

# TNM Esencial

## Guía del Usuario

Actualización junio 2021  
(Actualización Cáncer de cuello uterino)

## Contents

Introducción .....	3
Principios de TNM Esencial .....	3
Codificación de los elementos del TNM Esencial.....	4
Asignación del grupo de Estadio TNM Esencial .....	5
Pautas para la extracción de información de expedientes médicos.....	6
TNM Esencial en bases de datos .....	6
TNM Esencial Cáncer de mama.....	7
Puntos clave para asignar estadio en cáncer de mama .....	7
TNM Esencial Cáncer de Cuello uterino .....	8
Puntos clave para asignar estadio en cáncer de cuello uterino.....	8
TNM Esencial Cáncer de Colon y recto .....	9
Puntos clave para asignar estadio en cáncer de colon y recto .....	9
TNM Esencial Cáncer de próstata .....	10
Puntos clave para asignar estadio en cáncer de próstata.....	10
Bibliografía .....	11

## Introducción

Esta guía proporciona instrucciones generales para resumir información sobre la extensión de la enfermedad usando TNM Esencial. Se han proporcionado diagramas de flujo que permiten la codificación para algunos cánceres seleccionados. Se agregarán localizaciones adicionales a medida que estén disponibles.

Esta actualización incluye más detalles en *TNM Esencial en las bases de datos* así como cambios en la estadificación de cáncer de cuello uterino, luego de la revisión de la FIGO de 2018 de la misma.

Los diagramas de flujo de TNM Esencial publicados en la 8ª edición de TNM han sufrido cambios; utilice la Guía del usuario actualizada.

## Principios de TNM Esencial

TNM Esencial es para uso por registradores de cáncer cuando el estadio clínico del TNM tradicional (estadio I, II, III o IV) o alguno de los elementos el T, y/o N y/o M no están explícitamente consignados en la historia clínica o en los reportes de patología.

TNM Esencial sigue una secuencia lógica documentando la mayor extensión de la enfermedad en cada paciente con cáncer utilizando información disponible de tipo clínico, quirúrgico y patológico sola o combinada hasta el momento de la cirugía (en caso de haberse realizado).

Si el médico tratante ha registrado explícitamente T, N o M, estos deben ser copiados por el registrador. Sin embargo, si uno o más de estos elementos se basan en la evaluación clínica (cTNM) y la información quirúrgica o patológica está disponible en una fecha posterior, el registrador puede registrar el código TNM esencial apropiado, si éste difiere del anotado en la historia (expediente) clínica.

En el caso de que se haya administrado terapia neoadyuvante (es decir, terapia sistémica antes de la cirugía), la información utilizada con fines de estadificación solo debe incluir procedimientos realizados e información consignada antes del inicio de esta terapia.

El TNM esencial está conformado por tres elementos que en su conjunto resumen la extensión del cáncer en el paciente. Estos elementos son:

- M:** presencia o ausencia de metástasis distantes
- N:** presencia o ausencia de ganglios (nodos) regionales/ compromiso regional
- T:** extensión de la invasión y/o tamaño del tumor

La extracción de datos de los expedientes clínicos se facilita mediante el uso de diagramas de flujo que incluyen preguntas y figuras relevantes para ayudar a identificar la extensión de la enfermedad en los distintos cánceres. Estos diagramas de flujo corresponden a la 8ª edición de la clasificación TNM de la UICC.

## Codificación de los elementos del TNM Esencial

Los elementos de TNM Esencial siguen la Clasificación TNM 8ª edición; son los siguientes:

### **Metástasis distante (M)**

- M+ Presencia de metástasis distante  
M- Sin mención de metástasis distante, clínica o patológica

- Metástasis a distancia (M) significa que el tumor original (primario) se ha diseminado a órganos distantes o ganglios linfáticos distantes (no regionales).
- M se basa en la mejor información disponible, ya sea clínica, hallazgos en cirugía, imágenes o patología.
- Si hay información patológica disponible, que haya permitido tomar decisiones frente al compromiso del cáncer, prefírala a la evaluación clínica (referente al mismo tumor).
- Para codificar M, los signos clínicos y los hallazgos son suficientes para justificar la metástasis (M +) en ausencia de confirmación patológica de depósitos metastásicos.
- No incluya ni codifique metástasis que se sabe se desarrollaron después de que se estableció el diagnóstico
- Si no se mencionan metástasis, registre como M-.
- Si se puede establecer metástasis a distancia, no es necesario continuar la búsqueda sobre compromiso (metástasis) a ganglios regionales o el tamaño / extensión del tumor.

