**Comentários dos revisores**

**Notas do editor:**

**Editor, comentário 1:**

Com o objectivo de optimizar a legibilidade do seu artigo e assim

incrementar potencialmente as citações do mesmo, recomendamos que os

conteúdos redigidos em inglês sejam revistos por um "native speaker",

tradutor qualificado ou empresa especializada em serviços de "language

polishing".

**Resposta:** Agradecemos o comentário.

**Comentários do revisor B**

**revisor B, comentário 1:**

Bom artigo de revisão. O título e resumo são adequeados. Sugiro que

clarifique apresentação típica e atípica de DHBANN, bem como os

critérios de gravidade que requerem a necessidade de avaliação analítica

e internamento.

**Resposta:** Agradecemos o comentário.

Em relação à apresentação típica e atípica de DHBANN, é abordada na “DEFINIÇÃO, ASPECTOS HISTÓRICOS E TERMINOLOGIA”: “As DHBANN incluem a erisipela e a celulite infeciosa. O quadro clássico de erisipela (DHBANN típica) caracteriza-se por um início súbito, com febre e arrepios seguido pelo aparecimento de placa eritematosa, edematosa, quente e dolorosa, de limites bem definidos e geralmente localizada a um membro inferior. A celulite infeciosa (DHBANN atípica) geralmente associa-se a um quadro clínico mais inespecífico, com ou sem febre, com placa eritematosa e quente, de limites mal definidos e dor variável (Tabela 2).”

Para melhor clarificar, adicionamos o termpo típico e atípico na tabela 2:

“

|  |  |
| --- | --- |
| ERISIPELA (DHBANN típica) | CELULITE INFECIOSA (DHBANN atípica) |

”

Em relação aos critérios de internamento, estes encontram-se sistematizados na Tabela 10 - “Dermo-hipodermites bacterianas agudas não necrotizantes (DHBANN) - Critérios de internamento“

Correções sugeridas:

**revisor B, comentário 2:**

“in the atypical presentations”- abstract

**Resposta:** Agradecemos e aceitamos o comentário. Alteramos o texto em conformidade.

“In the atypical presentations erysipelas must be distinguished from necrotizing fasciitis and acute vein thrombosis. Flucloxacillin and cefradine remain the first line of treatment.”

**revisor B, comentário 3:**

“As DHBANN apresentam uma etiologia infeciosa previsível, sendo

causadas maioriatariamente por cocos gram-positivos (estreptococos e estafilococos).

**Resposta:** Agradecemos e aceitamos o comentário. Alteramos o texto em conformidade.

“As DHBANN apresentam uma etiologia infeciosa previsível, sendo

causadas maioriatariamente por cocos gram-positivos (estreptococos e estafilococos).

**revisor B, comentário 4:**

“sendo preferível “infeção dermo-hipodérmica” ou dermohipodermite

.

**Resposta:** Agradecemos e aceitamos o comentário. Alteramos o texto em conformidade.

“No contexto específico das infeções bacterianas da pele, o termo celulite tem vindo a ser abandonado pelos dermatologistas, sendo preferível “infeção dermo-hipodérmica” ou dermohipodermite.”

**revisor B, comentário 5:**

“As DHBANN incluem a erisipela e a celulite infeciosa. O quadro clássico

de erisipela (DHBANN típica) caracteriza-se por um início súbito, com

febre e arrepios seguido pelo aparecimento de placa eritematosa, edematosa,

quente e dolorosa, de limites bem definidos e geralmente localizada a um

membro inferior. A celulite infeciosa (DHBANN atípica) geralmente

associa-se a um quadro clínico mais inespecífico, com ou sem febre, com

placa eritematosa e quente, de limites mal definidos e dor variável (Tabela

2).”- Este parágrafo contrapõe erisipela vs celulite, expressando que

erisipela tem uma apresentação típica e a celulite uma apresentação

atípica, esta assunção parece-me discutível, não tem qualquer

menção a referência bibliográfica, e além disso não asume que a

diferença clínica é muitas vezes pouco clara, apesar de no parágrafo

seguinte já referir essa questão. Parece-me que se deveria sim diferenciar

entre quadros típicos de celulite e erisipela vs. quadros atípicos . Na

tabela 2 poderia mencionar alguns exemplos de complicações locais.

As DHBANN são uma patologia frequente. A taxa de incidência varia entre

0,2/1000 a 24.6/1000 pessoas-ANO.

**Resposta:** Agradecemos o comentário, contudo mantemos o texto original, uma vez que o quadro típico de uma erisipela permite o diagnostico clínico com segurança e na maioria das vezes sem necessidade de exames adicionais, daí a utilização do termo típico. A celulite infeciosa apresenta muito maior variabilidade clínica daí que se tenha escolhido o termo dermo-hipodermite bacteriana aguda atípica.

Em relação à tabela 2, agradecemos o comentário e alteramos o texto em conformidade.

“Complicações locais frequentes (por exemplo abcesso)”

**revisor B, comentário 6:**

“Agentes etiológicos incomuns incluem Streptococcus pneumoniae,

Haemophilus influenzae, outros ? bacilos gram negativos e anaeróbios.”-

Haemophilus é gram negativo.

**Resposta:** Agradecemos o comentário, contudo mantemos o texto original, uma vez que o Haemophilus influenzae é um cocobacilo gram negativo.

