



European
Commission

ENCR Recommendations

2022

Base de Diagnóstico

Contenido

Entrada en vigor.....	2
Códigos.....	3
Reglas y explicaciones.....	4
Anexo 1: Miembros del Grupo de Trabajo	9

Contacto: ENCR Secretariat
JRC-ENCR@ec.europa.eu

Entrada en vigor

Estas recomendaciones están publicadas en el sitio web (20-10-2022) y deben aplicarse a todos los tumores con fecha de incidencia a partir del 1-1-2023, pero también pueden aplicarse a fechas anteriores.

Objetivo de la base del diagnóstico

El objetivo de la base de diagnóstico es proporcionar un nivel de certeza del diagnóstico de cáncer. Esto es particularmente relevante en ausencia de confirmación patológica del cáncer. La proporción de diagnósticos clínicos (base de diagnóstico 1-4) es un indicador de la calidad de los datos. Si bien una alta proporción de diagnósticos clínicos en un registro de cáncer bien puede reflejar la situación con respecto a las investigaciones clínicas y patológicas en el área del registro, especialmente en los países en desarrollo, también puede indicar una sobreestimación de la incidencia del cáncer. Por otro lado, en registros con muy baja proporción de diagnósticos clínicos puede existir una subestimación de la incidencia de cáncer.

Códigos

Tabla 1. Códigos de la Base de diagnóstico

Código	Descripción	Criterios
0	Solo certificado de defunción (SCD)	La información proporcionada es de un certificado de defunción.
1	Clínico	Diagnóstico realizado antes de la muerte, pero sin ninguno de los siguientes (códigos 2-8).
2	Investigación clínica	Todas las técnicas de diagnóstico, incluidas las radiografías, la endoscopia, las imágenes, la ecografía, la cirugía exploratoria (como la laparotomía) y la autopsia, sin un diagnóstico de tejido.
4	Marcadores tumorales específicos	Incluyendo marcadores bioquímicos y/o inmunológicos que son específicos para un sitio tumoral.
5	Citología	Examen de células de un sitio primario o secundario, incluidos los fluidos aspirados por endoscopia o aguja; también incluye el examen microscópico de sangre periférica y aspirados de médula ósea, inmunofenotipado por citometría de flujo y una biopsia líquida# en ausencia de patología.
7	Histología	Examen histológico del tejido del tumor (primario o metastásico), independientemente de cómo se haya obtenido, incluidas todas las técnicas de corte y biopsias de médula ósea; también incluye especímenes de autopsia del tumor.
8	Test citogenético y/o molecular	Detección de anomalías genéticas específicas del tumor o cambios genéticos en el tumor, incluidas técnicas como cariotipado, FISH (hibridación fluorescente in situ), PCR (reacción en cadena de la polimerasa), secuenciación de AND.
9	Desconocido	

Una biopsia líquida es una muestra de sangre u otro fluido corporal (Líquido cefalorraquídeo, etc.) para la detección de células cancerosas o fragmentos de ADN de estas células tumorales

Tabla 2. Códigos opcionales para casos con histología

Código	Descripción	Criterios
7.1	Histología del tumor primario	Examen histológico del tejido del tumor primario, independientemente de cómo se haya obtenido, incluidas todas las técnicas de corte y biopsias de médula ósea.
7.2	Histología de una metástasis	No histología del tumor primario
7.3	Histología en la autopsia	Sin histología antes de la autopsia

Reglas y explicaciones

- Utilice el código más alto del rango 1-8, a menos que sea un caso DCO (base de diagnóstico 0) o si no se puede determinar la base de diagnóstico (base de diagnóstico 9).
- Utilice el código 0 cuando no sea posible rastrear desde el certificado de defunción. Los casos DCO deben registrarse con el código morfológico 8000, a menos que el código morfológico pueda derivarse del código ICD (C43 [8720/3], C45 [9050/3], C46 [9140/3] y C81-C96/D45 -D47 [9590/3-9989/3]) o del texto del certificado de defunción (por ejemplo, 'adenocarcinoma de estómago' o 'rabdomyosarcoma').
- El código 1 solo debe usarse para los cánceres que se detectan solo mediante un examen físico. Esto incluye cánceres de cabeza y cuello, ojo, mama, piel y tejidos blandos superficiales, genitales externos, vagina, cuello uterino, ano, recto y próstata. Es casi imposible diagnosticar un cáncer en la mayoría de los órganos internos (como el pulmón, el estómago, el colon o el riñón) solo con un examen físico, pero son posibles algunas raras excepciones.
- Los códigos 1 y 2 se pueden utilizar cuando el diagnóstico de cáncer es al menos probable ("probablemente cáncer"). Si las investigaciones clínicas revelan que es posible un diagnóstico de cáncer, el caso no debe registrarse en ausencia de confirmación patológica (base de diagnóstico 5-8).
- Los cánceres registrados con base de diagnóstico 1 o 2 deben registrarse con el código morfológico 8000/3 (8000/0 o 8000/1 para tumores benignos y de malignidad limítrofe del sistema nervioso central). Las excepciones a esta regla se enumeran en la tabla 3. Estas excepciones solo se aplican a los casos en los que el diagnóstico específico es al menos probable. Si un diagnóstico específico solo es 'posible' o se menciona más de un diagnóstico en el expediente o informe clínico, el caso debe registrarse con el código morfológico 8000/3 (8000/0 o 8000/1 para tumores malignos benignos y borderline de la sistema nervioso central).
- El código 4 (marcadores tumorales específicos) debe usarse siempre en combinación con un diagnóstico clínico de cáncer y/o una investigación clínica que muestre cáncer, ya que muchos marcadores tumorales, por ejemplo, el antígeno prostático específico (PSA), también pueden aumentar en ausencia de cáncer.
- Los cánceres que pueden registrarse con base de diagnóstico 4 se enumeran en la tabla 4.
- La citometría de flujo se usa a menudo para el diagnóstico de leucemia y linfoma, p. ej. leucemia linfocítica crónica.
- Si se encuentra una anomalía genética que es específica del cáncer por medio de una biopsia 'líquida' (en combinación con un diagnóstico clínico de cáncer, pero en ausencia de confirmación patológica), se debe aplicar la base de diagnóstico 5.

