Exmos. Editor e revisores da Acta Médica Portuguesa

Agradecemos todos os comentários ao manuscrito e esperemos conseguir dar resposta de forma adequada e o mais explícita possível.

Revisor D:  
  
REVISÃO PARA “ACTA MÉDICA PORTUGUESA”  
- “MONONUCLEOSE INFECCIOSA E HEPATITE COLESTÁTICA”  
1- Comentários de âmbito geral:  
1.1     - Há que optar pelo novo acordo ortográfico?   
1.2     – O Internato Complementar deverá ser “trocado” por Internato  
Médico.  
1.3     – Epstein-Barr não deve ser em itálico  
1.4     – Deve ser “she” e não “he” no “abstract”.  
1.5     – deve ser aminotransferase e não transaminase

Resposta: Todas as alterações sugeridas relativamente ao âmbito geral foram efetuadas.   
  
2       - Comentários de âmbito específico:

2.1     – Manuscrito com alguma importância para a prática clínica, apesar  
de não acrescentar nada de diferente à literatura existente, mas de  
referir a descrição de poucos casos.

Resposta:

A infeção pelo vírus Epstein-Barr (VEB) é muito comum e a associação com elevação das enzimas hepatocelulares é frequente, mas a colestase e ictericia são descritas em menos de 5% dos casos, sendo esta infeção muitas vezes esquecida no diagnostico diferencial. Neste contexto, o artigo pretende alertar para a possibilidade da infeção a VEB numa hepatite colestática, mesmo sem quadro clinico sugestivo de Mononucleose infecciosa (MNI).

2.2     - Na descrição do “Caso Clínico” pode ser útil o valor da  
temperatura (“febre”), a formulação da medicação, a referência à  
epidemiologia – apesar(?) da idade -, a existência ou não de “rush”  
e serologia para hepatite A – o que pode ajudar na discussão do  
diagnóstico.  
  
Resposta:

Concordamos com a importância de detalhar alguns aspetos do caso clínico que já foram adicionados no manuscrito. A temperatura era de 38ºC com 7 horas de intervalo de apirexia, a amoxicilina que fez foi em comprimido com dose de 50 mg/kg/dia (formulação adequada ao tratamento de amigdalite aguda) e ibuprofeno em comprimidos 5mg/kg/dose – 400 mg 8/8h dose adequada (5-10 mg/kg/dose). Não existia contexto epidemiológico em casa ou na escola. A doente apresentou após inicio de amoxicilina por suspeita de amigdalite aguda um exantema maculo papular que por esquecimento não foi colocado na apresentação do caso clinico e que obviamente explica à partida a suspeita de VEB como agente etiológico, não tendo sido pedidas serologias para outros virus hepatotrópicos. A seroconversão e a evolução favorável são também a favor do diagnóstico de VEB.

Revisor F:  
  
O artigo está bem redigido, e mostra um caso interessante de hepatite  
colestatica associada ao EBV em idade pediátrica(avançada). Apesar de  
menos comum, há já vários casos descritos na literatura (mais frequente/  
associados a idade jovem adulta). Poder-se-á estabelecer relação deste  
caso de Mononucleose Infeciosa colestatica com a idade da doente(maior  
proximidade à idade adulta)?

Resposta:

Em relação com a idade da doente só valorizamos porque na adolescência é mais frequente o quadro clinico da MNI que já dizemos no inicio da introdução e reforçamos na discussão. Em idades mais jovens podem ser quadros menos característicos. A colestase por infeção VEB, ao contrário da MNI, é mais frequente em adultos mais velhos com mais de 35 anos, sendo que num estudo retrospetivo mais de metade dos doentes tinha mais de 60 anos.

Penso que a discussão de outras hipoteses  
diagnósticas, dos resultados serológicos (falsos positivos/negativos), de  
factores de prognostico/evolução da doença poderia evidenciar alguma  
singularidade.

Resposta:

Quanto às outras hipóteses só discurtimos a possível hepatotoxicidade do Ibuprofeno pelo facto de ser um dos fármacos mais frequentemente implicados na hepatite tóxica e cuja apresentação habitual é de hepatite colestática. Contudo é muito raro com doses recomendadads como no osso caso clinico. As outras serologias nomeadamente para os vírus hepatotrópicos não foram efectuadas atendendo ao quadro típico de MNI com o exantema após terapêutica com amoxicilina. A evidência de seroconversão e a recuperação clinico-laboratoorial completa afastam a hipótese de falsos positivos ou outras co-infecções/co-morbilidades (défice alfa antitripsina/ autoimunidade/ Wilson etc).

Há referência à evolução favorável da doença, mas isso quer dizer  
recuperação clínica completa, em quanto tempo? Astenia e o sindrome de  
fadiga cronica ocorreram neste caso?Há alguma relação com estes casos de  
colestase?

Resposta:

A adolescente apresentou recuperação clinica completa em seis semanas sem quadro de astenia e síndrome de fadiga crónica. Nos casos de hepatite colestática associada a VEB a recuperação clinica completa é a regra como nos outros casos de hepatite a VEB, sendo a boa evolução a favor deste diagnóstico.