



A Palavra do Presidente

Já se vão 65 anos desde que Hamman e Rich descreveram o primeiro caso de fibrose pulmonar progressiva. A partir de então, centenas de casos de doenças pulmonares agudas e crônicas, com variados graus de fibrose pulmonar, foram publicados e receberam a denominação genérica de *doença intersticial pulmonar* (DIP).

O interstício pulmonar é o espaço anatômico microscópico limitado pelas membranas basais das células epiteliais e endoteliais. Dentro desse espaço estão presentes células dos tecidos conjuntivo e mesenquimal, além de componentes da matriz extracelular. Na doença intersticial pulmonar tanto essas estruturas como, também, o espaço alveolar, os ácinos e os bronquíolos estão acometidos. De fato, todo o parênquima pulmonar está comprometido.

A terminologia para designar as diferentes formas de DIP é farta e, freqüentemente, os achados clínicos e anátomo-patológicos se superpõem, tornando extremamente difícil o diagnóstico preciso. Fibrose pulmonar idiopática, alveolite fibrosante, alveolite fibrosante criptogenética, bronquiolite obliterante, bronquiolite obliterante com pneumonia organizada, pneumonia intersticial linfocítica são denominações das várias formas de apresentação das DIP. É importante diferenciar os termos utilizados para definir as entidades clínicas daqueles usados na determinação das alterações patológicas dessas doenças. Muitas vezes, as fronteiras clínicas e patológicas entre essas diversas entidades não são suficientemente claras e definidas.

Do ponto de vista epidemiológico, pouco se sabe sobre as DIP. Estudos recentes sugerem que elas são mais freqüentes do que, na realidade, diagnosticadas. A incidência varia de 3 a 26 casos, por 100.000 indivíduos, por ano. A fibrose pulmonar idiopática é a mais comum e representa, pelo menos, 30% da totalidade dos casos. Estima-se que a prevalência das

DIP não diagnosticadas, na população em geral, seja 10 vezes maior do que os casos definidos.

Várias são as situações que podem levar à DIP: as doenças do colágeno, as doenças granulomatosas, algumas doenças hereditárias, as doenças ocupacionais, a fibrose intersticial idiopática, a exposição a drogas, dentre muitas. Todas podem se apresentar como DIP.

A broncofibroscopia com biópsia transbrônquica e com lavado broncoalveolar bem como a tomografia computadorizada de alta resolução têm papel de destaque no diagnóstico das DIP. Entretanto, mesmo com toda tecnologia atual, uma considerável porcentagem de diagnósticos só é conseguida através da biópsia pulmonar - seja videotoracoscópica ou a céu aberto.

Uma vez que o diagnóstico etiológico e a patogenia das DIP nem sempre são bem definidos, os regimes terapêuticos, com freqüência, são inespecíficos e visam diminuir a inflamação e, conseqüentemente, a fibrose pulmonar.

Todas essas dificuldades e incertezas tornam, ainda hoje, o assunto das DIP fascinante, atraindo, cada vez mais, pneumologistas para esse campo de estudo.

Pulmão RJ, ciente do interesse crescente dos pneumologistas por esse tema, reuniu renomados profissionais com experiência reconhecida nesse segmento da especialidade e, sob a orientação editorial dos drs. Eduardo Bethlem e José Luiz Tavares, produziu esse suplemento que é o primeiro de sua história.

Aproveitem!

Mauro Zamboni
Presidente da SOPTERJ