### **Compromiso de ganglios regionales (metástasis a ganglios regionales) (N)**

- R+ Compromiso de ganglios regionales  
R2 – Compromiso avanzado de ganglios regionales  
R1 – Compromiso limitado de ganglios regionales
- R- Sin mención de compromiso de ganglios regionales, clínica ni patológica

- El compromiso de los ganglios linfáticos implica que el tumor se ha diseminado a través del sistema linfático y que se encuentran células cancerosas en los ganglios linfáticos que drenan el órgano específico.
- N se basa en los datos más específicos disponibles para confirmar la presencia o ausencia de compromiso del nodo regional y generalmente se clasifica a partir del informe de patología. Un nódulo "agrandado" o "palpable" no constituye compromiso si se basa únicamente en esas palabras.
- En ausencia de confirmación patológica, N puede codificarse a partir del expediente clínico, generalmente a partir de imágenes o durante la observación en el acto quirúrgico.
- La definición de 'nodos regionales' es específica de la localización del cáncer, como se puede ver en las Figuras para cada cáncer
- Registre como R + en presencia de un ganglio regional documentado, R- de lo contrario.
- Si se dispone de información más detallada y es relevante para un determinado tipo de cáncer, R + puede clasificarse con más detalle como R2, que representa un compromiso ganglionar avanzado, o R1 que representa un compromiso ganglionar limitado.
- Si se ha establecido el compromiso de los ganglios linfáticos (R +) pero no se dispone de más información sobre el número de ganglios y su ubicación, se supone R +. En tal caso, el caso se asignará a la categoría de estadio inferior (siguiendo la Regla 4 de TNM), por ejemplo a Estadio II Regional Limitado en cáncer de mama.

## **Extensión de la invasión y/o tamaño del tumor (T)**

- A La extensión de la invasión y/o el tamaño del tumor son avanzados
- A2 - extensión de la invasión y/o el tamaño del tumor son muy avanzados  
A1 - extensión de la invasión y/o el tamaño del tumor son avanzados
- L La extensión de la invasión y/o el tamaño del tumor son limitados
- L2 - La extensión de la invasión y/o el tamaño del tumor son limitados  
L1 - La extensión de la invasión y/o el tamaño del tumor son muy limitados
- X La extensión de la invasión y/o el tamaño del tumor no se pueden establecer

- T se basa en los datos más específicos disponibles para confirmar el grado de invasión dentro / a través del órgano involucrado y / o el tamaño del tumor primario (según el tipo del cáncer).
- Generalmente se codifica a partir del informe de patología y clasifica ampliamente la extensión como avanzada o limitada.
- T puede codificarse a partir del expediente clínico (endoscopia, radiografías, palpación, etc.) en ausencia de confirmación patológica.
- La definición de la extensión de la invasión es específica según tipo del cáncer.
- Use las figuras específicas por tipo de cáncer para ayudar a establecer la extensión de invasión asignando la categoría más específica posible.

### **Ausencia de información específica sobre metástasis, ganglios o tamaño/extensión del tumor**

- Codifique con base en lo que conoce del expediente clínico.
- Para M y N, si no hay información sobre su presencia asuma ausencia de ellos (M-, R-)
- Si los ganglios regionales están mencionados, pero Usted no puede distinguir entre compromiso avanzado o limitado de ganglios regionales, codifique R+
- De igual manera, si no puede distinguir entre extensión de invasión del tumor (2 versus 1) codifique T como A o L (avanzado o limitado) según el flujograma por tipo de cáncer.
- Para T, debe registrarse X cuando se sabe que hay tumor primario, pero no hay descripción de tamaño o extensión.

## Asignación del grupo de Estadío TNM Esencial

Una vez que los elementos del TNM Esencial se han codificado, se pueden combinar en grupos de estadio que van del I a IV, de acuerdo con la gravedad de la enfermedad.

