



Desconstruindo uma linguagem críptica

Kalil Madi (UFRJ), Eduardo P. Bethlem (UNIRIO), Edson Marchiori (UFRJ), Paulo M. Valiante (UFRJ),
Antônio Ambrósio de Oliveira (UFRJ), Tizuko Miyagui (UFF), Roberto José de Lima (UFRJ)

*"The diagnosis is a system of more or less accurate guessing, in which the end point achieved is a **name**. These names applied to disease come to assume the importance of specific entities... whereas they are, for the most part, no more than insecure and therefore temporary conceptions".*

Lewis, 1944.

Não há nada mais cheio de controvérsias em Pneumologia do que o campo das doenças intersticiais difusas, onde o patologista terça rótulos e conceitos com clínicos e radiologistas, não raro ficando enrascado na floresta terminológica inicialmente plantada pelo extraordinário Averill Liebow. Só em "fibrose intersticial idiopática" produziram-se várias fornadas de rótulos e siglas (AIP, UIP, NOS - CIP $\frac{3}{4}$ agora NSIP $\frac{3}{4}$ LIP, GIP e as não menos esotéricas RBILD e BOOP), utilizadas da maneira mais colonizada pelos médicos brasileiros.

Há quem chame o assunto de "sopa de letrinhas" (McAdams e cols, 1996). Outros apelidaram os diagnósticos de "designações crípticas" (Fishman, 1978) ou de "ambíguos, imprecisos e fora da moda" (Lillington, 1981). Embora haja unanimidade quanto à inespecificidade das lesões (Raghu, 1995; Katzenstein e Myers, 1998), os rótulos são utilizados como se fossem entidades específicas e estanques. Não obstante o pioneirismo de Liebow e a competência de numerosos grupos americanos, o assunto está a requerer uma revisão e mesmo correção pelos especialistas interessados.

Por essa razão, dirigimo-nos a essa Sociedade com o fim de criar um grupo multidisciplinar que se reúna mensalmente para que (no prazo de um ano ?) possamos ter $\frac{3}{4}$ mediante nossa experiência $\frac{3}{4}$ uma posição no tocante às doenças intersticiais do pulmão. Não necessitamos nada mais do que nossos dados clínicos e de imagem, nossas lâminas e nossas mentes desarmadas. Justificamos a

necessidade de tais reuniões porque, além da confusão já antiga, tememos que deverão jogar mais lenha nessa fogueira, embora já existam esforços de simplificação sentidos no artigo de Katzenstein e Myers do ano passado. Nosso temor cresceu após o congresso internacional de Patologia (Nice, França, Out 1998) onde um grupo americano de grande prestígio na área (Colby e Leslie) ministrou um curso com seminário de lâminas desovando lá outros rótulos: "cellular bronchiolitis", "bronchiolitis obliterans with intraluminal polyps", "nonspecific interstitial pneumonia/fibrosis (NIPF)". Embora já registrado por várias publicações, a apresentação do "BOOP pattern" ao lado de "idiopathic BOOP" sacramenta a inespecificidade dessas lesões. Quanto à "bronquiolite celular", os diapositivos mostraram ser uma peribronquiolite ou bronquiolite folicular, coisa já bem estabelecida há décadas.

Mas o melhor exemplo das dificuldades que pairam sobre o assunto foi o caso 11 desse seminário que aponta claramente que nós devemos baixar a bola e passar a fazer conclusões mais **descriptivas**: "Smoking-Related Interstitial Lung Disease with some features of Respiratory Bronchiolitis Associated Interstitial Lung Disease (RBILD) and some features of Desquamative Interstitial Pneumonia (DIP)" (Colby e Leslie, 1998). Talvez a conclusão desse caso pudesse ser assim: "Pneumonia intersticial crônica leve, focal, com fibrose discreta. Alveolite macrofágica predominantemente

