

CURSO DE CODIFICACIÓN DE LAS NEOPLASIAS DEL TRACTO URINARIO Y DEL APARATO GENITAL MASCULINO

Tumores del sistema urinario

Dr. Rafael Marcos-Gragera
20 Octubre 2021



@rmarcosgragera



@Rafael Marcos Gragera

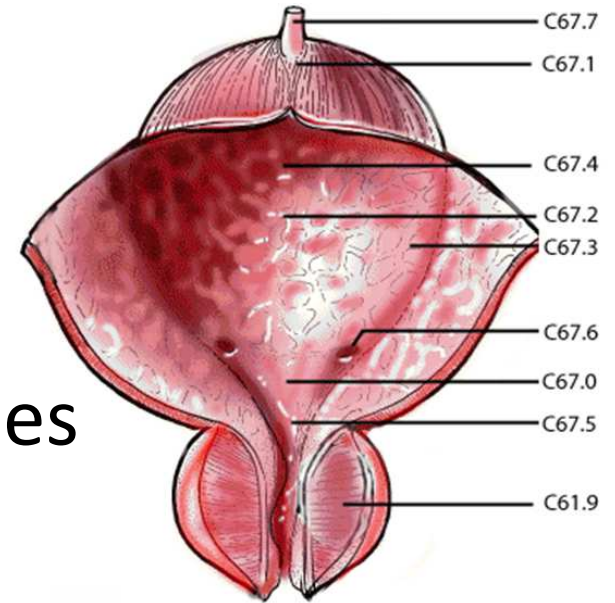


rmarcos@iconcologia.net



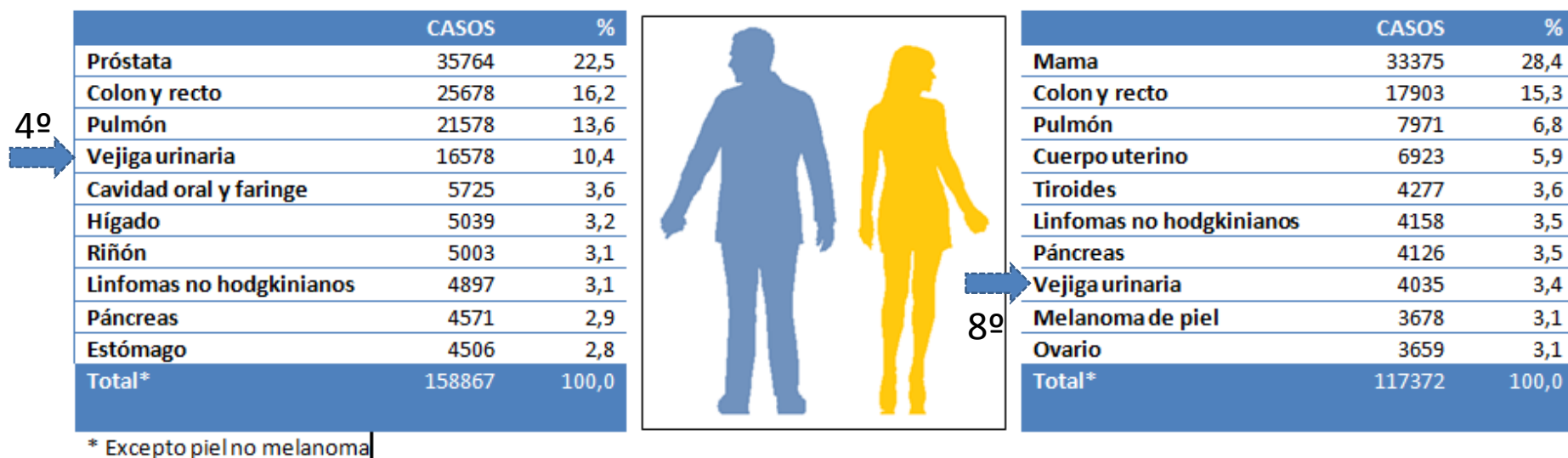
Índice

- Introducción
- Anatomía
- Comparabilidad entre registros
- Recomendaciones internacionales
- TNM (8ª ed) y estadiaje



Introducción

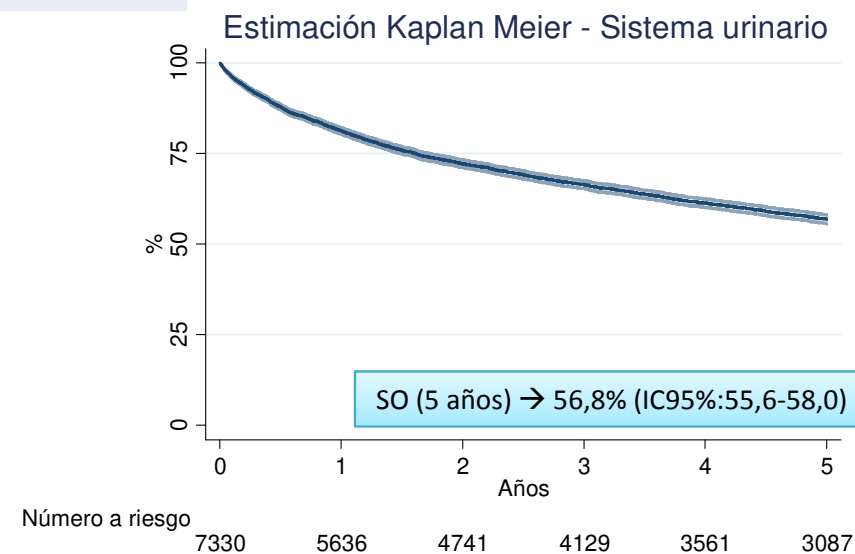
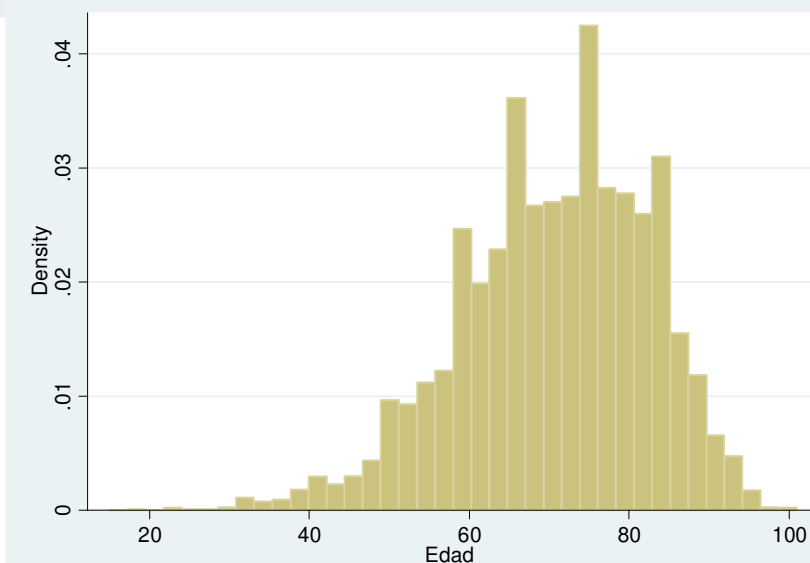
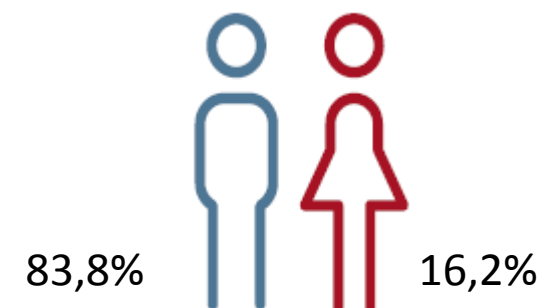
Estimación de las diez principales neoplasias en España según sexo, 2021



Estimaciones de la incidencia del cáncer en España, 2021. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), 2021. Disponible en: <https://www.redecan.org/es/proyectos/3/estimaciones-de-la-incidencia-del-cancer-en-espana-2021>

Codificación - Registro poblacional Girona, 1994-2018

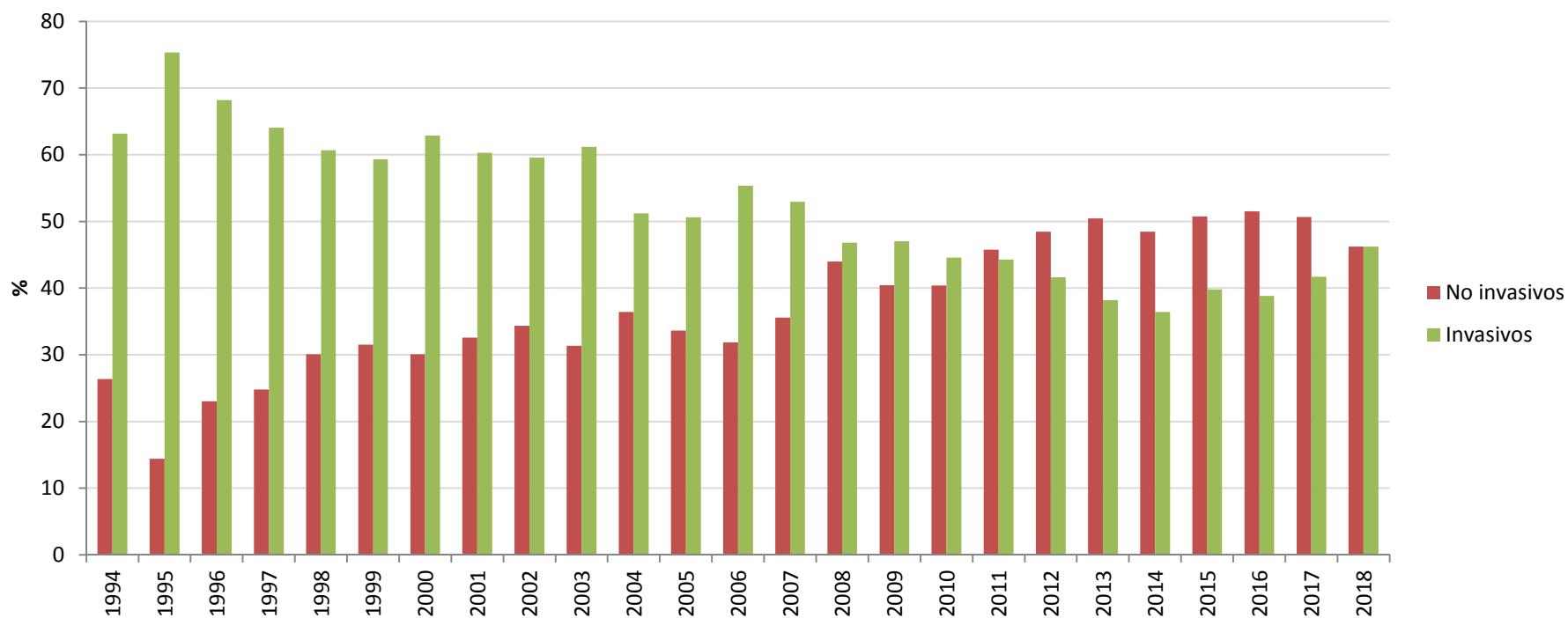
C65-C68 Sistema urinario, excepto riñón	N=7.510
Tumores uroteliales	6.727 (89,6%)
Invasivos	3.786 (50,4%)
No invasivos	2.941 (39,1%)
Neoplasias de células escamosas	38 (0,5%)
Neoplasias glandulares	9 (0,1%)
Carcinoma del uraco	2 (0,03%)
Tumor tipo Müllerian	1 (0,01%)
Tumores neuroendocrinos	32 (0,4%)
Tumores mesenquimales	5 (0,07%)
Miscelánea	696 (9,3%)



