



KEEP CALM
AND
MAKE
THE
DIAGNOSIS



19/09/2016
EXITUS



19/09/2016 EXITUS

Metástasis hepáticas

Lesión en vulva de probable origen tumoral

Carcinomatosis peritoneal

Insuficiencia respiratoria aguda

Insuficiencia renal aguda prerenal

17/09/2016
INGRESO MIN

19/09/2016
EXITUS

NEO VULVA



Mujer 83 años

Antecedentes médicos

HTA, DM tipo 2, DL

TEP 2014

Insuficiencia cardíaca congestiva

Enf. Parkinson estadio 4

Hipovitaminosis B12

Colelitiasis

Antecedentes Quirúrgicas

- Histerectomía total + doble anexectomía

- Fx. pertrocantérea derecha mayo 2014

- Apendicectomía derecha mayo 2014

- Colectomía abierta junio 2015

Tratamiento

SIMVASTATINA, SINTROM, SEGURIL ,QUETIAPINA, RIVASTIGMINA, SINEMET,
LACTULOSA, PARACETAMOL, OPTOVITE B12, PANFUNGOL

Situación basal

Vida cama- sillón (fx. pertrocantérea mayo 2014)

Silla de ruedas

No deterioro cognitivo

Institucionalizada. Muy buen apoyo familiar

17/09/2016 INGRESO MIN

Somnolencia progresiva

Encamamiento total

Disnea

Aumento de edemas en mmii, ahora sólo en **MII**

Picos febriles

Molestias en **región vulvar**

17/09/2016 INGRESO MIN

Estuporosa, respuesta al dolor.

Sequedad mucosas, palidez cutánea.

PA 74/48, Fc 52, Afebril, FR 28 rpm, sat. 91% FiO2 100%

AC rítmica. AP mvc mínimos **crepitantes** en bases.

Abd **masa dura, móvil**, no fija a planos profundos en flanco derecho y dolorosa a la palpación, cicatriz de cirugía previa.

MMII Edema con fovea hasta raíz de **MII**

Genital **Lesión ulcerada** en labio mayor izquierdo vulva.

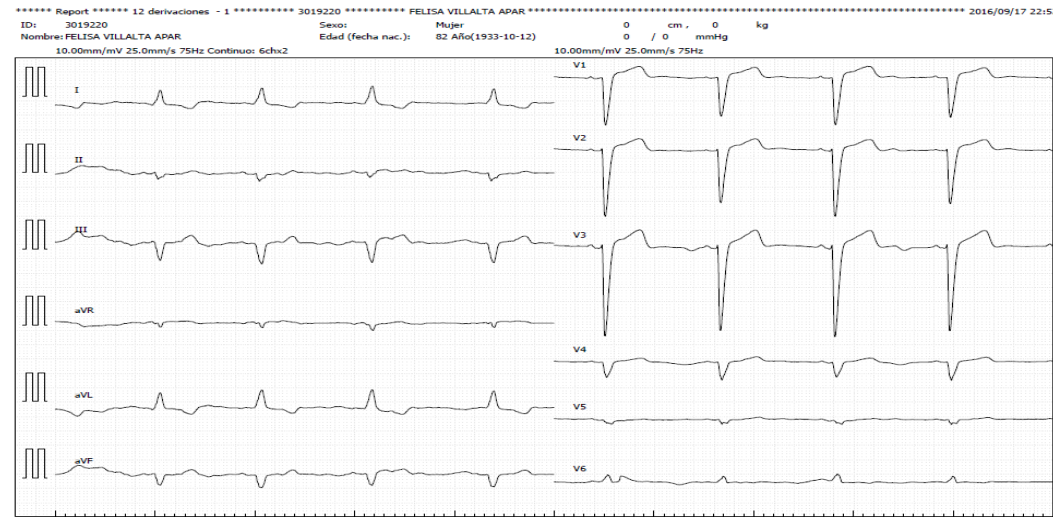
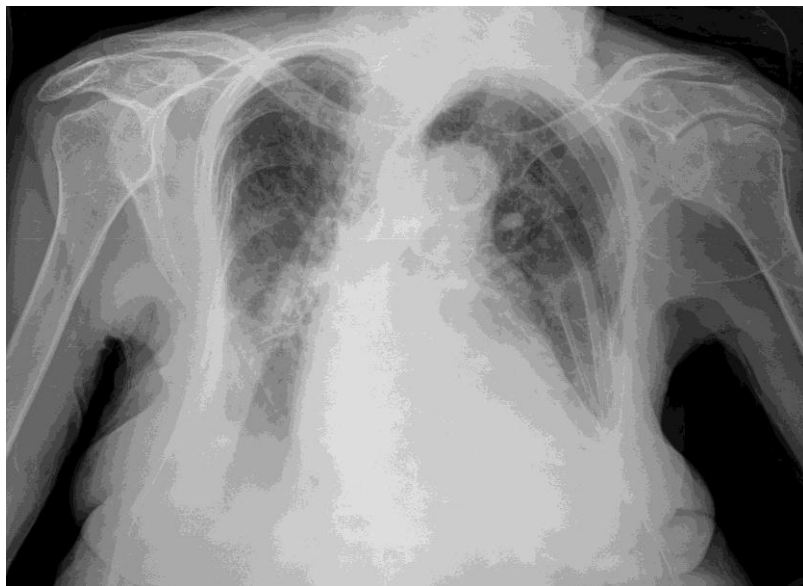
ANALITICA **Leucocitos 11.400, Neutrófilos 9.400**, Linfocitos 1000, Plaquetas 116,000, hemostasia alterada, Urea 144.5, Creatinina 1.50, **PCR 11,2**
GSA alcalosis mixta, pH 7.5, pCO2 32, pO2 62, HCO3a 25, O2SAT 93.2, Lactato 2.8
ECG RS 50 lpm, eje -30°, BCRIHH

RX TORAX

Derrame pleural bilateral

Cardiomegalia global

Hilios prominentes de aspecto vascular



ECOGRAFÍA ABDOMINAL

Hepatomegalia contornos polilobulados con **múltiples imágenes de LOEs**

Líquido libre en cavidad abdomino

pélvica. **Asas** intestinales algunas

aperistálticas, de contornos irregulares y paredes engrosadas. Derrame pleural bilateral

17/09/2016 INGRESO EN MIN

Insuficiencia cardíaca congestiva descompensada

Insuficiencia respiratoria

INSUFICIENCIA CARDÍACA

Definición

European Heart Journal Advance Access published May 20, 2016



European Heart Journal
doi:10.1093/eurheartj/ehw128

ESC GUIDELINES

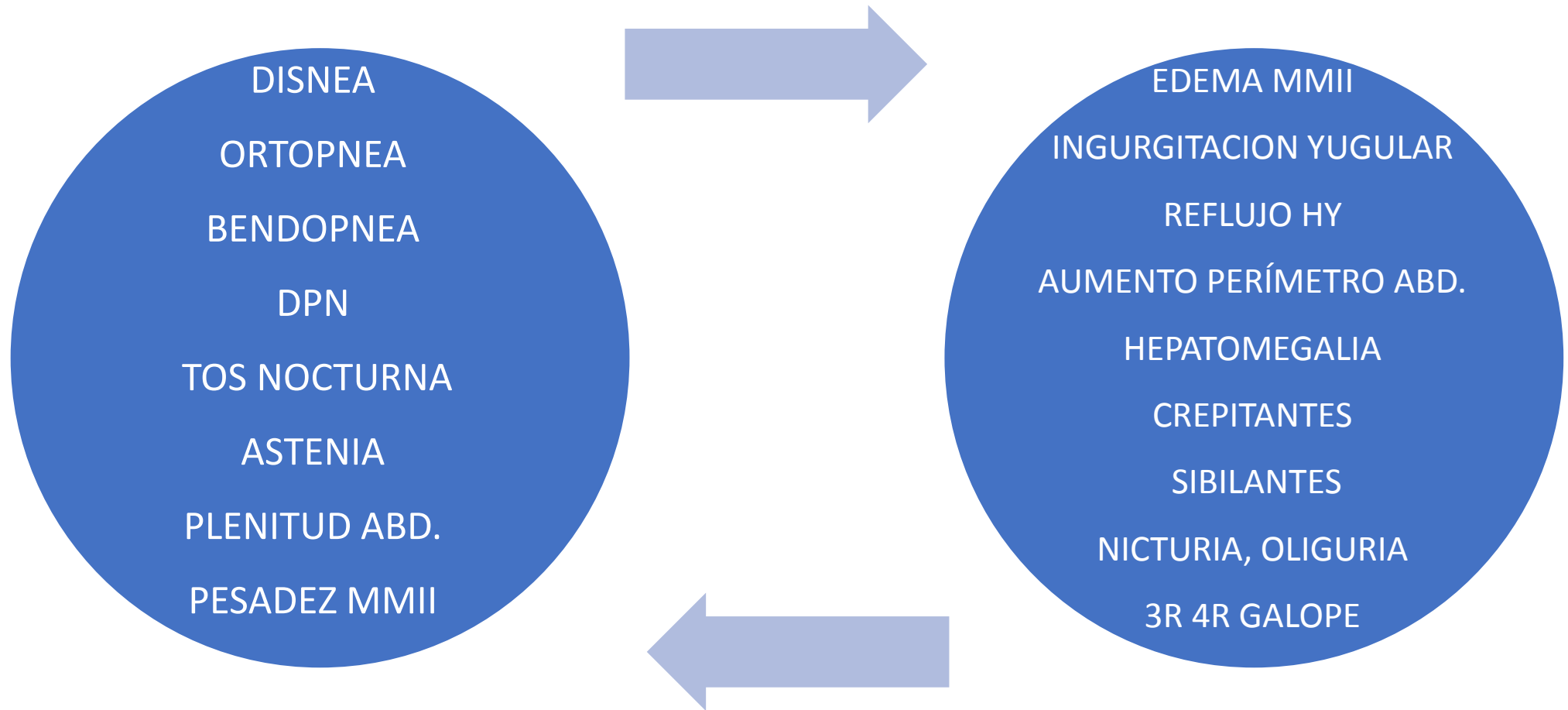
2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC)

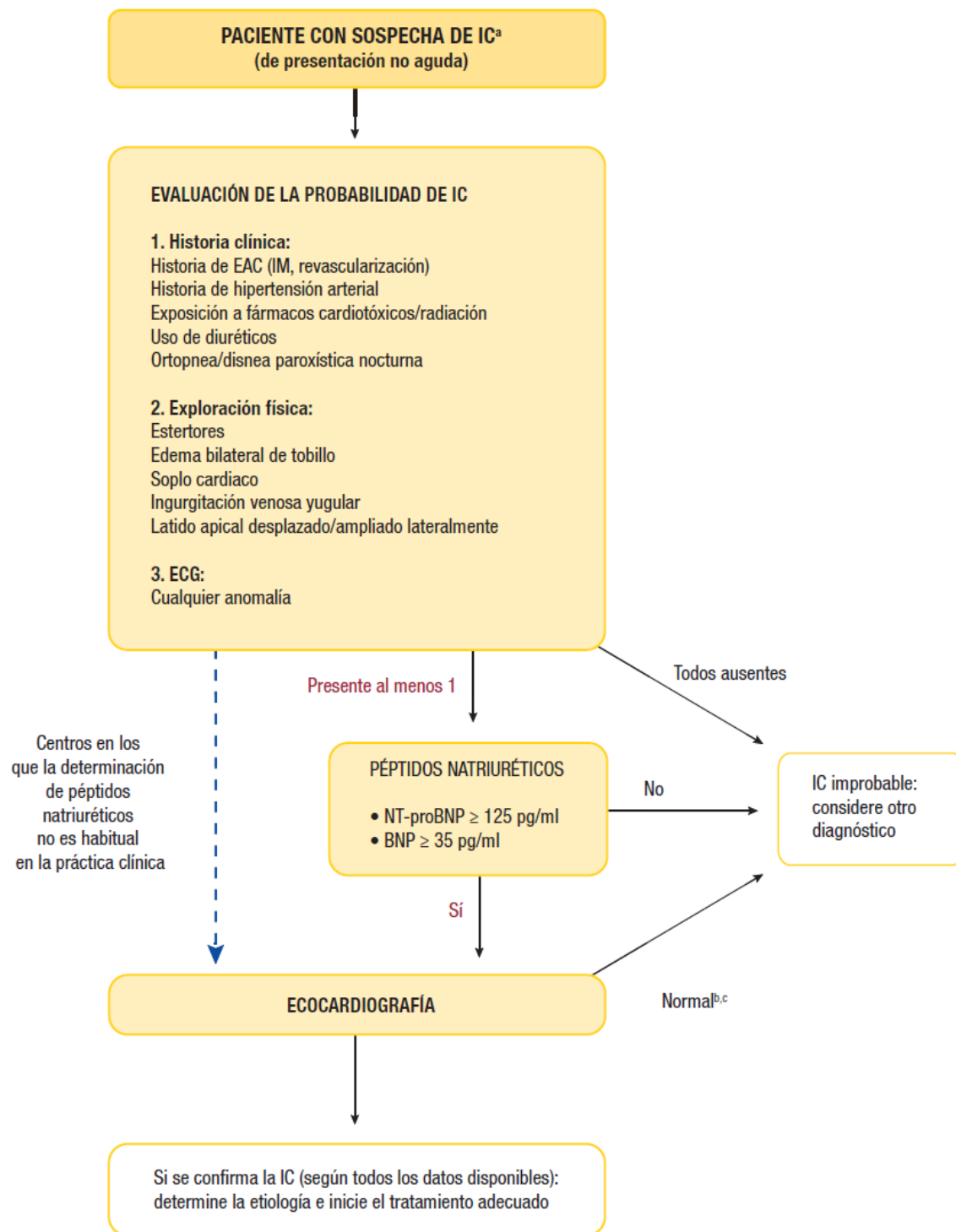
Tabla 3.1
Definición de la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección conservada, en rango medio y reducida

Tipo de IC		IC-FEr	IC-FEm	IC-FEc
CRITERIOS	1	Síntomas ± signos ^a	Síntomas ± signos ^a	Síntomas ± signos ^a
	2	FEVI < 40%	FEVI 40–49%	FEVI ≥ 50%
	3	—	• Péptidos natriuréticos elevados^b • Al menos un criterio adicional: 1. Enfermedad estructural cardiaca relevante (HVI o DAi), 2. Disfunción diastólica (véase la sección 4.3.2).	• Péptidos natriuréticos elevados^b • Al menos un criterio adicional: 1. Enfermedad estructural cardiaca relevante (HVI o DAi), 2. Disfunción diastólica (véase la sección 4.3.2).

