



Comisión
contra
el Cáncer

Registro Nacional de
Cáncer

MATERIAL DE FORMACIÓN
Guía de Consulta rápida para Buscadores de Datos

MF-BD 02/03

Fecha de emisión:
Enero 2019

GUÍA DE CONSULTA RÁPIDA PARA BUSCADORES DE DATOS

Registro Nacional de Cáncer
COMISIÓN HONORARIA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER

FECHA DE INCIDENCIA (DE DIAGNÓSTICO) *

Se toma como fecha de diagnóstico la mejor fecha disponible. Esta secuencia esta ordenada de mejor a peor:

1. Fecha de la confirmación histológica o citológica del cáncer. La elección se hará en el siguiente orden:
 - a- fecha de realización de la biopsia
 - b- fecha de recepción de la pieza por el anatomopatólogo
 - c- fecha de salida del informe anatomopatológico
2. Fecha del primer ingreso en un hospital, debido a este cáncer.
3. Fecha de la primera visita en consulta externa/ambulatorio, debido a este cáncer (cuando se trata de pacientes que no ingresan en el hospital).
4. Fecha de la muerte, si la única información disponible es la notificación de que el paciente ha muerto por un cáncer.
5. Fecha de la muerte, si el cáncer se descubre en la autopsia.

La fecha de incidencia elegida nunca podrá ser posterior a la fecha de comienzo del tratamiento, ni a la fecha de decisión de no tratar al enfermo, ni a la fecha de la muerte.

¡ATENCIÓN!

Los términos: **recidiva, recaída, persistencia** implican que el cáncer fue diagnosticado en fecha previa al informe que estamos viendo y por lo tanto debemos buscar en la historia **cuál fue la fecha del primer diagnóstico**. ¡Esto puede ser meses o años antes!

IDENTIFICACIÓN DE TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS

Claves

1) Muchos tumores benignos tienen su “contraparte” maligna (ver pág.. 3). En esos casos se los puede identificar por la palabra carcinoma, sarcoma o directamente la palabra maligno asociada al nombre...

¡**Atención!** antes de descartar un informe como “no cancer” leer atentamente el en suma completo y si los tiene: datos clínicos.

Ejemplo 1: “adenoma, con transformación focal carcinomatosa” (si bien los adenomas no se registran, en éste aparece un foco de cáncer).

Ejemplo 2: “sin evidencia de tumor residual” (significa que antes sí hubo tumor y ya fue resecado).

Ejemplos:

BENIGNO	MALIGNO	DEFINICIÓN
ADENOMA	ADENOCARCINOMA	Tumor glandular
PAPILOMA	CARCINOMA PAPILAR	Tumor que forma "digitaciones" o papilas
CISTOADENOMA	CISTOADENOCARCINOMA	Tumor quístico
ANGIOMA	ANGIOSARCOMA O HEMANGIOSARCOMA	Tumor de los vasos sanguíneos
LIOMIOMA	LEIOMIOSARCOMA	Tumor del músculo liso
RABDOMIOMA	RABDOMIOSARCOMA	Tumor del músculo estriado
OSTEOMA	OSTEOSARCOMA	Tumor de hueso
TERATOMA MADURO	TERATOMA INMADURO	Tumor de células pluripotenciales
PARAGANGLIOMA	PARAGANGLIOMA MALIGNO	Tumor de los paraganglios: tejido nervioso embrionario
NEFROMA	NEFROBLASTOMA	Tumor del riñón

IDENTIFICACIÓN DE TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS

Claves

2) El sufijo **oma** en general significa benigno pero atención a las excepciones:

- linfoma
- mieloma múltiple
- melanoma
- seminoma
- tumores del sistema nervioso central: oligodentroglioma, astrocitoma, glioma, etc. cuando van acompañados del grado de la OMS o WHO registrarlo.
- en algunos casos depende del grado si es benigno o maligno.
- hipernefroma: no es un término anatomopatológico pero en las historias puede figurar como sinónimo de cáncer de riñón. en ese caso buscar si se obtuvo anatomía.

¡Atención!

El oncocitoma, a pesar de su nombre es benigno

IDENTIFICACIÓN DE TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS

Claves

- 3) Enfermedades hematológicas que se registran por considerarse “pre-leucemias”**
- policitemia vera
 - síndrome mieloproliferativo crónico
 - mieloesclerosis con metaplasia mieloide
 - trombocitemia esencial
 - síndrome mielodisplásicos
 - anemia refractaria con exceso de blastos.

información histológica

Los datos del informe anatomopatológico se deben volcar en la forma más completa posible:

Ejemplos:

Adenocarcinoma no es igual que adenocarcinoma tubular bien dif.

Carcinoma embrionario no es igual que carcinoma embrionario 80%. Seminoma 15%, teratoma maduro 5%

LESIONES PRE- NEOPLASICAS

El término displasia refiere a un cambio en el tejido que podría indicar el inicio de una transformación maligna.

Solamente se registra la displasia severa del **cervix** y el carcinoma in situ que corresponden a los H-SIL, CIN III. Los H-SIL CIN II (displasia moderada) y los L-SIL (displasia leve) **no se registran**.