Codificación - Registro poblacional Girona, 1994-2018

C65-C68 Sistema urinario, excepto riñón	N=7.510
Tumores uroteliales	6.727 (89,6%)
Invasivos	3.786 (50,4%)
No invasivos	2.941 (39,1%)

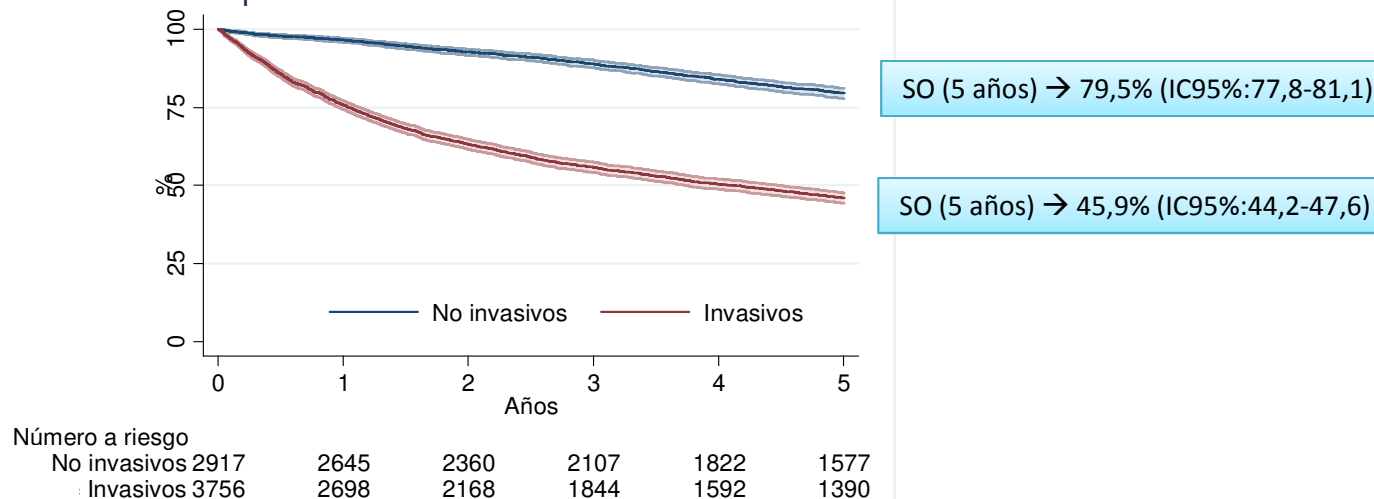
**Distribución de tumores uroteliales invasivos y no invasivos, según año.
Girona 1994-2018**



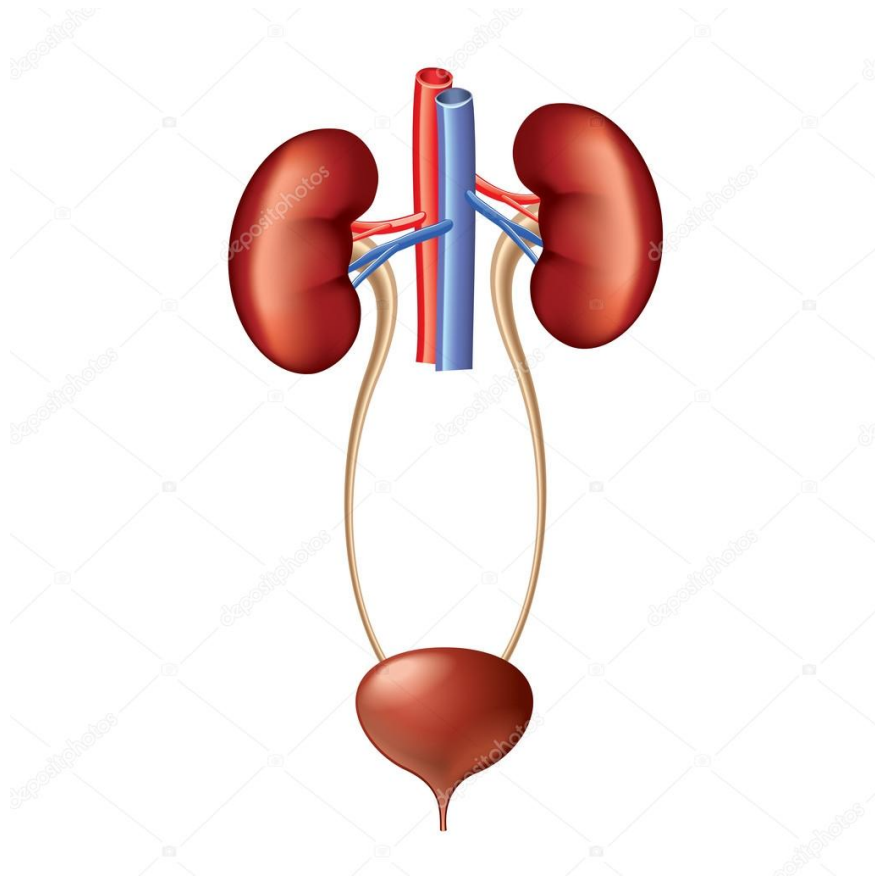
Codificación - Registro poblacional Girona, 1994-2018

C65-C68 Tumores uroteliales	N= 6.727 n (%)
Invasivos	3.786 (56,3)
8120/3 – Carcinoma de células transicionales, SAI	1.836 (48,5)
8122/3 – Carcinoma de células transicionales, células fusiformes	24 (0,6)
8130/3 – Carcinoma papilar de células transicionales	1.917 (50,6)
8131/3 – Carcinoma de células transicionales, micropapilar	9 (0,2)
No invasivos	2.941 (43,7)
8010/2 – Carcinoma urotelial in situ, SAI	83 (2,8)
8120/0 – Papiloma urotelial, SAI	13 (0,4)
8120/1 – Carcinoma urotelial no invasivo, bajo grado	274 (9,3)
8120/2 – Carcinoma urotelial no invasivo, alto grado	79 (2,7)
8121/0 – Papiloma urotelial, invertido, benigno	3 (0,10)
8121/1 – Papiloma urotelial invertido	8 (0,3)
8130/1 – Carcinoma urotelial papilar no invasivo, bajo grado	2.007 (68,2) → 27 son PUNLMP
8130/2 – Carcinoma urotelial papilar no invasivo, alto grado	474 (16,1)

