

# GUIA DE ANOTACIÓN DE MORFOLOGÍAS NEOPLÁSICAS

Junio 2020

Versión 1.3

## Autores

Eulàlia Farré

Gloria González

Martin Krallinger

Toni Mas

Antonio Miranda

## ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	4
2.	ENTIDADES A ANOTAR.....	5
3.	OPERATIVA.....	5
4.	CONVENCIONES GENERALES .....	6
5.	REGLAS DE ANOTACIÓN.....	6
1.	Reglas Generales (Reglas-G) .....	7
	G1. Uso de recursos de conocimiento externos.....	7
	G2. Alcance de la anotación.....	7
	G3. Unicidad de anotador.....	7
	G4. Anotación basada en documentos individuales.....	7
	G5. Menciones que no estén claras.....	7
	G6. Revisión de las reglas de anotación.....	7
	G7. Exhaustividad de las menciones.....	8
	G8. Anotación mínima .....	8
	G9. Límite de menciones.....	8
	G10. Límite de sentencias.....	9
	G11. Mención mínima.....	10
	G12. Perfil del Anotador .....	10
2.	Reglas Positivas (Reglas-P): Qué anotar.....	11
	P1. Solapamiento de menciones.....	11
	P2. Abreviaturas y siglas .....	12
	P3. Anotar antecedentes familiares y/o personales.....	12
	P4. Anotar, aunque se refiera al contexto .....	12
	P5. Anotar, aunque se refiera a la progresión de la enfermedad neoplásica.....	13
	P6. Anotar, todas las referencias a metástasis .....	13
	P7. Anotar, todas las referencias a la diferenciación histológica o grado .....	15
	P8. Anotar morfologías que también son diagnósticos .....	16
	P9. Anotar, independientemente de la base del diagnóstico.....	16
	P10. Anotar referencias a malignidad.....	16
	P11. Anotar negaciones. ....	17
	P12. Anotar adjetivos derivados de nombres de morfologías.....	17
	P13. Anotar prefijos relacionados con nombres de morfologías. ....	18
	P14. Anotar menciones que incluyen modificadores indeterminados.....	18

<b>3.</b>	Reglas Negativas (reglas-N): Qué no se debe anotar.....	18
	N1. Diagnósticos de Neoplasia.....	18
	N2. Localizaciones anatómicas .....	19
	N3. Criterio de contexto.....	19
	N4. Partículas especiales que por convención no se van a etiquetar.....	20
	N6. Menciones implícitas de entidades .....	20
	N7. Menciones sobre estadio o clasificación del tumor .....	20
<b>4.</b>	Reglas Ortográficas (Reglas-O).....	21
	O1. Otros idiomas .....	21
	O2. Errores tipográficos y de conversión.....	21
	O3. Espacios erróneos.....	21
	O4. No etiquetar los espacios flanqueantes en blanco .....	21
	O5. No etiquetar comas, puntos de terminación de frase, paréntesis, corchetes... ..	21
	O6. No etiquetar signos de puntuación innecesarios.....	22
	O7. Artículos y demostrativos.....	22
<b>5.</b>	Reglas de Codificación (Reglas-C) .....	22
	C1. Asignación de códigos que no existen en la terminología.....	22
	C2. Codificación de Tumores mixtos.....	23
	C3. Utilización del 5 dígito para el comportamiento .....	23
	C4. Utilización del 6 dígito para la diferenciación celular .....	24
<b>6.</b>	Casos Especiales.....	24
<b>6.</b>	Referencias.....	25
<b>7.</b>	Glosario .....	25
<b>8.</b>	Apéndice .....	26
	AI. INSTRUCCIONES PARA CODIFICAR LA MORFOLOGÍA. Manual CIE-O Tercera Edición. ....	26

## 1. INTRODUCCIÓN

El objeto de esta guía es describir las especificaciones para la anotación de las menciones relacionadas con la **morfología de neoplasia** en los 2.000 casos de referencia.

Como referencia principal para la identificación de menciones relacionadas con la morfología neoplásica, se utilizará la terminología CIE-0-3.

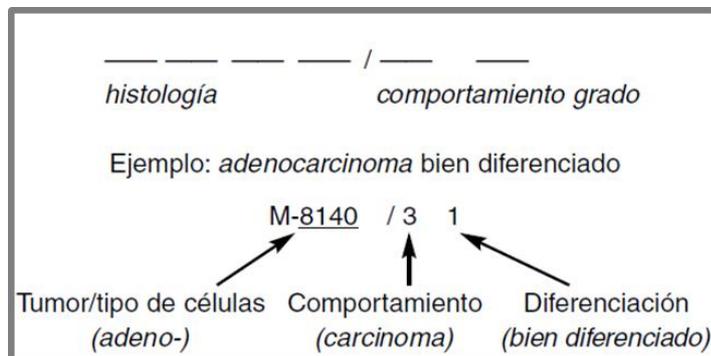
### **MORFOLOGÍA DE NEOPLASIA (MN)**

Una neoplasia es un crecimiento o formación de tejido nuevo, anormal, especialmente de carácter tumoral, benigno o maligno. La clasificación de las neoplasias según su morfología o características histológicas hace referencia a la forma y estructura de las células tumorales que se estudian para clasificar las neoplasias según su tejido de origen. El tejido de origen y el tipo de células que componen una morfología determinan a menudo la tasa de crecimiento esperada, la gravedad de la enfermedad y el tipo de tratamiento recomendado.

### **CIE-0-3.1**

La Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O) ha sido usada en los últimos 25 años, principalmente en registros de tumores o cáncer, para codificar la localización (topografía) y la histología (morfología) de la neoplasia, usualmente obtenidos de un informe de anatomía patológica. En la actualidad existe una 3ª edición en castellano (CIE-O-3.1, año 2011) que se corresponde con la actualización WHO-IARC realizada sobre la “International Classification of Diseases for Oncology 3rd Edition” (ICD-O-3, año 2000) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En este trabajo se va a utilizar esta edición 3 del sistema de codificación que es la actualmente vigente y solo se van a tener en cuenta las anotaciones morfológicas o histológicas. (**código morfológico**). La edición reconoce también la clasificación de la OMS de las leucemias mieloides, que comprende distintas combinaciones de anormalidades morfológicas y citogenéticas; por ejemplo, 9875/3 corresponde a la leucemia mielógena crónica, cromosoma Philadelphia (Ph1) positivo, que también se menciona como leucemia mielógena crónica, t(9;22)(q34;q11) o leucemia mielógena crónica, BCR/ABL.

El **código morfológico** indica el tipo de célula que se ha vuelto neoplásica y su actividad biológica; en otras palabras, indica el tipo de tumor que se ha desarrollado y su comportamiento. Dicho código consta de siete caracteres (6 dígitos y una barra “/” que separa el 4º del 5º dígito). Los cuatro primeros dígitos identifican el tipo histológico de la neoplasia, el quinto número indica su comportamiento y el sexto el grado de diferenciación de la neoplasia o la designación del inmunofenotipo en las leucemias y linfomas. Ver Anexo I: códigos de comportamiento y de grado.



## Estructura de los códigos morfológicos

### Anotación entidades análogas

Esta guía además se puede adaptar a otras entidades análogas de relevancia clínica como entidades moleculares o inmunohistoquímicas relacionadas con la morfología de neoplasias e implicadas en la gravedad de la enfermedad y el tipo de tratamiento recomendado.

#### Ejemplos anotación entidades inmunohistoquímicas:

- i. *carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda grado III*, receptores de estrógenos 100%; receptores de progesterona 100%, Ki-67 20%. Her2 negativo.
- ii. *carcinoma poco diferenciado* con IHQ con mamoglobina positiva y receptores de estrógenos y progesterona, así como HER2 negativos
- iii. *adenoma tubulovelloso* pT1, con pérdida de expresión de MLH1 y PMS2
- iv. El estudio inmunohistoquímico del tumor es - Positivo para Vimentina y Actina músculo liso (parcheada). - Negativo para ALK, Desmina y S100, CD34, CD31, HMB45, CK AE1/AE3 y CK7. - Ki 67: 3%

#### Ejemplos anotación entidades moleculares:

- metástasis adenocarcinoma poco diferenciado*, EGFR negativo y ALK no traslocado
- linfadenectomía* con resultado de recidiva ganglionar de *melanoma*. Se lleva a cabo estudio de mutaciones BRAF siendo no mutado.
- ADC tubular infiltrante moderadamente diferenciado*, KRAS, NRAS y BRAF no mutados.
- *metástasis por melanoma maligno*, sin mutación de BRAF

## 2. ENTIDADES A ANOTAR

El objeto de esta tarea es la anotación de las menciones de las siguientes entidades:

- **Morfología de Neoplasia**

No es objeto de esta guía la anotación de menciones a la localización anatómica (topografía) del tumor o el diagnóstico asociado.

Paralelamente a la anotación de la entidad, se asignará **siempre** un código de la terminología CIE-O-3.

## 3. OPERATIVA

En esta tarea, se anotarán las entidades enumeradas en el apartado 2, siguiendo las reglas enumeradas en el apartado 4.