- Estadío IV para cánceres con metástasis a distancia.
- Estadios III y II para cánceres con mayor o menor grado de compromiso ganglionar
- Estadío I se suele asignar a cánceres con un compromiso limitado
- Las reglas para la combinación de los elementos del TNM Esencial en los grupos de estadio (IV-I) se proporcionan de forma específica para cada tipo de cáncer.

Los grupos de estadio fueron diseñados para agrupar pacientes con cáncer en categorías de pronóstico similar.

## Pautas para la extracción de información de expedientes médicos

Las siguientes pautas tienen como objetivo ayudar a resumir la información de estadio de los expedientes médicos (historias clínicas).

- Revise rápidamente todo el expediente y verifique la organización general. Tenga en cuenta el rango de fechas de consulta y las diferentes instalaciones involucradas en el cuidado del paciente.
- Identifique los informes definitivos (operativos, de patología, de imágenes) y anote las fechas y los resultados de cada informe.
- Trate de descartar las metástasis a distancia primero
- Como las metástasis a distancia son más frecuentes en los huesos, los pulmones o el cerebro, es práctico revisar:
  - Informes de imágenes para cualquier mención de metástasis a distancia. Si se menciona metástasis, recuerde verificar si el reporte es cercano al momento del diagnóstico.
  - Informes o notas quirúrgicas para cualquier indicación de metástasis hepáticas, o depósitos tumorales que indiquen metástasis a distancia.
- Ganglios linfáticos regionales: expresiones comunes que implican la diseminación a los ganglios linfáticos regionales son metástasis a ganglios, compromiso de los ganglios linfáticos.
- Como se ilustra en los diagramas de flujo (Figuras 1-4), los nombres de los ganglios linfáticos regionales son específicos para cada tipo de tumor y deben compararse con el expediente clínico. Si el ganglio involucrado no está en la lista regional, considérelolo un nodo distante.

## TNM Esencial en bases de datos

Por razones pragmáticas, es aceptable usar los campos ya existentes para asignar el grupo de estadio TNM y los elementos TNM, si existen, e ingresar los códigos utilizados para el TNM Esencial como se describe anteriormente: M +, M-, R +, R-, R2 , R1, A, A2, A1, L, L2, L1. Dependiendo de la extensión del tumor, el número de elementos que se ingresarán en la base de datos variará: si hay evidencia de metástasis a distancia, podría ser solo M +.

En el caso en el que las bases de datos no permitan una longitud de código variable (1 versus 2 caracteres), se deben usar dos caracteres para todos los códigos. En este caso, se recomienda codificar A, L y X como AX, LX y XX. Recomendamos incluir un diccionario de acuerdo con la descripción en la Tabla 1. para que el usuario pueda seleccionar el código requerido de un menú. Los grupos de estadio I, II, III, IV se pueden ingresar como 1X, 2X, 3X, 4X, pero lo ideal es que se calculen automáticamente.

Tabla 1. Códigos recomendados para los campos T, N, M.