Estimación Kaplan Meier - Uroteliales sistema urinario

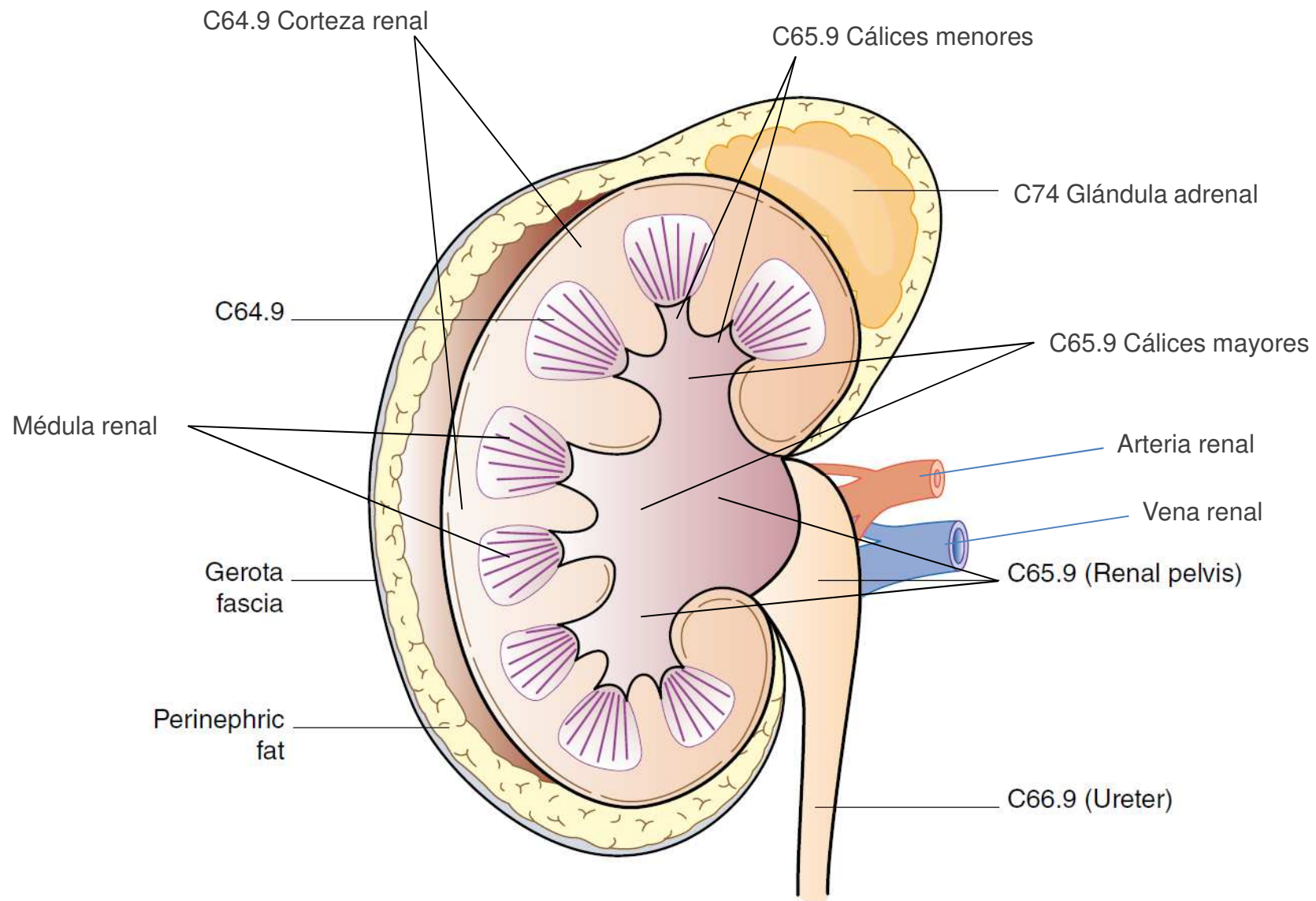


Anatomía sistema urinario

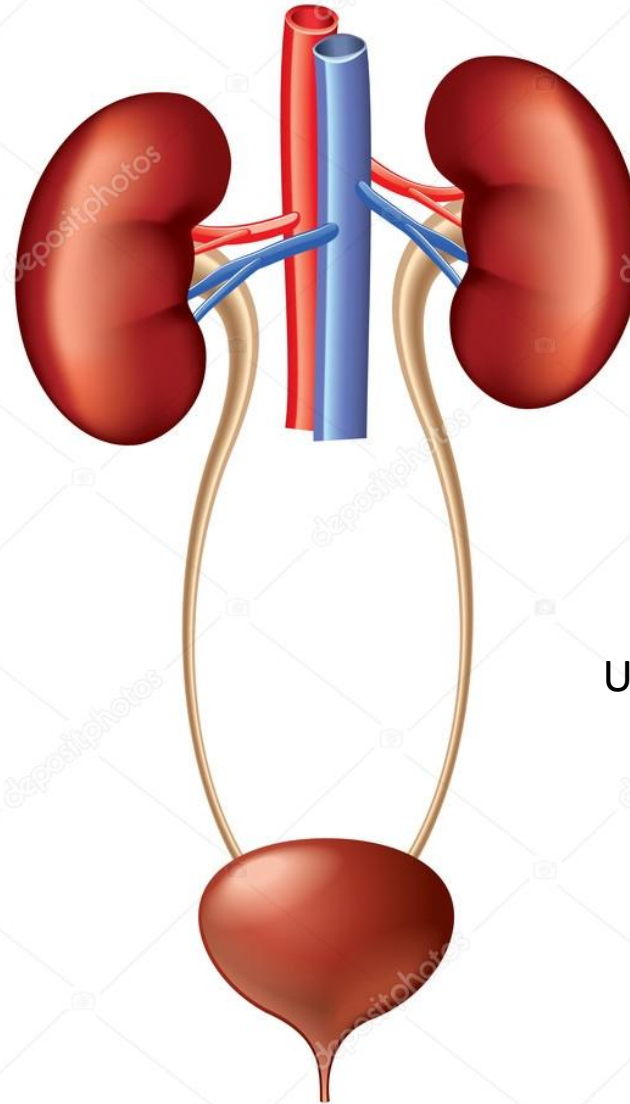


- **C64-C68 Sistema urinario**
 - ~~C64 Riñon~~
 - C65 Pelvis Renal
 - C66 Uréter
 - C67 Vejiga Urinaria
 - C68 Otros órganos urinarios inespecíficos.

Anatomía sistema urinario

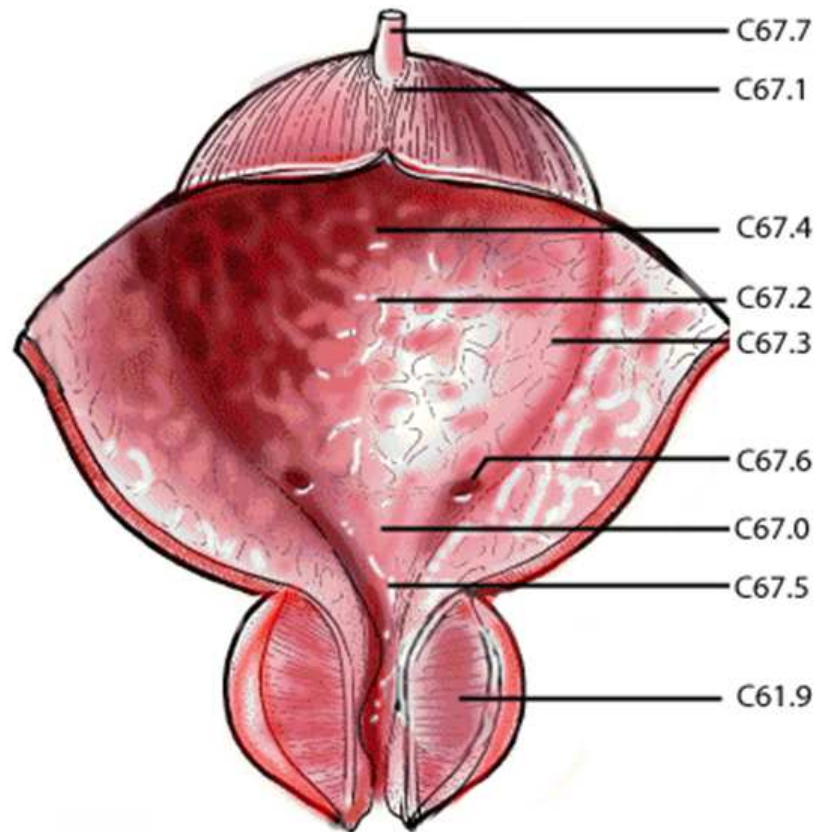


Anatomía sistema urinario - Uréter



Uréter: (C66.9)

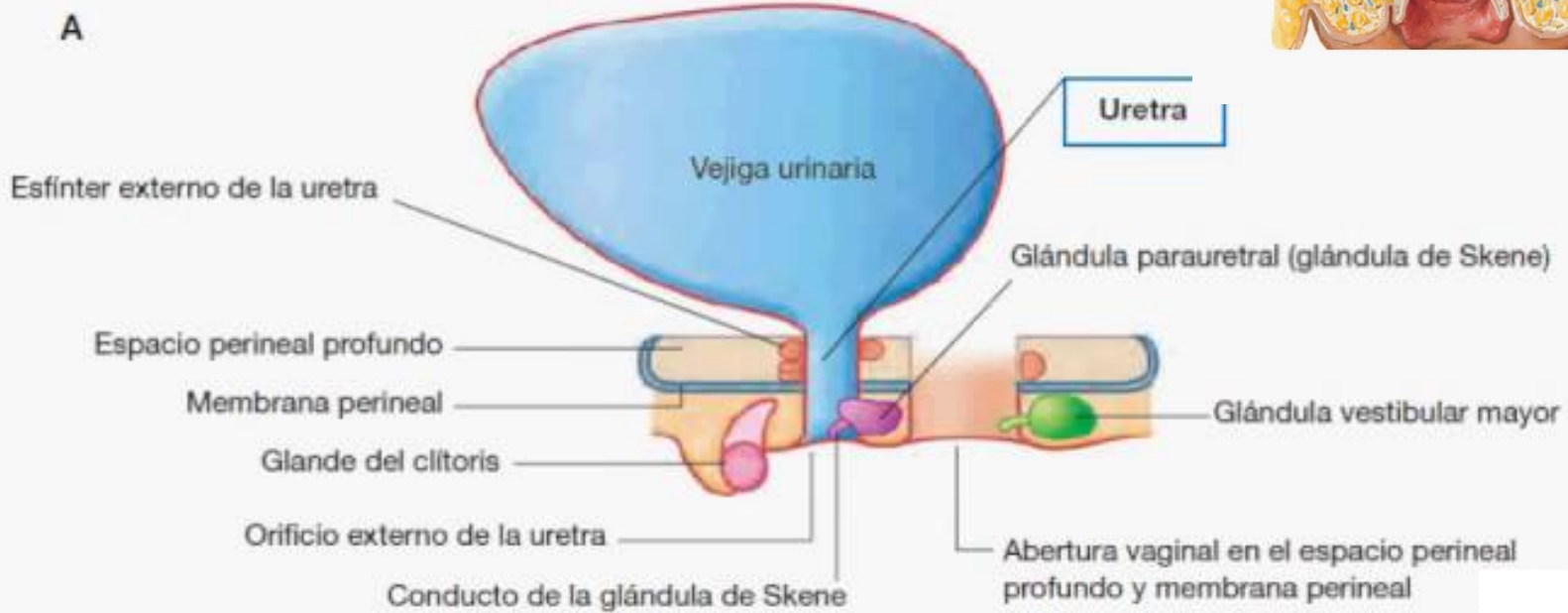
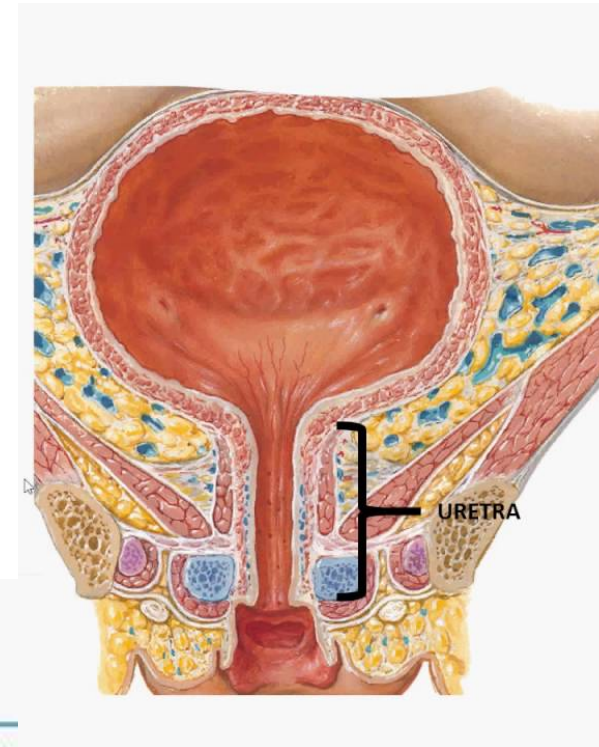
Anatomía sistema urinario – Vejiga urinaria



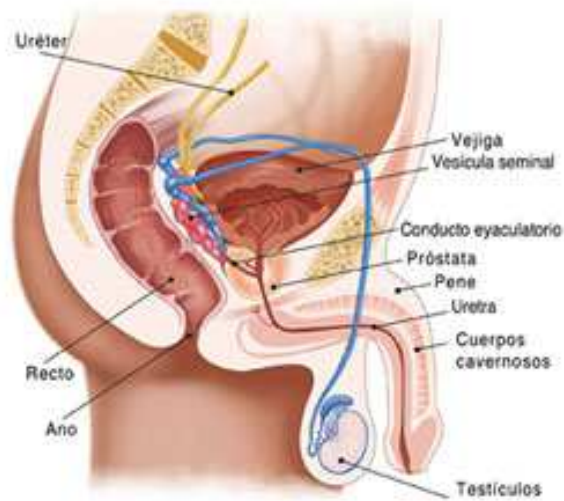
C67 VEJIGA URINARIA

C67.0	Trígono vesical
C67.1	Cúpula vesical
C67.2	Pared lateral de la vejiga
C67.3	Pared anterior de la vejiga
C67.4	Pared posterior de la vejiga
C67.5	Cuello de la vejiga
	Orificio uretral interno
C67.6	Orificio uretral
C67.7	Uraco
C67.8	Lesión de sitios contiguos de la vejiga (ver nota página 45)
C67.9	Vejiga urinaria, SAI
	Pared de la vejiga urinaria, SAI
	Vejiga urinaria, SAI