La herramienta que se utilizará para la anotación es BRAT. En esencia, la mecánica de anotación consiste en:

1. Marcar con el cursor un determinado texto en el caso clínico (evidencia textual)
2. Clicar en el botón de edición que se visualiza de forma automática después de marcar un texto
3. Seleccionar la entidad MORFOLOGÍA\_NEOPLASIA que aparece como una de las opciones en formato *radio buttons* (sólo permite seleccionar 1)
4. Introducir en *Note* el código CIE-O-3
5. Si es necesario incluir algún comentario u observación añadirlo al código CIE-O-3 introducido separado con un carácter pipe (|)

## 4. CONVENCIONES GENERALES

### Código CIE-O-3

En los casos en los que procede, se ha incluido el código CIE-O-3 entre *corchetes* “[ ]” después de la mención.

#### Ejemplos:

- LH (Linfoma Hodgkin) [9650/3]
- Carcinoma de célula pequeña [8041/3] (CCP) [8041/3]
- Carcinoma microcítico [8041/3] de pulmón enfermedad limitada a tórax (cTxN3M0, ESTADIO IIIB) [8000/6]

## 5. REGLAS DE ANOTACIÓN

A continuación, se detallan las reglas de anotación, incluyendo ejemplos particulares destinados a ayudar en la comprensión de las directrices. En los casos correctos, los diferentes casos están marcados en gris.

Las reglas de anotación están estructuradas en las siguientes clases:

- Reglas-G: generales
- Reglas-P: positivas
- Reglas-N: negativas
- Reglas-O: ortográficas
- Reglas-C: convenciones y codificación
- Excepciones

## 1. Reglas Generales (Reglas-G)

### G1. Uso de recursos de conocimiento externos

En caso de duda del anotador, sobre si corresponde o no a una mención o acerca del tipo de mención morfológica correspondiente, se aconseja consultar recursos externos en español (ej. Wikipedia o páginas web especializadas en español: Biblioteca Virtual en Salud España, LIS España. Sitios saludables para profesionales, Biblioteca virtual en salud, Abreviaturas médicas (Diccionario Yetano de siglas médicas). Alternativamente, se pueden consultar otros recursos en inglés que faciliten la comprensión del término: Wikipedia, PubMed ... otras terminologías médicas: SNOMED CT, CIE-10-MC ... u otras bases de datos para resolver las dudas. Los recursos de referencia han sido principalmente:

- Manual de codificación CIE-O. Tercera Edición 2003.
- Manual de codificación CIE-10-ES Diagnósticos. Edición 2020.
- eCIEMaps v3.3.7. [https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index\\_o\\_3.html](https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_o_3.html)
- Clasificaciones y estadios por tipo de cáncer. <https://seom.org/>
- Neoplasias hematológicas: Clasificación y actualización en el diagnóstico. FC AEFA 2020.

### G2. Alcance de la anotación

El proceso de anotación no tiene como propósito anotar todas las palabras incluidas en el caso clínico. El objetivo es encontrar aquellas entidades nombradas enumeradas en el apartado *2-Entidades a Anotar*.

### G3. Unicidad de anotador

Cada instancia de caso clínico debe ser anotado por un único anotador.

### G4. Anotación basada en documentos individuales

Todas las anotaciones de una instancia de caso clínico deben realizarse de manera **aislada** sin tener en cuenta otros casos clínicos.

### G5. Menciones que no estén claras

No anotar menciones para las que no esté claro si corresponde anotarlas (incluso tras consultar algún recurso externo).

#### Ejemplos:

- Carcinoma ductal infiltrante grado III, con extenso componente in-situ

(Se codifica "Carcinoma ductal infiltrante grado III" [8500/33]. No se codifica "in situ")

- presencia de múltiples adenopatías/implantes mediales y caudales a la sutura de la hemicolectomía derecha que eran sospechosos de recidiva tumoral.

(No está claro que implantes mediales se refiera a metástasis a distancia)

### G6. Revisión de las reglas de anotación

Si se detectan casos especiales de tipos de menciones que podrían ser de interés o estar relacionadas y las guías no especifican su anotación, se deben reportar estos casos junto con ejemplos para refinar las reglas de anotación y una explicación mínima para que cualquier anotador pueda entender el razonamiento en un caso concreto.

### G7. Exhaustividad de las menciones

Las entidades morfológicas se deben anotar cada vez que aparecen, incluso si la evidencia textual es exactamente la misma, es decir, una entidad que se menciona múltiples veces debe anotarse múltiples veces.

### G8. Anotación mínima

Cualquier anotación debe estar formada al menos por la mención (evidencia textual), y el código de la terminología CIE-O-3 que lo representa.

### G9. Límite de menciones

La mención debe incluir la *morfología neoplásica* (histología del tumor) e incluirá siempre cualquier referencia al *comportamiento* del tumor (por ejemplo, si es metastásico, in situ ... etc). La *diferenciación celular* solo se ha de incluir cuando se especifique en el informe (por ejemplo, pobremente diferenciado o grado 3 ...)

Se podrá incluir dentro de la mención otra información NO objeto de la anotación con el objetivo de no romper la cadena siempre y cuando la distancia entre las partes relevantes de la mención sea igual o menor a **6 tokens**.

En caso de que la distancia sea mayor a 6 *tokens*, las partes relevantes de la mención deberán considerarse menciones individuales.

Los tokens entre paréntesis deben contabilizarse como *tokens* independientes, por ejemplo, el texto (pT3 N2 M1a S0), contiene 4 *tokens*

#### Ejemplos:

- **Menciones que SI pueden anotarse de forma continua: (distancia <=6 tokens)**

Se resalta en azul las partes relevantes de la mención

adenocarcinoma de pulmón estadio IV por metástasis [8140/6]

(de pulmón estadio IV no es objeto de la anotación, pero metástasis sí)

melanoma avanzado con afectación hepática [8720/6]

(avanzado con no es objeto de la codificación, pero afectación hepática sí ya que es sinónimo de metástasis)

neoplasia renal metastásica [8000/6]

(renal no es objeto de la codificación, pero sí metastásica)

adenocarcinoma de colon estadio IV (pTxNxM1) [8140/6]

(de colon estadio IV no es objeto de la codificación, pero la clasificación TNM que refiere metástasis sí)

TCG mixto de testículo izquierdo Estadio IIIA (pT3N2M1aS0) [9085/6]

TCG mixto pT3 N2 M1a S0, estadio IIIA, [9085/6]

(En el primer caso *Estadio IIIA* está dentro de la mención para poder abarcar la metástasis que señala la clasificación TNM y en el segundo caso no, además *S0* se incluye en el primer caso porque pertenece al mismo token).

Tumor neuroendocrino ileoyeyunal bien diferenciado grado 1 (Ki-67 1-2 %) con afectación metastásica [8240/6]

Adenocarcinoma de unión gastro-esofágica estadio IV (recaída tardía a nivel musculo-esquelético) [8140/6]

- **Menciones que NO pueden anotarse de forma continua: (distancia >6 tokens)**

Carcinoma ductal infiltrante [8500/3] de la mama izquierda subtipo luminal B, estadio IV por afectación ósea [8000/6]

(En esta caso, *de la mama izquierda subtipo luminal B, estadio IV* no es objeto de la anotación pero *afectación ósea* si lo es. No obstante, al haber más de 6 tokens de distancia, 10 en este caso, se anotan como entidades independientes)

carcinoma pulmonar mal diferenciado de célula no pequeña [8046/33] con debut con enfermedad avanzada y afectación metastásica [8000/6]

carcinoma medular [8510/3] de tiroides estadio IV C con N1 y M1 [8000/6]

adenocarcinoma [8140/3] de páncreas estadio IV al diagnóstico, presentando una metástasis [8000/6] cerebral y carcinomatosis [8010/9]

## G10. Límite de sentencias

Las menciones de entidades de morfología neoplásica no pueden atravesar sentencias múltiples. Es decir, una mención no puede atravesar:

- Un punto y seguido
- Un punto y aparte
- Un bullet-point

### Ejemplos:

- Rbdomiosarcoma de cabeza y cuello. Probable alveolar.

En este ejemplo, no se incluye en la anotación *Probable alveolar* ya que este texto está detrás de un *punto y seguido*.

- Diagnóstico:
  - Adenocarcinoma de sigma estadio IV. [8140/3]
  - Pobrementemente diferenciado.
  - Afectación ósea [8000/6] metastásica. [8000/6]

En este ejemplo, no se incluye en la anotación *metastásica + Adenocarcinoma* ya que ambos textos aparecen en *bullets* distintos. El grado de diferenciación NO se puede incluir en el código en este caso.

Esta regla, en algunos casos produce que no se anote información relevante. No obstante, su aplicación simplifica y acelera la anotación y facilita el tratamiento computacional posterior.

### G11. Mención mínima.

Una entidad debe reconocerse como la parte más corta que lo define. Si añadir palabras a la anotación, no modifica el código CIE-O-3, no hay que añadirlas.