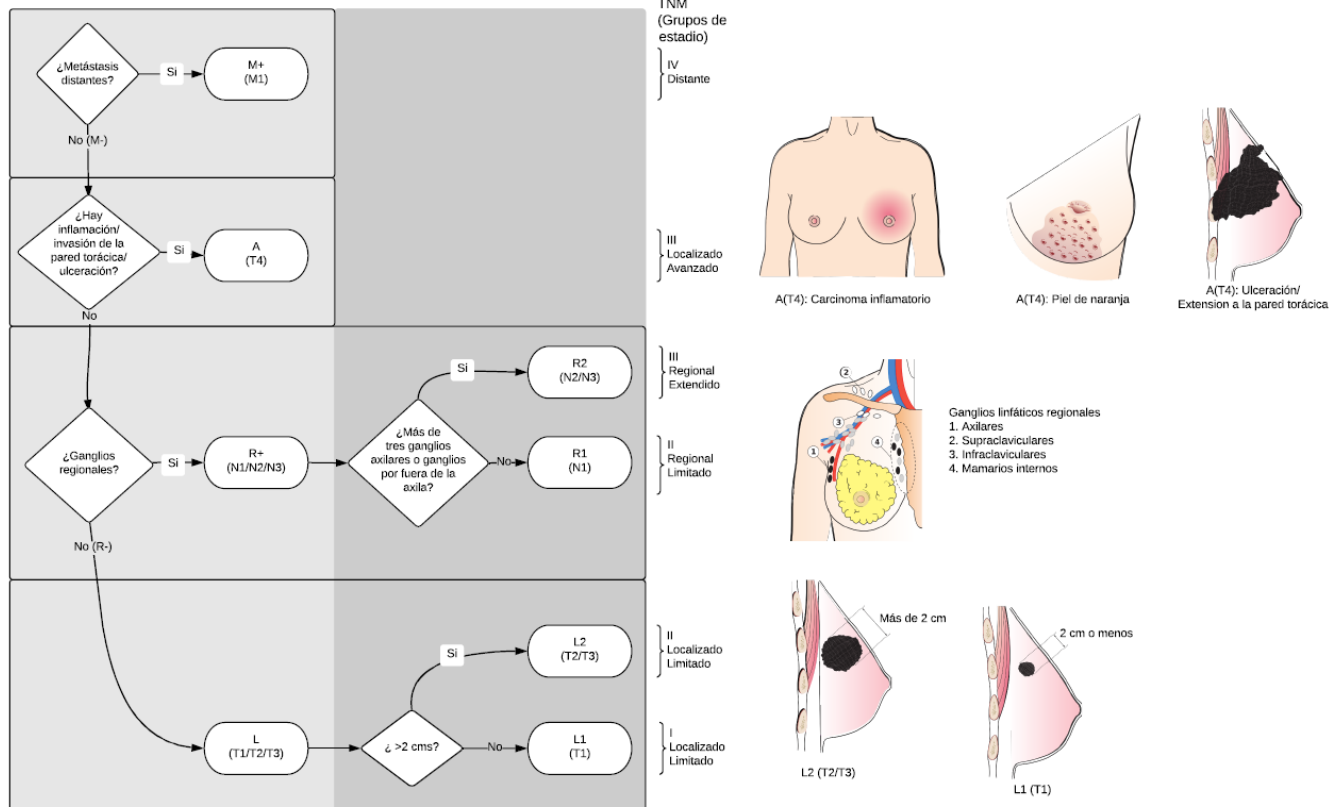
T		N		M	
Código	Estadio	Código	Estadio	Código	Estadio
Tx	Tx	N0	N0	M0	M0
T1	T1	N1	N1	M1	M1
T2	T2	N2	N2	MX	MX
T3	T3	N3	N3	M+	M+
T4	T4	N4	N4	M-	M-
AX	A	NX	NX		
LX	L	R+	R+		
L1	L1	R-	R-		
L2	L2	R1	R1		
		R2	R2		

## TNM Esencial Cáncer de mama

### Puntos clave para asignar estadio en cáncer de mama

1. La metástasis a distancia es común a los huesos, los pulmones y el cerebro. Busque evidencia en imágenes.
2. Recuerde que los ganglios linfáticos en el lado opuesto (es decir, contralateral), o en el cuello, son metástasis a distancia (M +).
3. Si se puede asignar M +, se puede asignar el Estadio IV y no es necesario buscar más información.
4. Busque la extensión del tumor a la piel del seno.
5. Los ganglios linfáticos regionales son axilares (incluye intramamarios), infraclaviculares, de la mamaria interna y supraclaviculares en el mismo lado que el tumor (vea las imágenes en el diagrama de flujo).
6. Si se ha establecido el compromiso (metástasis a) de los ganglios linfáticos (R +) pero no se dispone de más información sobre la cantidad de ganglios y su ubicación, codifique R +. En tal caso, se asignará a la categoría de estadio inferior (siguiendo la Regla 4 de TNM), o sea al Estadio II Regional Limitada.
7. El tamaño del tumor es un aspecto crítico y un tumor de menos de 2 cm es "muy limitado" (Estadio I).