Clínica

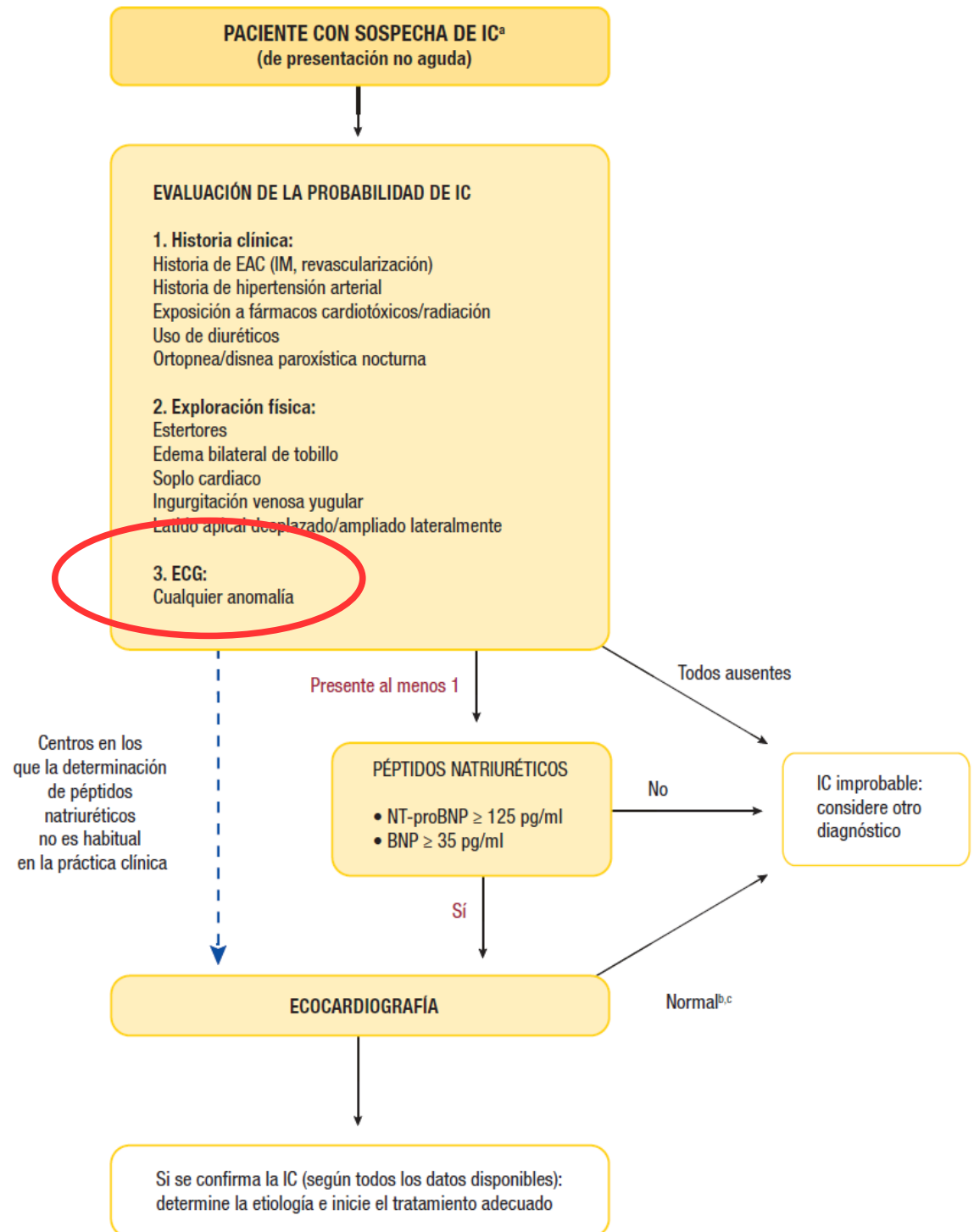


Diagnóstico

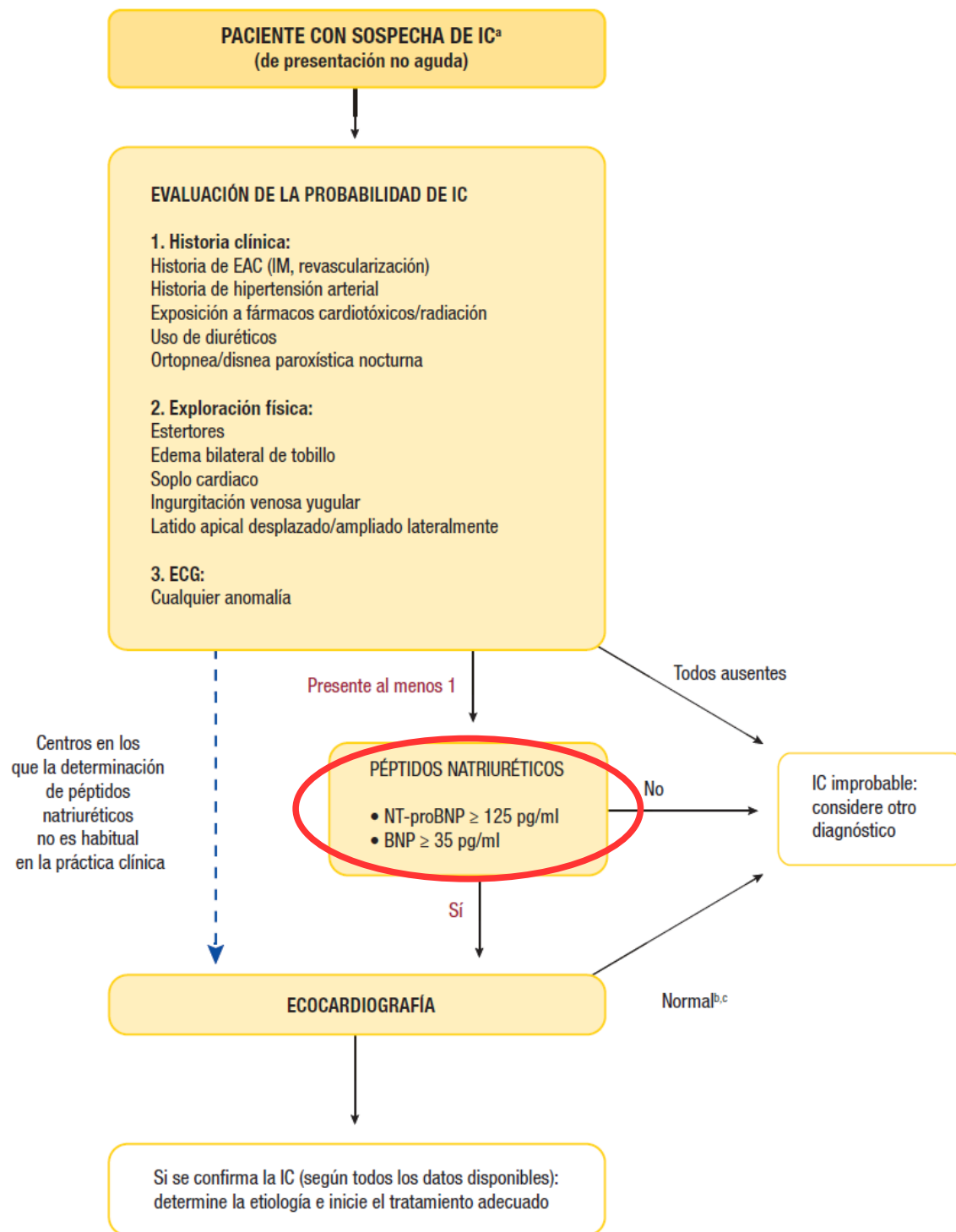


Diagnóstico

- ECG normal
prácticamente puede
descartar IC (<10%)



Diagnóstico



Diagnóstico

- El diagnóstico de IC nunca se basara exclusivamente en los péptidos natriuréticos
- Valores intermedios no excluyen ni confirman el diagnóstico
- Puntos de corte superiores en ancianos con comorbilidades

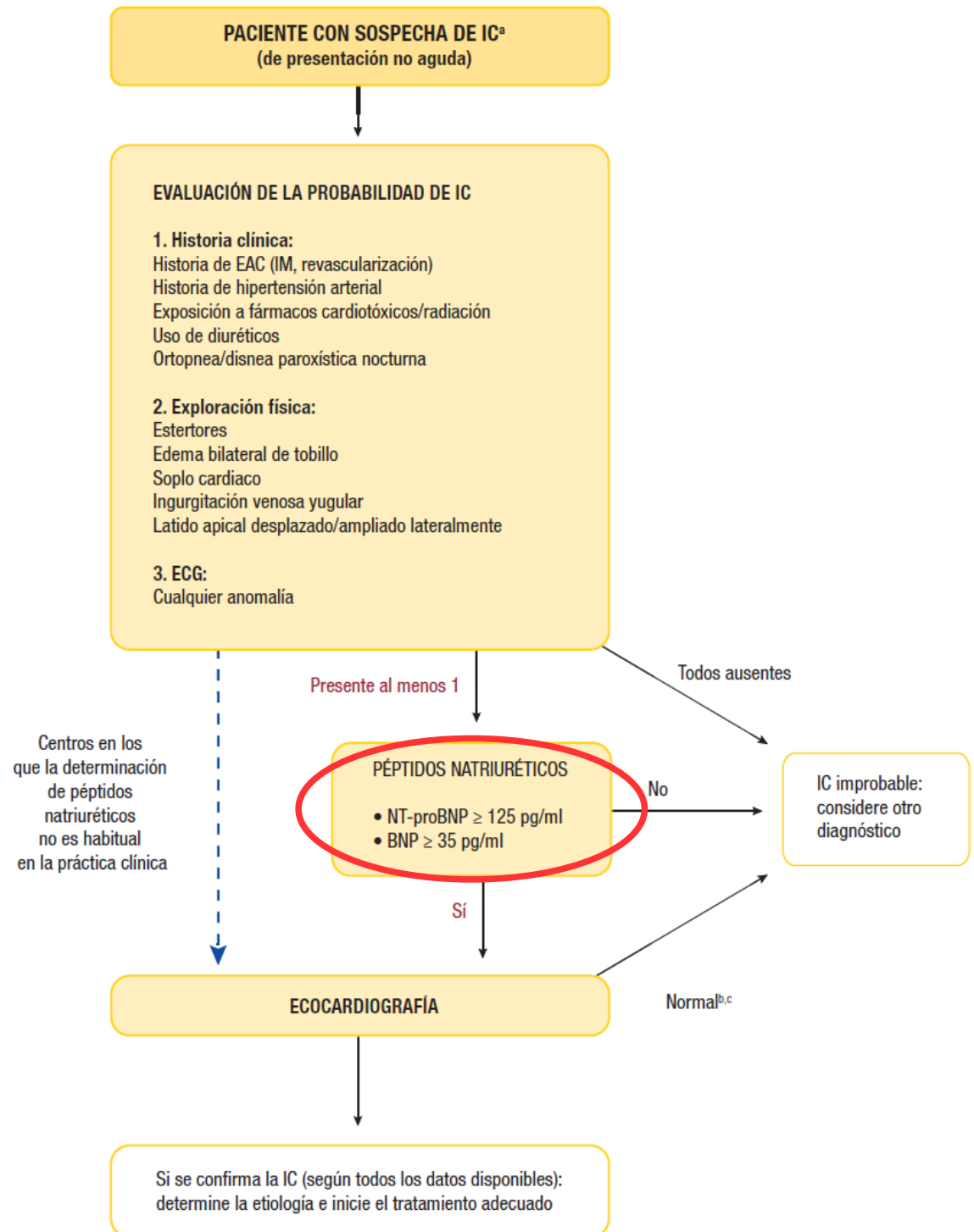
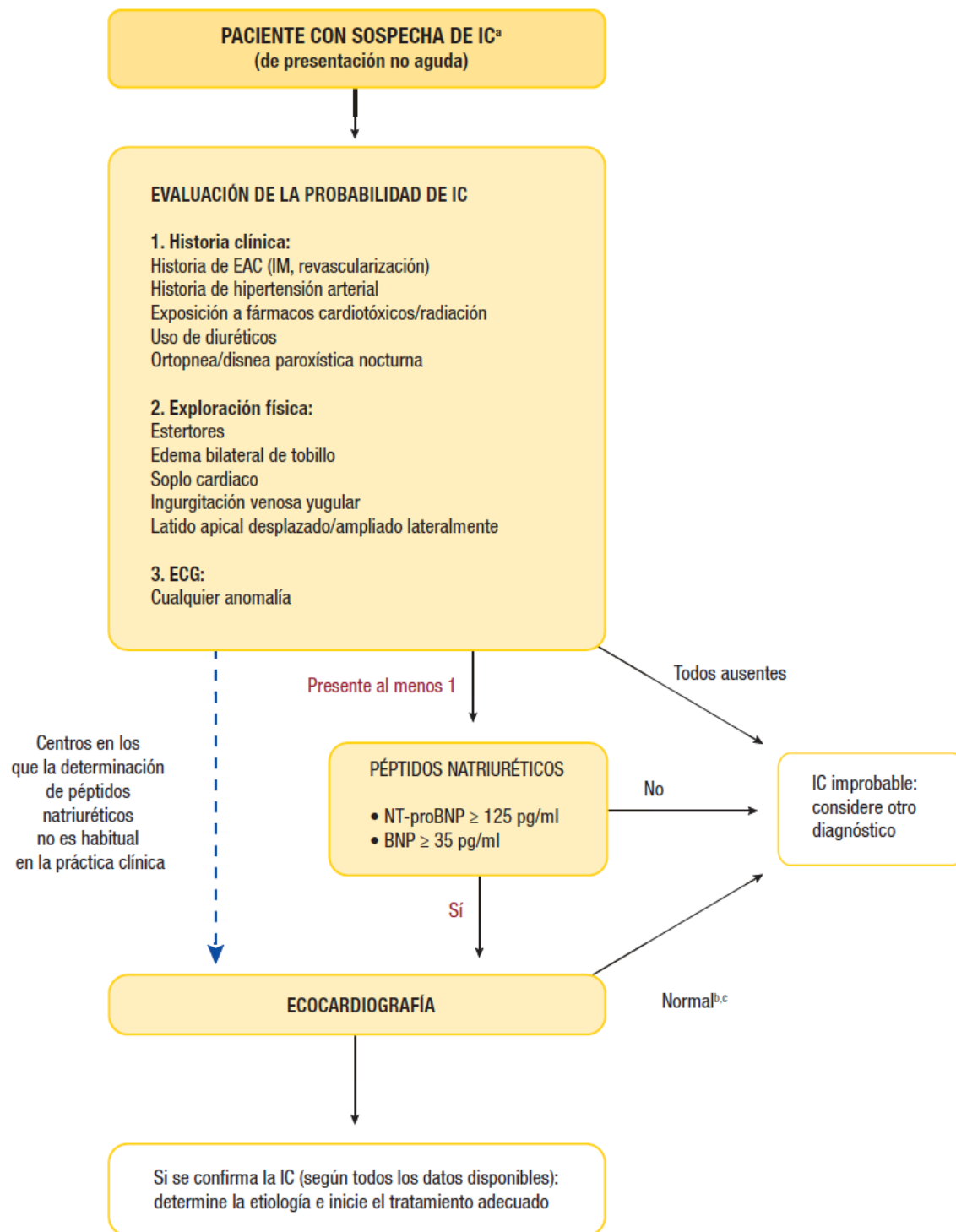


