Em relação aos comentários e questionamentos sobre o relato de caso Panbronquiolite difusa em paciente do nordeste brasileiro sem ascendência asiática, agradecemos as sugestões e enviamos abaixo as respostas.

1. Concordamos com a sugestão.
2. Introduzimos os dados epidemiológicos disponíveis na literatura.
   1. Acrescentamos no texto.

3.2. Embora a observação seja correta, há outros casos na literatura de aparecimento dos sintomas na vida adulta.

3.3. Substituímos no texto.

3.4. Introduzimos no texto.

3.5. Acrescentamos no texto.

3.6. Acrescentamos no texto.

3.7 Foram avaliados dispneia, número de exacerbações com necessidade de internação e prova de função pulmonar após 12 meses de tratamento. Acrescentamos no texto.

3.8. Sim, acrescentamos no texto.

3.9. Foram realizados e são importantes no diagnóstico diferencial. Acrescentamos no texto.

3.10. Deficiência global de imunoglobulinas e síndrome da imunodeficiência adquirida, que eram as que estavam disponíveis em nosso serviço.

4.1. Não há descrição na literatura de caso com apresentação radiológica semelhante ao caso em questão, o que nos chamou também atenção como um padrão radiológico atípico.

4.2. Nos países de baixa prevalência da doença, como o quadro clínico pode ser confundido com outras condições, a biópsia pulmonar se faz necessária (vide discussão). Como uma das principais características histopatológicas da panbronquiolite difusa é a presença de macrófagos xantomatosos na parede bronquiolar, a imunohistoquimica é importante na melhor identificação desta célula e de outras que tem papel patogênico, a exemplo dos linfócitos, acrescentando assim algo de fato no diagnóstico.