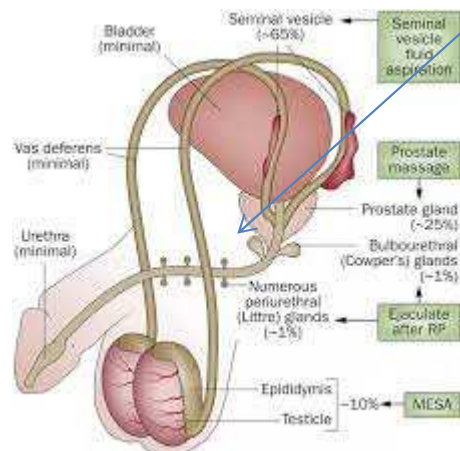
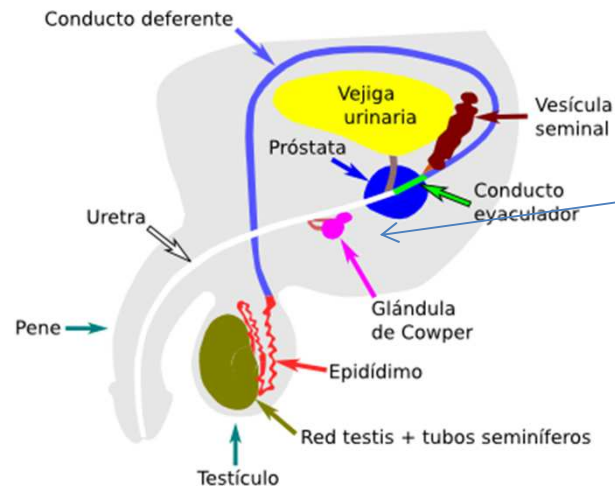
Anatomía sistema urinario – Uretra femenina



Anatomía sistema urinario masculino



Anatomía sistema urinario- Otros órganos



C68 OTROS ÓRGANOS URINARIOS Y LOS NO ESPECIFICADOS

C68.0 Uretra

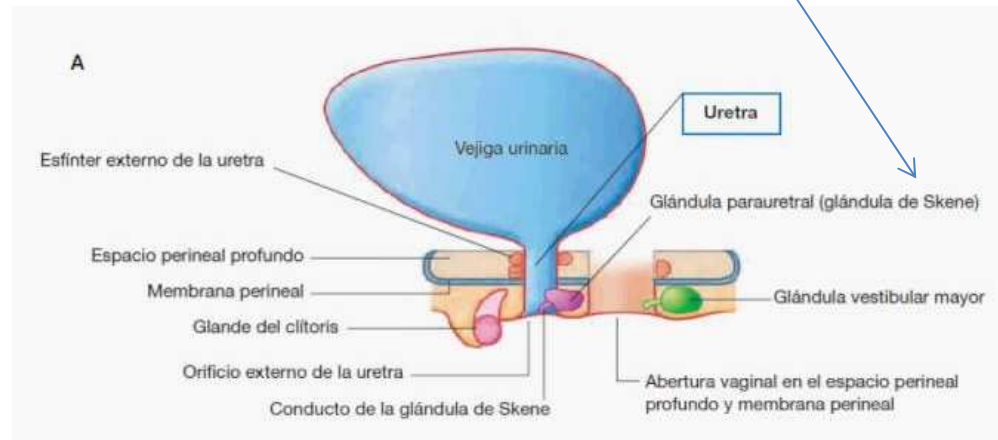
Glándula de Cowper
Glándula uretral
Utrículo prostático

C68.1 Glándula parauretral

C68.8 Lesión de sitios contiguos de los órganos urinarios

Nota: neoplasias de los órganos urinarios cuyo sitio de origen no puede ser asignado a ninguna de las categorías C64 a C68.1.

C68.9 Sistema urinario, SAI



Problemas de comparabilidad entre registros

Problemas de comparabilidad

- La codificación de los tumores uroteliales no invasivos de vejiga urinaria se sabe que es difícil en los registros de cáncer.
- En comparación con otros tipos de cáncer, el registro de cáncer de vejiga urinaria plantea problemas específicos debido a la importancia / ocurrencia de tumores papilares no-invasivos (Ta) o plano (carcinoma in situ o Tis).

Problemas de comparabilidad

Múltiples clasificaciones AP

- Puede haber varios **grados de diferenciación** en el mismo tumor.
- Frecuentemente son tumores **multicéntricos**
- Dificultades para evaluar la **infiltración**:
 - deterioro del material de biopsia
 - tamaño o profundidad de la biopsia
- Carcinoma “superficial”, “no invade la muscular” ¿ **/2, /3 ?**
- Calidad de los **informes** anatomopatológicos
- Calidad de la codificación en los servicios de AP, **/1, /2, /3**
- Calidad de la extracción de los datos en el **registro**

Problemas de comparabilidad

- **Profundidad de la infiltración** de la pared vesical
- **Grado** histológico
- Algunas características:
 - Carcinoma plano *in situ* (no papilar), habitualmente de alto grado, con muy mal pronóstico.
 - Algunos “tumores inciertos” (/1) o *in situ* (/2) tienen un comportamiento clínicamente maligno
 - Generalmente son tumores multicéntricos.
 - Recidivan con frecuencia

Problemas de comparabilidad - Evidencias



National and international variation in the registration of bladder cancer

P. CROW and A.W.S. RITCHIE

Urology Department, Gloucestershire Royal Hospital, Gloucester, UK

Accepted for publication 13 May 2003

2003 BJU INTERNATIONAL / 92, 563-566

<http://www-dep.iarc.fr/nordcan/English/database.asp>



The incidence of bladder tumours may not be comparable between the Nordic countries due to varying coding practice over time concerning non invasive tumours; included all years in Denmark and never in Finland.



Cancer Registry Problems in Classifying Invasive Bladder Cancer

Charles F. Lynch¹, Charles E. Platz, Michael P. Jones and Jeanne M. Gazzaniga

Problemas de comparabilidad - Evidencias

Table 3.3 (Contd). Coding practices

	Non-melanoma skin cancers excluded	Behaviour codes							Bladder malign. NOS
		Intraduct ca NOS breast	Ductal ca <i>in situ</i> breast	Lobular ca <i>in situ</i> breast	Ovarian cytadeno borderline	Ovary borderline tumour	Bladder malign. Invasive	Bladder malign. non-invasive	
Italy, Ferrara Province	None	2	2	2	1	1	3	2	3
Italy, Florence	NA	2	2	2	1	1	3*	1/2*	1/2/3*
Italy, Liguria (Mesothelioma)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NAP
Italy, Liguria, Genoa Province	None						3	2	3
Italy, Lombardy, Varese Province	NA						3	2	3
Italy, Macerata Province	None						3	2	3
Italy, Modena Province	NA	2	2	2	3	NA	3	3	3
Italy, North East	BCC	2	2	2	1	1	3	2	3
Italy, Parma Province	None	2	2	2	1	1	3	2	3
Italy, Ragusa Province	None	2	2	2	1	1	3	2	1
Italy, Romagna	None	2	2	2	1	1	3	2	3
Italy, Sassari	NA	2	2	2	3	3	3	2	1
Italy, Torino	None	2						2	3
Italy, Umbria	NA	2						1	NA
Italy, Venetian Region	None	2						1	3
Latvia	None	3						2	3
Lithuania	NA	2						2	3
Malta	None	2						1	1
The Netherlands	BCC	2						2	3
The Netherlands, Eindhoven	None	NA						NA	NA
The Netherlands, Maastricht	BCC	2						2	3
Norway	BCC	2						Depends	Depends*
Poland, Cracow	NA	2						3	3
Poland, Kielce	NA	NA						NA	NA
Poland, Lower Silesia	NA	2						1	3
Poland, Warsaw City	NA	3						3	3
Portugal, Vila Nova de Gaia	None	2						3	3
Russia, St Petersburg	NA	2						NA	3
Slovakia	None	2						1/2	1/2/3
Slovenia	None	2						2*	3*
Spain, Albacete	BCC, SCC	2						2	3
Spain, Asturias	BCC, SCC	2						3	3
Spain, Canary Islands	8070/3, 8090/3	2						2	3
Spain, Cuenca	BCC, SCC	2						2	3
Spain, Girona	None	2	2	2	3	1	3	2	3
Spain, Granada	None	2	2	2	1	1	3	2	3
Spain, Mallorca	None	3	2	2	NR	NR	3	2	3
Spain, Murcia	BCC	2	2	2	3	1	3	2	3
Spain, Navarra	None	2	2	2	3	NR	3	1; 2	3
Spain, Tarragona	None	2	2	2	NA	NA	3	2	3
Spain, Zaragoza	None	NA	NA	NA	3	3	3	3	3

Cancer Incidence in Five Continents Vol VIII

Slovakia
Slovenia
Spain, Albacete
Spain, Asturias
Spain, Canary Islands
Spain, Cuenca
Spain, Girona
Spain, Granada
Spain, Mallorca
Spain, Murcia
Spain, Navarra
Spain, Tarragona
Spain, Zaragoza

