**Resposta aos Revisores:**

Agradecemos todos os comentários realizados, bem como a sua pertinência, pois após revisão dos mesmos vemos melhorada a qualidade do nosso trabalho.

Seguem-se as respostas, devidamente identificadas.

**Editor:**

Corrigidas referências bibliográficas de acordo com normas propostas e enviadas imagens sem edição, no formato solicitado.

**Revisor B Comentário 1: De acordo com a classificação da OMS o hidradenocarcinoma é a contrapartidada maligna de hidradenoma e pode apresentar diferenciação écrina ou apócrina: clarificar.**

Resposta: De acordo com a classificação da OMS o hidradenocarcinoma é a  
contrapartidada maligna de hidradenoma e pode apresentar diferenciação  
écrina ou apócrina – clarificado.

**Revisor B Comentário 2: Embora com aparente maior frequência na face e nas extremidades, o hidradenocarcinoma pode ocorrer em qualquer área da pele (OMS): clarificar.**

Resposta: O hidradenocarcinoma do escroto pode aparecer em qualquer área, localizando-se mais frequentemente nas regiões palmar, plantar, frontal, axilar e nuca – clarificado de acordo com OMS.

**Revisor B Comentário 3: Aconselha-se a inclusão do(s) anátomo-patologista(s)  
responsável pelo diagnóstico, particularmente num caso com primário  
revisto após diagnóstico de malignidade (na metástase ganglionar).**

Resposta: Foi incluído o nome da anatomopatologista (Dra. Joaninha Costa Rosa) na secção dos Agradecimentos.

**Revisor B Comentário 4: Descrever, de acordo com a OMS, quais os critérios de  
malignidade presentes/ausentes no tumor escrotal primário (pseudobenigno?  
tumor de potencial maligno incerto?).**

Resposta: De acordo com a OMS, ambos os tumores apresentavam tecido com características de benignidade - arquitectura mantida, citoplasma claro, por vezes eosinófilo e ausência de áreas de necrose. Embora, em anatomia-patológica, não se utilize a nomenclatura pseudomaligno/pseudobenigno, poder-se-á dizer que o hidradenocarcinoma apresenta potencial de malignidade incerto.

**Revisor B Comentário 5: O ponto 4 é muito importante para clarificar o parágrafo da  
discussão em que se aborda “pitfalls” em casos como o que se descreve.  
Incluir, nas referências, e discutir o caso descrito por Hernández-Pérez  
et al (J AM ACAD DERMATOL 12:15-20, 1985).**

Resposta: No seguimento da resposta ao comentário 4, em 1985 quando Hernández-Perez et al descreveram os casos de hidradenocarcinoma, uma das questões colocadas na discussão era se o hidradenocarcinoma poderia ser considerado uma ‘pseudomalignidade’, pois por vezes tem aparência histológica inocente com comportamento biológico agressivo, outras histologicamente perturbador mas com comportamento biológico indolente. Os pitfalls da classificação histológica devem-se a esta complexidade e dificuldade em por vezes distinguir entre malignidade e benignidade em lesões que, de acordo com a OMS, podem apresentar características morfológicas sobreponíveis.

**Revisor B Comentário 6: Na sequência da descrição do “caso clínico” percebe-se  
mal em que critérios se basearam para o diagnóstico de “metástase de  
hidradenocarcinoma”. Clarificar e especificar diagnósticos diferenciais  
neste contexto.**

Resposta: O diagnóstico de metástase de hidradenocarcinoma foi feito após ter sido pedida revisão histológica do tecido do escroto previamente excisado e que tinha sido classificado como adenoma sebáceo. Após a confirmação de que tanto a lesão escrotal inicial como a adenopatia apresentavam células tumorais com as mesmas características, assumiu-se metastização ganglionar de hidradenocarcinoma do escroto.

O diagnóstico diferencial de hidradenocarcinoma inclui tumores da pele e anexos cutâneos benignos e malignos, metástases de tumores cutâneos noutra localização ou de tumores de células claras (rim, pulmão e tiróide).

**Revisor B Comentário 7: Também se percebe mal o sentido da frase “admitiu-se  
metastização ganglionar de…” após “revisão da lâmina do  
tecido…”: clarificar.**

Resposta: A frase foi alterada para ‘Foi pedida revisão histológica do tecido do nódulo do escroto previamente excisado cujo diagnóstico foi corrigido para hidradenocarcinoma.’  
  
  
**Revisor B Comentário 8: Não estão descritos os procedimentos de estadiamento realizados aquando da “discussão multidisciplinar” nem os que eventualmente têm  
sido realizados durante o “follow-up de 4 anos”: especificar.**

Resposta: Após discussão multidisciplinar (Medicina Interna, Cirurgia Geral, Dermatologia e Anatomia-Patológica) realizou-se PET-SCAN que excluiu metastização à distância. O follow-up de 4 anos inclui anamnese/exame objectivo semestrais e realização de tomografia computorizada toraco-abdomino-pélvica anual.

**Revisor B Comentário 9: Usar a classificação TNM da AJCC (2017) que se aplica a  
adenocarcinomas das glândulas sudoríperas.**

Resposta: A classificação da AJCC de 2017, na secção ‘Pele’, apenas faz referência a neoplasias das Células de Merkel e melanoma. Além disso, mantivemos a classificação TNM de acordo com a sétima edição (se concordar) uma vez que no site da AJCC está indicado continuar a utilizar-se a sétima edição para classificar os novos diagnósticos até 31 de Dezembro de 2017.

‘All newly diagnosed cases through December 31st, 2017 should be staged with the 7th edition.  The time extension will allow all partners to develop and update protocols and guidelines and for software vendors to develop, test, and deploy their products in time for the data collection and implementation of the 8th edition in 2018.’

**Revisor B Comentário 10: Há descrição de resultados de estudo imuno-histoquímico (IH) na discussão. Apresentar os resultados do estudo IH na descrição do “caso  
clínico” (porque não usar “descrição do caso”?).**

Resposta: Foram incluídos os dados de imunohistoquímica na descrição do caso - ; positividade com CK7 e EMA e negatividade com PS100, CD10, PLAP, inibina e vimentina.

Utilizámos ‘caso clínico’ pois é o que vem indicado nas normas de submissão da Acta Médica Portuguesa.

**Revisor B Comentário 11: Incluir na discussão o trabalho de Avraham JB et al (J Surg Oncol 108: 57–62, 2013) que aborda a sobrevida após ressecção de carcinomas  
dos anexos cutâneos, e inclui designadamente dados epidemiológicos sobre  
hidradenocarcinomas.**

Resposta: O trabalho de Avraham JB et al foi incluído, que refere que o hidradenocarcinoma apresenta 70% de recorrência local, 60% de metastização à distância e sobrevida aos 5 anos de 74%.

**Revisor B Comentário 12: Incluir e discutir o trabalho de Shah BK et al (Onkologie  
33:701–703, 2010).**

Resposta: O trabalho de Shah BK et al foi incluído e comparado com o nosso, que difere do primeiro onde o diagnóstico de hidradenocarcinoma foi realizado no nódulo do escroto, seguido de esvaziamento ganglionar que revelou a presença de neoplasia. O seguimento do doente foi semelhante ao nosso.4

**Revisor C:** Extensão: Tirando alguns aspectos redundantes que se impõem durante as  
diferentes partes do manuscrito não me parece que deve ser alterado.

Resposta: Pensamos que com a revisão realizada, foram melhorados os aspectos referidos.