Table 12.3 Causes of elevated concentrations of natriuretic peptides^{522–524}

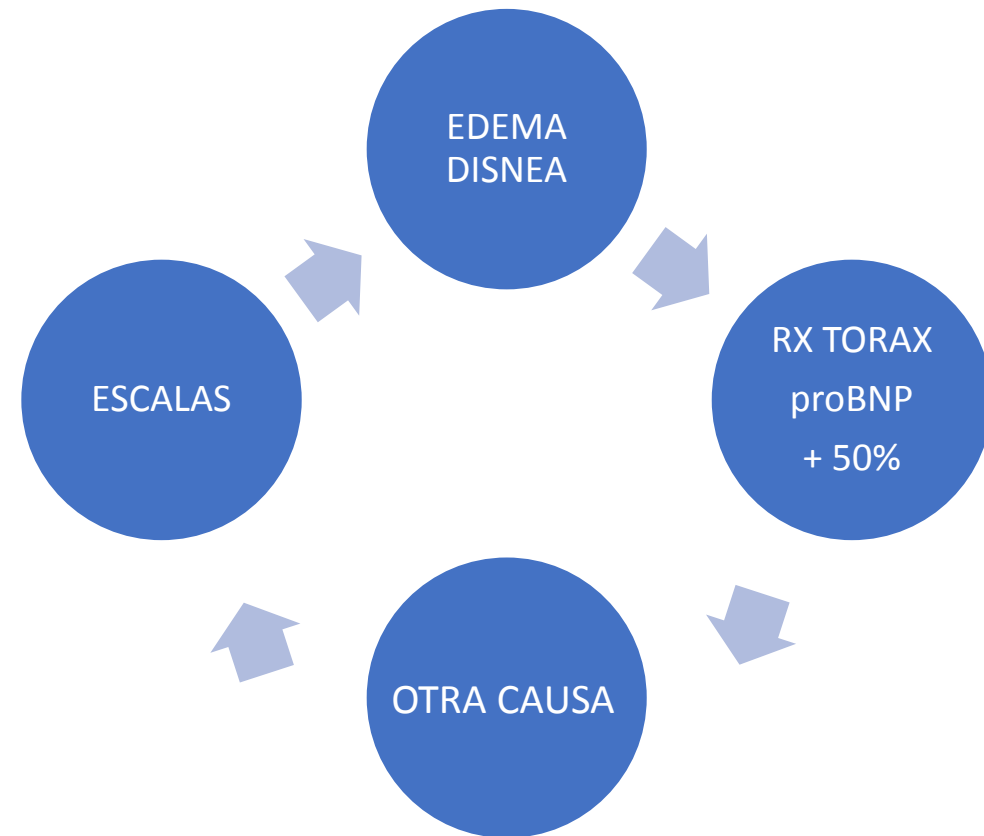
Cardiac	- Heart failure - Acute coronary syndromes - Pulmonary embolism - Myocarditis - Left ventricular hypertrophy - Hypertrophic or restrictive cardiomyopathy - Valvular heart disease - Congenital heart disease - Atrial and ventricular tachyarrhythmias - Heart contusion - Cardioversion, ICD shock - Surgical procedures involving the heart - Pulmonary hypertension
Non-cardiac	- Advanced age - Ischaemic stroke - Subarachnoid haemorrhage - Renal dysfunction - Liver dysfunction (mainly liver cirrhosis with ascites) - Paraneoplastic syndrome - Chronic obstructive pulmonary disease - Severe infections (including pneumonia and sepsis) - Severe burns - Anaemia - Severe metabolic and hormone abnormalities (e.g. thyrotoxicosis, diabetic ketosis)

HFpEF = heart failure with preserved ejection fraction; HFrEF = heart failure with reduced ejection fraction; ICD = implantable cardioverter defibrillator.

Diagnóstico



Insuficiencia Cardíaca Agudizada



- Síntomas y signos: aumento de edemas, peso, perímetro abdomen, disnea, ortopnea, nicturia, aparición DPN, sibilantes, crepitantes, disminución diuresis
- PPCC alteradas: proBNP + 50%, pinzamiento senos, derame, EAP, ECG ECO signos de sobrecarga, alteraciones contractilidad...
- Escalas y criterios de clasificación: x ej. Framingham, configuradas para pacientes relativamente jóvenes sin comorbilidades.

Escalas y Criterios de agudización

- Criterios de Ducke
- Criterios de Boston
- NHANES
- Criterios de la ESC
- Criterios de Framingham

Criterios Boston para el Diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca

Criterio	Puntuación
<i>Categoría I: historia</i>	
Disnea de reposo	4
Ortopnea	4
Disnea paroxística nocturna (DPN)	3
Disnea caminando en el llano	2
Disnea de esfuerzo	1
<i>Categoría II: examen físico</i>	
↑ Frecuencia cardíaca: 91 - 110 X'	1
↑ Frecuencia cardíaca: > 110 X'	2
PVC > 6 cm H ₂ O	2
PVC > 6 cm H ₂ O + hepatomegalia o edema	3
Crepitantes pulmonares basales	1
Crepitantes pulmonares más que basales)	2
Sibilancias	3
Tercer ruido cardíaco	3
<i>Categoría III: radiografía de tórax</i>	
Edema pulmonar alveolar	4
Edema pulmonar intersticial	3
Derrame pleural bilateral	3
Índice cardiorácico mayor de 0,50	3
Redistribución de flujo a las zonas superiores	2

(Máximo: 4 puntos en cada categoría, o sea 12 en total).

- Menos de 4 puntos : Insuficiencia cardíaca improbable
- 5 a 7 puntos: Insuficiencia cardíaca posible
- 8 a 12 puntos: Diagnóstico de certeza de Insuficiencia cardíaca

Escalas y Criterios de agudización

- Criterios de Ducke
- Criterios de Boston
- NHANES
- Criterios de la ESC
- Criterios de Framingham

CRITERIOS DE FRAMINGHAM		
Mayores	Menores	Mayores o menores
DPN	Edema en MMII	Adelgazamiento ≥ 4.5 kg dp de 5 días de tto
Distensión venosa yugular	Tos nocturna	
Crepitantes	Disnea de esfuerzo	
Cardiomegalia	Hepatomegalia	
Edema agudo de pulmón	Derrame pleural	
Galope por S3	CV disminuída en 1/3	
PVY > 16 cm H2O	Taquicardia (≥ 120 lpm)	
Reflujo hepatoyugular +		

**Para establecer el diagnóstico de IC se necesitan 2 criterios mayores o 1 mayor y 2 menores.*

El Diagnóstico de IC basado exclusivamente en la clínica es con frecuencia difícil de interpretar en pacientes pluripatológicos.

Pacientes con patología no cardíaca (anemia, EPOC, síndrome nefrótico, ascitis) pueden tener síntomas similares e incluso idénticos a los de la IC.

15/09/2016
EPISODIO

17/09/2016
INGRESO MIN

19/09/2016
EXITUS

INSUFICIENCIA CARDIACA

NEO VULVA



15/09/2016

Disnea en aumento con necesidad de oxigenoterapia.

PA 130/65, T 35.5 FC 60, Sat 86%

AC rítmica sin soplos. AP disminución murmullo, **crepitantes bibasales.**

Abd. blando y depresible no doloroso a palpación.

MMII Edema con fóvea en **MII**

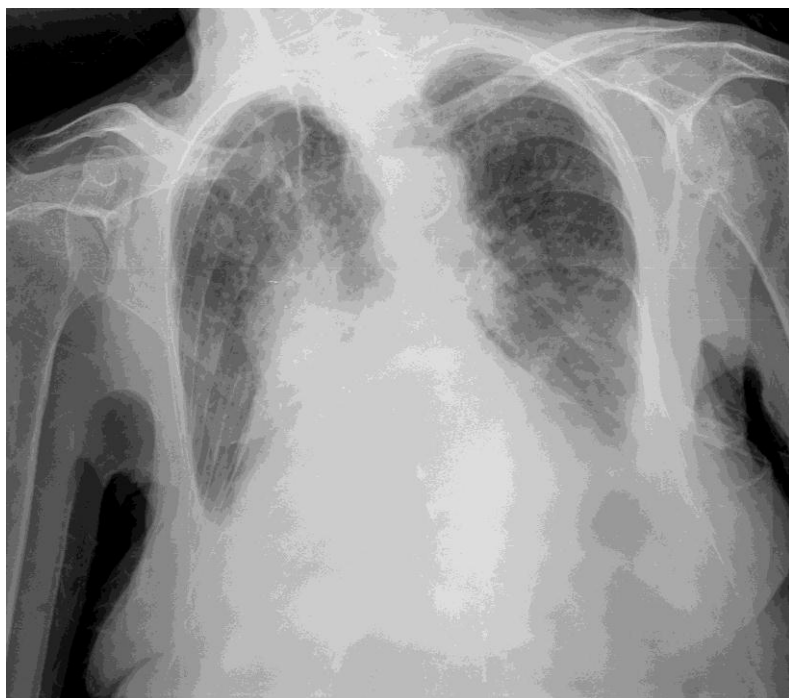
Genital Sangrado de origen vaginal, rojo vivo. **Lesión indurada nodular** de unos 3-4 cm. Eritema perivulvar y perineal.

15/09/2016

ANALITICA **Leucocitos 10.500**, Neutrófilos 8.900, I.N.R. 1.56, **PCR 11**

RX TÓRAX

Cardiomegalia, **pinzamiento costofrénico bilateral**, mejoría respecto a previa.



ORINA

Nitritos ++, Sedimento **8-15 leucocitos/campo**, **Intensa bacteriuria**

T. Gram: BGN

URINOCULTIVO

Cultivo Aerobio

---- **Escherichia coli (MIC1)**

	MIC1	CMI
A. Nalidíxico	R	>16
Ampicilina	S	<=8
Cefuroxima	S	<=8
Ciprofloxacina	S	<=0.5
Cotrimoxazol	S	<=2/38
Fosfomicina	S	<=32
Gentamicina	S	<=2
Nitrofurantoina	S	<=32
Norfloxacina	S	<=0.5
Tobramicina	S	<=2

15/09/2016

Infección del tracto urinario

INFECCIÓN URINARIA

Definición

Colonización y multiplicación microbiana, habitualmente bacteriana, a lo largo del trayecto del tracto urinario.