Doenças Intersticiais Difusas do Pulmão
Gradações/Estadiamento de Lesões

| | | |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Grupo I | <p>Fase Alterativo-exsudativa</p> <p>Espaços aéreos: colapso/hiperdistensão vicariante. Pneumócitos descamados/macrófagos/etc...</p> <p>Epitélio: necrose/membranas hialinas. Hiperplasia pneumocítica leve.</p> <p>Interstício: aumentado por edema/infiltrado mononuclear variável (alveolite mural).</p> | <p>Rótulos Tradicionais:</p> <p>DAD</p> <p>AIP</p> <p>Pneumonia a Virus</p> |
| Grupo II | <p>Fase Exsudativo-proliferativa</p> <p>Espaços aéreos: colapso em organização/pequena ectasia bronquiolo-alveolar. Pelotas mixóides (obliteração). Descamação/macrófagos.</p> <p>Epitélio: hiperplasia +++ (padrão fetal).</p> <p>Interstício: espessado por edema/proliferação fibroblástica com fibrose fina (reticulina; colágeno I<III); infiltrado mononuclear (alveolite mural).</p> | <p>DAD (Seqüela)</p> <p>AIP/UIP</p> <p>NSIP/BOOP</p> |
| Grupo III | <p>Fase Proliferativa</p> <p>Espaços aéreos: descamação (variável). Ectasia bronquiolo-alveolar (início de pulmão policístico/cavidades pequenas mais ou menos uniformes). Colapso em organização.</p> <p>Pelotas mixóides : tecido de granulação obliterando espaços aéreos ou incorporado à parede alveolar.</p> <p>Epitélio: hiperplasia +++; bronquiolização das cavidades.</p> <p>Interstício: proliferação fibroblástica. Fragmentação de fibras reticulínicas; fibras colágenas (colágeno I > III); infiltrado mononuclear escasso.</p> | <p>UIP</p> <p>BOOP</p> |
| Grupo IV | <p>Fase Cicatricial</p> <p>Espaços aéreos: alvéolos inaparentes, pulmão policístico com cavidades desiguais e grandes ("favo-de-mel"). Descamação leve</p> <p>Epitélio: hiperplasia +</p> <p>Interstício: substituição por densas áreas colágenas (fibrose compacta); infiltrado do tipo folicular</p> | <p>Fibrose Avançada</p> |

peribronquiolar. Obs.: quadro morfológico compatível com tabagismo importante".

Quanto à BOOP, que agrega de maneira inadequada uma expressão latina a duas palavras inglesas (*bronchiolitis obliterans/organizing pneumonia*), vale ressaltar que o melhor nome descritivo seria "broncoalveolite fibrosante" ou "obliterante". Aliás, o termo "organizing pneumonia" é incorreto, pois a lesão pode também ser decorrente de colapso (Katzenstein, 1985). É uma abreviação até jocosa, porém infeliz, por ser intraduzível para os pacientes. A utilização de abreviações e siglas é um mau costume dos médicos e só prejudica sua imagem junto ao público (equivale à velha letra ilegível e reforça a imagem corporativa).

Hoje, de posse da tomografia de alta resolução, os não patologistas estão vendo com grande detalhe a panorâmica das lesões e mesmo definindo padrões que a literatura anatomopatológica já descrevera. De seu lado, o patologista tem que

exercer mais do que nunca o seu papel pedagógico, de corregedor da doutrina médica. E isto se inicia pela definição dos **termos que utilizamos para descrever as lesões**. Se quisermos ser mais radicais, o processo se inicia quando os especialistas se reúnem para saber se estão **vendo a mesma coisa**. Há necessidade de nos reunirmos para trabalhar o **consenso**, obter uma **linguagem comum** e daí tentar classificar padrões ou lesões elementares. A proposta é ser o mais descritivo possível nas **conclusões diagnósticas**, deixando as **interpretações** para as observações complementares que finalizam os laudos. Rótulos **descritivos** são passíveis de modificações em reuniões conjuntas à maneira dos hepatologistas que abandonaram seus rótulos antigos (hepatite crônica ativa etc) e passaram a referir no diagnóstico os padrões lesionais (portal, periportal, lobular ou misto), a etiologia provável (quando possível), o grau de atividade (mínima, moderada, acentuada) e o estágio (sem fibrose; fibrose portal, periportal,