#### Ejemplos:

- carcinoma anaplásico de tiroides (indiferenciado) [8021/3]

(Añadir *indiferenciado* no modifica el código. A efectos del grado de diferenciación un carcinoma anaplásico se codifica con el mismo dígito que uno indiferenciado).

- seminoma tipo clásico [9061/3].

(Añadir tipo clásico no modifica el código. El modificador clásico no está representado en la CIE-O-3 en el término 9061/3 *Seminoma, SAI*).

- sarcoma sinovial monofásico [9040/3].

(No se puede incluir *monofásico* ya que el término SAI no lo incluye ni hay otro código para monofásico. Solo refleja el de tipo fusocelular 9041/3 (*Sarcoma sinovial, tipo fusocelular*).

9040/3 *Sarcoma sinovial, SAI*

*Sinovioma maligno*

*Sinovioma, SAI*

#### *Excepción!!!*

En el caso de que las palabras descartadas modifiquen la mención de manera relevante y aparezcan en la CIE-O-3 como histologías asociadas al mismo código si se han de incluir en la mención.

#### Ejemplo:

- Carcinoma de mama lobulillar infiltrante [8520/3]

(*Carcinoma de mama lobulillar* y *Carcinoma de mama lobulillar infiltrante* se codifican con el código 8520/3 ya que ambos conceptos aparecen en la CIE-O-3 asociados al mismo código así que se debe incluir en la mención).

8520/3  Carcinoma lobulillar, SAI  
Adenoqcarcinoma lobulillar  
Carcinoma lobulillar infiltrante, SAI

Esta regla, en algunos casos produce que no se anote información relevante. No obstante, su aplicación simplifica y aceleran la anotación y facilita el tratamiento computacional posterior.

### G12. Perfil del Anotador

Para la correcta aplicación de esta guía en una tarea de anotación, sería deseable que el anotador dispusiera de las siguientes capacidades:

- Conocimiento de las clasificaciones CIE-O-3 y CIE-10-MC. Otras terminologías relacionadas de interés: SNOMED CT
- Conocimiento de la nomenclatura específica de neoplasias, clasificaciones y estadificaciones por tipo de tumor.

- Conocimiento de las bases biológicas del comportamiento del tumor o Biología del Cáncer.
- Conocimiento de los términos, abreviaturas y siglas médicas.
- Habilidades en la búsqueda de información científica y recursos terminológicos.

## 2. Reglas Positivas (Reglas-P): Qué anotar

### P1. Solapamiento de menciones

Las menciones solapadas deben también ser anotadas, incluso cuando se asocie el mismo concepto terminológico.

#### Ejemplos:

- carcinoma de célula pequeña [8041/3] (CCP) [8041/3]
- tumor germinal no seminoma [9065/3] (TGNS) [9065/3]
- carcinoma papilar urotelial (CUP) de alto grado. [8130/34]

(Se anota *carcinoma papilar (CUP) de alto grado* y *(CUP) de alto grado*)

- adenocarcinoma túbulo-papilar con metaplasia escamosa

(Se anota *adenocarcinoma túbulo-papilar* [8263/3] y *adenocarcinoma túbulo-papilar con metaplasia escamosa* [8570/3])

#### 8263/3 Adenocarcinoma en adenoma tubulovelloso

Adenocarcinoma papilotubular  
Adenocarcinoma tubulopapilar

#### 8570/3 Adenocarcinoma con metaplasia escamosa

Adenoacantoma

- carcinoma indiferenciado de células pequeñas, de aspecto neuroendocrino

(Se anota *carcinoma indiferenciado de células pequeñas* [8041/34] y *carcinoma indiferenciado de células pequeñas, de aspecto neuroendocrino* [8574/3])

#### 8041/3 Carcinoma de células pequeñas, SAI

Carcinoma de células de reserva  
Carcinoma de células redondas  
Carcinoma microcítico  
Carcinoma neuroendocrino de células pequeñas

#### 8574/3 Adenocarcinoma con diferenciación neuroendocrina

Carcinoma con diferenciación neuroendocrina

- Carcinoma ductal inflamatorio

(Se anota *Carcinoma ductal* [8500/3] y *carcinoma ductal inflamatorio* [8530/3])

#### 8500/3 Carcinoma ductal infiltrante, SAI

Adenocarcinoma ductal infiltrante  
Adenocarcinoma ductal, SAI  
Carcinoma de células de los conductos  
Carcinoma ductal, SAI

#### 8530/3 Carcinoma inflamatorio

Adenocarcinoma inflamatorio

- carcinoma epidermoide de células transicionales

(Se anota *Carcinoma de células transicionales, SAI* [8120/3] y *carcinoma epidermoide, SAI*, [8070/3])

8120/3   Carcinoma de células transicionales, SAI

Carcinoma transicional  
Carcinoma urotelial, SAI

8070/3   Carcinoma epidermoide, SAI

Carcinoma de células escamosas, SAI  
Carcinoma escamoso  
Carcinoma espinocelular, SAI  
Epitelioma de células escamosas

## P2. Abreviaturas y siglas

Una mención puede ser una abreviatura o una sigla de la entidad morfológica. Únicamente se debe anotar aquellas abreviaturas y siglas que pueden ser unidas a entidades clínicas según el conocimiento del anotador y descripciones directamente incluidas en el texto (abreviación ad-hoc) sin ningún tipo de duda.

### Ejemplos:

- LH (Linfoma Hodgkin) [9650/3]
- LH (hormona luteinizante). No anotar

Por convención se acuerda anotar la abreviatura “ca.” con el término general “cáncer” con el código 8000/3 a pesar de que esta abreviatura podría estar haciendo referencia también a carcinoma. Ver anexo I: Cáncer vs Carcinoma.

## P3. Anotar antecedentes familiares y/o personales

Se debe anotar las menciones incluso en el caso que la mención no se refiera al sujeto del caso clínico o al momento actual, por ejemplo, morfologías enumeradas en antecedentes familiares y/o personales.

### Ejemplos:

- una hermana de abuelo materno diagnosticada de carcinoma de mama [8010/3]
- Antecedentes personales: alergia a inzitan, apendicectomía, histerectomía por miomas [8895/0]

## P4. Anotar, aunque se refiera al contexto

Todas las menciones de entidades morfológicas deben ser anotadas incluso cuando no estén relacionadas con la condición de un sujeto, pero en otros contextos podrían ser interpretadas como una entidad anotable.

### Ejemplos:

- En febrero de 2013, la paciente se incluyó en el ensayo clínico PERUSE (estudio fase IIIb, abierto, multicéntrico, que se activó en mayo de 2012 y cuyo objetivo primario fue analizar la seguridad y eficacia de pertuzumab y trastuzumab en combinación con quimioterapia con taxanos en primera línea de tratamiento, en un amplio grupo de mujeres con cáncer de mama HER-2+ localmente recurrente o metastásico).
- No existen en la literatura estudios prospectivos referentes al tratamiento, los esquemas de quimioterapia comúnmente utilizados son los regímenes para el tratamiento de linfoma no Hodgkin.
- También en el MEN2A es necesario un seguimiento a largo plazo por el mayor riesgo de otras neoplasias asociadas como el feocromocitoma (10-60%).

P5. Anotar, aunque se refiera a la progresión de la enfermedad neoplásica

Todas las menciones independientemente si hacen referencia a la enfermedad actual o la progresión de la enfermedad: extensión, recidiva o metástasis deben ser anotadas.

Ejemplos:

- Compatible con recidiva tumoral en PET-TC [8000/1]
- En seguimiento en consulta y una vez objetivada la progresión tumoral [8000/1]

P6. Anotar, todas las referencias a metástasis

Anotar todas las referencias a metástasis que el anotador determine con relación al contexto y el tipo de tumor independientemente de la expresión utilizada. Menciones que pueden ser metástasis:

- Metástasis, metastásico/a...
- La determinada por la clasificación TNM [AJCC (American Joint Committee on Cancer) en colaboración con la UICC (Union Internacional Contra Cancer)].

*Metástasis distante (M):*

**MX** No es posible evaluar una metástasis distante

**MO** No existe metástasis distante (el cáncer no se ha diseminado a otras partes del cuerpo)

**M1** Metástasis distante (el cáncer se ha diseminado a partes distantes del cuerpo)

- Afectación/progresión/Enfermedad/Recidiva/Recaída + localización secundaria.
  - La afectación peritoneal no se considera metástasis en tumores abdominales, a excepción de "diseminación peritoneal", que indica que no está afectado sólo el peritoneo que envuelve al órgano afectado, sino la mayor parte del peritoneo. La afectación peritoneal múltiple sí se considera metástasis.
  - Enfermedad secundaria/enfermedad a distancia/Enfermedad diseminada.
  - Implantes + localización.
  - Diseminación + localización, siempre que sea diseminación del tumor a distancia. No se codificaría, por ejemplo: diseminación endobronquial de proceso tuberculoso.
  - Lesión/nódulo/masa secundaria.
  - Suelta de Globos.
  - Omental Cake.
  - Adenopatía supraclavicular.
  - Infiltración/invasión en MO (excepto en tumores hematológicos).
  - Realces leptomeníngeos/Afectación leptomeníngea
  - Letálides/cutánides.
  - Lesión lítica/blástica o mixta. Siempre que se pueda se ha de añadir la localización de la lesión.
  - Masas de partes blandas asociadas a lesiones óseas metastásicas siempre y cuando sea una extensión de tumor.
- Se anotará cualquier referencia a metástasis con el código 8000/6

Ejemplos:

- Ecografía abdominal: aparecen múltiples imágenes en parénquima hepático compatibles con enfermedad secundaria [8000/6] metastásica [8000/6]
- Lesión lítica ya conocida en hueso iliaco [8000/6]. Lesión lítica [8000/6] con pequeña masa de partes blandas en arco posterior de 9ª costilla [8000/6].