1/2
2*
2
3
2
2
2
2
2
2
1; 2
2
3

Urological tumours

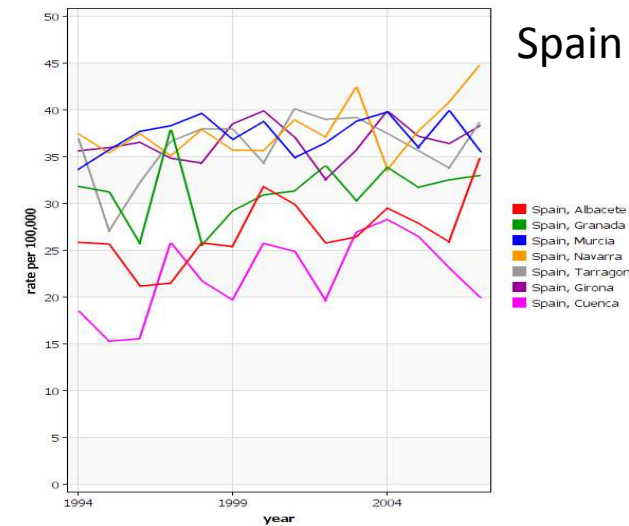
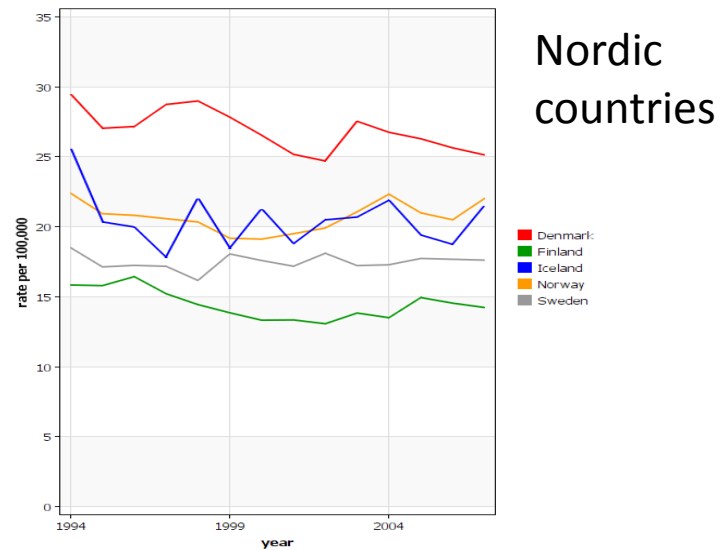
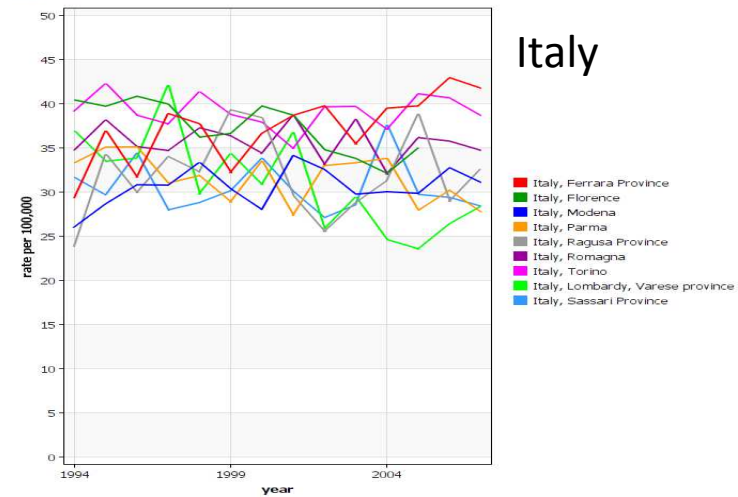
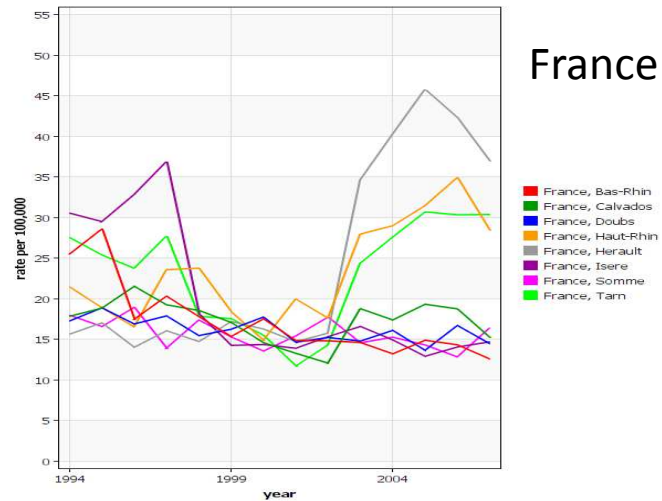
in Cancer Incidence in Five Continents series

For this reason:

- **CI5-Vols VII-VIII:** The editors of Cancer Incidence in Five Continents decided to accept that non-invasive diagnoses of bladder cancer are considered malignant by pathologists in general, and for Volume VII and VIII the bladder cancer category includes the “*in situ*” and unspecified categories.
- **CI5-Vol IX:** The editors decided to follow the policy adopted in the last two volumes and to accept that non-invasive diagnoses of bladder cancer (/1 and /2) are considered malignant and that bladder cancer category includes the in situ and unspecified categories. A few registries preferred not to include such cases in their dataset, even when available in the registry, for the sake of continuity over time.
- **CI5-Vol X:** The editors decided to accept that non-invasive diagnoses of bladder cancer are generally considered malignant by pathologists; since Volume VII the bladder cancer rubric (ICD-10 C67) has therefore included the in situ (ICD-10 D09.0) and unspecified (ICD-10 D41.1) categories..... A few registries preferred not to include such cases in their dataset, even when available in the registry, for the sake of continuity over time

Bladder cancer incidence.

ASIRw. Males, age (0-85+). 1994-2009



Distribución de tumores no invasivos de vejiga urinaria, EUROPA 1999-2007

European Journal of Cancer (2015) 51, 2217–2230



ELSEVIER

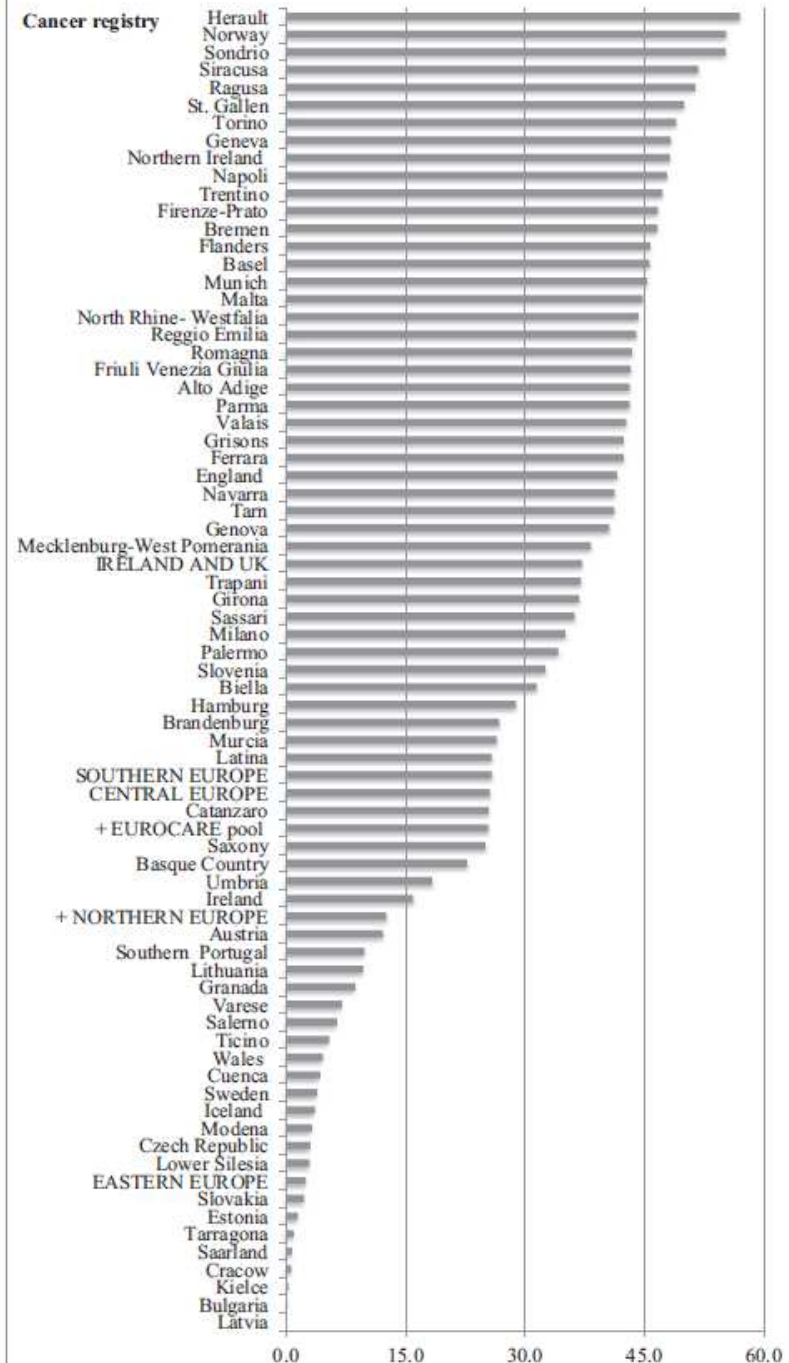
Available at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: www.ejca.com

Urinary tract cancer survival in Europe 1 of the population-based study EUROCA

Rafael Marcos-Gragera^{a,*}, Sandra Mallone^b, Lamb Loreto Vilardell^a, Núria Malats^d, Yves Allory^c, Mi EUROCARE-5 Working Group¹



+ The Danish cancer data are not considered

Tumores de tracto urotelial- WHO

WHO histological classification of tumours of the urinary tract

Urothelial tumours

Infiltrating urothelial carcinoma	8120/3 ¹
with squamous differentiation	
with glandular differentiation	
with trophoblastic differentiation	
Nested	
Microcystic	
Micropapillary	8131/3
Lymphoepithelioma-like	8082/3
Lymphoma-like	
Plasmacytoid	
Sarcomatoid	8122/3
Giant cell	8031/3
Undifferentiated	8020/3
Non-invasive urothelial neoplasias	
Urothelial carcinoma in situ	8120/2
Non-invasive papillary urothelial carcinoma, high grade	8130/23
Non-invasive papillary urothelial carcinoma, low grade	8130/21
Non-invasive papillary urothelial neoplasm of low malignant potential	8130/1
Urothelial papilloma	8120/0
Inverted urothelial papilloma	8121/0

Squamous neoplasms

Squamous cell carcinoma	8070/3
Verrucous carcinoma	8051/3
Squamous cell papilloma	8052/0

Glandular neoplasms

Adenocarcinoma	8140/3
Enteric	
Mucinous	8480/3
Signet-ring cell	8490/3
Clear cell	8310/3
Villous adenoma	8261/0

Neuroendocrine tumours

Small cell carcinoma	8041/3
Carcinoid	8240/3
Paraganglioma	8680/1

Melanocytic tumours

Malignant melanoma	8720/3
Nevus	

Mesenchymal tumours

Rhabdomyosarcoma	8900/3
Leiomyosarcoma	8890/3
Angiosarcoma	9120/3
Osteosarcoma	9180/3
Malignant fibrous histiocytoma	8830/3
Leiomyoma	8890/0
Haemangioma	9120/0
Other	

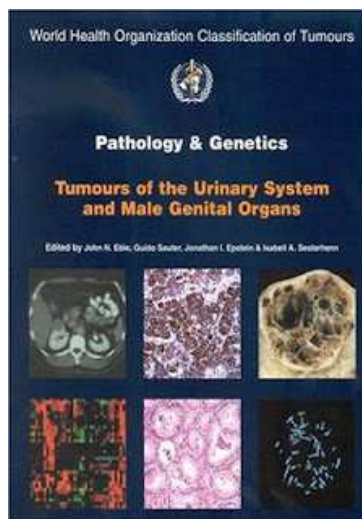
Haematopoietic and lymphoid tumours

Lymphoma	
Plasmacytoma	9731/3

Miscellaneous tumours

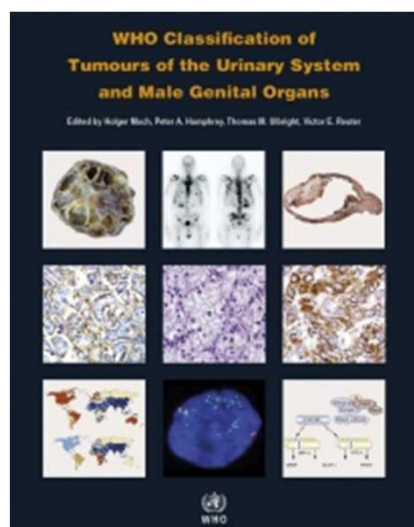
Carcinoma of Skene, Cowper and Littre glands	
Metastatic tumours and tumours extending from other organs	

¹ Morphology code of the International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O) (808) and the Systematized Nomenclature of Medicine (<http://snomed.org>). Behaviour is coded /0 for benign tumours, /2 for in situ carcinomas and grade III intraepithelial neoplasia, /3 for malignant tumours, and /1 for borderline or uncertain behaviour.