Sistemática para exame de biópsias pulmonares em doenças intersticiais

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Alterações Epiteliais ou do Conteúdo Bronquíolo-Alveolar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membranas hialinas, necrose alveolar/bronquiolar • Hiperplasia bronquiolar/alveolar (descamação) • Hiperplasia atípica/escamóide • Granulócitos/macrófagos • Siderose/antracose/lipídio/material proteináceo • Bronquiolite mural (epitélio/corion) • Alveolite/bronquiolite obliterante (pelotas mixóides) • Granulomas • Sincícios epiteliais/inclusões virais | |  <p>Distribuição: difusa/lobular/focal</p> | |
| <p>2. Alterações Intersticiais (septais/peribrônquicas):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infiltrado linfocitário • Infiltrado histiocitário • Infiltrado eosinofílico • Foliculos linfóides • Granulomas <p style="margin-left: 150px;">} alveolite mural</p> <ul style="list-style-type: none"> • Siderose/antracose e outros depósitos (esparsa/multifocal/multilobular) • Proliferação fibroblástica • Fibrose: retículo fino/fibras colágenas • Incorporação de tecido de granulação à parede alveolar (pelotas mixóides) • Hiperplasia muscular/fibrose vascular/vasculite • Trombose | | | |
| <p>3. Alterações do Volume das Cavidades Aéreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ectasia bronquíolo-alveolar • Cistos (lavo-de-mel)/bronquiolização • Colapso/Fibroatelectasia • Fibrose compacta/ anulação parenquimatosa | | | |
| <p>Caráter ou Predominância de Lesões</p> <p>Lesão de caráter: obstrutivo (*) bronquiolar peribronquiolar alveolar pós-atelectásico (*) pós-pneumônico (*) linfangítico subpleural etc...</p> | | | <p>Tipos especiais: descamativo granulomatoso com vasculites angiocêntrico linfomatóide com hemosiderose eosinofílico etc...</p> |

(*) Rótulos de cunho interpretativo

septal; cirrose) (Batts e Ludwig, 1995). O pulmão não foge à regra: tem um repertório mais ou menos limitado de reações comparado à grande quantidade de entidades anátomo-clínicas. Entretanto, apesar da estereotipia das lesões, os autores mantêm uma postura rígida no tocante às várias entidades, negando mesmo que lesões mais agudas possam transformar-se em doenças crônicas como, por exemplo, a NSIP (se caso fosse subclínica, não tratada) transformar-se em UIP.

Por essas razões, colocamos em anexo uma tentativa de classificar **lesões pulmonares** da maneira mais descritiva, dispostas em grupos ou graus, tendo ao lado sua "tradução" nos rótulos tradicionais. Esta classificação foi proposta no **XXII Congresso Brasileiro de Patologia**, realizado em Curitiba, em junho último. Os patologistas com massa crítica em histopatologia pulmonar - inclu-

sive argentinos - deverão, nos próximos meses, metabolizá-la na base de troca de lâminas e informações a partir de reuniões semelhantes à que estamos propondo à SOPTERJ. Além dessa classificação, que consideramos proposta preliminar a ser discutida, anexamos também uma sistemática, simplificada, para a colheita de dados pelos patologistas.

Alguns argumentariam que estamos voltando atrás e que pendências terminológicas acabariam se transformando em problemas semânticos. Concordamos em parte, pois a proposta é uma revisão e não seria de admirar se o problema se transformasse inclusive em questões epistemológicas. O que não podemos é passar a vida toda macaqueando o hemisfério norte, utilizando designações canhestras como "pneumonia intersticial comum (usual)" ou BOOP.