- El estadio es, por tanto, pT2 pN2 cM1, [8000/6] por presencia de metástasis [8000/6] pulmonares (estadio IV)
- afectación leptomenígea [8000/6]
- un rastreo óseo negativo para enfermedad a distancia [8000/6]
- PET-TC que muestra diseminación pulmonar [8000/6]
- carcinoma microcítico [8041/3] de pulmón cTxN2 M0 [8000/6]
  
- Radiografía de tórax: imágenes nodulares hiperintensas pulmonares bilaterales en suelta de globos [8000/6]
  
- Se realiza biopsia excisional de la adenopatía supraclavicular [8000/6]
  
- neoplasia gástrica diseminada [8000/6] con invasión de médula ósea [8000/6]
- se aprecia imagen compatible con implantes subcapsulares hepáticos [8000/6]
- realces leptomenígeos [8000/6] que sugieran la presencia de carcinomatosis [8010/9]
  
- 
  
- Si se cumple la regla del límite de la mención se anotará como tumor metastásico con el código de comportamiento /6:

Ejemplos:

- adenocarcinoma de pulmón con afectación cerebral [8140/6]
- diagnosticada de melanoma avanzado con afectación hepática [8720/6]
- Carcinoma ductal infiltrante de mama estadio IV por afectación ósea [8500/6]
- La Anatomía Patológica informó de nueve metástasis de adenocarcinoma [8140/6]
- metástasis de tumor glial de alto grado [9380/64] recaída única hepática por carcinoma [8010/6]
- CDI de mama perfil luminal B en recaída sistémica [8500/6]
- recaída de partes blandas por carcinoma [8010/6]
  
- resultado de la biopsia infiltración de la MO por adenocarcinoma en anillo de sello [8490/6]
  
- Si no cumple la regla del límite de la mención se anotará la metástasis individualmente con el código general 8000/6:

Ejemplo:

- Carcinoma ductal infiltrante [8500/6] de mama subtipo luminal B, estadio IV por afectación ósea [8000/6]
  
- En cuanto a la clasificación TNM (\*), se debe anotar tumor metastásico cuando la referencia esté en la misma sentencia y se cumpla la regla del límite de la mención.

Ejemplos:

- adenocarcinoma de colon estadio IV (pTxNxM1) [8140/6]
- neoplasia de pulmón en LSI T4 N2 M1b [8000/6]
- neoplasia de pulmón en estadio IV (T4N3M1b) [8000/6]

Se anotará como mención única la clasificación TNM cuando constituye un único token y únicamente la M si son varios tokens.

Ejemplos:

- El estadio es, por tanto, pT2 pN2 cM1, [8000/6] por presencia de metástasis [8000/6] pulmonares (estadio IV)

En caso de que la sentencia haga referencia a diferentes localizaciones metastásicas, la mención incluirá únicamente la primera.

Ejemplos:

- carcinoma microcítico de pulmón estadio IV por afectación suprarrenal y de SNC [8041/6]
- adenocarcinoma de próstata grado combinado de Gleason 7 (3+4) estadio IV (OSS, HEP) [8140/62]

\* Ver también regla **P11. Anotar, negaciones.** Caso especial TNM.

**P7. Anotar, todas las referencias a la diferenciación histológica o grado**

Anotar independientemente de la expresión utilizada: nominal: pobremente/moderado/bien o alto/bajo/moderado o, numérica: grado siempre que se especifique en el informe diagnóstico.

Si no existe un término precoordinado en la CIE-O-3 se debe utilizar el sexto carácter para especificar el grado.

Ejemplos:

- carcinoma ductal microinfiltrante pobremente diferenciado [8500/33]
- tumor de células de Sertoli pobremente diferenciado [8640/13]
- carcinoma urotelial papilar de bajo grado [8130/21]
- carcinoma ductal infiltrante, grado I [8500/31]
- adenocarcinoma seroso de alto grado [8441/34]
- tumor maligno de la vaina nerviosa periférica, grado histológico 3 [9540/33] y además sarcoma retroperitoneal de alto grado [8800/34]
- carcinoma neuroendocrino indiferenciado [8246/34]

La mención debe incluir el grado numérico si modifica el grado nominal.

Ejemplo:

- adenocarcinoma infiltrante de bajo grado histológico (grado II) [8140/32H]  
(bajo grado podría codificarse como grado 1 u 2 en función del tipo de tumor)

Si existe en la CIE-O-3 un término precoordinado que ya incluye la diferenciación se debe utilizar este.

Ejemplos:

- Carcinoma indiferenciado, SAI [8020/3]
- Carcinoma neuroendocrino moderadamente diferenciado [8249/3]
- Liposarcoma bien diferenciado [8851/3]

Siempre que la mención haga referencia a una escala específica de diferenciación celular, debe ser incluida.

Ejemplos:

- carcinoma renal de células claras con infiltración capsular, grado 2 de Fuhrman [8310/32]
- adenocarcinoma Gleason 5 + 4 [8140/34]
- adenocarcinoma Gleason 9 (5+4) [8140/34]

(En este caso aplica la regla de mención mínima y (5+4) no modifica el código)

En el caso de los tumores del SNC también se incluye la clasificación de la OMS a pesar de que el grado ya está determinado por el tipo de histología

- meduloblastoma clásico de localización vermiana grado IV de la OMS [9470/34]

#### P8. Anotar morfologías que también son diagnósticos

Los diagnósticos clínicos que coinciden textualmente con morfologías de tumor deben ser anotados.

##### Ejemplos:

- histiocitosis de células de Langerhans [9751/3] (CIE-O-3) / [C96.6] (CIE-10-MC)

#### P9. Anotar, independientemente de la base del diagnóstico

En este trabajo NO se va a tener en cuenta cuál ha sido la base del diagnóstico.

Todas las menciones independientemente de la base del diagnóstico deberán ser anotadas: información microscópica (citológica o histológica) radiológica o clínica (Todas las técnicas de diagnóstico, inclusive rayos X, endoscopia, imágenes, ultrasonido, cirugía exploratoria (por ejemplo, laparotomía) y autopsia, sin diagnóstico histológico). Ver Anexo I "Base del diagnóstico".

Se anotan términos generales como tumor/tumores/tumoración/neoformación, tumoral/tumorales, neoplasia/neoplásica/neoplásico.

##### Ejemplos:

- *Ecografía abdominal:* aparecen múltiples imágenes en parénquima hepático compatibles con enfermedad secundaria metastásica [8000/6]
- *TC toraco-abdomino-pélvico* donde se objetivan infiltrados alveolares en ambas bases pulmonares, una adenopatía retroperitoneal interaorto cava de aspecto metastásico [8000/6]
- se realiza *RMN sacroilíaca* que informa de lesión lítica [8000/6] que destruye la cortical anterior del ala ilíaca izquierda sugestiva de metástasis. [8000/6]
- *estudio de imagen con TC* de abdomen, hallándose una neoformación [8000/1]
- la *biopsia intraoperatoria* es compatible con un proceso neoplásico de alto grado [8000/14]
- Se realizó una *colonoscopia* que informó de masa ulcerada de aspecto neoplásico [8000/1]
- probable tumor neuroendocrino pancreático por *captación en gammagrafía* con octreótido pero sin confirmación histológica [8240/3]
- Es *intervenido* de la tumoración retroperitoneal [8000/1]
- *TC toracoabdominal*, donde se observa una gran tumoración pélvica [8000/1]
- A la *exploración física por Cirugía general* se evidencia tumoración dura [8000/1]
- *Mamografía* 23.1.15: tumoraciones retroareolares bilaterales de >5cm [8000/1]
- *TC* compatible con restos tumorales [8000/1]
- En la *TC* de control a los 3 meses, reaparecieron las masas tumorales pleurales [8000/1]

#### P10. Anotar referencias a malignidad

Se debe añadir en la mención cualquier referencia al comportamiento del tumor: benigno/maligno.

##### Ejemplos:

- ecografía escrotal donde se observó una lesión sólida, hipoeoica y bien definida, aunque no se delimitó cápsula, siendo estos hallazgos sugestivos de una lesión sólida **tumoral maligna** [8000/3]
- Resonancia Magnética Nuclear pélvica basal, 27.10.2015: **Tumoración de características malignas** [8000/3]
- biopsia de aguja gruesa positiva para **malignidad** [8000/3]
- Se evidencias **células tumorales malignas** [8001/3]

### P11. Anotar negaciones.

Anotar, incluso si la mención está en una expresión negada

#### Ejemplos:

- *sin que se evidencie* proceso **neoplásico** [8000/1]. Adenopatías con linfadenitis reactiva inespecífica *sin indicios de* **neoplasia** [8000/1]
- *sin evidencia* de patología **neoplásica** en ovario ni trompas [8000/1]
- *sin evidenciar* enfermedad **tumoral** [8000/1]

En el caso especial de la escala TNM, se establece la convención de anotar **M0** (ausencia de metástasis) como una negación como mención independiente.