**revisor B, comentário 7:**

“Recentemente foi descrita uma variante clínica de erisipela dos membros

inferiores – erisipela hemorrágica – caracterizada pela presença de

intenso eritema, aspeto equimótico acentuado e bolhas hemorrágicas.37,38-

existem artigos na pubmed desde 1990.

**Resposta:** Agradecemos o comentário e alteramos o texto em conformidade.

“Está também descrita uma variante clínica de erisipela dos membros inferiores – erisipela hemorrágica – caracterizada pela presença de intenso eritema, aspeto equimótico acentuado e bolhas hemorrágicas”

**revisor B, comentário 8:**

“Num estudo americano recente, 31% dos doentes admitidos no serviço de

urgência diagnosticados com DHBANN do membro inferior estavam

mal-diagnosticados e 92% iniciou antibioterapia desnecessariamente. (7) Do

ponto de vista prático são essencialmente três os diagnósticos

diferenciais a considerar durante a avaliação inicial destes doentes: a

fasceíte necrotizante e a trombose venosa profunda, pelas suas importantes

implicações terapêuticas; a dermite de contacto, dada a sua elevada

incidência na população geral.” e a dermite de contacto

**Resposta:** Agradecemos o comentário e alteramos o texto em conformidade.

“Do ponto de vista prático são essencialmente três os diagnósticos diferenciais a considerar durante a avaliação inicial destes doentes: a fasceíte necrotizante e a trombose venosa profunda, pelas suas importantes implicações terapêuticas; e a dermite de contacto, dada a sua elevada incidência na população geral.”

**revisor B, comentário 9:**

A história clínica sugestiva, com o aparecimento das lesões após a

aplicação local de um tópico suspeito é muito importante no diagnóstico

diferencial entre dermatite de contacto e DHBANN.- Parece-me que poderia ser

alterada a frase excluíndo a preposição “após”, que pode induzir em

erro que a DCA é de manifestação imediata- Ex: “aparecimento das

lesões no local de aplicação de um tópico suspeito é muito

importante”

**Resposta:** Agradecemos o comentário e alteramos o texto em conformidade.

“A história clínica sugestiva, com o aparecimento das lesões no local de aplicação de um tópico suspeito é muito importante no diagnóstico diferencial entre dermatite de contacto e DHBANN”

**revisor B, comentário 10:**

“Perante um quadro atípico de DHBANN com atingimento sistémico (febre,

hipotensão, taquicardia) é importante considerar os diagnósticos

diferenciais, e existe indicação para colher hemoculturas e realizar

hemograma e bioquímica (função renal e ionograma, creatina fosfocínase,

proteína C reativa e lactato). A presença de leucocitose importante,

hiponatrémia e elevação da creatina cínase aumenta o risco de fasceíte

necrotizante.” -Parece-me que neste caso induz confusão, e orienta para

não realizar avaliação analitica em casos típicos com envolvimento

sistémico. Por exemplo: um doente com apresentação típica e hipotensão.

Será importante avaliar analiticamente.

**Resposta:** Agradecemos o comentário e alteramos o texto em conformidade.

“Perante um quadro de DHBANN com atingimento sistémico (febre, hipotensão, taquicardia) é importante a realização de hemoculturas, hemograma e bioquímica (função renal e ionograma, creatina fosfocinase, proteína C reativa e lactato) para diagnosticar disfunções orgânicas e considerar os diagnósticos diferenciais. A presença de leucocitose importante, hiponatremia e elevação da creatina fosfocinase aumenta o risco de fasceíte necrotizante.”

**revisor B, comentário 11:**

“As amostras de aspirados por agulha são positivas em apenas 10% dos

casos, não estando indicadas.53 Culturas de amostras de pele obtidas por

biópsia são positivas em cerca de 20 a 33%.14,54,55- E as culturas de

amostras de pele obtidas por bioópsia estão indicadas?

**Resposta:** Agradecemos o comentário, contudo mantemos o texto original, uma vez que poderão estar indicadas culturas de amostras de pele mediante o microorganismo que poderá estar envolvido (informação sistematizada na tabela 4).

**revisor B, comentário 12:**

Padronização: alergénio vs alergéneos

**Resposta:** Agradecemos o comentário e alteramos o texto em conformidade.

“A primeira resulta da ativação do sistema imunitário inato pelo efeito citotóxico direto, enquanto que a segunda resulta de uma reação de hipersensibilidade retardada mediada por células T após contacto com o alergéneo”

“Estes testes devem ser efetuados após a fase aguda, utilizando alergéneos padronizados e os medicamentos suspeitos.”

**revisor B, comentário 13:**

Nesta forma por vezes existe apenas uma resposta parcial após instituição

de antibioterapia adequada, com observações clínicas recentes 38 a

demonstrarem o benefício de corticoterapia sistémica em esquema adjuvante

(prednisona 0,5 mg/kg/dia com redução rápida num total de oito dias).-

suprimir recentes?

**Resposta:** Agradecemos o comentário e alteramos o texto em conformidade.

“Nesta forma por vezes existe apenas uma resposta parcial após instituição de antibioterapia adequada, com observações clínicas 38 a demonstrarem o benefício de corticoterapia sistémica em esquema adjuvante (prednisona 0,5 mg/kg/dia com redução rápida num total de oito dias).”