

ser infecção por *Aspergillus fumigatus*, Foi submetido à colocação de cateter endobrônquico para instilação intracavária de Anfotericina (dose cumulativa de 750mg em 15 dias) e itraconazol 400mg/dia, durante 40dias. Em 2010 referiu novos episódios de hemoptise de leve intensidade. A avaliação por tomografia de tórax evidenciou uma formação cística com paredes finas e conteúdo interno bem aerado. A broncoscopia realizada não detectou crescimento intracavário. O lavado brônquico e a cultura realizada foram negativos para fungo. **Discussão:** O tratamento de escolha para o aspergiloma é a ressecção cirúrgica, desde que haja condições clínicas. O uso de antifúngicos promove benefício terapêutico para aqueles pacientes não selecionados para cirurgia. (1) No entanto, a necessidade de manter o tratamento por período prolongado inviabiliza na maioria das vezes a aderência. A instilação endobrônquica ou intracavária de anfotericina tem sido relatada em casos isolados (2,3). No caso descrito por nós a hemoptise relatada pelo paciente recebeu com primeira hipótese a recidiva da infecção e pensamos em reintroduzir o uso do itraconazol. A broncoscopia com exame direto e cultura confirmou a erradicação do fungo, sendo a hemoptise atribuída a uma infecção brônquica não fúngica, e mostrando a cura da aspergilose por instilação intracavária de antifúngico.

P0261 BRONCSCOPIA FLEXÍVEL DURANTE VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO-INVASIVA: EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE.

ALESSANDRA HOFSTADLER DEIQUES FLEIG; ÂNGELA BEATRIZ JOHN; FABIO MUNHOZ SVARTMAN; FLAVIA CORRÊA GUERRA; HUGO GOULART DE OLIVEIRA; MARCELO BASSO GAZZANA; MARLI MARIA KNORST
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL.
PALAVRAS-CHAVE: BRONCSCOPIA; INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA ; VENTILAÇÃO

Introdução: A broncoscopia flexível (BF) com realização de lavado broncoalveolar (LBA) constitui importante ferramenta diagnóstica e terapêutica em Pneumologia. Seu uso é seguro, porém em pacientes com baixa reserva ventilatória é usualmente realizada durante ventilação mecânica invasiva. O uso de ventilação mecânica não invasiva (VMNI) durante o procedimento pode evitar a deterioração clínica e necessidade de entubação durante ou após a realização do exame. **Objetivos:** Descrever as indicações, complicações e resultados da realização da BF realizada durante VMNI. **Métodos:** Série retrospectiva de casos de BF realizadas durante VMNI no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no período de janeiro de 2007 a julho de 2010. Os dados foram coletados através de revisão de prontuário. Foi considerada diminuição significativa da saturação de oxigênio valores < 90%. A idade foi descrita como média + desvio padrão (DP). **Resultados:** Foram analisados 10 casos de BF realizada durante VMNI no período. Todos os pacientes estavam previamente internados na Unidade de Terapia Intensiva do HCPA, nove deles recebendo suporte ventilatório não-invasivo no momento da indicação do procedimento e apenas um foi colocado em VMNI 1 hora antes da realização da BF. A média de idade foi de 52,3 anos (DP + 20), sendo 7 pacientes do sexo masculino. As condições clínicas relacionadas a indicação do exame foram as seguintes: infiltrados pulmonares em 4 pacientes imunossuprimidos, consolidação pulmonar sem etiologia definida em 3 pacientes, hemoptise em 1 paciente e atelectasia pulmonar em 2 pacientes. A Introdução do broncoscópio foi feita pela boca em 5 pacientes, pelo

nariz em 3 pacientes, através de máscara laringea e pela traqueostomia em 1 paciente cada. Sedação foi realizada com fentanil e propofol em todos os casos. Os achados endoscópios foram: normal em 6 pacientes, tampão de secreção em 3 pacientes, secreção purulenta na árvore brônquica em 1 paciente. LBA foi realizado em 9 dos 10 casos avaliados e biópsia transbrônquica em 2 pacientes. Em relação aos resultados, o exame guiou início ou retirada de antibioticoterapia em 4 pacientes, melhora da oxigenação em 2 pacientes com atelectasia, início de corticoterapia em 1 paciente com diagnóstico de pneumonia organizante e não mudou conduta em 3 pacientes. Dentre as complicações imediatas foi observada diminuição significativa da saturação de oxigênio medida por oximetria digital em apenas 1 paciente, ocorrida durante a realização do exame. Em 24 h após a realização do procedimento 1 paciente evoluiu com piora do quadro clínico e necessidade de entubação orotraqueal e ventilação mecânica. **Conclusão:** Na experiência do HCPA o uso da VMNI durante a realização da BF constitui procedimento seguro, sendo bem tolerada pelos pacientes, sem ocorrência de complicações graves e com baixa taxa de entubação nas 24 horas após a sua realização.

P0262 SIGNIFICADO MICROBIOLÓGICO E ANATOMOPATOLÓGICO DA ÁRVORE EM BROTAMENTO NOS PACIENTES COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE PULMONAR E ESCARRO NEGATIVO.

THIAGO OLIVEIRA MENDONÇA; EMMANUEL CAVALCANTI CAMPELO NETO; CAMILLA GUERRA MATOS; ASCÉDIO RODRIGUES; ADDY LIDVINA MEJIA PALOMINO; EDUARDO QUINTINO OLIVEIRA; VIVIANE ROSSI FIGUEIREDO; MÁRCIA JACOMELLI
HCFMUSP, SÃO PAULO, SP, BRASIL.

PALAVRAS-CHAVE: ÁRVORE EM BROTAMENTO; DIAGNÓSTICO; TUBERCULOSE
Introdução: A atividade da tuberculose pulmonar (TBC) é frequentemente associada à presença de nódulos centrolobulares e opacidades lineares marginais, padrão caracterizado como árvore em brotamento. Métodos diagnósticos complementares são necessários para o diagnóstico diferencial, e a broncoscopia, com coleta de lavado broncoalveolar (LBA) e biópsia transbrônquica (BTB), pode ser utilizada neste sentido. **Objetivos:** descrever o resultado do LBA e da BTB, em pacientes com suspeita de TBC, escarro negativo e achado isolado de árvore em brotamento à tomografia de tórax de alta resolução (TCAR). **Métodos:** LBA e BTB foram realizados por técnica padronizada, num grupo de pacientes com suspeita de TBC e árvore em brotamento à TCAR. Gram, culturas gerais, pesquisas de BAAR, culturas de BK e fungos, PCR para micobactéria, e exame anatomopatológico dos espécimes coletados foram analisados. **Resultados:** 31 pacientes foram estudados, dos quais o diagnóstico de TBC foi obtido em 22,6% (n=7), incluindo os 3 métodos de análise: cultura e PCR do LBA, e anatomopatológico. Infecção por bactérias inespecíficas no LBA foi observada em 19,35% (n=6) e inflamação inespecífica à BTB em 19,35% (n=6). Em 22,6% (n= 7) e 19,35% (n=6) dos casos a cultura do LBA e o resultado da BTB foram inconclusivos, respectivamente. **Conclusão:** O padrão tomográfico de árvore em brotamento não é patognomônico de TBC. Nos casos de suspeita clínica de TBC e achado isolado de árvore em brotamento à TCAR, faz-se necessária a investigação criteriosa por métodos de coleta dirigidos, incluindo a pesquisa de bactérias