 faleceram. Apenas um caso de falência foi considerado curado quando associado a cirurgia. Não houve relação entre cura ou falência, diversidade do TS e esquema adotado. A concordância dos TS não influenciou o desfecho. Em outro grupo, foram analisados 18 pacientes com resistência semelhante aos XDR-TB, a exceção foi a resistência à SM que segundo MS a considera droga de segunda linha. Dois pacientes eram portadores de AIDS. Em 3 casos, a resistência foi considerada primária. Foram observadas 4 curas, das quais uma associada a cirurgia e 14 falências, com 11 óbitos; 2 ainda continuam em tratamento. No total de 35 casos e 84 amostras de escarro encontramos 57/68% de resistência a ofloxacina. **Conclusões:** 1. É muito preocupante a detecção de elevado número de amostras resistentes à ofloxa, pois poderia ser reproduzida a experiência com a SM (uso de tuberculostáticos como antibióticos inespecíficos). 2. Também é preocupante a existência de XDR-TB primária, o que tem grande importância no tratamento da Tb latente. 3. A discordância dos testes de sensibilidade no mesmo paciente tanto pode ser determinada pela não reprodutibilidade absoluta do processo ou, o que acreditamos, pela presença de cepas diferentes no mesmo paciente; de qualquer forma, impõe-se a realização de vários testes de sensibilidade para melhor entendimento do problema. 4. Apesar do prognóstico sombrio, alguns pacientes podem ser curados ou, pelo menos, estabilizados.

AO131 TUBERCULOSE – DECORTICAÇÃO PULMONAR NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO EMPIEMA TUBERCULOSO CRÔNICO.RICARDO MINGARINI TERRA¹; MARCELA SANTANA DEVIDO²; MÁRCIA SEISCENTO³; SIDNEY BOMBARDA⁴; PAULO MANUEL PÊGO-FERNANDES⁵; FÁBIO BISCEGLI JATENE⁶.

1,2,4,5,6.DIPLINA DE CIRURGIA TORÁCICA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL; 3.DIPLINA DE PNEUMOLOGIA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: EMPIEMA; TUBERCULOSE; DECORTICAÇÃO PULMONAR

Introdução: O empiema tuberculoso é uma grave complicação da tuberculose pleural. A sua conduta cirúrgica é controversa e a decorticação pulmonar, tratamento clássico para o empiema de outras etiologias, é supostamente associada a altos índices de complicações e mortalidade. Tal fato justifica utilização, por muitos serviços, de procedimentos menores como a toracostomia aberta para o manuseio destes pacientes. **Objetivos:** Análise da efetividade e segurança do tratamento cirúrgico do empiema tuberculoso (ET) através da