VÍAS BAJAS

CISTITIS

URETRITIS

PROSTATITIS

VÍAS ALTAS

PIELONEFRITIS AGUDA

NEFRITIS BACTERIANA AGUDA

FOCAL O DIFUSA

ABSCESO INTRARRENAL

ABSCESO PERINÉFRICO

No Complicada:

- IU del tracto inferior (cistitis/uretritis)
- con mínimo riesgo de invasión tisular
- previsión de respuesta a un tratamiento estándar corto (3 días)
- mujeres jóvenes, en edad fértil, sanas, no embarazadas
- clínica de cistitis de menos de una semana de evolución

Complicada

- aquella que no cumple criterios de no complicada

Clínica

- Disuria
- Polaquiuria
- Urgencia
- Incontinencia
- Tenesmo
- Dolor suprapúbico, aumenta con la micción (estranguria)
- Fiebre (pielonefritis o prostatitis)
- Hematuria macroscópica (30 %)
- Orina puede ser turbia y maloliente.
- Confusión mental, malestar general, sepsis

Diagnóstico

SEDIMENTO URINARIO

LEUCOCITURIA / PIURIA

> 5 leucos / campo orina
centrifugada
> 10 (20) leucos / mm³ orina
sin centrifugar

La ausencia hace poco probable el diagnóstico
Falsos negativos
También en Nefropatía intersticial, litiasis...

LEUCOCITURIA NO ES SINÓNIMO DE ITU

NITRITOS

Salvo Pseudomona, Acinetobacter, Candida

CILINDROS LEUCOCITARIOS

Pielonefritis

HEMATURIA

En el 50 % de las ITUs

BACTERIURIA

Alta S y E en orina sin centrifugar

Diagnóstico

URINOCULTIVO

BACTERIURIA SIGNIFICATIVA

- Asintomáticos
Mujeres $>10^5$ colonias/ml
Hombres $>10^4$ colonias/ml
- Sintomáticos
 $>10^3$ colonias/ml

Bacteriuria Asintomática

- no debe tratarse
- paciente sondado no requiere tratamiento*

LA SOLA PRESENCIA DE BACTERIAS EN ORINA NO PUEDE CONSIDERARSE CRITERIO DIAGNÓSTICO DE ITU

*Salvo diabetes, cirrosis hepática, inmunodepresión, riesgo de endocarditis, trasplantados renales.

13/09/2016
EPISODIO

15/09/2016
EPISODIO

17/09/2016
INGRESO MIN

19/09/2016
EXITUS

ITU

INSUFICIENCIA CARDIACA

NEO VULVA



13/09/2016

Disnea de mínimos 1 semana, **de reposo** las últimas 48 h.

Ortopnea 2 almohadas, DPN

Disminución de diuresis

MMII **edemas maleolares**

Dolor pleurítico, tos

13/09/2016

REG. PA 132/75, T 35.6, FC 59, sat O2 82% con aire ambiente.

AC arrítmica sin soplos. AP hipoventilación bases, **crepitantes bibasales**.

Abd. blando y depresible. No dolor o defensa.

MMII edema hasta raíz bilateral

Genital Edema en vulva con **zona indurada** que asciende a región inguinal izquierda, con punto sangrante y punteado blanquecino a nivel de vulva interna.

13/09/2016

ECG RS con BCRIHH

ANGIO TAC TORAX
derrame pleural bilateral con
atelectasia pasiva LID.



13/09/2016

Insuficiencia cardíaca descompensada.

Tumoración genitales externos en estudio.

13/09/2016
EPISODIO

INSUFICIENCIA CARDIACA
LESION NEOPLASICA

15/09/2016
EPISODIO

ITU

17/09/2016
INGRESO MIN

INSUFICIENCIA CARDIACA

19/09/2016
EXITUS

NEO VULVA



13/09/2016
EPISODIO

15/09/2016
EPISODIO

17/09/2016
INGRESO MIN

19/09/2016
EXITUS



DESDE 2014
DERMATOLOGÍA ZONA
SEGUIMIENTO INTÉRTRIGO



Historial Clínico

Página 1 de 1

Imprimir

Histograma

Ordenar

Filtros

2016 (1 Item)

25-Abr	2016	INTERTRIGO	Dermatologia
Hora 12:24 (Cita Programada)			
Centro CENTRO SANITARIO INTEGRADO DE JUAN LLORENS			
Profesional			
Motivo Seguimiento de INTERTRIGO			
Exploración vulvar,			
Observaciones ha llevado curas con positon,esta en residencia			
Plan			
 Prescripción: FUCIDINE 2% 30G CREMA,asociado a diagnostico:INTERTRIGO. 1 Envase cada 15 día/s durante 15 día/s septomida, despues dermalibour,pauta por escrito			

2014 (2 Items)

17-Nov	2014	INTERTRIGO	Dermatologia
Hora 12:47 (Sin Cita)			
Centro CENTRO SANITARIO INTEGRADO DE JUAN LLORENS			
Profesional			
Motivo Seguimiento de INTERTRIGO			
Exploración BIEN,SEGUIR DERMALIBOUR			
27-Oct	2014	INTERTRIGO	Dermatologia
Hora 12:25 (Cita Programada)			
Centro CENTRO SANITARIO INTEGRADO DE JUAN LLORENS			
Profesional			
Exploración vulvary revisar en 15 dias ,perdidas de orina			
Plan baños de permanganato potasico diarios 15 dias y dermalibour			

Periodo

☐ Entre dos fechasInicio Fin ☐ Los últimos meses

Consultas

☐ Consultas realizadas☐ Consultas no realizadas

Categoría Y Servicio

☐ Categoría ☒ Servicio

- ☐ Enfermería a. primaria
- ☐ Medico atencion continuada
- ☐ Medicina interna
- ☐ Medicina familiar
- ☐ Unidad corta estancia
- ☐ Medico residencia 3ª edad
- ☐ Endocrinología
- ☐ Neurología
- ☒ Dermatología
- ☐ Enfermería especializada

13/09/2016
URGENCIAS

15/09/2016
URGENCIAS

17/09/2016
INGRESO EN MIN

19/09/2016
EXITUS

DESDE 2014
DERMATOLOGÍA ZONA
SEGUIMIENTO INTÉRTRIGO

13/09/2016
GINECOLOGÍA ZONA



13/09/2016 GINECOLOGÍA ZONA

Interconsulta desde Residencia Abril 2016

Biopsia de Vulva. AP: se cursa.

Se solicita RMN

Interconsulta a DERMATOLOGIA	
Datos Petición	
Fecha Petición	19-Abr-2016
Estado	Solicitada
Centro Solicitud	
Servicio Solicitud	MEDICO RESIDENCIA 3ª EDAD
Prioridad	Preferente
Instrucciones al Paciente	
Centro Destino	CENTRO SANITARIO INTEGRADO DE JUAN LLORENS
Servicio Destino	DERMATOLOGIA
Motivo de la Solicitud	
DERMATITIS EN PUBIS , VULVA , LABIOS MAYORES , EN TTO CON " PERMANGANATO POTASICO 0,1 G PAPAELES , CUANDO HAY EXACERBACION SE LE APLICA PEITEL CREMA MEJORA . AUN ASI SOLICITO VALORACION DEL PROCESO POR NO CONSEGUIR CURACION DEL MISMO ,	

13/09/2016
URGENCIAS

15/09/2016
URGENCIAS

17/09/2016
INGRESO EN MIN

19/09/2016
EXITUS

DESDE 2014
DERMATOLOGÍA ZONA
SEGUIMIENTO INTÉRTRIGO

13/09/2016
GINECOLOGÍA ZONA

16/09/2016
GINECOLOGÍA HOSPITAL



16/09/2016 GINECOLOGÍA HOSPITAL

 CONSORCI HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI VALÈNCIA		IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE / IDENTIFICACIÓ DEL PACIENT
SERVICIO SERVEI	GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	PRIMER APELLIDO PRIMER COGNOM
SIP		SEGUNDO APELLIDO SEGON COGNOM
NÚM. DE HISTORIA CLÍNICA NÚM. D'HISTORIA CLÍNICA		NOMBRE NOM
		FECHA DE NACIMIENTO DATA DE NAIXEMENT
		EDAD EDAT
		83

Seguimiento

Se practico bioopsia dia de vulva cuyo resultado no esta todavia.Citamos de nuevo



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

ESTUDIO ANATOMO-PATOLÓGICO

Muestras

A B VULVA NOS

Descripción Macroscópica:

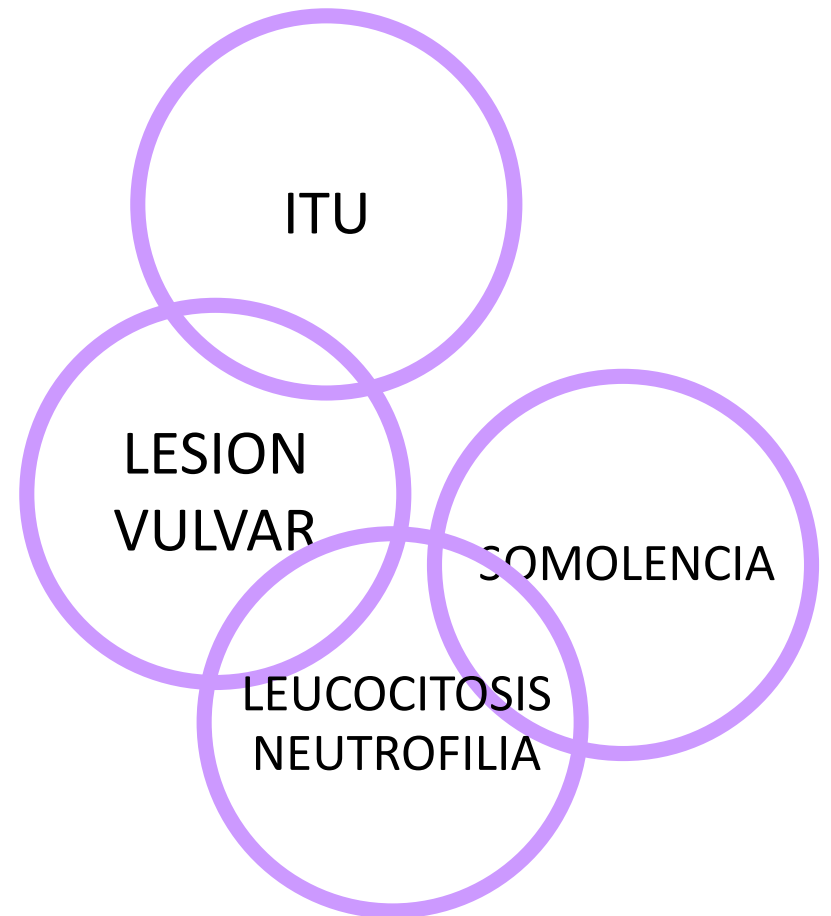
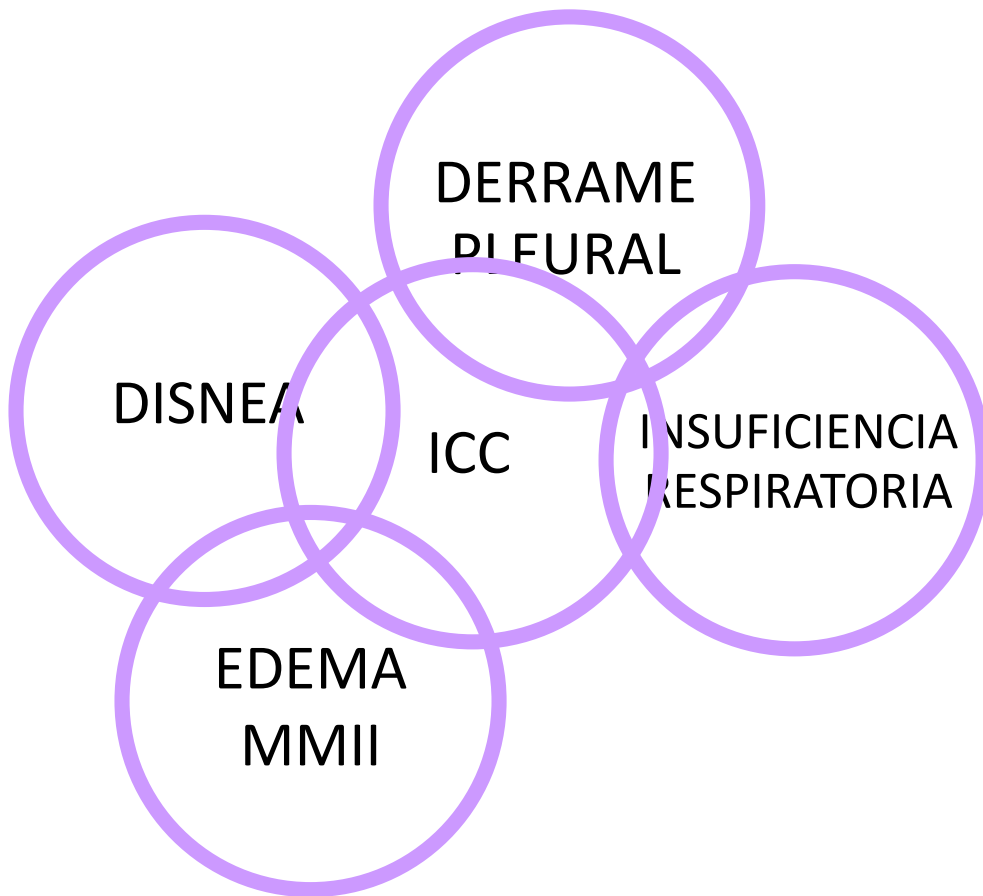
A) - VULVA NOS

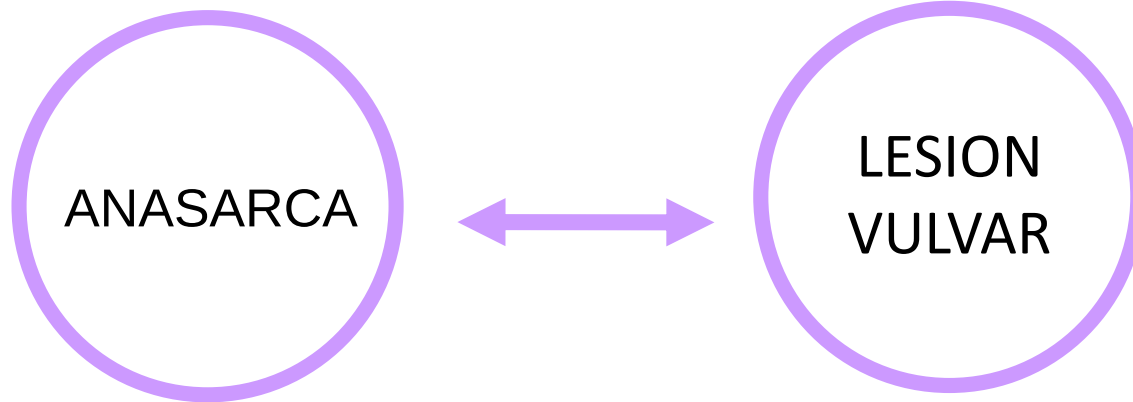
Cuatro fragmentos que agrupados miden 0,4 cm.