Tumores del tracto urotelial - WHO

WHO classification of tumours of the urothelial tract



Urothelial tumours

<i>Infiltrating urothelial carcinoma</i>	8120/3
Nested, including large nested	
Microcystic	
Micropapillary	8131/3
Lymphoepithelioma-like	8082/3
Plasmacytoid / signet ring cell / diffuse	
Sarcomatoid	8122/3
Giant cell	8031/3
Poorly differentiated	8020/3
Lipid-rich	
Clear cell	

Non-invasive urothelial neoplasms

Urothelial carcinoma in situ	8120/2
Non-invasive papillary urothelial carcinoma, low-grade	8130/2
Non-invasive papillary urothelial carcinoma, high-grade	8130/2
Papillary urothelial neoplasm of low malignant potential	8130/1
Urothelial papilloma	8120/0
Inverted urothelial papilloma	8121/0
Urothelial proliferation of uncertain malignant potential	
Urothelial dysplasia	

Squamous cell neoplasms

Pure squamous cell carcinoma	8070/3
Verrucous carcinoma	8051/3
Squamous cell papilloma	8052/0

Glandular neoplasms

Adenocarcinoma, NOS	8140/3
Enteric	8144/3
Mucinous	8480/3
Mixed	8140/3
Villous adenoma	8261/0

Urachal carcinoma

8010/3

Tumours of Müllerian type

Clear cell carcinoma	8310/3
Endometrioid carcinoma	8380/3

Neuroendocrine tumours

Small cell neuroendocrine carcinoma	8041/3
Large cell neuroendocrine carcinoma	8013/3
Well-differentiated neuroendocrine tumour	8240/3
Paraganglioma	8693/1

Melanocytic tumours

Malignant melanoma	8720/3
Naevus	8720/0
Melanosis	

Mesenchymal tumours

Rhabdomyosarcoma	8900/3
Leiomyosarcoma	8890/3
Angiosarcoma	9120/3
Inflammatory myofibroblastic tumour	8825/1
Perivascular epithelioid cell tumour	
Benign	8714/0
Malignant	8714/3
Solitary fibrous tumour	8815/1
Leiomyoma	8890/0
Haemangioma	9120/0
Granular cell tumour	9580/0
Neurofibroma	9540/0

Urothelial tract haematopoietic and lymphoid tumours

Miscellaneous tumours

Carcinoma of Skene, Cowper, and Littre glands	8140/3
Metastatic tumours and tumours extending from other organs	
Epithelial tumours of the upper urinary tract	
Tumours arising in a bladder diverticulum	
Urothelial tumours of the urethra	

The morphology codes are from the International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O) (917A). Behaviour is coded /0 for benign tumours; /1 for unspecified, borderline, or uncertain behaviour; /2 for carcinoma in situ and grade III intraepithelial neoplasia; and /3 for malignant tumours. The classification is modified from the previous WHO classification (756A), taking into account changes in our understanding of these lesions.

Tumores de tracto urotelial

La histología más frecuente en las neoplasias de vejiga y de vía urinaria corresponden al **carcinoma urotelial** o **transicional**, pudiendo presentar diferenciación escamosa, glandular (o de adenocarcinoma), micropapilar y sarcomatoide. Las variantes puras, sin componente urotelial, más frecuentes son:

- Escamosa (3%).
- De adenocarcinoma (2%).
- De célula pequeña (1%).

Los **factores de riesgo** asociados al carcinoma urotelial son el tabaquismo, responsable de la mitad de los cánceres de vejiga en los hombres y un tercio en las mujeres; contacto con anilinas, aminas aromáticas, fenacetinas, clornafacina y la radioterapia externa.

La infección por esquistosomiasis y los cateterismos prolongados se han asociado a la variante escamosa.

En un 70% el carcinoma urotelial se presenta sin infiltración muscular, aunque de estos casos se calcula que un 50-70% recidivarán y en un 10-20% progresarán a infiltración muscular.