#### Ejemplos:

- **carcinoma metaplásico** [8575/3] de mama izquierda localmente avanzado **cT4N1M0** [8000/6]
- **tumor Phyllodes de bajo grado** [9020/11] en mama derecha **cT2N0M0**[8000/6]
- **Carcinoma microcítico** [8041/3] de pulmón, enfermedad limitada a tórax (**cTxN3M0**, ESTADIO IIIB) [8000/6]
- **carcinoma de mama ductal infiltrante** [8500/3] pT2pN0(0/29) **M0** [8000/6]
- **mesotelioma** [9050/3] estadio IV (**T4N0M0**) [8000/6]

#### *Excepción!!!*

### **Negación dentro de una anotación**

Las negaciones dentro de una misma anotación han de considerarse como dos menciones independientes.

En el caso de que la parte negada, por sí sola, no tenga un código CIE-O-3, no se anota.

#### Ejemplos:

- **TMVNP**, [9540/3] aunque *no se observa* diferenciación **rabdomiosarcomatosa** [8900/3]
- No se palpan adenopatías axilares *ni* supraclaviculares (aplica la negación dentro de la mención y no se anota adenopatía supraclavicular)

### P12. Anotar adjetivos derivados de nombres de morfologías.

Anotar las formas adjetivales de morfologías como neoplasia, metástasis o tumor.

Ejemplos:

- sin evidencia de patología neoplásica en ovario ni trompas [8000/1]
- enfermedad secundaria metastásica [8000/6]
- márgenes quirúrgicos libres de infiltración neoplásica [8000/1]
- se observa una lesión sólida tumoral [8000/1]
- crecimiento de forma progresiva de la masa tumoral [8000/1]
- Se completó el estudio con la biopsia de médula ósea que descartó infiltración neoplásica [8000/1]

**P13. Anotar prefijos relacionados con nombres de morfologías.**

Anotar los prefijos relacionados con nombres de morfologías como:

- Paratumoral
- Peritumoral
- Intratumoral
- Micrometástasis
- Macrometástasis
- Oligometástasis

Estas menciones es necesario anotarlas, son modificaciones de tumoral y de metástasis que tienen el mismo código en CIEO3.

Ejemplos:

- Metástasis en 3 ganglios linfáticos retroperitoneales peritumorales con infiltración [8000/3]
- A pesar de tratarse de una tumoración fácilmente accesible a priori, la elevada vascularización intratumoral [8000/3]
- Mujer de 35 años con recidiva oligometastásica de CDI de mama [8500/6]

**P14. Anotar menciones que incluyen modificadores indeterminados.**

Anotar menciones que incluyan palabras modificadoras indeterminadas como:

- Predominantemente/fundamentalmente
- Con características de
- Con rasgos de
- De probable

Ejemplo:

- Carcinoma con rasgos neuroendocrinos [8246/3]
- tumoración melanocítica atípica, fundamentalmente fusiforme [8772/3]

(se codifica como carcinoma neuroendocrino)

### 3. Reglas Negativas (reglas-N): Qué no se debe anotar

#### N1. Diagnósticos de Neoplasia

No anotar textos relacionados con los diagnósticos de Neoplasia a excepción de si coincide con una morfología y en otros contextos podría ser interpretado como una entidad observable.

Ejemplos:

- para descartar otras posibles etiologías (granulomatosis de Wegener, **histiocitosis de células de Langerhans**, tuberculosis, etc.). [9751/3]

## N2. Localizaciones anatómicas

No anotar textos relacionados con las localizaciones anatómicas. Sin embargo, si la localización anatómica va anidada en un texto relevante de ser anotado entonces sí se incluye la topografía en la mención.

Ejemplos:

- **carcinoma ductal infiltrante de mama** [8500/3]
- **carcinoma de mama ductal infiltrante** [8500/3]
- **carcinoma renal de células claras** [8310/3]

(En el primer ejemplo únicamente se anota la MN (carcinoma ductal infiltrante) puesto que la topografía “de mama” está fuera de la mención morfológica. En el segundo caso “de mama” se incluye en la mención para no romper la cadena, igual que ocurre en el tercer caso con la mención topográfica “renal”).

Hay que considerar que hay términos de la CIE-O-3 que incluyen localizaciones anatómicas por ser tipos histológicos muy característicos (Ver códigos pseudo-topográficos en el Anexo I)

Ejemplo:

8967/0 Tumor renal osificante

8936/3 Sarcoma del estroma gastrointestinal

8144/3 Adenocarcinoma, tipo intestinal

## N3. Criterio de contexto

Hay términos que no son válidos para anotación si no se refieren a términos de morfología neoplásica en el contexto, incluso si coinciden que son la misma palabra (sinónimos y metáforas) por ejemplo, forman parte del nombre de:

- **un gen, estructura molecular,**
  - gen del receptor de la tirosina quinasa del linfoma anaplásico (ALK) (no anotar linfoma anaplásico)
  - factor de necrosis tumoral (no anotar tumoral)
- **definen una asociación o entidad,**
  - se presenta el caso en Comité de Sarcomas (no anotar Sarcomas)
  - Se presenta el caso en comité de urooncología y en comité de tumores (no anotar tumores)
- **se refieren a un marcador bioquímico o IHQ en el ámbito de análisis clínicos etc.**
  - Se solicitaron también marcadores tumorales encontrando (no anotar tumorales)
- **Hace referencia al tratamiento o terapia y no a la morfología**
  - triple terapia para intentar disminuir carga tumoral en paciente sintomático con mucha carga tumoral (no anotar tumoral)

Ejemplos:

- estudio de traslocaciones del gen del **sarcoma de Ewing** (EWS)

(No se anota ya que se refiere al gen)

- **Sarcoma de Ewing** de hueso iliaco [9260/3]

(Se anota ya que se refiere a la neoplasia)

#### N4. Partículas especiales que por convención no se van a etiquetar.

1. Referencias al concepto *masa* o *bulto*
2. Referencias al concepto *pólipo*
3. “*Enfermedad limitada*”
4. El texto *paraneoplasia* no se anota.

El síndrome paraneoplásico es un síntoma que no está recogido en CIE-O-3, NO es una modificación de *neoplasia*.

5. Referencias a *adenopatías* (excepto las supraclaviculares).

#### Ejemplos:

- Se aprecia **masa** heterogénea polilobulada y abundante líquido libre en Douglas
- se realizó TAC observando una **masa** / adenopatías con captación heterogénea
- En Octubre 2014 presentó progresión de enfermedad por aumento de tamaño de **masa** pulmonar
- Síndrome paraneoplásico tipo encefalitis límbica por anticuerpos anti-Ri en paciente con cáncer de mama

#### *Excepción!!!*

Se puede anotar una referencia a lesión/masa/nódulo si el anotador considera que hace referencia a metástasis por el contexto del caso clínico. Por ejemplo, en el caso anterior: “progresión de enfermedad por aumento de tamaño de **masa** pulmonar” si masa pulmonar es la metástasis previamente descrita en el informe.

También se podrán anotar las adenopatías a distancia si el informe lo describe como la afectación metastásica principal que determina la TNM. Por ejemplo:

- **adenocarcinoma de vesícula biliar E IV (pT2N1M1 [8140/6], adenopatías a distancia [8000/6])**

#### N6. Menciones implícitas de entidades

NO se debe realizar ningún tipo de inferencia clínica para decidir si una evidencia textual representa indirectamente una entidad clínica excepto en el caso de la metástasis como se indica en el apartado P6. Asimismo, las anáforas NO deben anotarse.

#### Ejemplos:

- Se discute el caso para plantear un abordaje diagnóstico confirmatorio de su enfermedad metastásica y confirmar que no exista un **segundo primario**.

*Segundo primario*, en este contexto, hace referencia a tumor primario por lo que se podría anotar y codificar con el código de morfología 8000/1 “tumor” pero es preciso inferir este conocimiento por este motivo no sería una entidad anotable.

- sarcoma sinovial **del mismo tipo que la vez anterior**
- PET/TAC confirma gran masa rectal (SUV máximo 18.9) en relación con **primario** conocido con implantes presacros (SUV máximo 3)

#### N7. Menciones sobre estadio o clasificación del tumor

Los diferentes estadios/escalas/clasificaciones en función del tipo de tumor no son objeto de anotación (Estadio C de Dukes, Estadio IIIA...) excepto si están incluidos entre dos textos relevantes y cumplen la regla del límite de la mención. Sí lo son la “M” de la clasificación TNM o la “T” cuando se refiere a tumor in situ “Tis”.