Diagnóstico:

A) - VULVA NOS

BIOPSIA MASA VULVAR: CARCINOMA POBREMENTE DIFERENCIADO, ULCERADO.





ANASARCA

Diagnóstico Diferencial

ICC
EAP
IAM
GN AGUDA
SDRA

EDEMA
PULMONAR

ANASARCA

BILATERAL
SÍNDROME NEFRÓTICO
RETENCIÓN SODIO
OBSTRUCCIÓN
LINFÁTICA

UNILATERAL
INSUF. VENOSA
TVP
TROMBOFLEBITIS
LINFEDEMA

EDEMA PERIFÉRICO

ASCITIS

HIPOALBUMINEMIA
SÍNDROME NEFRÓTICO
DESNUTRICIÓN SEVERA
E. PIERDE-PROTEÍNAS

ENFERMEDAD PERITONEAL
ASCITIS MALIGNA
PERITONITIS INFECCIOSA
DIÁLISIS PERITONEAL

HTP
CIRROSIS
HEPATITIS
INSUF. CARDIACA
ALCOHÓLICA
HEMODIALISIS
INSUF. HEPÁTICA

OTRAS
ASCITIS QUILOSA
ASCITIS PANCREÁTICA
HEMOPERITONEO
EMBARAZO
OBESIDAD

CÁNCER DE VULVA

A photograph of a cave entrance in a rocky cliff. The cave is dark and recessed into the rock. In the foreground, there are several tall, green plants with long, thin stems and small white flowers. The rock is light-colored and textured. A semi-transparent white box with green text is overlaid on the image.

CÁNCER DE VULVA

Ese gran desconocido

Epidemiología

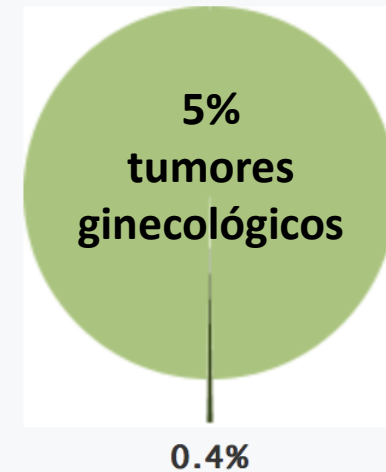
Estimated New Cases in 2016	5,950
% of All New Cancer Cases	0.4%



Percent Surviving
5 Years

Common Types of Cancer	Estimated New Cases 2016	Estimated Deaths 2016
1. Breast Cancer (Female)	246,660	40,450
2. Lung and Bronchus Cancer	224,390	158,080
3. Prostate Cancer	180,890	26,120
4. Colon and Rectum Cancer	134,490	49,190
5. Bladder Cancer	76,960	16,390
6. Melanoma of the Skin	76,380	10,130
7. Non-Hodgkin Lymphoma	72,580	20,150
8. Thyroid Cancer	64,300	1,980
9. Kidney and Renal Pelvis Cancer	62,700	14,240
10. Leukemia	60,140	24,400
-	-	-
28. Vulvar Cancer	5,950	1,110

Vulvar cancer represents
0.4% of all new cancer cases
in the U.S.

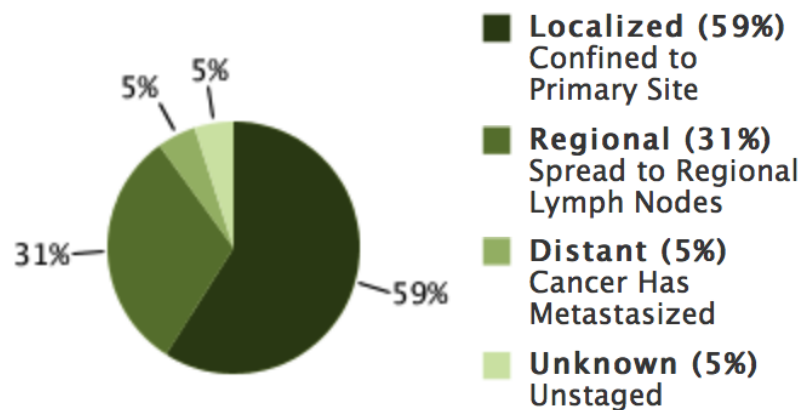


Epidemiología

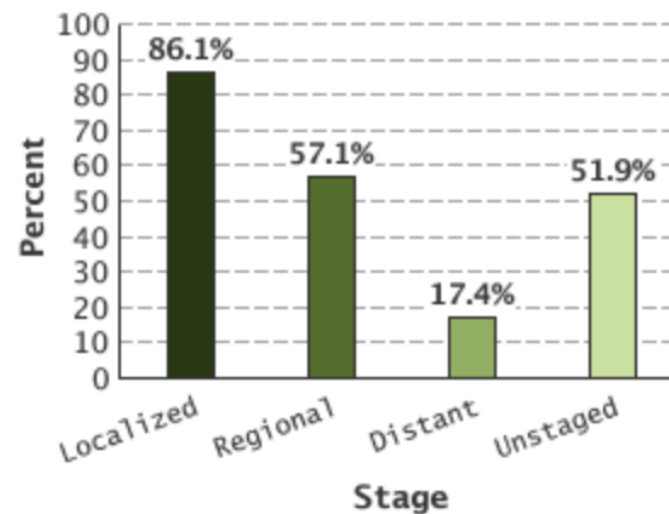
Percent of New Cases by Age Group: Vulvar Cancer

Percent of Cases & 5-Year Relative Survival by Stage at Diagnosis: Vulvar Cancer

Percent of Cases by Stage



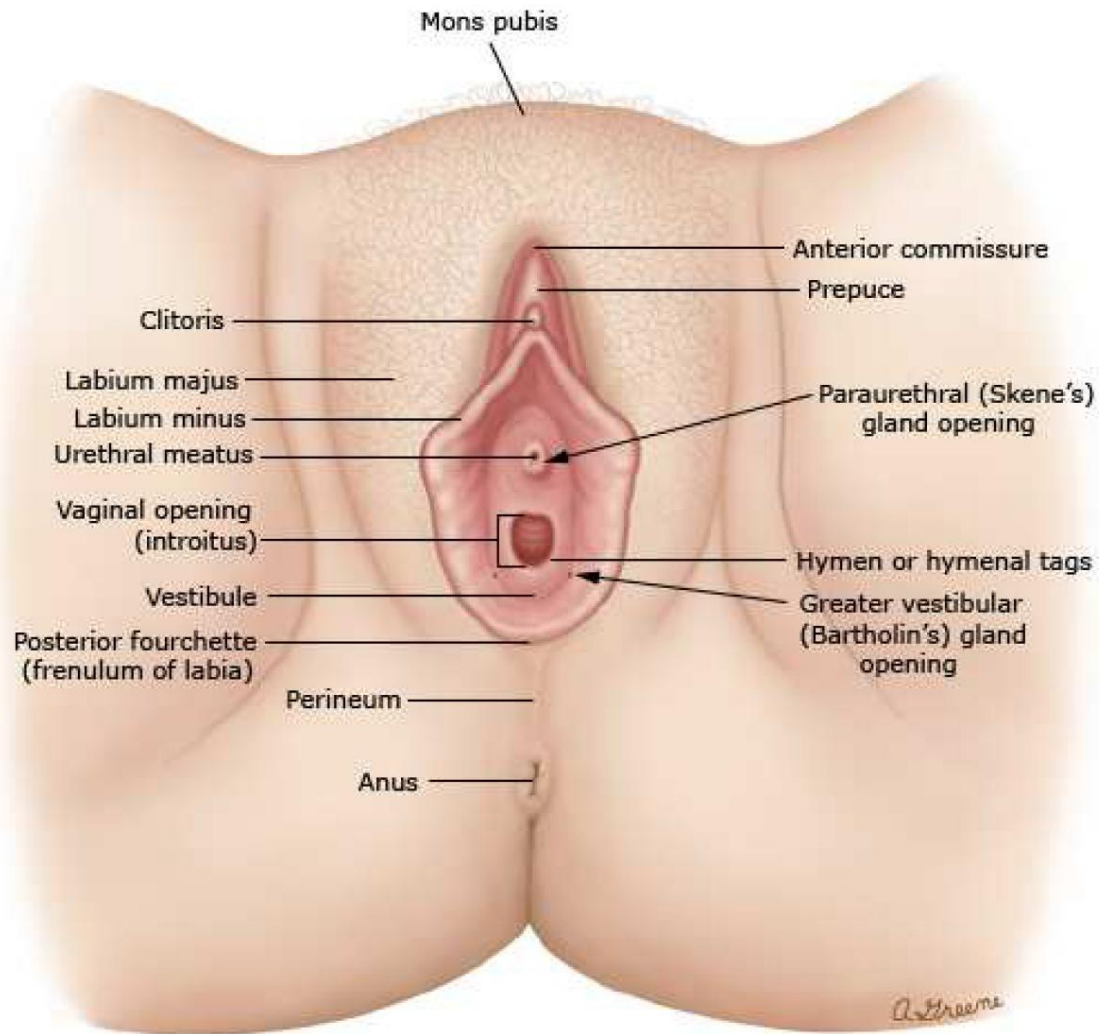
5-Year Relative Survival



SEER 18 2006–2012, All Races, Females by SEER Summary Stage 2000

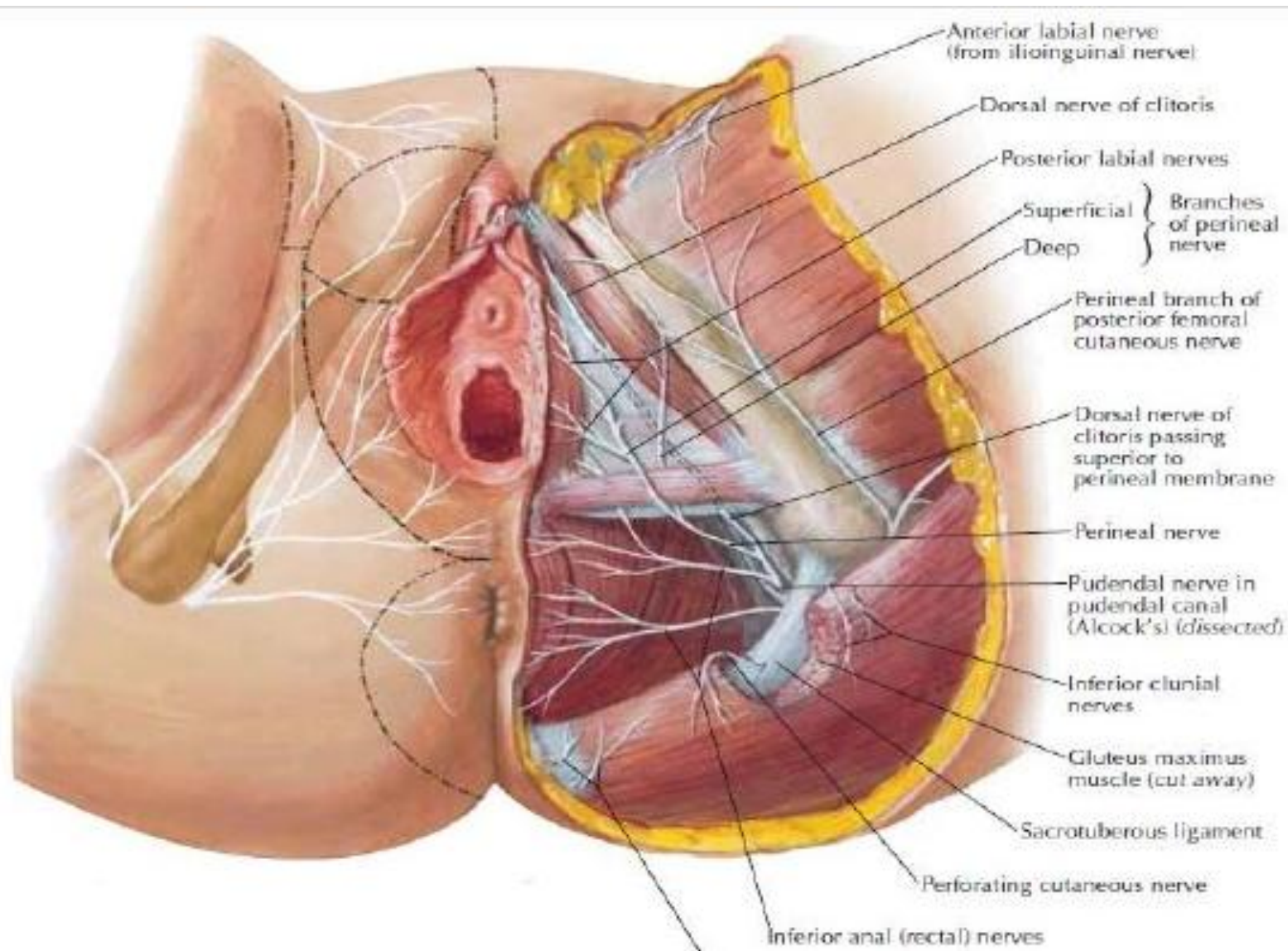
U.S. 2009–2013, All Races, Females

La Vulva



Labios mayores
Labios menores
Periné
Clítoris

La Vulva



Factores de riesgo

- HPV subtipos oncogénicos, s/t 16 y 33
 - 80% de las lesiones intraepiteliales
 - 10%-15% de los tumores invasivos, s/t escamosos
- Inflamación crónica
 - Liquen escleroso vulvar aumenta el riesgo de carcinoma escamoso de vulva no relacionado con HPV → hasta el 15%-25% de los casos
 - Infecciones venéreas o granulomatosas
 - Hiperplasia escamosa o liquen simple crónico
 - Enfermedad de Paget vulvar (preinvasiva)
- Antecedente neoplasia cérvix
- Tabaquismo, Inmunosupresión, Toxinas ambientales/laborales

