

Estimados revisores, lo primero, y de parte de todos los autores, agradecer su trabajo y esfuerzo en la evaluación de nuestro manuscrito.

A continuación, se exponen todas las indicaciones solicitadas por los revisores y su consiguiente respuesta. Estos cambios han sido resaltados en amarillo en otro documento adjunto.

Revisor/a A:

¿Cuál fue el estadio clínico (hace 15 años) del cáncer de vulva de la paciente?

La paciente fue diagnosticada de un Carcinoma de vulva estadio IIIA. Este dato ha sido aclarado en el texto.

¿Por qué se le realizó una vulvectomía simple con linfadenectomía bilateral?

Durante el diagnóstico del cáncer de vulva hace 15 años, la paciente presentaba una adenopatía palpable (aproximadamente de 1 cm) en la zona inguinal izquierda. Debido a este hecho, se decidió realizar una linfadenectomía inguinal bilateral de entrada.

Estos datos no se han mostrado en el artículo ya que los autores han querido adaptarse a la extensión solicitada para los tipos de artículos "Imágenes Médicas". La idea de los autores de este trabajo era, a través de imágenes muy visuales, hacer un recuerdo de la patología ginecológica que muchas veces es olvidada en la mujer postmenopáusica. Para ello, pensamos que el mejor formato que se adapta a nuestra idea de publicación era "Imágenes en Medicina".

¿Se tiene informe de los ganglios de aquella cirugía?

En informe anatomopatológico de la linfadenectomía informó de metástasis de una única adenopatía (1 de 7) de ingle izquierda e ingle derecha exenta de patología tumoral.

Este dato ha sido aclarado en el texto.

Se debe hacer hincapié no en el cáncer de vulva en sí, sino en la recidiva de cáncer de vulva. Y describir un poco el tratamiento + adyuvancia recibido hace 15 años.

Se ha revisado y reestructurado todo el contenido del texto para hacer un mayor hincapié en la recidiva del cáncer de vulva. Por otro lado, se ha intentado exponer de una forma más clara el tratamiento recibido.

¿Se hizo estudio de RMN previo a la nueva cirugía?

Previo a la segunda cirugía, se realizó un estudio de extensión mediante un PET-TAC y RM de pelvis que informaron de recidiva tumoral en lecho de vulvectomía, sin evidencia metabólica de diseminación ganglionar o a distancia.

Este dato ha sido aclarado en el texto.

¿El manejo fue exclusivo de ginecología, gineco-oncología, urología? ¿Hubo manejo multidisciplinario?

El caso de la paciente fue presentado en el comité de tumores ginecológicos de nuestro hospital, el cuál está conformado por ginecólogos oncólogos, cirujanos generales, urólogos, oncólogos médicos, oncólogos radioterápicos y anatomopatólogos especializados en patología ginecológica. Se decidió realizar una cirugía conjunta mediante ginecología y urología, con posterior reparación por cirugía plástica.

Este dato ha sido aclarado en el texto.

Queda pendiente describir la evolución de la paciente, la función de micción y los hallazgos de la patología de la nueva cirugía.

El informe anatomopatológico de la segunda cirugía habla de un CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS BIEN DIFERENCIADO E INFILTRANTE, que mide 104 mm de diámetro máximo y de 9 mm de espesor, con límites de resección libres.

Evolución clínica: Tras tres meses de la cirugía la paciente no ha presentado ningún signo de recidiva, pero presenta incontinencia urinaria.

Estos datos han sido aclarados en el texto.

De nuevo, muchas gracias por su trabajo.