- Los códigos 7.1 a 7.3 son opcionales para casos con histología.
- Muchos tumores tienen anomalías genéticas. Sólo unas pocas son específicas para el diagnóstico de un determinado cáncer. Solo cuando la anomalía genética es específica para ese cáncer, se debe utilizar la base de diagnóstico 8. En la mayoría de los casos, la anomalía debería estar presente (p. ej., CML, BCR-ABL1+ es 9875/3), pero también hay diagnósticos de cáncer que se caracterizan por la ausencia de una anomalía genética (p. ej., glioblastoma IDH *tipo salvaje*, 9445/3). La base de diagnóstico 8 se aplica a ambos ejemplos.

Tabla 3. Cánceres que pueden registrarse con una morfología específica sobre la base de información clínica (base de diagnóstico 1) o investigaciones clínicas (base de diagnóstico 2)

Tipo de cáncer	Base de diagnóstico	Código topográfico	Código morfológico
Melanoma			
- Melanoma de la piel	1	C44	8720/3
- Melanoma del ojo	1 o 2	C69.0, C69.3, C69.4	8720/3
Cánceres infantiles sólidos (edad <15)			
- Nefroblastoma	2	C64	8960/3
- Hepatoblastoma	2	C22	8970/3
- Retinoblastoma	1 o 2	C69.2	9510/3
Carcinoma hepatocelular	2	C22.0	8170/3
Colangiocarcinoma	2	C22.1/C24.0/C24.9	8160/3
Tumores neuroendocrinos non-funcionantes (TNEs)			
- TNE no funcionante del páncreas	2	C25.4	8150/3
- TNE no funcionante del intestino delgado	2	C17	8240/3
Neoplasia papilar mucinosa intraductal (NPMI)	2	C25	8453/2, 8453/3
Sarcoma			
- Sarcoma, NOS	2	*	8800/3
- Liposarcoma	2	*	8850/3
- Leiomiomasarcoma	2	*	8890/3
- Angiosarcoma	1** o 2	*	9120/3
- Sarcoma de Kaposi de la piel	1	C44	9140/3
- Osteosarcoma	2	C40, C41	9180/3
- Condrosarcoma	2	C40, C41	9220/3
- Cordoma	2	C41.0	9370/3
Tumores del sistema nervioso central (SNC)			
- Teratoma maduro, teratoma quístico	2	C71, C75.1, C75.3	9080/0
- Teratoma, NOS	2	C71, C75.1, C75.3	9080/1
- Teratoma inmaduro, teratoma maligno	2	C71, C75.1, C75.3	9080/3
- Hemangioblastoma	2	C71, C72.0	9161/1
- Craneofaringioma	2	C75.2	9350/1
- Pinealoma	2	C75.3	9360/1
- Pineocitoma	2	C75.3	9361/1
- Pineoblastoma	2	C75.3	9362/3
- Glioma, NOS	2	C71, C72.0	9380/39
- Glioma de bajo grado	2	C71, C72.0	9380/32
- Glioma de alto grado	2	C71, C72.0	9380/33
- Subependimoma	2	C71.5, C71.7	9383/1
- Astrocitoma de células gigantes subependimal	2	C71.5, C71.7	9384/1
- Papiloma del plexo coroideo	2	C71.5, C71.7	9390/0
- Papiloma del plexo coroideo atípico	2	C71.5, C71.7	9390/1
- Carcinoma de plexo coroideo	2	C71.5, C71.7	9390/3
- Ependimoma	2	C71.5, C71.7, C72.0	9391/3
- Ependimoma anaplásico	2	C71.5, C71.7, C72.0	9392/3
- Ependimoma mixopapilar	2	C72.0, C72.1	9394/1
- Tumor papilar de la región pineal	2	C75.3	9395/3