Factores de riesgo

- HPV subtipos oncogénicos, s/t 16 y 33

- 80% de las lesiones intraepiteliales

- 10%-

- Inflamación

- Liquefactiva
relacionada

- Infección

- Hiperplasia

- Enfermedad

- Antecedente neoplasia cervix

- Tabaquismo, Inmunosupresión, Toxinas ambientales/laborales

Vía HPV

Pacientes más jóvenes

Lesiones premalignas s/t

uso de vulva no

Vía inflamatoria

Pacientes más añosas

Liquen atrófico y similares

Lesiones precancerosas

- **LSIL** (*Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion*)
 - Condiloma plano
 - Infección por HPV
- **HSIL** (*High Grade Squamous Intraepithelial Lesion*)
 - Antes llamado VIN (*Vulvar Intraepithelial Neoplasia*)
 - Relacionado con HPV oncogénicos
- Differentiated **VIN**

Clínica

- Masa bulbar unilateral (s/t labios mayores)*
- Prurito*
- Vulvodinia
- Sangrado
- Disuria
- Leucorrea
- Masa adenopática inguinal

Clínica

- Masa bulbar unilateral (s/t labios mayores)*
- Prurito*
- Vulvodinia
- Sangrado
- Disuria
- Leucorrea
- Ma **16 meses desde síntomas hasta diagnóstico**

Hallazgos



Diagnóstico

BIOPSIA

Patient with vulvar cancer on biopsy or vulvar mass suspicious for vulvar cancer



History: Elicit symptoms of distant metastases (eg, shortness of breath).

Physical examination:

- Lesion(s) – Measure diameter, biopsy as needed to confirm invasive disease and determine depth of invasion, note if multicentric and/or bilateral.
- Pelvic examination to determine proximity to and/or involvement of midline structures including vagina, anus, urethra.*
- Colposcopy of the vulva, vagina, and cervix.
- Examination of groin for enlarged inguinofemoral lymph nodes.

Imaging studies¶ – Perform for patients with: Tumor size >4 cm, local extension, palpable groin nodes, symptoms of distant metastases. This is to further assess tumor size, local extension, and detect pelvic lymph node or liver or lung metastases.



For each patient, choose an approach for **BOTH** the appropriate vulvar lesion excision **AND** lymph node evaluation.

Diagnóstico diferencial

- Quistes de inclusión epidérmica
- Lentigo
- Alteraciones de la glándula de Bartolino
- Acrocordones
- Queratosis seborreica
- Hidrosadenomas
- Liquen escleroso y otras dermatosis
- Condilomas acuminados

Diagnóstico diferencial

- Quistes de inclusión epidérmica
- Lentigo
- Alteraciones de la glándula de Bartolino
- A **Biopsiar si lesión no responde a tratamiento específico**
- C
- Hidrosadenomas
- Liquen escleroso y otras dermatosis
- Condilomas acuminados

Histología

- Epidermoide → 90%
 - Queratinizante (pacientes añosas, no HPV, liquen escleroso. Estadios avanzados)
 - Bowenoide / Verrucoso (pacientes jóvenes, HPV 16-18-33, estadios precoces)
- Melanoma → 5%
- Basocelular → 2%
- Adenocarcinoma (de la glándula de Bartolino)

Estadificación

Stage I

Stage 1A
(less than 2cm)

Stage 1B
(more than 2cm)

The cancer has spread into nearby tissues and maybe reaching one of the following openings:

Stage II

Bladder

Vagina

Anus

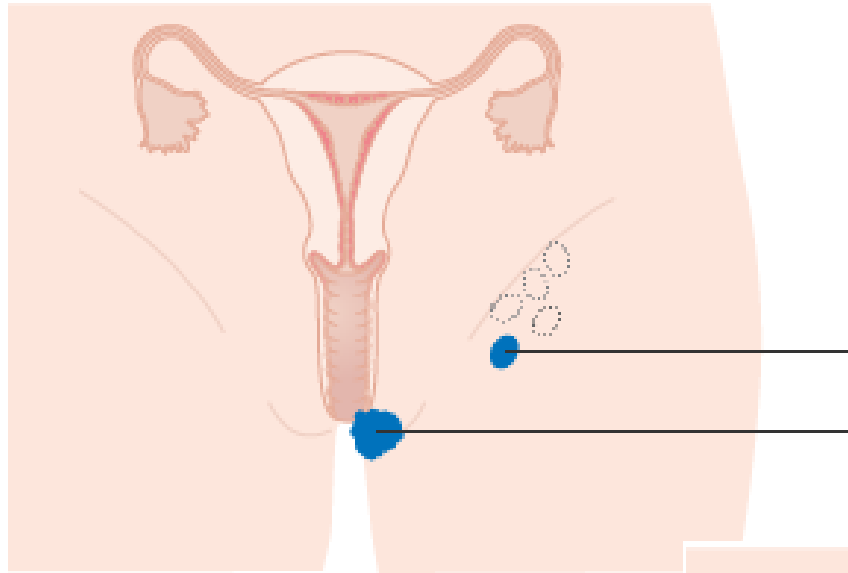
Cancer Research UK

Estadificación

Stage IIIA

Cancer cells in
1 lymph node
which is 5mm
or larger

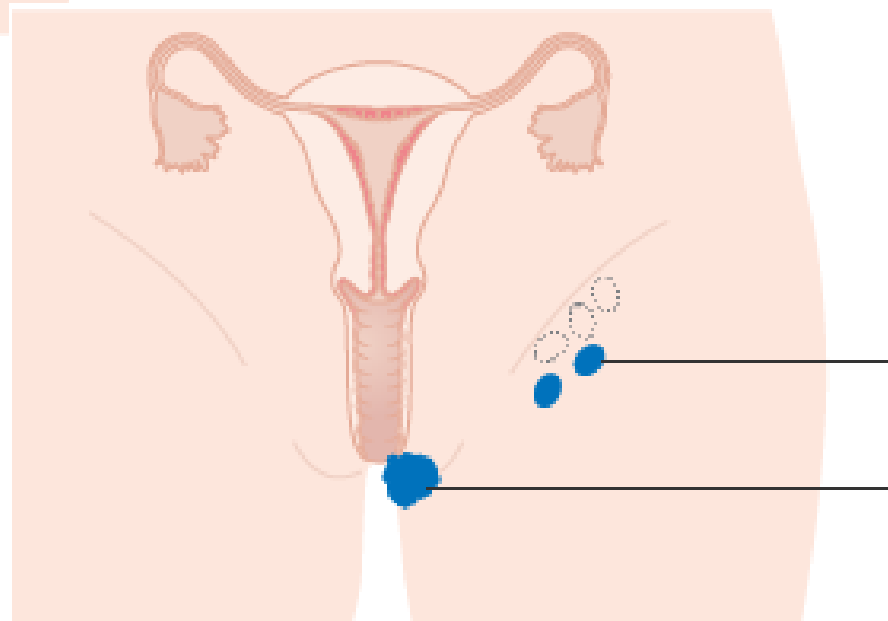
Cancer



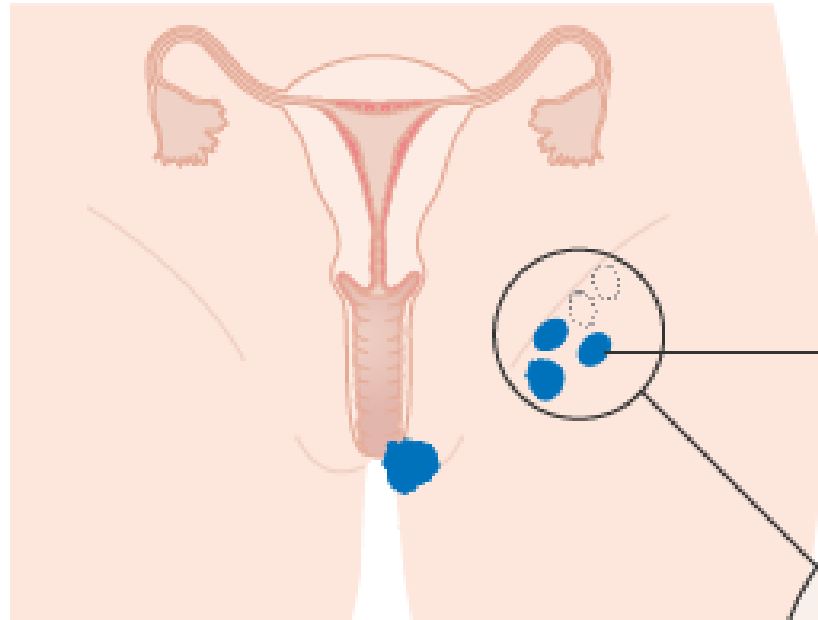
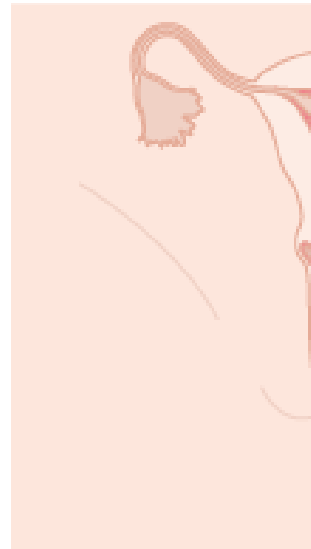
Stage IIIA