Cáncer de mama – TNM Esencial

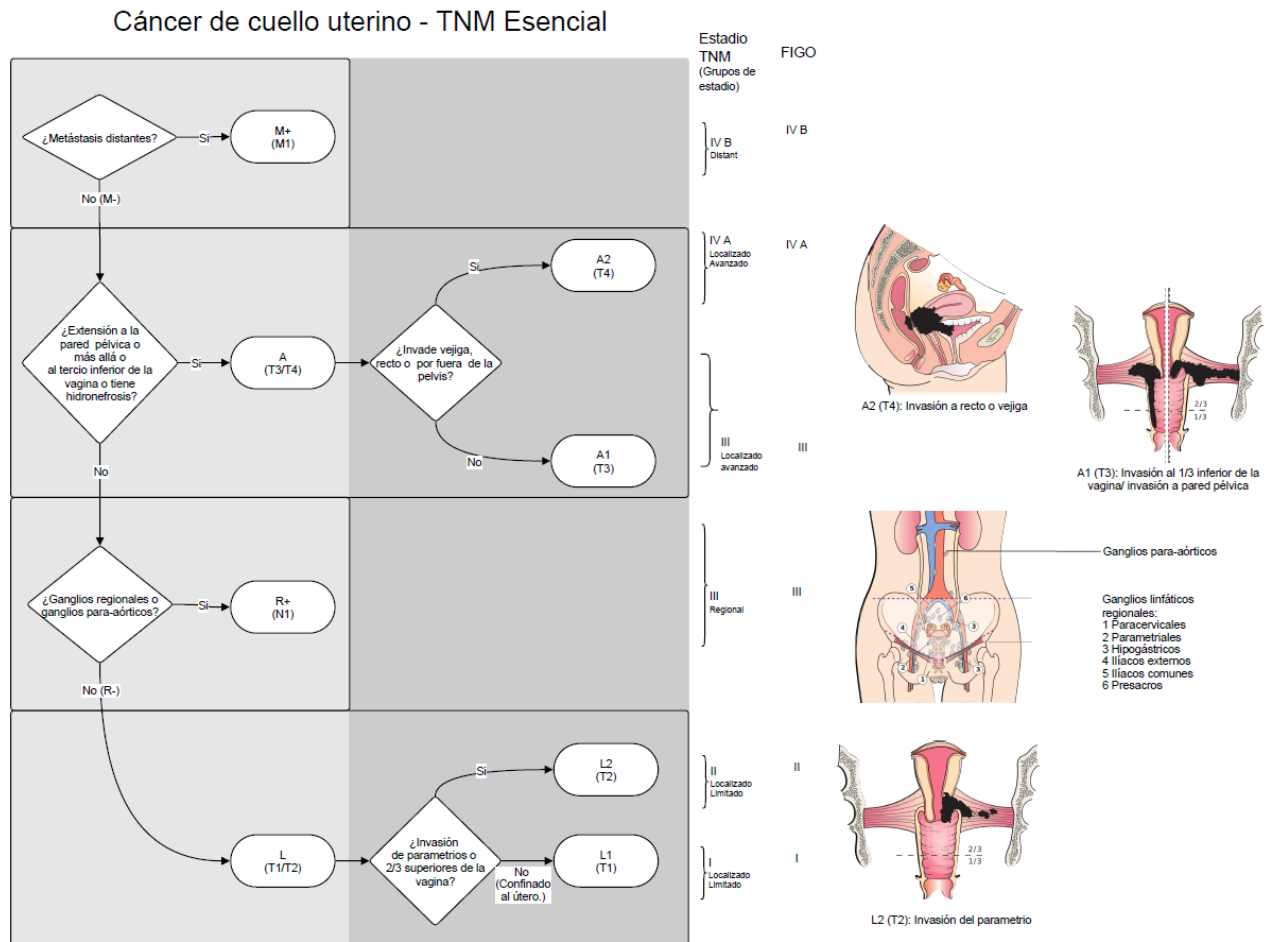




## TNM Esencial Cáncer de Cuello uterino

### Puntos clave para asignar estadio en cáncer de cuello uterino

1. La metástasis distante es común a los huesos, los pulmones y el cerebro. Busque evidencia en imágenes.
2. Recuerde que los ganglios linfáticos para-aórticos son metástasis a distancia (M +).
3. La invasión del tumor hacia la vejiga, el recto o más allá de la pelvis significa que la enfermedad está muy avanzada (A2) y se considera estadio IV.
4. Los ganglios linfáticos regionales son los de la pelvis: ganglios paracervicales, parametriales, hipogástricos (ilíacos internos, obturadores), ilíacos comunes y externos, presacros y laterales, y sacros laterales.
5. La mayoría de los cánceres de cuello uterino se estadifican usando FIGO, que NO considera el compromiso de los ganglios linfáticos regionales, pero para los cuales los códigos de la estadio (I-IV) son idénticos.
6. Busque la extensión del tumor al tercio inferior de la vagina, a la pared de la pelvis, o hidronefrosis debido a la obstrucción del uréter.