Ejemplos:

- adenocarcinoma de colon estadio C de Dukes [8140/3]
- Adenocarcinoma de cabeza-cuerpo de páncreas estadio IV [8140/3]
- adenocarcinoma de pulmón estadio IV [8140/3]
- TCG mixto pT3 N2 M1a S0, estadio IIIA. [8140/3]
- Carcinoma intraductal in situ [8500/2]
- Carcinoma pTis [8010/2] N0 M0[8000/6]
- Carcinoma transicional pTisG3 [8120/23]

## 4. Reglas Ortográficas (Reglas-O)

### O1. Otros idiomas

Los nombres en otros idiomas diferentes del castellano deben ser anotados, independientemente del lenguaje.

Ejemplos:

- tumor del saco vitelino [9071/3] (Yolk sac tumor) [9071/3]

### O2. Errores tipográficos y de conversión

Aquellas menciones de morfología neoplásica (que sigan las reglas generales de anotación) y que tengan errores tipográficos, deben ser anotados). Esto incluye a las menciones que sufran de errores de conversión automática, generadas con programas de conversión de textos.

Ejemplos:

- PAAF axilar: compatible con metástasis de acenocarcinoma
- dejando restostumorales, con focos hemáticos en su interior

### O3. Espacios erróneos

Las palabras separadas en diversos tokens de texto por espacios erróneos deberán ser anotadas como una única entidad

### O4. No etiquetar los espacios flanqueantes en blanco

NO etiquetar los espacios en blanco que flanquean una mención de morfología. Los anotadores deberían intentar definir las menciones de la manera más precisa, sin incluir los espacios en blanco u otros espacios que franqueen las menciones (p.ej. puntos al final de una sentencia).

### O5. No etiquetar comas, puntos de terminación de frase, paréntesis, corchetes...

No incluir como parte de las menciones de morfología: comas, puntos de terminación de frases, corchetes, números de referencias, % etc a no ser que no se puedan excluir de la mención. Se incluye el paréntesis de cierre si todo el contenido del paréntesis forma parte de la mención, es decir, es relevante. Si no es así se corta la mención hasta la última palabra relevante.

Ejemplos:

- tumor germinal no seminoma [9065/3] (TGNS) [9065/3]

(no incluir paréntesis, toda la mención está entre paréntesis)

- adenocarcinoma de colon estadio IV (pTxNxM1) [8140/6]

(paréntesis permitido, el texto entre paréntesis es un solo token y forma parte de la mención)

- adenocarcinoma de colon estadio IV (metástasis hepáticas y óseas) [8140/6]

(paréntesis de cierre no incluido, la mención no abarca toda la parte entre paréntesis)

- Estadio (T4 N1 M1) [8000/6]

(no incluir paréntesis, la mención es un solo token del texto entre paréntesis)

- adenocarcinoma gástrico con células en anillo de sello, grado 3, pobremente diferenciado [8490/33]

(comas permitidas, ya que no se pueden excluir de la mención)

## O6. No etiquetar signos de puntuación innecesarios

No etiquetar guiones, contrabarras que sirvan para separar conceptos, signos matemáticos etc...

### Ejemplos:

- teratoma [9080/1] +/- tumor viable [8000/1]

## O7. Artículos y demostrativos

NO incluir en las anotaciones los artículos (tanto determinados como indeterminados) y demostrativos que aparecen al comienzo de las menciones.

### Ejemplos:

- un carcinoma renal de células claras con infiltración capsular, grado 2 de Fuhrman [8310/32]

# 5. Reglas de Codificación (Reglas-C)

## C1. Asignación de códigos que no existen en la terminología

En algunos casos cuando no se puede codificar con el término SAI (general) y la mención incluye un modificador relevante que no está incluido en la terminología para ese concepto en concreto se acuerda por convención utilizar la extensión /H en el código asignado para identificar que el término es más granular que el código utilizado (es un Hijo del código asignado).

### Ejemplos:

- Carcinoma infiltrante grado II [8010/32/H]

(en la clasificación CIE-O-3 todos los carcinomas infiltrantes incluyen el tipo celular: - - conducto [+]- ductular [+] - - lobular [+]. Hay que codificar con carcinoma, SAI [8010/3] pero se añade una /H para indicar que el término es más granular (es una hijo) del que se está codificando: 8010/32/H (Carcinoma = 8010/3 + dígito diferenciación=2 + "/H").

- carcinoma eciescamoide ductal [8070/3/H]

(El carcinoma eciescamoide es de piel, pero la clasificación no lo incluye, lo más aproximado es carcinoma escamoso, SAI [8070/3]. Se codifica 8070/3/H, para indicar que el término es hijo del carcinoma escamoso).

- tumor quemado o tumor testicular burned-out [8000/1/H]

(El fenómeno de "burn out" o tumor quemado se refiere a un tumor retroperitoneal seminomatoso, pero de origen testicular, pese a que no encontramos tumor en el estudio anatomopatológico de las gónadas, pero si importantes alteraciones tanto ecográficas como anatomopatológicas en ambos testículos. El tumor quemado no lo incluye la clasificación CIE-O-3, se codifica con tumor 8000/1/H).

- **teratoma maduro con diferenciación hacia tejido cartilaginoso [9080/0/H]**

(No existe esta morfología en CIE-O-3, se ha de codificar con teratoma benigno 9080/0/H)

## C2. Codificación de Tumores mixtos

La mención de un tumor mixto compuesto por varias morfologías representadas en la CIE-O-3 de manera combinada se anotará como una mención continua y teniendo en cuenta la convención sobre el límite de la mención, pudiendo incluir los % correspondientes a cada morfología.

### Ejemplos:

- **tumor mixto maligno de células germinales (coriocarcinoma 60% + teratoma maduro 40%) [9101/3]**

*9101/3 Coriocarcinoma combinado con otros elementos de células germinales*

*Coriocarcinoma combinado con carcinoma embrionario*

*Coriocarcinoma combinado con teratoma*

- **TCG mixto (90 % seminoma y 10 % teratoma con diferenciación escamosa) [9085/3]**

*9085/3 Tumor mixto de células germinales*

*Teratoma y seminoma mixtos*

En el caso de tumores mixtos que especifican diferentes tipos histológicos no representados en la CIE-O-3 de manera combinada, se anotará cada tipo histológico por separado.

### Ejemplos:

- **tumor mülleriano mixto [8950/3] estadio IB con un 90 % de sarcoma de alto grado con diferenciación rabdomioblástica [8800/34/H] y 10 % de carcinoma seroso de alto grado [8441/3] con una citorreducción completa.**

En la CIE-O-3 no especifica que 8950/3 Tumor mülleriano mixto esté compuesto por estos dos tipos celulares por lo que se anotan por separado.

- **Diagnóstico anatomopatológico: patrón histológico mixto, con áreas de carcinoma urotelial [8120/3] convencional (15%), áreas de diferenciación escamosa [8070/3] (20%) y áreas sarcomatoides [8033/3] (65%)**

## C3. Utilización del 5 dígito para el comportamiento

Debe usarse el correspondiente 5.º dígito del código de comportamiento, inclusive si el término específico no está enumerado en la CIE-O. Si el anotador determina que el comportamiento difiere del comportamiento usual dado en la CIE-O, se debe codificar como lo indica el anotador. El sistema matricial de CIE-O-3 permite modificar un código dado en función de si el tumor se considera benigno (0), maligno (3), in situ (2), de malignidad o benignidad incierta (1) o de primario desconocido (9). Ver tabla en el anexo I: Códigos de comportamiento en morfología.

### Ejemplos:

- **neoformación mesenquimal** constituida por células de núcleo fusiforme o alargado. [8800/1] \*\*\*
- Diagnóstico: **tumor mesenquimal maligno** sugestivo de origen [8800/3]
- Tratamiento Diagnosticado en mayo de 2012 de **tumor mesenquimal** de pared torácica [8800/1] \*\*\*

\*\*\* El código 8800/1 no existe actualmente en CIE-O-3

**Convención especial:** Se utilizan todos los dígitos para el comportamiento a diferencia del uso de estos códigos en los informes de hospitalización (no contemplan /9) o los registros de tumores (no contemplan /6 ni /9).

#### C4. Utilización del 6 dígito para la diferenciación celular

Siempre que existan, se deben utilizar los códigos precordinados de la CIE-O-3 que especifican el grado de diferenciación celular.

Ejemplos:

- **metástasis de tumor neuroendocrino (TNE) moderadamente diferenciado** [8249/6]
- **Carcinoma neuroendocrino bien diferenciado** [8240/3]
- **Carcinoma neuroendocrino de bajo grado** [8240/3]
- **Carcinoma indiferenciado** [8020/3]

Si no existe el término precordinado y el informe lo especifica se debe añadir el sexto dígito para la diferenciación celular. Ver tabla en el anexo I: Códigos de grado de diferenciación histológica/inmunofenotipo.