Cancer cells in
1 or 2 lymph
nodes and these
are smaller than
5mm

Cancer



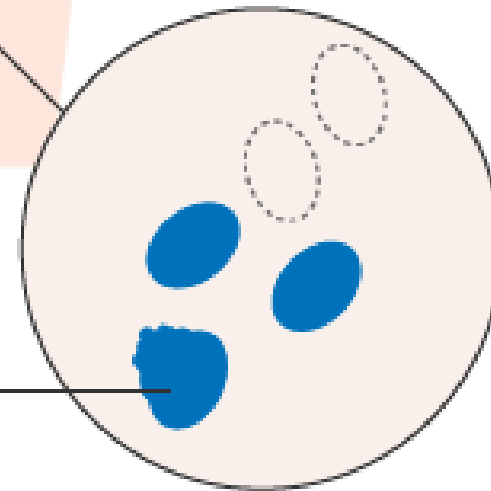
Estadificación



Stage IIIC

Cancer has spread to any number of lymph nodes

Cancer has spread outside the lymph node capsule



Cancer cells in 3 or more lymph nodes and these are smaller than 5mm

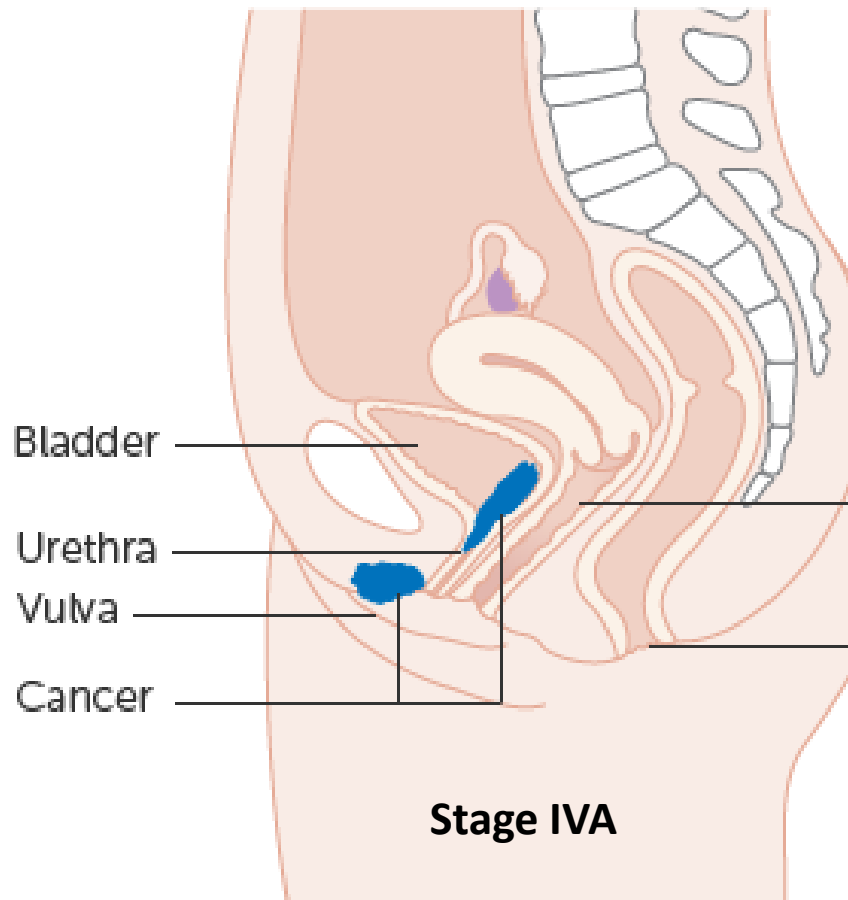
Cancer

Cancer Research UK

Stage IIIB

Estadificación

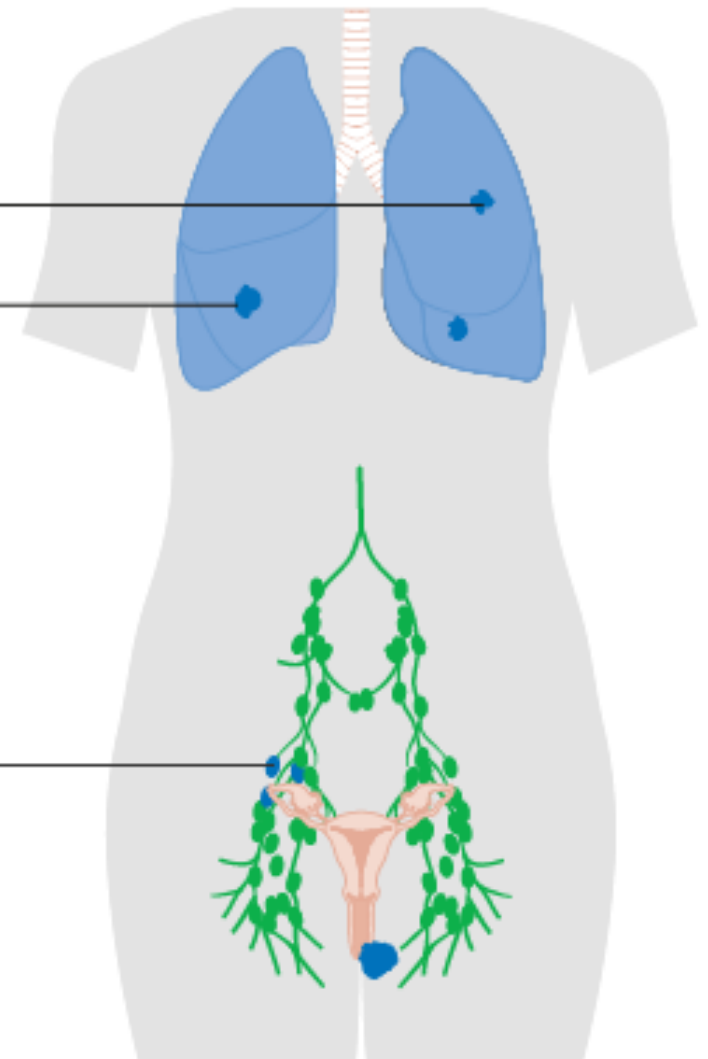
Cancer has spread to the lining of nea



The cancer has spread to the lungs

Cancer cells in the lymph nodes in pelvis

Stage IVB



Estadificación



NCCN Guidelines Version 1.2017 Staging Vulvar Cancer (Squamous Cell Carcinoma)

Table 1 AJCC Tumor-Node-Metastases (TNM) and International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Surgical Staging Systems for Carcinoma of the Vulva

Primary Tumor (T)

TNM Categories	FIGO Stages
----------------	-------------

TX		Primary tumor cannot be assessed
T0		No evidence of primary tumor
Tis*		Carcinoma in situ (preinvasive carcinoma)
T1a	IA	Lesions 2 cm or less in size, confined to the vulva or perineum and with stromal invasion 1.0 mm or less**
T1b	IB	Lesions more than 2 cm in size or any size with stromal invasion more than 1.0 mm, confined to the vulva or perineum
T2***	II	Tumor of any size with extension to adjacent perineal structures (lower/distal 1/3 urethra, lower/distal 1/3 vagina, anal involvement)
T3****	IVA	Tumor of any size with extension to any of the following: upper/proximal 2/3 of urethra, upper/proximal 2/3 vagina, bladder mucosa, rectal mucosa, or fixed to pelvic bone

*Note: FIGO no longer includes Stage 0 (Tis).

**Note: The depth of invasion is defined as the measurement of the tumor from the epithelial–stromal junction of the adjacent most superficial dermal papilla to the deepest point of invasion.

***FIGO uses the classification T2/T3. This is defined as T2 in TNM.

****FIGO uses the classification T4. This is defined as T3 in TNM.

Regional Lymph Nodes (N)

TNM Categories	FIGO Stages
----------------	-------------

NX		Regional lymph nodes cannot be assessed
N0		No regional lymph node metastasis
N1		One or two regional lymph nodes with the following features
N1a	IIIA	1 or 2 lymph node metastases each 5 mm or less
N1b	IIIA	One lymph node metastasis 5 mm or greater
N2	IIIB	Regional lymph node metastasis with the following features
N2a	IIIB	Three or more lymph node metastases each less than 5 mm
N2b	IIIB	Two or more lymph node metastases 5 mm or greater
N2c	IIIC	Lymph node metastasis with extra-capsular spread
N3	IVA	Fixed or ulcerated regional lymph node metastasis

Distant Metastasis (M)

TNM Categories	FIGO Stages
----------------	-------------

M0		No distant metastasis
M1	IVB	Distant metastasis (including pelvic lymph node metastasis)

Estadificación



National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Guidelines Version 1.2017 Staging Vulvar Cancer (Squamous Cell Carcinoma)

Table 1 AJCC Tumor-Node-Metastases (TNM) and International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Surgical Staging Systems for Carcinoma of the Vulva

Primary Tumor (T)

TNM Categories	FIGO Stages
----------------	-------------

TX	
T0	
Tis*	
T1a	IA
T1b	IB
T2***	II
T3****	IVA

Primary tumor cannot be assessed

- **Estadio precoz / localizado → E-I y E-II**
- **Estadio localmente avanzado → E-III y IVA**
- **Estadio avanzado / metastásico → E-IV**

rectal mucosa, or fixed to pelvic bone

Regional Lymph Nodes (N)

TNM Categories	FIGO Stages
NX	
N0	
N1	
N1a	IIIA

Regional lymph nodes cannot be assessed
No regional lymph node metastasis
One or two regional lymph nodes with the following features
1 or 2 lymph node metastases each 5 mm or

5 mm or greater
s with the
stases each
ases 5 mm or
ra-capsular
h node

*Note: FIGO no longer includes Stage 0 (Tis).

**Note: The depth of invasion is defined as the measurement of the tumor from the epithelial–stromal junction of the adjacent most superficial dermal papilla to the deepest point of invasion.

***FIGO uses the classification T2/T3. This is defined as T2 in TNM.

****FIGO uses the classification T4. This is defined as T3 in TNM.

Distant Metastasis (M)

TNM Categories	FIGO Stages
M0	
M1	IVB

No distant metastasis
Distant metastasis (including pelvic lymph node metastasis)

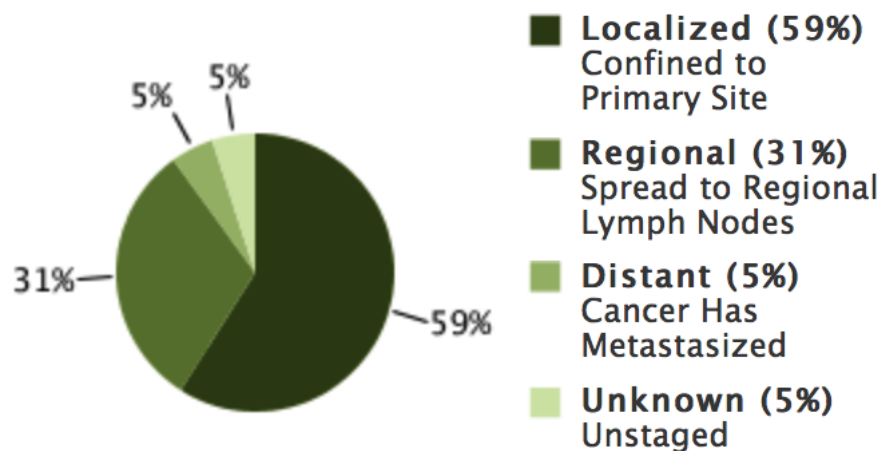
Factores pronósticos

- **Supervivencia**

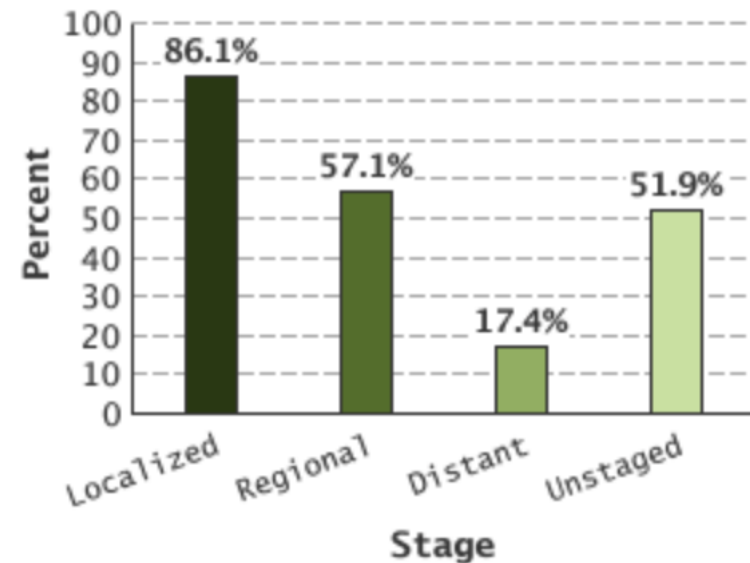
- **Estadio**

Percent of Cases & 5-Year Relative Survival by Stage at Diagnosis: Vulvar Cancer

Percent of Cases by Stage



5-Year Relative Survival



SEER 18 2006–2012, All Races, Females by SEER Summary Stage 2000

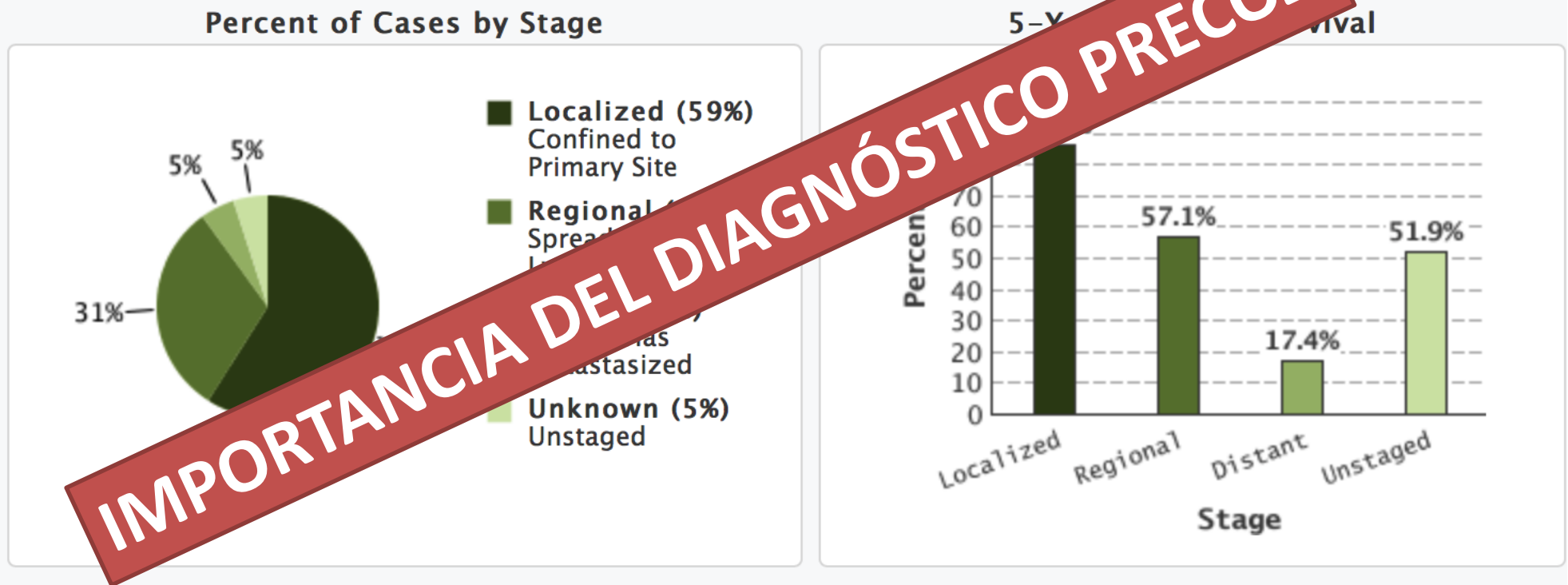
- tamaño tumoral (>4cm asocia hasta 50% de tasa de metástasis inguinofemorales)