É mesmo intrigante o grande número de entidades clínicas intersticiais descritas para o limitado número de respostas do pulmão à agressão em contraste com o ainda mais limitado número de ações terapêuticas (*to give or not to give cortisone, that is the question...*). Portanto, mãos à obra!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Batts KP and Ludwig J. Chronic hepatitis: an update on terminology and reporting. *Am J Surg Pathol* 1995;19: 1409-1417.
- 2-Colby TV and Leslie KO. Interstitial Lung disease and Bronchiolitis, Short course # SC12 (handout). Nice, France: XXII International Congress of the International Academy of the Pathology, Oct 18-23, 1998 .
- 3-Fishman AP. UIP, DIP, and all that. *New Engl J Med* 1978; 298: 843-844.
- 4-Katzenstein A-LA. Pathogenesis of "fibrosis" in interstitial pneumonia: An electron microscopic study. *Human Pathol* 1985; 16: 1015-1024.
- 5-Katzenstein A-LA, and Myers JL. Idiopathic Pulmonary Fibrosis. Clinical Relevance of Pathologic Classification. *Am J Resp Crit Care Med* 1998; 157: 1301-1315.
- 6-Lillington GA. Ban the Boomerang. *Chest* 1981; 80: 122.
7. McAdams HP, Rosado-de-Christenson ML, Wehunt WD, and Fishback NF. The alphabet soup revisited: the chronic interstitial pneumonias in 1990s. *Radiographics* 1996; 16:1009-1033.
8. Raghu G. Interstitial lung disease: a diagnostic approach. Are CT scan and lung biopsy indicated in every patient? *Am J Resp Crit Care Med* 1995; 151: 909-914. ■

PULMÃO RJ

Revista de excelência.

Indexada

na Base de

Dados da

Lilacs - Bireme.

Atualize-se!

Correspondência:

Rua da Lapa, 120 / grupos 301 e 302
Centro - 20021-180 - Rio de Janeiro-RJ.
E-mail: sopsterj@iis.com.br

Envio de artigos, assinaturas e publicidade:

Praça XV de Novembro, 34 / 4º andar
Centro - 20010-010 - Rio de Janeiro-RJ.
E-mail: vitro@vitro.com.br

AMOXIL BD

Composição: Cada comprimido contém: amoxicilina 875 mg, excipiente q.s.p. 1 comp. Cada 5 ml de suspensão oral de 200 mg contém: amoxicilina 200 mg, veículo q.s.p. 5 ml. Cada 5 ml de suspensão oral de 400 mg contém: amoxicilina 400 mg, veículo q.s.p. 5 ml. **Indicações:** AMOXIL BD é um antibiótico de amplo espectro indicado para o tratamento de infecções bacterianas causadas por germes sensíveis à ação da amoxicilina. **Administração e dosagem:** adultos e crianças acima de 12 anos: 1 comprimido de AMOXIL BD 2 vezes ao dia. Crianças menores de 12 anos: a dose usual diária recomendada é: 25 mg/kg/dia em infecções leves e moderadas e 45 mg/kg/dia em infecções mais sérias. **Contra-indicações:** AMOXIL BD é uma penicilina e não deve ser administrado a pacientes com hipersensibilidade à penicilina. Deve-se dedicar atenção a possível sensibilidade cruzada com outros antibióticos beta-lactâmicos como as cefalosporinas. **Precauções:** O uso prolongado pode resultar em supercrescimento de microrganismos não suscetíveis. Quando o uso de antibióticos for necessário na gravidez, AMOXIL BD pode ser considerado apropriado, quando os benefícios potenciais justificarem os riscos potenciais associados ao tratamento. **Reações adversas:** Os efeitos colaterais, assim como para outras penicilinas, são incomuns e principalmente de natureza leve e transitória. As reações de hipersensibilidade podem ocorrer e o tratamento deve ser descontinuado. Náuseas, vômitos, diarreia, candidíase intestinal foram ocasionalmente observados. **Interações:** A probenecida reduz a secreção tubular da amoxicilina. Em comum com outros antibióticos, amoxicilina pode reduzir a eficácia de contraceptivos orais e as pacientes devem ser apropriadamente advertidas. **Apresentação:** AMOXIL BD comprimido de 875 mg: caixa com 2 blisters de 7 comprimidos, AMOXIL BD suspensão oral: frascos de 100 ml (200 mg e 400 mg).
VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.

SB SmithKline Beecham
Farmacêutica