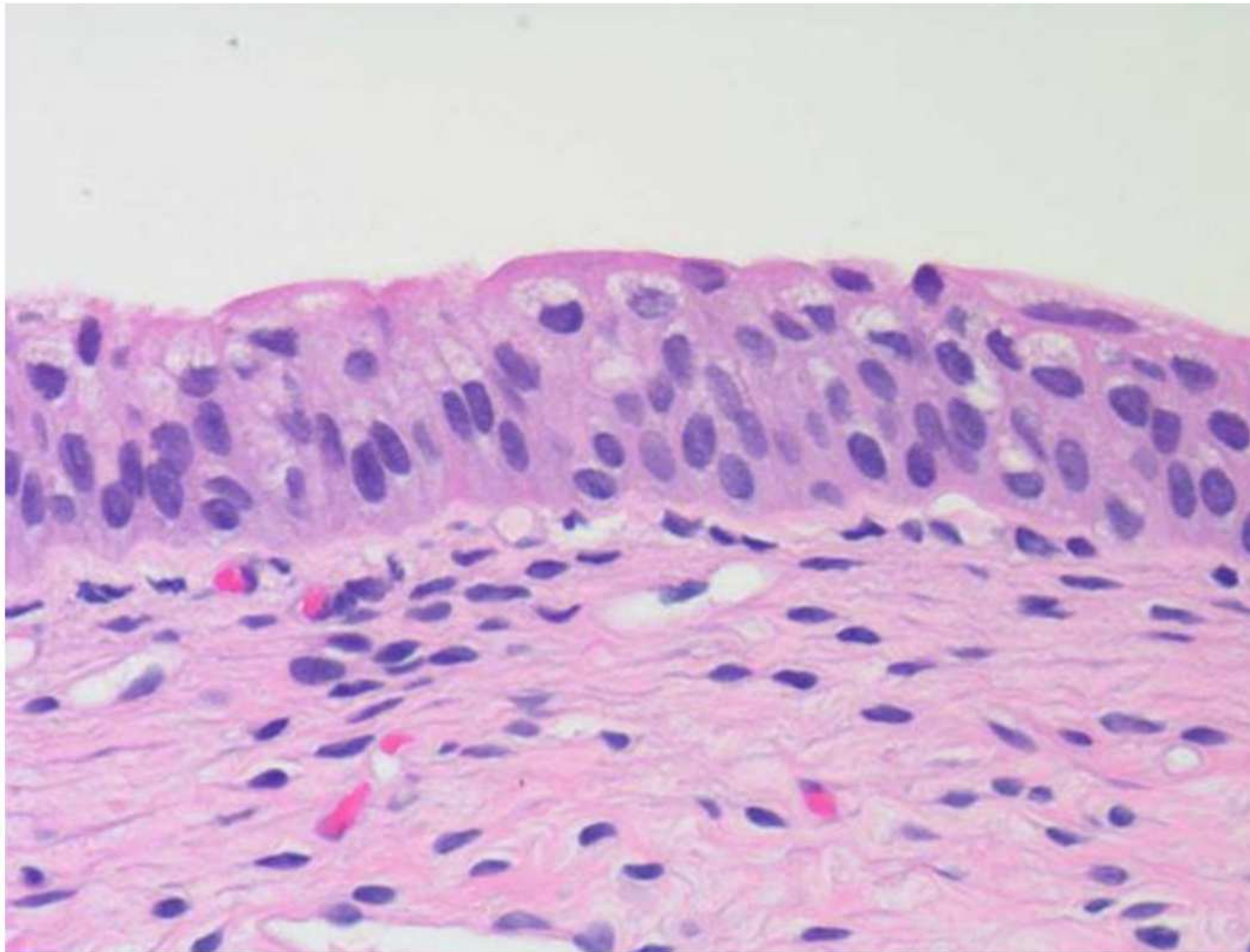
Tumores de tracto urotelial

La mayoría son tumores uroteliales y con gran frecuencia papilares

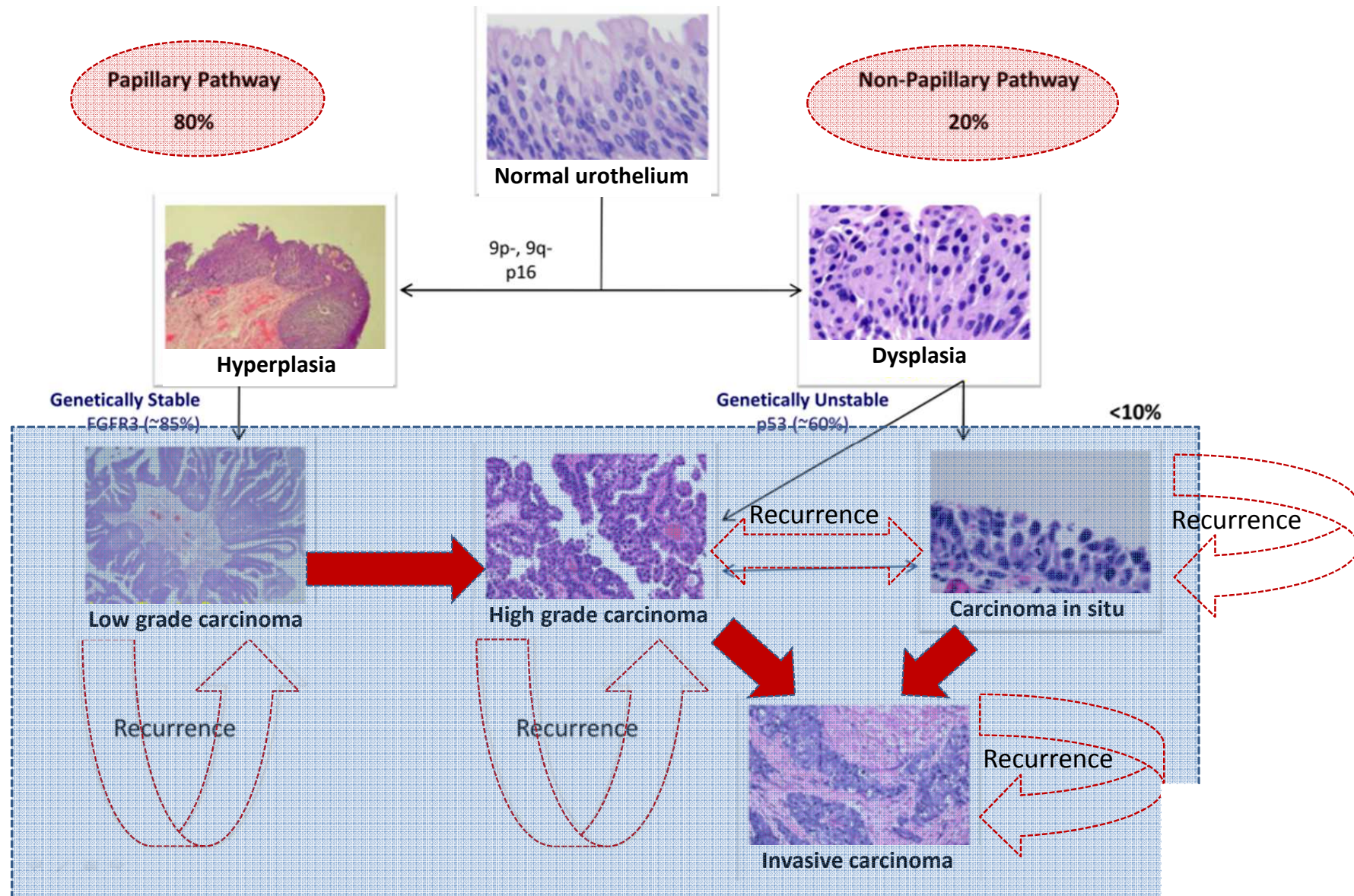
Urotelial: sinónimo de transicional

Tumores de tracto urotelial

Urotelio normal



Tumores de tracto urotelial – Historia natural

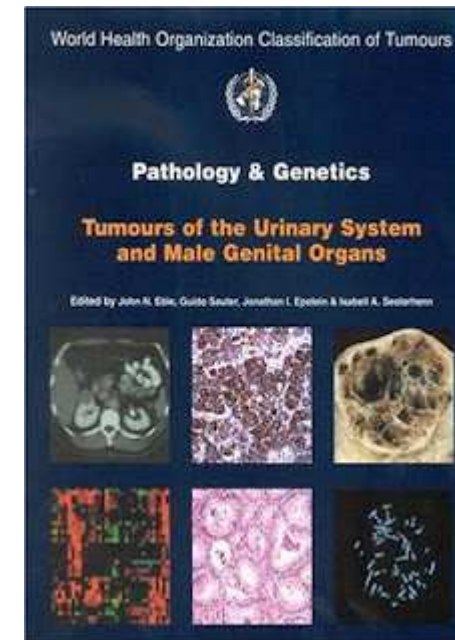


Recomendaciones internacionales

Tumores de tracto urotelial - Recomendaciones

World Health Organization/ International Society of Urological Pathology (WHO2004/ISUP)

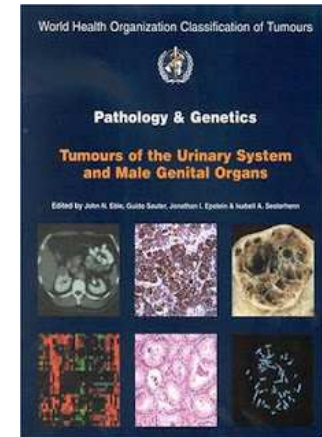
- En 1998 la WHO/ISUP propone un nuevo sistema de clasificación para los tumores de vejiga no invasivos
- Epstein JI, et al .
The World Health Organization/International Society of Urological Pathology consensus classification of urothelial (transitional cell) neoplasms of the urinary bladder. Bladder Consensus Conference Committee.
Am J Surg Pathol. 1998 Dec;22(12):1435-48.
- En 2004 se publica el libro azul de la WHO.



Tumores de tracto urotelial - Recomendaciones

Non-invasive urothelial neoplasias	
Urothelial carcinoma in situ	8120/2
Non-invasive papillary urothelial carcinoma, high grade	8130/23
Non-invasive papillary urothelial carcinoma, low grade	8130/21
Non-invasive papillary urothelial neoplasm of low malignant potential	8130/1
Urothelial papilloma	8120/0
Inverted urothelial papilloma	8121/0

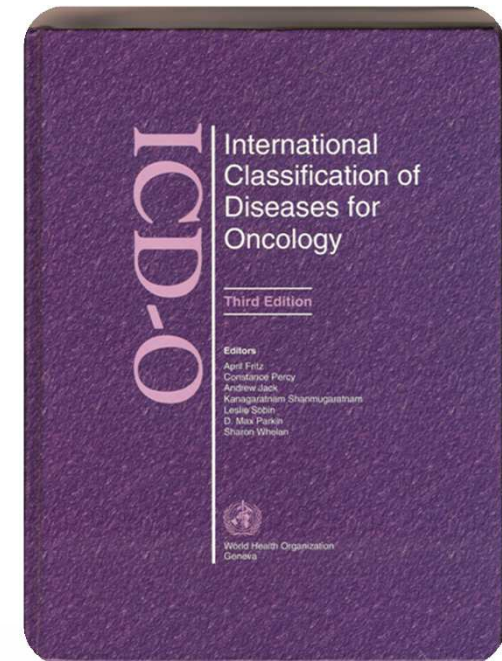
Urothelial tumours	
Infiltrating urothelial carcinoma	8120/3
with squamous differentiation	
with glandular differentiation	
with trophoblastic differentiation	
Nested	
Microcystic	
Micropapillary	8131/3
Lymphoepithelioma-like	8082/3
Lymphoma-like	
Plasmacytoid	
Sarcomatoid	8122/3
Giant cell	8031/3
Undifferentiated	8020/3



- c) Urothelial cell carcinoma with differentiation and ICDO-3 specific code (new specific codes may appear in subsequent versions of ICD-O/WHO Classification):
- Micropapillary: **8131**
 - Lymphoepithelioma-like: **8082**
 - Sarcomatoid: **8122**
 - Giant cell: **8031**
 - Poorly differentiated: **8020**

Tumores de tracto urotelial - Recomendaciones

- 8120/1 **Papiloma urotelial, SAI**
Papiloma de células transicionales, SAI
Papiloma de la vejiga (C67._)
- 8130/1 **Neoplasia papilar de células transicionales de bajo potencial maligno (C67._)**
Neoplasia urotelial papilar de bajo potencial maligno (C67._)
- 8120/2 **Carcinoma de células transicionales in situ**
Carcinoma urotelial in situ
- 8130/2 **Carcinoma papilar de células transicionales, no invasivo (C67._)**
Carcinoma papilar urotelial, no invasivo (C67._)
- 8120/3 **Carcinoma de células transicionales, SAI**
Carcinoma urotelial, SAI
Carcinoma transicional
- 8130/3 **Carcinoma papilar de células transicionales (C67._)**
Carcinoma papilar urotelial (C67._)
- 8131/3 **Carcinoma de células transicionales, micropapilar (C67._)**



Nota: En la descripción no se especifica el grado histológico. Utilización sexto dígito?

Casos problemáticos

- Cuando en la anatomía patológica
 1. No se especifica el grado de infiltración.
 2. No se especifica el grado
 3. No se especifica ni grado ni infiltración

Tumores uroteliales invasivos

- 8120/3 Carcinoma de células transicionales, SAI
 Carcinoma urotelial, SAI
 Carcinoma transicional
- 8130/3 Carcinoma papilar de células transicionales
 (C67._)
 Carcinoma papilar urotelial (C67._)
- 8131/3 Carcinoma de células transicionales,
 micropapilar (C67._)

Consenso registros REDECAN

Morfología, comportamiento y grado

Codificación de las categorías más frecuentes cuando la histología está disponible

Tipo de tumor	Morfología / comportamiento	Grado
Carcinoma papilar urotelial no invasivo, bajo grado Carcinoma papilar urotelial no invasivo (*) Carcinoma urotelial no invasivo (*)	8130/2	1
Carcinoma papilar urotelial no invasivo, alto grado	8130/2	3
Carcinoma urotelial in situ (**)	8120/2	3
Carcinoma invasivo, NOS (***)	8010/3	3 (****)
Carcinoma invasivo urotelial	8120/3	3 (****)
Carcinoma papilar urotelial invasivo	8130/3	3 (****)
Carcinoma urotelial con prueba histológica pero sin evaluación de la invasión	8120/2	3 (****)

(*) Cuando no se puede asumir alto grado

(**) Si el informe de anatomía patológica indica otro tipo de carcinoma in situ, codificar el código correspondiente (p.e. Carcinoma escamoso in situ 8070/2)

(***) Si el informe de anatomía patológica NO especifica “urotelial” o “transicional”, codificar 8010/3. Pero si se ha diagnosticado previamente un carcinoma urotelial no invasivo, codificar como carcinoma urotelial (8120/3)

(****) Todos los in situ y carcinomas invasivos deben registrarse como alto grado aunque el informe indique bajo grado o no indique ningún grado

**Cuando el informe de anatomía patológica no especifica el término “papilar” pero indica carcinoma urotelial con estadio pTa:
Codificar 8130/2 (más el grado, si consta)**

Consenso registros REDECAN

Grado

Codificar el grado dado que en el carcinoma papilar urotelial no invasivo es necesario para distinguir entre tumores de alto grado (3) y de bajo grado (1)

Codificación de acuerdo a la descripción del informe de anatomía patológica

Descripción en el informe de anatomía patológica	Código
Grado 1	1 (Bajo grado)
Grado 1/2 (bajo grado)	1 (Bajo grado)
Grado 1/2 (no se menciona alto o bajo grado)	1 (Bajo grado)
Grado 2 – bajo grado	1 (Bajo grado)
Grado 2 – alto grado	3 (Alto grado)
Grado 2 (no se menciona alto o bajo grado)	3 (Alto grado)
Grado 2/3 (no se menciona grado o alto grado)	3 (Alto grado)
Grado 3	3 (Alto grado)

Carcinoma de células uroteliales con componente neuroendocrino (diferenciación neuroendocrina)

Codificar siempre carcinoma neuroendocrino independientemente de la cantidad de componente neuroendocrino (Ver anexo 2: Comentarios. Tumores neuroendocrinos)

- Carcinoma neuroendocrino de célula pequeña: **8041**
- Carcinoma neuroendocrino de célula grande: **8013**
- Carcinoma / tumor neuroendocrino bien diferenciado o de bajo grado: **8240**
- Carcinoma neuroendocrino moderadamente diferenciado o alto grado: **8249**
- Carcinoma neuroendocrino, NOS: **8246**

Recomendaciones

- **C65-C68 Tracto urinario**
 - C65 Pelvis Renal
 - C66 Uréter
 - C67 Vejiga Urinaria
 - C68 Otros órganos urinarios inespecíficos.