#### **Convenciones especiales:**

- Codificar con el dígito de diferenciación 4 los tumores de alto grado y con el dígito de diferenciación 1 los de bajo grado cuando la mención no especifica exactamente el valor numérico del grado.
- Asignar el grado o dígito de diferenciación más alto descrito en la mención (Ej: áreas de moderado a pobremente diferenciadas, se codifica con /3 (pobremente diferenciado).
- Añadir el 6º carácter para el grado de diferenciación independientemente del comportamiento del tumor, también para tumores benignos, inciertos o metastásicos.
- No se utiliza el dígito /9 (no determinado, no indicado, no aplicable) cuando la información no está presente en el informe.
- Por convención se añade también el 6º carácter en los tumores del SNC. Ver Anexo I: Sistema de grados de la OMS para tumores del SNC.

Ejemplo:

- **metástasis de tumor glial de alto grado** [9380/64]

## 6. Casos Especiales

- **Scope y cobertura de la CIE-O-3**
- 
- **Espectros o familias de Neoplasias**

La CIE-O-3 no contiene agrupaciones de Neoplasias

Ejemplos:

- Tumor neuroectodérmico primitivo periférico (PNET-Ewing)

*PNET-Ewing: Ewing sarcoma (ES) and peripheral primitive neuroectodermal tumor (PNET) comprise the same spectrum of neoplastic diseases known as the Ewing sarcoma family of tumors (EFT), which also includes malignant small cell tumor of the chest wall (Askin tumor) and atypical ES*

PNET-Ewing es una familia de tumores: se anota por separado PNET (9364/3) y sarcoma de Ewing (9260/3)

- **Teratoma maduro con diferenciación hacia tejido cartilaginoso**

Codificar únicamente teratoma maduro

- **Trofoblastoma**

No existente en CIEO. Se ha de codificar solo tumor 8000/1 (Blastoma)

- **Sarcoma sinovial monofásico**

Codificar como sarcoma sinovial

- **tumor testicular germinal regresado burned-out**

fenómeno de "burn out" o tumor quemado: es decir un tumor retroperitoneal seminomatoso, pero de origen testicular, pese a que no encontramos tumor en el estudio anatomopatológico de las gónadas, pero si importantes alteraciones tanto ecográficas como anatomopatológicas en ambos testículos. Se codifica como tumor germinal [9064/3]

- **Codificaciones por convenio**

- **Linfangitis carcinomatosa**

*Aunque en muchos casos indique metastatización de un tumor maligno (mama, pulmón,...), puede deberse también al bloqueo local y subsecuente inflamación de vasos linfáticos por un tumor maligno. No es una neoplasia originaria de los vasos o ganglios linfáticos. Como indica la presencia de un tumor maligno, se codifica como neoplasia maligna 8000/3*

Ejemplo:

- Se completa el estudio de forma ambulatoria con una TC toracoabdominopélvica que se realiza en octubre de 2018, en la que se detectan adicionalmente nódulos espiculados pulmonares sugestivos de metástasis, así como imágenes compatibles con linfangitis carcinomatosa. (8000/3)

## 6. Referencias

## 7. Glosario

## 8. Apéndice

### AI. INSTRUCCIONES PARA CODIFICAR LA MORFOLOGÍA. Manual CIE-O Tercera Edición.

#### Cáncer y carcinoma

Las palabras “cáncer” y “carcinoma” se emplean a menudo, incorrectamente, como sinónimos; por ejemplo, se utiliza “cáncer de células escamosas” por “carcinoma de células escamosas”. Sería razonable codificar al primero según la última expresión. Sin embargo, “cáncer de células fusiformes” puede referirse a “sarcoma de células fusiformes” o a “carcinoma de células fusiformes”. En la CIE-O, la palabra cáncer aparece una sola vez, como sinónimo del término no específico “neoplasia maligna”, 8000/3. Obviamente, la CIE-O no puede proveer un código específico para todos los casos en los que se utilice la palabra “cáncer” de forma imprecisa como parte de un diagnóstico histológico.

#### Significado y uso de “SAI” (sin otra indicación)

La expresión SAI se coloca después de los términos morfológicos que aparecen en cualquier otra parte de la CIE-O con alguna frase o palabra que los modifica. El código para un término seguido de “SAI” debe utilizarse cuando:

1. Un término morfológico aparece sin otra modificación.
2. Un término morfológico va acompañado de un adjetivo que no aparece en otro lugar de la clasificación.
3. Un término es usado en sentido general.

Por ejemplo, Si el diagnóstico es adenocarcinoma, el código correcto es 8140/3 “adenocarcinoma, SAI”. Si se usa una expresión diagnóstica tal como adenocarcinoma atípico, el código es también 8140/3 porque el adjetivo “atípico” no aparece en la lista de términos modificadores de “adenocarcinoma”. *Ver regla de codificación C1: Asignación de códigos que no existen en la terminología.*

#### Datos inmunofenotípicos y citogenéticos

El uso de estudios de marcadores celulares en hematopatología constituye el elemento principal para alcanzar un estándar alto de exactitud diagnóstica. En la clasificación de la OMS, el linaje del tumor está casi siempre implícito en el término diagnóstico usado. Por ejemplo, un linfoma folicular es por definición una afección maligna de células B. El único caso en el cual esto no es aplicable es en el de la leucemia linfoblástica y el linfoma linfoblástico, para los cuales se debe especificar el linaje (células T o células B). En la tercera edición, el linaje celular está implícito en los cuatro dígitos del código morfológico y no es necesario un sexto dígito adicional. Sin embargo, se puede mantener el dígito adicional para identificar casos en los cuales el diagnóstico está apoyado en datos inmunofenotípicos.

Los datos citogenéticos y de biología molecular son actualmente de fundamental y creciente importancia en el diagnóstico de muchos tipos de afecciones hematológicas malignas. En esta edición de la CIE-O, un cambio importante ha sido la introducción de las subcategorías de las leucemias mieloides agudas descritas según las anormalidades citogenéticas.

#### Códigos de comportamiento en morfología

El comportamiento de un tumor es la forma en que actúa dentro del cuerpo. Los patólogos utilizan una variedad de observaciones para determinar el comportamiento de un tumor. Un tumor puede crecer en el sitio de origen sin el potencial para extenderse (/0, benigno), puede resultar incierto si su comportamiento es benigno o maligno (/1, de benignidad o malignidad incierta), puede ser maligno pero aún crecer en su sitio de origen (/2, no invasivo o in situ), puede invadir los tejidos circundantes

(/3, maligno, de sitio primario) o, también, diseminarse desde su punto de origen y comenzar a crecer en otro sitio (/6, metastásico). Existe un quinto dígito de comportamiento /9 (Maligno, sin certeza de que se trate de una localización primaria o metastásica) en la CIE-O-3.1. Este dígito no puede usarse en la codificación de episodios de hospitalización (CIE10MC), ya que todas las neoplasias se presumen primarias (/3) o secundarias (/6), según otros datos que figuren en el historial médico y atendiendo a

**Código**

/0	Benigno
/1	Incierto si es benigno o maligno Malignidad limítrofe ( <i>borderline</i> ) Bajo potencial de malignidad Malignidad potencial incierta
/2	Carcinoma in situ Intraepitelial No infiltrante No invasor
/3	Maligno, sitio primario
/6 <sup>a</sup>	Maligno, sitio metastásico Maligno, sitio secundario
/9 <sup>a</sup>	Maligno, incierto si es sitio primario o metastásico

<sup>a</sup> No usado por los registros de cáncer

normas de codificación.

**5º. dígito del código de comportamiento para neoplasias**

El código correspondiente del 5.º dígito debe ser usado incluso si el término exacto no estuviera enumerado en la CIE-O; por ejemplo, el diagnóstico “cordoma benigno” debería ser codificado 9370/0. Si el patólogo establece que el comportamiento difiere del comportamiento usual dado en la CIE-O, se debe codificar como lo indica el patólogo. El sistema matricial se diseñó para dar a los anatomopatólogos la última palabra a la hora de decidir si el tumor se considera benigno, maligno, in situ, o de malignidad o benignidad incierta. *Ver regla de codificación C3: Utilización del 5 dígito para el comportamiento.*

**Códigos para el grado de diferenciación histológica**

La CIE-O incorpora el 6.º dígito del código de morfología; es un dígito simple para indicar el grado de diferenciación histológica de las neoplasias malignas. Solamente se asignan grados a los tumores malignos. *Ver convenciones especiales en la regla de codificación C4.*

La asignación del grado es una práctica que varía mucho entre los anatomopatólogos de todo el mundo. En este código de grado, los números del 1 al 4 se utilizan para indicar los grados I a IV, respectivamente. La diferenciación describe cuál es la semejanza o disparidad de un tumor con respecto al tejido en el que se origina. Hay una gran variación en el empleo de términos descriptivos entre los anatomopatólogos. En general, los adverbios “bien”, “moderadamente” y “pobremente” se utilizan para indicar grados de diferenciación y equivalen a los grados I, II y III, aproximadamente; “indiferenciado” y “anaplásico” generalmente corresponden al grado IV. De este modo, el diagnóstico “carcinoma epidermoide, grado II” y “carcinoma epidermoide moderadamente bien diferenciado” se pueden codificar con el código morfológico 8070/32. Cuando un diagnóstico expresa dos grados distintos de diferenciación, se sugiere utilizar el código más alto. Así, un “carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado con zonas pobremente diferenciadas” tendrá asignado el código de grado “3” y el código completo será 8070/33. Los códigos de grado se pueden aplicar a todas las

neoplasias malignas incluidas en la CIE-O, si la descripción diagnóstica contiene información sobre grado o diferenciación. Por ejemplo, para la codificación completa del diagnóstico “carcinoma epidermoide anaplásico”, se añadirá el dígito “4” al código morfológico 8070/3; es decir, 8070/34.

