

EDITORIAL

BRONCOSCOPIA

O avanço tecnológico das últimas décadas trouxe modificações para todas as áreas do conhecimento médico. Acompanhando essa tendência, a pneumologia experimentou uma evolução inédita em sua história. A capacidade diagnóstica dos exames que complementam sua prática aumentou significativamente. As imagens obtidas pelos raios X tornaram-se tridimensionais e com nível de revolução muitas vezes aumentado nos pulmões⁽¹⁾ os tubos rígidos da endoscopia transformaram-se em flexíveis, projetando imagens ampliadas em monitores de televisão⁽²⁾. O desenvolvimento de anticorpos monoclonais, as técnicas de biologia molecular e o emprego de isótopos radioativos em meios de culturas de germes permitiram a identificação mais rápida e segura de agentes infecciosos e de alterações citológicas em fases precoces do câncer brônquico^(3,4,5).

Paralelamente, o surgimento de novas doenças, a capacidade de prolongar mais a vida de pacientes graves e a evolução dos métodos terapêuticos aumentaram a necessidade de obtenção rápida e específica do diagnóstico.

Esse crescimento de demanda e a citada melhora dos meios fizeram com que os especialistas buscassem, cada vez mais, fragmentos ou detalhes anatômicos da intimidade das lesões. A especialidade tornou-se mais invasiva.

A broncoscopia, antes dominada por outras áreas da atividade médica, nesse processo, pas-

sou a desempenhar papel fundamental para os profissionais que lidam com doenças pulmonares. Os pneumologistas começaram progressivamente a realizar exames broncoscópicos e, mais recentemente, em alguns centros, até certos procedimentos toracoscópicos. Criaram-se associações e a endoscopia respiratória se firmou como especialidade.

O método, pela primeira vez utilizado por Killian no fim do século passado e aperfeiçoado no início deste por Chevalier Jackson, tornou-se de execução mais fácil com a introdução das fibras óticas por Ikeda na década de 60^(2,6,7). Foi difundido nos anos seguintes e, mais recentemente, acrescido de técnicas sofisticadas que ampliaram muitas vezes sua indicação, capacidade diagnóstica e terapêutica.

O exame broncoscópico passou a ser empregado em doenças diferentes daquelas em que era habitualmente valorizado como na pneumonia associada à ventilação mecânica e na queimadura por inalação⁽⁸⁾. Desenvolveram-se novas técnicas de diagnóstico precoce e de tratamento do câncer de pulmão utilizando substâncias fotossensíveis, laser, órteses endobrônquicas e radiações^(9,10,11,12). Cateteres com ponta insufável para o tratamento de hemoptise e métodos endoscópicos de biópsia do parênquima pulmonar e de coleta de secreções de vias aéreas distais livres de contaminantes de orofaringe foram criados^(13,14,15,16).

Tanto conhecimento acumulado obrigatoriamente merece revisão e atualização periódicas. Com esse objetivo, a SOPTERJ reuniu artigos de especialistas nacionais e estrangeiros e os publica neste número.

Esperamos que a leitura das próximas páginas seja útil não só àqueles que praticam a endoscopia respiratória, mas para todos os que se envolverem no tratamento de doenças pulmonares.

Mauro Zamboni*
Valmir Sangalli Lucas**

RERERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Lam S, Mac Aulay C, Palcic B. Detection and localization of early lung cancer by imaging techniques. *Chest* 1993; 103: 125-145.
- 2- Ikeda S. Atlas of flexible bronchofiberscopy. Tokio, Igako Soin Ltd 1974.
- 3- Tockman MS, Gupta PK, Meyers JD et al. Sensitive and specific monoclonal antibody recognition of human lung cancer antigen on preserved sputum cells; a new approach to early lung cancer detection. *J Clin Oncol* 1988; 6: 1685-1693.
- 4- Mao L, Hruban RH, Boyle JO, Tockman M, Sidransky D. Detection of oncogene mutation in sputum precedes diagnosis of lung cancer. *Cancer Res* 1994; 54: 1634-1637.
- 5- Heifets LB. Rapid automated method (Bactec System) in clinical mycobacteriology. *Semin Respir Infect* 1986; 1: 242-249.
- 6- Killian G. Meeting of the Society of Physicians of reiburg Dec 17, 1897. *München Med Wschr* 1898; 45:378.
- 7- Chevalier Jackson LP. Foreign bodies in the trachea, bronchi and esophagus. *Laryngoscope* 1905; 15: 527.
- 8- Masanès MJ, Legendre C, Lioret N, Saize R, Lebeau B. Using bronchoscopy and biopsy to diagnose early inhalation injury. *Chest* 1995; 107: 1365-1369.
- 9- Furuse K, Fukuoka M, Kato H et al. A prospective phase -II study of photodynamic therapy with photofrin II for centrally located early-stage lung cancer. *J Clin Oncol* 1993; 11: 1852-1857.
- 10- Caraliere S, Foccoli P, Tonineli C, Feijó S. ND: YAG laser therapy in lung cancer: II yer experience with 2253 appications in 1585 patients. *J. Bronchol* 1994; 1: 105-111.
- 11- Dumon J. Dedicated tracheobronchial stent. *Chest* 1990; 97: 328-332.
- 12- Macha H, Cock K, Stadler M. New technique for testing occlusive and stenosing tumours of the trachea and main bronchi: endobronchial irradiation by high dose iridium 192 - combined with laser utilization. *Thorax* 1987; 42: 511-515.
- 13- Gottlieb LS, Hisberg R. Endobronchial tamponade therapy for intractable hemoptysis *Chest* 1975; 67: 482-483.
- 14- Andresen HA. Transbronchial lung biopsy for difuse pulmonary disease: results in 939 patients. *Chest* 1978; 73: 734-737.
- 15- Klech H, Pohl W et al. Technical recommendations and guidelines for bronchoalveolar lavage (BAL). Report of the European Society of Pneumology Task Group on BAL. *Eur Respir J* 1989; 2: 561-585.
- 16- Wimberley N, Faling LS, Bartlett JG. A fiberoptic bronchoscopy technique to obtain uncontaminated lower airway secretions for bacterial culture. *Am Rev. respir Dis* 1979; 119: 337. ■

* Presidente da SOPTERJ e Secretário da Sociedade Sul-Americana de Broncologia

** Presidente do Departamento de Endoscopia Respiratória da SOPTERJ

A
SOPTERJ
está de
casa nova

O endereço da sede
própria da SOPTERJ é:

Rua da Lapa, 120 / grupos 301 e 302
Centro - 20021-180 - Rio de Janeiro-RJ.
Fax: (21) 852-3677
E-mail: sopterj@iis.com.br