Recomendaciones

- Se aplican a todo el tracto urinario
- Para incidencia: primer tumor urotelial por topografía (3 dígitos) independientemente del comportamiento (/2 o /3)
- Tumor sincrónico: ≤ 4 meses
- Tumor metacrónico: >4 meses

Recomendaciones

Múltiples sitios

Si el paciente presenta varios (sincrónicos o metacrónicos) tumores uroteliales en distintas localizaciones, recoger todos los tumores con sus correspondientes códigos topográficos (CXX)

Ejemplo: Paciente con “carcinoma no invasivo de alto grado” de vejiga (1) seguido de un “carcinoma in situ” en pelvis renal (2) y seguido de un “carcinoma invasivo” de uretra (3)

	No invasivo bajo grado	No invasivo alto grado	In situ	Invasivo
Pelvis renal			2	
Uréter				
Vejiga		1		
Uretra				3

Ejemplo: Paciente con “carcinoma no invasivo de alto grado” de vejiga (1) sincrónico con un “carcinoma invasivo” de uréter (2)

	No invasivo bajo grado	No invasivo alto grado	In situ	Invasivo
Pelvis renal				
Uréter				2
Vejiga		1		
Uretra				

Recomendaciones

Progresiones

Si un paciente presenta varios tumores uroteliales en la **misma localización** (3 dígitos topográficos) que incluye alguna progresión de la enfermedad, registrar el primer tumor y aquéllos que representan una progresión cronológica. La siguiente serie muestra el orden en que se representa una progresión:

No invasivo bajo grado → No invasivo alto grado → In situ → Invasivo

Aunque en muchos casos el carcinoma papilar no invasivo de alto grado no sigue la misma ruta que el carcinoma in situ, a veces se cruzan y el carcinoma in situ suele ser más agresivo que el carcinomas papilar no invasivo de alto grado.

Recomendaciones

Ejemplo: Paciente con “carcinoma no invasivo de alto grado” de vejiga (1) seguido de un “carcinoma invasivo” de vejiga (2)

	No invasivo bajo grado	No invasivo alto grado	In situ	Invasivo
Vejiga		1		2

Ejemplo: Paciente con “carcinoma no invasivo de alto grado” de vejiga (1) seguido de un “carcinoma invasivo” de vejiga (2) y seguido de un “carcinoma in situ” de vejiga (3)

	No invasivo bajo grado	No invasivo alto grado	In situ	Invasivo
Vejiga		1		2

Recomendaciones

Ejemplo: Paciente con “carcinoma no invasivo de alto grado” de vejiga (1) seguido de un “carcinoma in situ” en vejiga (2) y seguido de un “carcinoma invasivo” de vejiga (3)

	No invasivo bajo grado	No invasivo alto grado	In situ	Invasivo
Vejiga		1	2	3

Ejemplo: Paciente con “carcinoma no invasivo de bajo grado” de vejiga (1), seguido de un “carcinoma in situ” en pelvis renal (2), seguido de un “carcinoma no invasivo de alto grado” de pelvis renal (3), seguido de un “carcinoma invasivo” de vejiga (4) y seguido de un “carcinoma no invasivo de alto grado” de uretra (5)

	No invasivo bajo grado	No invasivo alto grado	In situ	Invasivo
Pelvis renal			2	
Uréter				
Vejiga	1			4
Uretra		5		

Recomendaciones

Recurrencias

Si un paciente presenta un tumor urotelial seguido de uno o varios tumores uroteliales en la **misma localización** (3 dígitos topográficos) que son recurrencias de la enfermedad (mismo o menor nivel de invasión y grado), **registrar únicamente el primer tumor** y no las recurrencias

Tumores sincrónicos en la misma localización

Si un paciente presenta dos o más tumores uroteliales en la **misma localización** (3 dígitos topográficos) en un periodo corto de tiempo (3 meses – sincrónicos), **registrar únicamente el más agresivo** de ellos según su histología, comportamiento y grado, **con la fecha de diagnóstico del primero**.

Ejemplo: Paciente con “carcinoma no invasivo de bajo grado” de vejiga (1) seguido de un “carcinoma invasivo” sincrónico de vejiga (2)

	No invasivo bajo grado	No invasivo alto grado	In situ	Invasivo
Vejiga				2 con fecha de 1

recomendaciones

Situaciones mixtas de multiplicidad, progresiones y sincronidad/metacronicidad

Si un paciente presenta una combinación mixta de múltiples tumores uroteliales sincrónicos y metacrónicos en la **misma o distinta localización** (3 dígitos topográficos), **registrarlos según las normas de cada una de las situaciones.**

Ejemplo: Paciente con “carcinoma no invasivo de bajo grado” de vejiga (1), seguido de un “carcinoma invasivo” sincrónico de vejiga (2), seguido de un “carcinoma in situ” de pelvis renal (3), seguido de un “carcinoma no invasivo de alto grado” de pelvis renal (4) y seguido de un “carcinoma invasivo” de vejiga (5)

	No invasivo bajo grado	No invasivo alto grado	In situ	Invasivo
Pelvis renal			3	
Vejiga				2 con fecha de 1

NOTA: en este caso, los tumores 1 y 2 son sincrónicos y sólo el más agresivo (invasivo) se recoge. El tumor 3 se debe registrar porque está en distinta localización. El tumor 4 no se registra dado que es una recurrencia del 3. El tumor 5 tampoco se registra porque es una recurrencia del 2.

Recomendaciones

Primer tumor anterior a la fecha de inicio del registro

Si un paciente residente en el área de cobertura del registro se diagnostica de uno o varios tumores uroteliales antes del inicio de actividad del registro, registrar todos los tumores independientemente de la fecha, siguiendo los criterios especificados en los apartados anteriores.

El registro del tumor diagnosticado antes del período de funcionamiento del Registro permite saber que los tumores consecutivos siguen a un primer tumor no registrable

Esta norma permite evitar el sobre registro, ya que en caso de recurrencias es fácil no detectar la existencia de un primer tumor si ha sido diagnosticado antes del período de operación del área de registro.

Recomendaciones

Ejemplo: Paciente con “carcinoma no invasivo de alto grado” de vejiga (1) **diagnosticado antes del inicio de la actividad del registro**, seguido de un “carcinoma in situ” de pelvis renal (2) y seguido de un “carcinoma invasivo” de vejiga (3), estos dos últimos diagnosticados durante el periodo de actividad del registro

	No invasivo bajo grado	No invasivo alto grado	In situ	Invasivo
Pelvis renal			2	
Vejiga		1		3

Recomendaciones

Carcinoma de células uroteliales con diferenciación y código específico CIE-O-3

- Micropapilar: **8131/3**
- Linfoepitelial: **8082/3**
- Sarcomatoide: **8122/3**
- Células gigantes: **8031/3**
- Pobremente diferenciado: **8020/3**

Carcinoma específicos no uroteliales

Tumores no uroteliales del tracto urinario como los adenocarcinomas, carcinomas escamosos, neuroendocrinos, melanocíticos, mesenquimales o tumores linfoides deben registrarse de forma independiente a los tumores uroteliales siguiendo los criterios generales para el resto de tumores.

TNM 8ª y estadiaje

TNM 8ª - Clasificación patológica

Grado 1 /pTa	/1 incierto
Grado 2 y 3 / pTa	/2
CIS /pTis	/2 (CIS)
Cualquier grado / >pT1	/3 invasivo

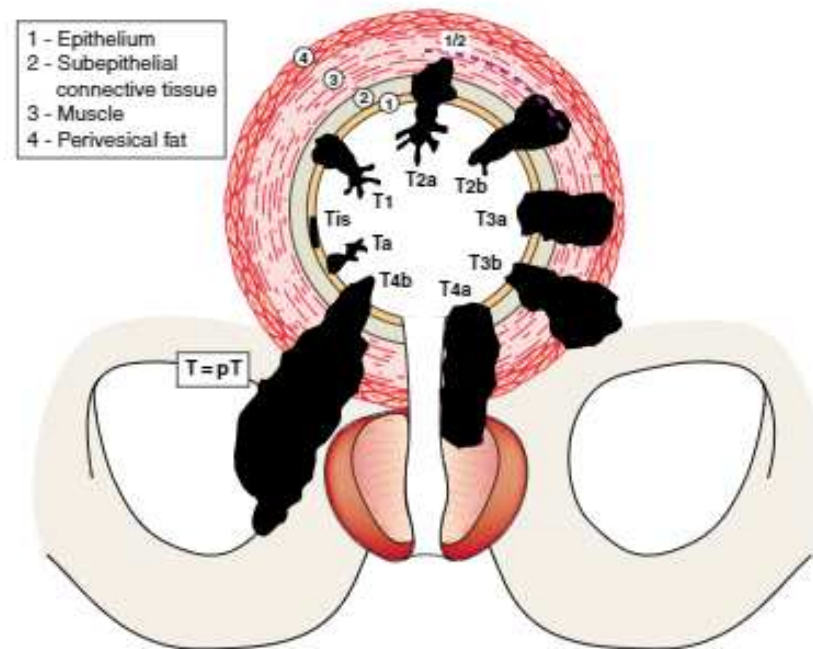


Fig. 472

Ganglios Linfáticos Regionales

Los ganglios linfáticos regionales son los de la pelvis verdadera, que esencialmente son los ganglios pélvicos que se encuentra por debajo de la bifurcación de las arterias ilíacas comunes. La lateralidad no afecta a la N.

N— Ganglios Linfáticos Regionales.

- NX Los ganglios linfáticos regionales no se pueden evaluar.
- N0 Sin metástasis en ganglios linfáticos regionales.
- N1 Metástasis en un solo ganglio linfático de la pelvis verdadera (hipogástrico, obturador, ilíaco externo o presacro).
- N2 Metástasis en múltiples ganglios linfáticos de la pelvis verdadera (hipogástrico, obturador, ilíaco externo o presacro).
- N3 Metástasis en ganglio(s) linfático(s) ilíaco(s) común(es).

TNM 8ª

M – Metástasis a distancia.

- M0 Sin metástasis a distancia.
- M1a Ganglios linfáticos no regionales.
- M1b Otras metástasis a distancia.

Metástasis a distancia (M)

Mx	No se puede valorar la presencia de metástasis.
M0	No hay metástasis a distancia.
M1	Metástasis a distancia.

7ª edición

TNM 8ª

Estadio

Estadio 0a	Ta	N0	M0
Estadio 0is	<u>Tis</u>	N0	M0
Estadio I	T1	N0	M0
Estadio II	T2a, T2b	N0	M0
Estadio IIIA	T3a, T3b, T4a	N0	M0
	T1, T2, T3, T4a	N1	M0
Estadio IIIB	T1, T2, T3, T4a	N2, N3	M0
Estadio IVA	T4b	Cualquier N	M0
	Cualquier T	Cualquier N	M1a
Estadio IVB	Cualquier T	Cualquier N	M1b

Datos Girona, 1994-20183

Estadio	Freq.	Percent
NA	3,276	43.62
0a	2,832	37.71
0is	71	0.95
I	445	5.93
II	325	4.33
III	192	2.56
IIIA	6	0.08
IV	363	4.83
Total	7,510	100.00

Gracias por vuestra atención

<https://kahoot.it/>