- Astrocitoma, NOS	2	C71, C72.0	9400/39
- Astrocitoma de bajo grado	2	C71, C72.0	9400/32
- Astrocitoma de alto grado/anaplásico	2	C71, C72.0	9401/33
- Astrocitoma infantil desmoplásico / ganglioglioma desmoplásico infantil	2	C71	9412/1
- Tumor neuroepitelial disembrionario (DNET)	2	C71	9413/0
- Astrocitoma pilocítico	2	C71, C72.0	9421/1
- Glioma del nervio óptico, glioma del quiasma óptico en niños	2	C72.3	9421/1
- Glioblastoma	2	C71, C72.0	9440/3
- Oligodendroglioma, NOS	2	C71	9450/39
- Oligodendroglioma de bajo grado	2	C71	9450/32
- Oligodendroglioma de alto grado/anaplásico	2	C71	9451/33
- Meduloblastoma, NOS	2	C71.6	9470/3
- Tumor embrionario del SNC, NOS	2	C71, C72.0	9473/3
- Gangliocitoma	2	C71, C72.0, 75.1	9492/0
- Gangliocitoma displásico del cerebelo	2	C71.6	9493/0
- Ganglioglioma	2	C71, C72.0	9505/1
- Neurocitoma	2	C71	9506/1
- Tumor neuronal multinodular y vacuolizante	2	C71	9509/0
- Tumor glioneural	2	C71, C72.0	9509/1
- Meningioma, NOS	2	C70	9530/0
- Meningioma atípico	2	C70	9539/1
- Meningioma anaplásico (maligno)	2	C70	9530/3
- Schwannoma	2	C72.4, C72.5	9560/0
Tumores hematológicos			
- Linfoma primario del SNC	2	C71	9590/3
- Histiocitosis de células de Langerhans	2	C34, C41, C71***	9751/3

Otros cánceres específicos (que no están en esta lista) pueden diagnosticarse mediante investigaciones clínicas; un código de morfología específico solo debe aplicarse después de la evaluación del caso por parte de un experto en codificación del registro de cáncer.

* Los sarcomas se pueden localizar en cualquier sitio, pero la mayoría se presenta en los tejidos blandos, incluidos el retroperitoneo y el mediastino.

** Angiosarcoma de la (piel de la) mama después de la radioterapia de la mama

*** Otros sitios son posibles

Tabla 4. Cánceres que pueden diagnosticarse sobre la base de un marcador tumoral elevado (en combinación con investigaciones clínicas)

Tipo de cáncer	Marcador tumoral	Código morfológico
Cáncer colorrectal	Antígeno carcinoembrionario (CEA)	8000/3
Carcinoma hepatocelular	Alfafetoproteína (AFP)	8170/3
Cáncer pancreático, cáncer de vesícula biliar/ conductos biliares	Antígeno del cáncer 19-9 (CA 19-9)	8000/3
Cáncer de ovario	Antígeno del cáncer 125 (CA-125)	8000/3
Cáncer de próstata	Antígeno prostático específico (PSA)	8000/3
Coriocarcinoma de la placenta	Gonadotropina coriónica humana (HCG)	9100/3
Tumor de células germinales	HCG	9064/3
	AFP (+/- HCG)	9065/3
Tumor neuroendocrino	Cromogranina A	8240/3
Tumores neuroendocrinos funcionantes (excluyendo tumores de la glándula pituitaria)	Insulina	8151/3
	Glucagón	8152/3
	Gastrina	8153/3
	Péptido intestinal vasoactivo (PIV)	8155/3
	Somatostatina	8156/3
	Serotonina	8241/3
	Hormona adrenocorticotrópica (ACTH) y otras hormonas	8158/3
Carcinoma medular de la tiroides	Calcitonina	8345/3
Neuroblastoma	Productos de degradación de la catecolamina (ácido homovanílico [HVA], ácido vanilmandélico [VMA])	9500/3
Prolactinoma	Prolactina	8271/0
Otros tumores funcionantes de la pituitaria	Hormona del crecimiento, hormona estimulante del folículo (FSH), hormona luteinizante (LH), ACTH, hormona estimulante de la tiroides (TSH)	8272/0
Feocromocitoma	Catecolaminas, cromogranina A	8700/3
Mieloma múltiple	Proteína M (IgG, IgM, IgA) >30g/L	9732/3
Macroglobulinemia de Waldenström	IgM	9761/3

Anexo 1: Miembros del Grupo de Trabajo

Otto Visser (director del Netherlands Cancer Registry y copresidente del Steering Committee de la ENCR), Florentino L. Caetano dos Santos (National Cancer Registry, Polonia), Francesco Cuccaro (director en funciones de la Section of Health Local Unit Barletta-Andria-Trani of the Puglia Cancer Registry, Italia y miembro del Steering Committee de la ENCR), Gonçalo Forjaz (U.S. National Cancer Institute), Irmina Michalek (National Cancer Registry, Polonia), Mohsen Mousavi (director del East Switzerland Cancer Registry), Urszula Sulkowska (National Cancer Registry, Polonia), Carmen Martos (JRC, Ispra, Italia), Francesco Giusti, (JRC, Ispra, Italia)

Traducción al castellano: Jaume Galceran y Marià Carulla. Registro de Cáncer de Tarragona, Servei d'Epidemiologia i Prevenció del Càncer, Hospital Universitari Sant Joan de Reus, Reus, Spain.