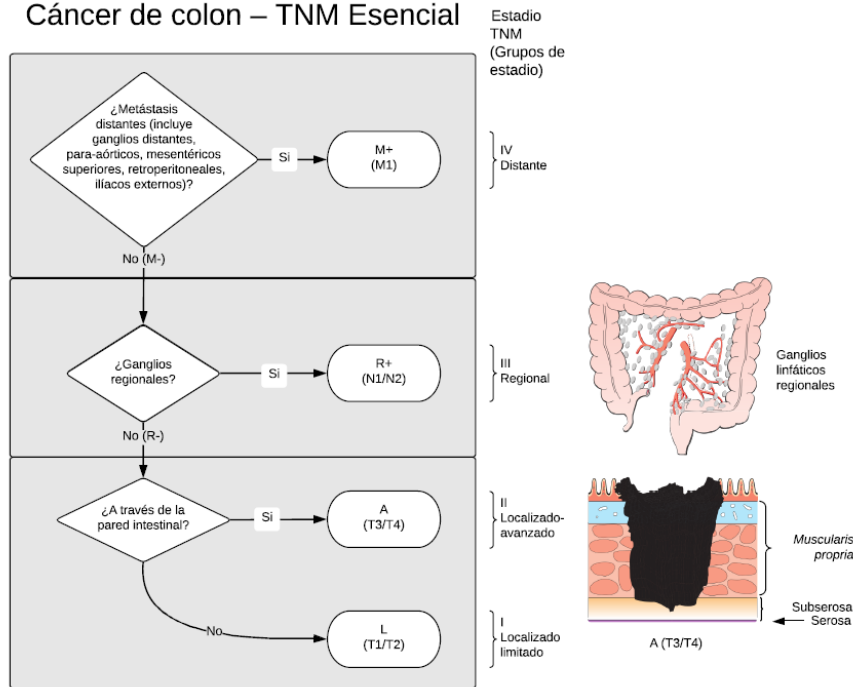


# TNM Esencial Cáncer de Colon y recto

## Puntos clave para asignar estadio en cáncer de colon y recto

1. La metástasis distante es más común en el hígado. Esto puede estar clínicamente documentado en informes quirúrgicos o en imágenes.
2. Los ganglios regionales son específicos para cada segmento del colon / recto y reciben el nombre correspondiente (epicólicos, mesentéricos, paracólicos, ileocólicos, rectales; consulte la tabla a continuación)
3. Los depósitos tumorales (satélites) son nódulos cancerosos independientes del tumor primario, ubicados en la misma área que los ganglios linfáticos regionales (tejidos pericólicos / peri rectales). Se asume que representan afectación de los ganglios linfáticos y están codificados como R +.
4. En lugar del tamaño del tumor, busque siempre la profundidad y extensión a través de la pared del colon / recto.

