Revisor A:
Trata-se de um caso clínico interessante,  bem estruturado e fundamentado,
de uma patologia pleural com uma apresentação rara . É importante para
alertar os clínicos que trabalham nesta área para os diagnósticos
diferenciais.  Caso clínico bem descrito, com imagens adequadas e
discussão bem fundamentada.

Trata-se de um caso clinico interessante, bem estruturado e fundamentado de
uma patologia pleural relativamente usual, mas com uma apresentação
atípica, alertando a comunidade cientifica para este diagnostico
diferencial.

------------------------------------------------------

------------------------------------------------------
Revisor B:

Relevância e originalidade

Artigo já previamente revisto em Julho de 2018. Os autores apresentam agora
uma segunda versão que segue a maior parte das sugestões enviadas na
primeira revisão

Título

Foi alterado mas mantem-se vago. Sugiro “Mesotelioma intraparenquimatoso
difuso: uma apresentação rara”.

**Resposta:** Título alterado conforme sugerido

Abstract

Correcto e estruturado, sugiro que descreva o tipo de envolvimento
parequimatoso de forma mais clara.

**Resposta:** alterado como sugerido “. Imagiologicamente apresentava um envolvimento intersticial extenso com marcado espessamento dos septos interlobulares e centrilobulares, associado a ténues alterações pleurais.”

Introdução

Foram introduzidas alterações que melhoraram e clarificaram o texto. No
entanto, sugiro que a frase “O envolvimento parenquimatoso ocorre em
apenas 21% dos casos e está associado a estadios mais avançados da
doença” seja mais desenvolvida, visto que é central para o caso em
questão.

**Resposta**: alterado de acordo : “ A invasão direta do parênquima pulmonar subjacente ocorre em cerca de 21% dos casos, e a disseminação linfangítica intrapulmonar em cerca de 14%, estando ambas as situações associadas a estadios mais avançados da doença. O envolvimento intraparenquimatoso sem a presença de alterações pleurais valorizáveis, é extremamente raro, com poucos casos descritos na literatura. (6)”

Caso clínico

Foram introduzidas a maior parte das alterações sugeridas, mas a estrutura
foi bastante alterada. Foi retirada a radiografia inicial que sugiro que
seja mantida. A descrição da TC continua a ser bastante sucinta – visto
que é um dos aspectos principais do caso, deve ter uma descrição mais
detalhada, incluindo a escassez de alterações pleurais (não é claro aqui
que seja escasso e inacessível a biopsia percutânea).

**Resposta:**

>>Telerradiografia do tórax foi reintroduzida “**Fig.1 –** Telerradiografia do Tórax- colapso do lobo inferior do pulmão esquerdo, e infiltrado intersticial bilateral, com maior expressão à direita.”

>>Descriçao da TC torácica foi melhorada.**- “Fig. 2-** TC torácica- diminuição do volume do pulmão esquerdo, espessamento difuso da pleura mediastínica esquerda, restante pleura sem alterações valorizáveis, pequeno derrame pleural direito e marcado espessamento dos septos interlobulares e centrilobulares”

Discussão

Discussão foi bastante melhorada e introduzidas as referências sugeridas.
Ainda assim, não é utilizada a designação mesotelioma
intraparenquimatoso difuso (por que razão?), não são dadas hipóteses
para o tipo de envolvimento (por contiguidade das lesões pleurais vs.
Infiltração linfática?), bem como detalhar os aspectos de diagnóstico
diferencial com as várias patologias intersticiais (mais uma vez refiro-me
ao artigo de Larsen et al.).

**Resposta:**

>>Foi utilizada a designação de mesotelioma intraparenquimatoso difuso.

>>O tipo de envolvimento foi especificado como infiltração do parênquima pulmonar “O resultado anátomo-patológico revelou infiltração do parênquima pulmonar por células” e por

“A invasão direta do parênquima pulmonar subjacente ocorre em cerca de 21% dos casos, e a disseminação linfangítica intrapulmonar em cerca de 14%, estando ambas as situações associadas a estadios mais avançados da doença. O envolvimento intraparenquimatoso sem a presença de alterações pleurais valorizáveis, é extremamente raro, com poucos casos descritos na literatura”

>> Os diagnósticos diferenciais foram completados de acordo com o artigo de Larsen et al.

Contudo, não foram desenvolvidos um a um, porque iria tornar o texto muito extenso e exceder o número de palavras autorizadas nas normas de publicação da acta médica portuguesa.

“Como diagnósticos diferenciais destacam-se a asbestose, a pneumonia organizativa criptogénica, a pneumonia intersticial descamativa, as metástases pleuropulmonares, e/ou a patologia infeciosa broncopulmonar. (3-5) A histologia e a imunohistoquímica são métodos diagnósticos determinantes na distinção destas patologias. (6)**”**

Bibliografia

Foram actualizadas conforme as sugestões.

Recomendação

Mantem-se a recomendação de publicação após revisão minor, conforme
sugerido.