Debe advertirse que palabras tales como “anaplásico”, “bien diferenciado” e “indiferenciado” se usan como parte integral de aproximadamente 15 términos histológicos para neoplasias, además de aquellos usados para describir linfomas. Ejemplos: “teratoma maligno, anaplásico” (9082/34), “retinoblastoma, diferenciado” (9511/31) y “adenocarcinoma folicular bien diferenciado” (8331/31).

Ese sexto dígito puede ser usado para identificar el origen de las células de linfomas y leucemias. En estas patologías linfáticas y hematopoyéticas, las células T (código 5), las células B (código 6), las células nulas (código 7) y las células NK (código 8) tienen prioridad sobre los códigos de diferenciación

1	a	4.	<b>6º. dígito del código para el grado de diferenciación histológica</b>																														
<b>6º. dígito del código para designar el inmunofenotipo en linfomas y leucemias</b>																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Código</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Grado I</td> <td>Bien diferenciado Diferenciado, SAI</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Grado II</td> <td>Moderadamente diferenciado Moderadamente bien diferenciado Diferenciación intermedia</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Grado III</td> <td>Pobremente diferenciado</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Grado IV</td> <td>Indiferenciado Anaplásico</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td></td> <td>Grado de diferenciación no determinado, no indicado o no aplicable</td> </tr> </tbody> </table>		Código			1	Grado I	Bien diferenciado Diferenciado, SAI	2	Grado II	Moderadamente diferenciado Moderadamente bien diferenciado Diferenciación intermedia	3	Grado III	Pobremente diferenciado	4	Grado IV	Indiferenciado Anaplásico	9		Grado de diferenciación no determinado, no indicado o no aplicable	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Código</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>Células T</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Células B Pre B B precursoras</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Células nulas No T-no B</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Células NK Células asesinas naturales</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Tipo de células no determinado, no indicado o no aplicable</td> </tr> </tbody> </table>		Código		5	Células T	6	Células B Pre B B precursoras	7	Células nulas No T-no B	8	Células NK Células asesinas naturales	9	Tipo de células no determinado, no indicado o no aplicable
Código																																	
1	Grado I	Bien diferenciado Diferenciado, SAI																															
2	Grado II	Moderadamente diferenciado Moderadamente bien diferenciado Diferenciación intermedia																															
3	Grado III	Pobremente diferenciado																															
4	Grado IV	Indiferenciado Anaplásico																															
9		Grado de diferenciación no determinado, no indicado o no aplicable																															
Código																																	
5	Células T																																
6	Células B Pre B B precursoras																																
7	Células nulas No T-no B																																
8	Células NK Células asesinas naturales																																
9	Tipo de células no determinado, no indicado o no aplicable																																

Ver regla de codificación C4: Utilización del 6 dígito para la diferenciación celular.

### Términos morfológicos pseudo-topográficos

Ciertas neoplasias tienen nombres que podrían interpretarse como indicación de una localización específica; sin embargo, no tienen que codificarse necesariamente en esa localización. Por ejemplo, el “carcinoma de los conductos biliares” (8160/3) es un tipo histológico específico que se encuentra frecuentemente en los conductos biliares intrahepáticos y en los conductos biliares extrahepáticos. Las neoplasias de las glándulas salivales menores pueden encontrarse en cualquier parte de la cavidad bucal y órganos vecinos e incluir varios tipos histológicos, tales como “carcinoma adenoide quístico”, “tumor mixto maligno” y “adenocarcinoma, SAI”. En consecuencia, no hay un código morfológico distintivo para “carcinoma de glándula salival menor”.

### Bases del diagnóstico

Es posible alcanzar un grado razonable de certeza sobre la morfología de varios tipos de tumores sin examen histológico (por ejemplo, el retinoblastoma o el sarcoma de Kaposi). Por lo tanto, se recomienda usar una variable distinta del código de morfología para distinguir cómo se realizó el diagnóstico.

Existen en uso muchos códigos para “bases del diagnóstico”. En los Estados Unidos, la mayoría de los registros de cáncer usan códigos de “confirmación diagnóstica” adoptados por la Asociación Norteamericana de Registros Centrales de Cáncer (North American Association of Central Cancer Registries), que identifica si el diagnóstico se basa en información microscópica, citológica, radiológica

o clínica. **Codificación para bases del diagnóstico, según IARC/IACR**

Código	Descripción	Criterios
0	Solo certificado de defunción	Información obtenida de un certificado de defunción
<b>No microscópico</b>		
1	Clínico	Diagnóstico hecho antes de la defunción, pero sin ninguno de los códigos siguientes: 2-7.
2	Investigación clínica	Todas las técnicas de diagnóstico, inclusive rayos X, endoscopia, imágenes, ultrasonido, cirugía exploratoria (por ejemplo, laparotomía) y autopsia, sin diagnóstico histológico.
4	Marcadores tumorales específicos	Comprende marcadores bioquímicos o inmunológicos, que son específicos para una localización de tumor.
<b>Microscópico</b>		
5	Citología	Examen de células de la localización primaria o secundaria, inclusive líquidos aspirados por endoscopia o aguja; comprende también el examen microscópico de sangre periférica y la aspiración de médula ósea.
6	Histología de una metástasis	Examen histológico de tejido de una metástasis, incluye especímenes de autopsia.
7	Histología de un tumor primario	Examen histológico de tejido de un tumor primario, cualquiera sea la forma de obtención; comprende todas las técnicas de corte y biopsia de médula ósea; también incluye especímenes de autopsia del tumor primario.
9	Desconocido	

*Ver regla P9: Anotar, independientemente de la base del diagnóstico.*

### **Carcinoma in situ y NIC III**

La mayoría de los registros de cáncer hacen constar el carcinoma in situ originado en cualquier localización. Por un gran margen, la mayoría de los casos in situ se presenta en el cuello del útero. Durante los últimos años, los citólogos y anatomopatólogos han utilizado otros términos estrechamente relacionados, especialmente el de neoplasia intraepitelial. El término neoplasia intraepitelial cervical, grado III (NIC III) se aplica frecuentemente al cuello uterino. Desafortunadamente, esta descripción comprende tanto al carcinoma in situ como a la displasia grave. Se consultó a expertos de diferentes países y la mayoría consideró que el término “neoplasia intraepitelial cervical, grado III” (NIC III) se puede considerar como sinónimo de carcinoma in situ, se mencione o no la displasia severa. Si se usa el término displasia severa del cuello del útero sin mencionar NIC III, se codifica como displasia severa de otras localizaciones, de acuerdo con SNOMEDCT. Los términos similares para la vagina (NIVA III), vulva (NIV III) y ano (NIA III), deberían ser tratados de la misma manera.

Los anatomopatólogos que no consideren que el NIC III —sin otra especificación— sea equivalente al carcinoma in situ, pueden aplicar el sistema matricial y cambiar el código de comportamiento a /1 (benignidad o malignidad incierta).

El sistema de información para citologías de Bethesda reconoce solo dos grupos: lesión epidermoide intraepitelial de grado bajo y lesión epidermoide intraepitelial de grado alto. El grupo de grado alto comprende la displasia moderada (NIC II), la displasia severa y el carcinoma in situ (NIC III).

### **Sistema de grados de la OMS para tumores del sistema nervioso central y códigos de grados de la CIE-O**

En 1993, la OMS estableció una escala de malignidad para los tumores del sistema nervioso central. Los tumores de grado I son los menos agresivos y los de grado IV los más agresivos. Cuando esto ha sido especificado, el sistema puede ayudar a seleccionar el código apropiado de morfología y comportamiento de la CIE-O. Este tipo de escala de grados no es lo mismo que el código de diferenciación de grados de la CIE-O (6.º dígito). El sistema de grados de la OMS se usa para estimar el pronóstico y para propósitos de estadificación si el grado del tumor no fue establecido por el anatomopatólogo. Cuando se use el 6.º dígito del código de grados/diferenciación de la CIE-O para tumores del sistema nervioso central, los codificadores deben dar preferencia a términos del diagnóstico, tales como grado bajo o anaplásicos, en lugar de usar los grados establecidos por la OMS. En muchos casos, no se dispondrá de una descripción verbal de los grados; estos casos se deben codificar con el código 9 del grado de diferenciación de la CIE-O. Además, en la CIE-O no se asignan códigos de grado para el comportamiento benigno (/0) o incierto si es benigno o maligno (/1). Si se incluyeran casos con estos comportamientos benignos o inciertos en el registro, el 6.º dígito del código de la CIE-O debería ser 9. *Ver convención especial en regla de codificación C4.*