L-SIL	H-SIL		
CIN I	CIN II	CIN III (SE REGISTRA)	
DISPLASIA LEVE	DISPLASIA MODERADA	DISPLASIA SEVERA	CARCINOMA IN SITU

También registramos las lesiones equivalentes a CIN III de **vulva** (*VIN III*), **vagina** (*VAIN III*) y de **próstata** (*PIN III*).

Otras lesiones no catalogadas (ASAP en próstata, ASCUS en cervix) no se registran, pero conviene revisar la historia más adelante porque pueden evolucionar a lesiones *pre malignas*.

GRADO DE DIFERENCIACIÓN

El grado de diferenciación aporta información sobre las características del tumor, ya que en la medida que es más indiferenciado un tumor, habitualmente es más agresivo.

Hay dos formas de expresar el grado de diferenciación

CUALITATIVA

bien diferenciado
moderadamente diferenciado
pobrementemente diferenciado
indiferenciado o anaplásico

La forma **CUANTITATIVA** asigna un score o valor numérico. Actualmente se registran los score en dos tumores: próstata y mama.

Próstata:

se utiliza el score de Gleason. informa grado de diferenciación en dos áreas del mismo tumor en una escala de 1 a 5. El score final es la suma del score de esas dos áreas. Se puede expresar como dos números vinculados por el signo de + (3+4) o separados por una coma (3,4) en ambos ejemplos el score de Gleason o simplemente el Gleason es la suma: 7

Es importante aportar el score de la SUMA.

MAMA:

Grado Nuclear (GN) + Grado Histológico (GH) + Índice Mitótico (IM).

El puntaje es 1 a 3 para cada uno. El score va a ser un número del 3 al 9.

Según el Score el tumor va a ser:

Bien Diferenciado (3 A 5)

Moderadamente Diferenciado (6 Y 7)

Pobremente Diferenciado (8 Y 9).

EJEMPLO: GN 2 + GH 2 + IM 3 = SCORE 7 (Moderadamente Diferenciado)

En algunos lugares podemos encontrar esto, expresado como un grado histológico final (GHF) que se expresa en números romanos de I a III.

En el ejemplo sería un GHF II.

INMUNOHISTOQUÍMICA (IHQ)

Receptores Hormonales

- En casi todos los tumores de mama se estudia la presencia de receptores hormonales (RRHH): se informan por separado. El receptor de estrógeno (RE) y el receptor de progesterona (RP).
- A los efectos del registro interesa conocer si estos receptores son **positivos** o **negativos**, aunque en los laboratorios se puede encontrar información más amplia, como por ejemplo la intensidad de los mismos.
- *Si alguno de los receptores hormonales (RE o RP) es positivo, se marcará cruz en la casilla correspondiente (Recep Horm).*

Her2neu

- En la mayor parte de los tumores de mama se estudia la sobreexpresión de la proteína HER 2 NEU. (Herceptest).
Los resultados van de 0 A 3+
- ¡ATENCIÓN CON LOS RESULTADOS DEL HERCEPTEST!

0+	NEGATIVO
1+	NEGATIVO
2+	DUDOSO
3+	POSITIVO

INMUNOHISTOQUÍMICA (IHQ)

- El Herceptest 2+ no puede *definirse* como positivo o negativo, excepto que se realice una prueba complementaria: Fish o Cish, y se informa como “amplificado” (positivo) o “no amplificado” (negativo).
- Los linfomas sólo se pueden caracterizar por **IHQ**. Se estudian marcadores celulares llamados CD 3, CD 4, CD 20, CD 45, entre otros. No es necesario enviar el resultado de cada marcador pero sí la conclusión final que va a ser “compatible con ...”
- Todos los pacientes tratados por un linfoma son estudiados con **IHQ**. Por favor, buscar este resultado.
- Cuando los tumores son tan indiferenciados, que no es posible decir ni siquiera si se trata de carcinomas, sarcomas, linfomas, melanomas, etc., muchas veces se recurre a **IHQ** para definir este punto.
- Son estudios caros, que no siempre se hacen y pueden demorar algunas semanas. Si encontramos un diagnóstico reciente de tumor indiferenciado es conveniente dejar pasar un tiempo y volver a verificar si se siguió estudiando con **IHQ**.

ESTADIFICACION

T – TUMOR: Tamaño si es un órgano sólido (mama, pulmón), la profundidad de la invasión *de la pared* si es un órgano hueco (colon, estómago) y la infiltración de estructuras u órganos vecinos.

N – GANGLIOS: Debe informarse el numero de ganglios regionales metastásicos sobre el número de ganglios totales examinados. esto es posible en los casos en que hubo cirugía.

M – METÁSTASIS: Se refiere a metástasis a distancia (hígado, pulmón, hueso, encéfalo, etc.).

Los ganglios metastásicos sólo se consideran metástasis si no corresponden a la zona de drenaje.

Ejemplo: los ganglios axilares del cáncer de mama o los de la grasa alrededor del colon en cáncer de colon corresponden a extensión regional (*N*) y no metástasis a distancia.

MODIFICACIONES:

Se cambió el logo de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer.

Los cambios con respecto a la versión anterior (2014 y 2018), se hicieron en las paginas: 1, 6, 10, 11 y 12, y están escritas en *cursiva*.



Enero 2019
Registro Nacional de Cáncer
Tel. 2 402 08 07 (int. 111-125)
Mail. rnc@urucan.org.uy