Factores pronósticos

- Supervivencia

- Estadio

Percent of Cases & 5-Year Relative Survival by Stage at Diagnosis: Vulvar Cancer



SEER 18 2006–2012, All Races, Females by SEER Summary Stage 2000

- tamaño tumoral (>4cm asocia hasta 50% de tasa de metástasis inguinofemorales)

Tratamiento



NCCN Guidelines Version 1.2017 Sub-Committees
Vulvar Cancer (Squamous Cell Carcinoma)

SQUAMOUS CELL CARCINOMA^a

WORKUP

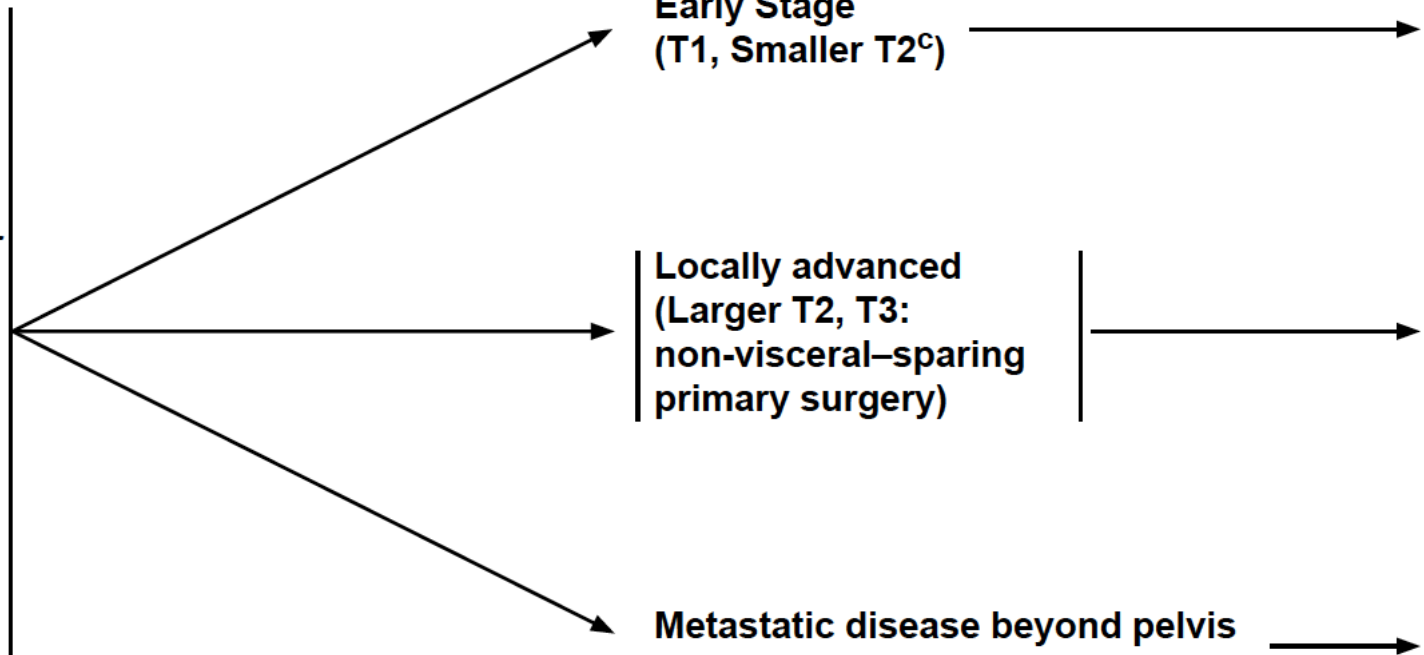
- H&P
- CBC
- Biopsy, pathologic review
- LFT/renal function studies
- Imaging^b as needed for delineating extent of tumor or for treatment planning
- EUA cystoscopy or proctoscopy as indicated
- Smoking cessation and counseling intervention if indicated ([See NCCN Guidelines for Smoking Cessation](#))
- Consider HPV testing

CLINICAL STAGE

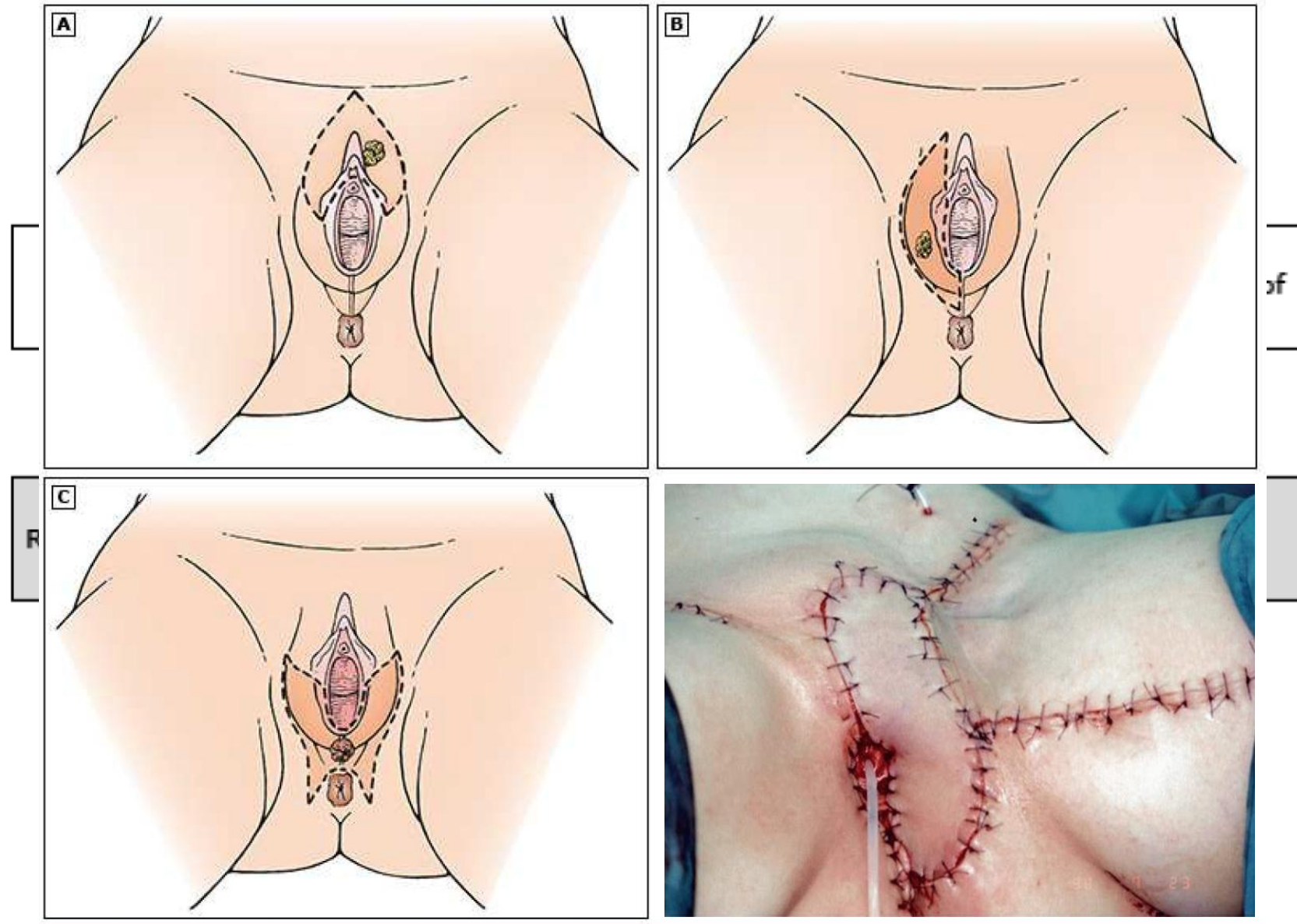
Early Stage
(T1, Smaller T2^c)

Locally advanced
(Larger T2, T3:
non-visceral-sparing
primary surgery)

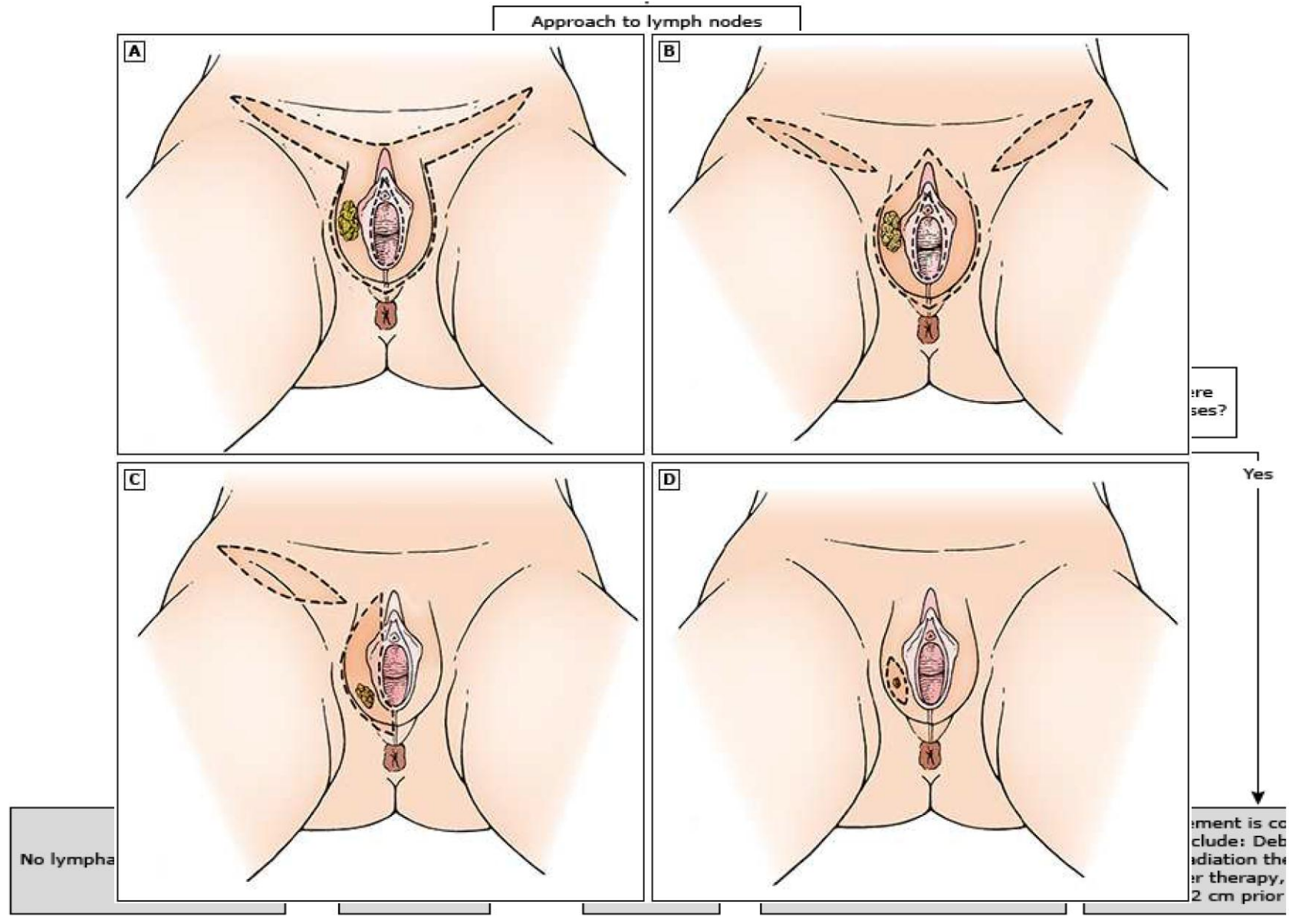
Metastatic disease beyond pelvis
(Any T, Any N, M1 beyond pelvis)



Tratamiento



Tratamiento



Tratamiento



NCCN Guidelines Version 1.2017
Vulvar Cancer (Squamous Cell Carcinoma)

**Metastatic disease
beyond pelvis
(Any T, Any N, M1
beyond pelvis)**



**EBRTⁱ for locoregional control/symptom palliation
and/or
Chemotherapy^l
or
Best supportive care ([See NCCN Guidelines for Palliative Care](#))**

SYSTEMIC THERAPY¹

Chemoradiation

- Cisplatin
- 5-FU and cisplatin
- 5-FU and mitomycin-C²

Chemotherapy for Advanced, Recurrent/Metastatic Disease

- Cisplatin
- Carboplatin
- Cisplatin/vinorelbine
- Cisplatin/paclitaxel
- Carboplatin/paclitaxel (category 2B)
- Paclitaxel (category 2B)
- Erlotinib (category 2B)

Conclusiones

- El cáncer de vulva es una entidad poco frecuente con amplio diagnóstico diferencial
- El diagnóstico precoz puede ser la llave a largas supervivencias
- El control del HPV podría ser clave en la reducción de la incidencia
- El tratamiento depende del estadio, aunque siempre se debe asociar tratamiento de soporte de inicio

En esta paciente ...

Lesión en vulva de origen tumoral

Metástasis hepáticas

Carcinomatosis peritoneal

Insuficiencia cardiaca agudizada

Infección urinaria

“Antes de la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación (lo que constituye el examen físico), el médico debe saber efectuar la ‘escuchación’.”

Jiménez Díaz

GRACIAS