### Cáncer de colon – TNM Esencial



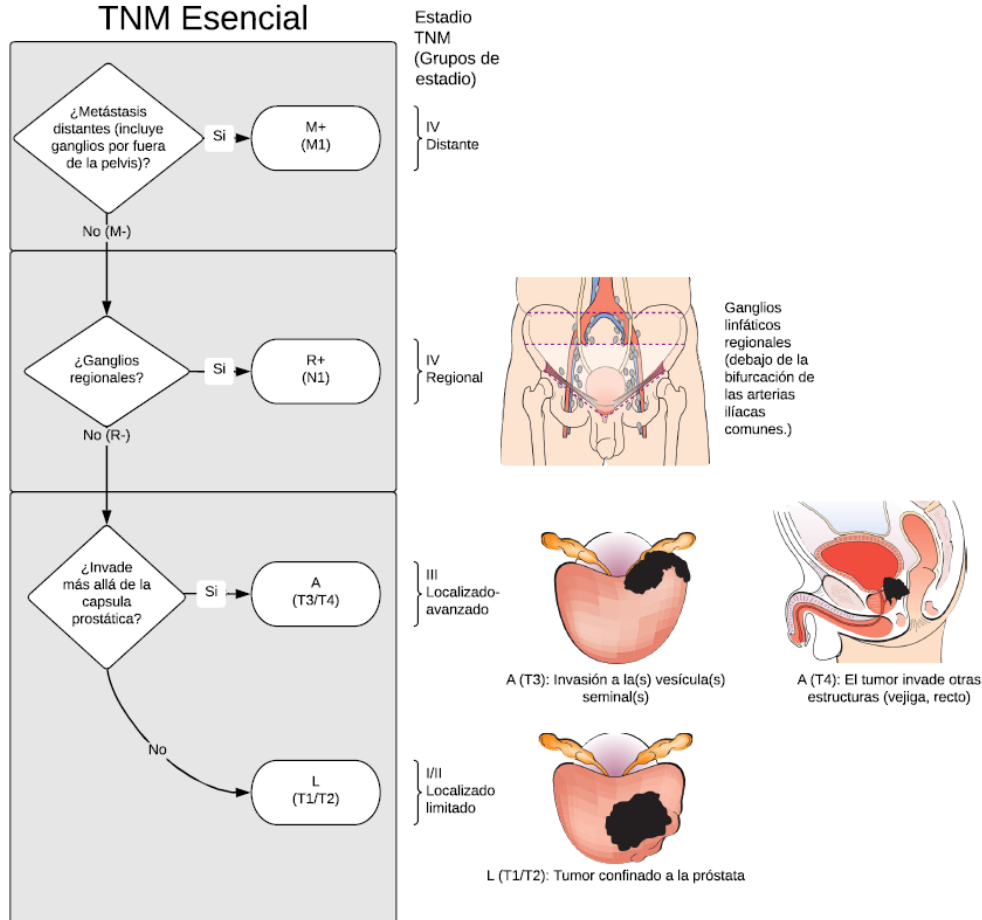
Órgano	Segmento	Ganglios linfáticos regionales
Colon	Ciego	Pericólicos, ileocólicos, cólicos derechos, cólicos medios
	Colon ascendente y ángulo hepático	Pericólicos, ileocólicos, cólicos derechos, cólicos medios
	Colon transversal y ángulo esplénico	Pericólicos, cólicos medios, cólicos izquierdos
	Colon descendente	Pericólicos, cólicos izquierdos, sigmoides, mesentéricos inferiores
	Sigmoide y rectosigmoide	Pericólicos, sigmoides, mesentéricos inferiores, rectales superiores
Recto	Recto	Mesorectales, rectales superiores, mesentéricos inferiores, iliacos internos, rectales inferiores

# TNM Esencial Cáncer de próstata

## Puntos clave para asignar estadio en cáncer de próstata

1. La metástasis distante es más común en los huesos. Busque evidencia de esto en las imágenes.
2. Recuerde que los ganglios distantes más allá de la pelvis se consideran M +; incluyen los siguientes nódulos: aórtico (paraaorticlumbar), ilíaco común, inguinal (femoral y profundo), supraclavicular, cervical, escaleno y retroperitoneal.
3. Los ganglios regionales son los de la pelvis verdadera (los ganglios pélvicos debajo de la bifurcación de las arterias ilíacas comunes: obturador, periprostático, perivesical, pélvico, ilíaco, sacro, hipogástrico).
4. Busque la extensión del tumor más allá de la cápsula de la próstata; si se limita a la próstata, el tumor es localizado (L).

### Cáncer de próstata – TNM Esencial



## Bibliografía

Brierley J, Gospodarowicz M, Wittekind Ch, editors. TNM Classification of Malignant Tumours. Eight ed. Chichester, West Sussex, UK: Wiley Blackwell; 2017.

Piñeros M, Parkin DM, Ward K, Chokunonga E, Ervik M, Farrugia H, Gospodarowicz M, O'Sullivan B, Soerjomataram I, Swaminathan R, Znaor A, Bray F, Brierley J. Essential TNM: a registry tool to reduce gaps in cancer staging information. *Lancet Oncol.* 2019 Feb;20(2):e103-e111. doi: 10.1016/S1470-2045(18)30897-0.

Wittekind, Ch (Christian); Asamura, H; Sobin, L H. TNM atlas: illustrated guide to the TNM classification of malignant tumours. Sixth edition. Chichester, West Sussex, UK: Wiley Blackwell, 2014.