

EDITORIAL

DOENÇAS PULMONARES AVANÇADAS E TRANSPLANTE PULMONAR

“We choose to go to the moon and do other things in this decade, not because they are easy but because they are hard.”

Esta frase inspiradora foi proferida por John F Kennedy em 1962 e talvez nenhum outro pensamento traduza melhor o espírito das **equipes** de saúde que se dedicam a tratar pacientes com doenças pulmonares avançadas e transplante pulmonar. São pacientes que exigem equipes motivadas e competentes e tudo que a palavra competência significa, ou seja, conhecimento, habilidade para aplicar esse conhecimento de modo a atingir o objetivo e atitude para fazer acontecer, ou seja encarar os desafios. E, como dito aqui, “o espírito das equipes” traduz a natureza do cuidado destes pacientes que é eminentemente **multidisciplinar**.

Em 29 de novembro de 1999 foi realizado o 1º transplante pulmonar no Rio de Janeiro na UFRJ e, portanto, 26 anos se passaram. Neste período, avanços ocorreram no manuseio clínico, no entendimento mecanístico e, conseqüentemente, no tratamento destes pacientes. Na doença pulmonar intersticial tivemos um melhor entendimento da doença e o surgimento dos antifibróticos, ainda que com suas limitações. Na hipertensão pulmonar vários medicamentos como os prostanóides e os remodeladores farmacológicos da vasculatura pulmonar diminuindo em muito a indicação de transplante pulmonar neste grupo. Vejam a revolução no tratamento da fibrose cística com o surgimento dos medicamentos moduladores do *CFTR*.

No transplante de pulmão, observamos a introdução efetiva na prática clínica de novos imunossupressores nestes 26 anos, como o tacrolimus, micofenolato, everolimus, basiliximabe, alentuzumabe (anti-CD52), eculizumabe (anti-C5). Hoje a maioria dos programas utilizam a combinação do tacrolimus, micofenolato e do corticoide na imunossupressão, diferente do esquema ciclosporina, azatioprina e corticoide de anos atrás. Estratégias para o manuseio de pacientes hipersensibilizados HLA como prova cruzada por

citometria de fluxo, a plataforma Luminex na tipagem HLA, plasmaférese, IvIg, micofenolato, rituximabe (anti CD20) e antiplasmócitos surgiram, aumentando as chances desses pacientes receberem um transplante salvador a tempo. As técnicas de preservação evoluíram, como a adoção de soluções de preservação extracelulares desenvolvidas especificamente para a preservação pulmonar (Perfadex), a perfusão pulmonar *ex vivo* (EVLP) como plataforma de avaliação e de tratamento dos enxertos pulmonares “marginais”, técnica esta que em determinados programas teve um enorme impacto no aproveitamento de órgãos outrora rejeitados, chegando em alguns grupos à utilização de 60% desses órgãos, como relatado pelo grupo de Toronto.

Entre os critérios para seleção de doadores, a idade é um fator restritivo. Pelos critérios de doador ideal, considera-se a idade até 55 anos. Vários trabalhos têm demonstrado resultados equivalentes com doadores mais velhos, acima dos 70 anos, quando comparados com doadores com menos de 70 anos. Recentemente foi publicado pelo grupo de Leuven na Bélgica a utilização de pulmões de um doador de 94 anos, o doador mais velho de que tenho conhecimento. Interessantemente eles avaliaram a idade biológica dos pulmões do doador medindo-se o “*telomere length*” (TL) através de técnicas de *in situ hybridization* e *Southern blot*. Neste caso em particular, verificaram que o TL deste doador era 78% da TL de um doador de 28 anos, que foi utilizado como controle. O receptor de 61 anos teve alta do CTI em 3 dias. Observem o nível fantástico de ciência, conhecimento e sofisticação que estamos testemunhando nestes últimos 26 anos.

Assim, neste número reunimos um grupo de autores experientes e tenazes, atuantes em nossas valorosas instituições, dedicados ao tratamento das doenças pulmonares avançadas e ao transplante pulmonar “não porque é fácil, mas porque é difícil”.

Aproveitem a leitura.

Carlos Henrique R Boasquevisque