

CANCER DE LA PIEL (NO MELANOMA)

AUTORES: -Dr. Lorenzo Anasagasti Angulo ¹
-Dr. Erasmo Gómez Cabrera ²
-Dr. Abel Monzón Fernández ³
-Dr. Andrés Pío Noriega ⁴
-Dr. Rafael Matos Borges ⁵
-Dr. Jorge Luis González ⁶
- Dr. Joan Figueroa ⁷
- Dr. Ramón del Castillo ⁸

1. Esp. II Grado Oncología. Prof. Auxiliar. Investigador Agregado. Servicio Tumores Periféricos. INOR
2. Esp. II Grado Oncología. Prof. Asistente. Investigador Auxiliar. Servicio Tumores Periféricos. INOR
3. Esp. I Grado Cirugía General. Prof. Instructor. Jefe Servicio Tumores Periféricos. INOR
4. Esp. II Grado Oncología. Prof. Consultante. Servicio Tumores Periféricos. INOR
5. Esp. I Grado Dermatología. Servicio Tumores Periféricos. INOR
6. Esp. I Grado Oncología. Servicio Tumores Periféricos.
7. Esp. I Grado. Anatomía Patológica. Dpto Anatomía Patológica. INOR .
8. Esp. I Grado Oncología. Dpto Radioterapia. INOR

AREA QUE CUBRE LA GUIA.:

Toda la patología neoplásica maligna de tipo basal y espinocelular incluidos en el TNM actual.

A QUIEN VA DIRIGIDA:

A Dermatólogos, Maxilofaciales, Cirujanos Generales, y Oncólogos que traten estas neoplasias.

INTRODUCCION:

Los tumores de la piel de células basales y espinocelulares son los más frecuentes entre todos los cánceres y los de mayores posibilidades de curación, tanto en Cuba como en otros países. Su Incidencia en Cuba fue de 5317 casos en el 2002, 2949 pacientes del sexo masculino y 2368 del sexo femenino para una tasa ajustada de 40.5, y 31.0 respectivamente, presentándose el mayor número de pacientes entre los 55 y 84 años de edad en ambos sexos. La mortalidad (incluyendo melanoma), fue de 283 casos en el 2005, 177 en el sexo masculino y 106 en el femenino para una tasa estandarizada a la población mundial de 2.6 y 1.5 respectivamente, ocurriendo el mayor número de defunciones por encima de los 70 años en ambos sexos y teniendo en cuenta además que solo el 15% aproximadamente de estas defunciones son debidas al Cáncer de Piel No Melanoma. Es una de las localizaciones donde existe un considerable subregistro de casos, tanto por su larga evolución, por el aspecto banal de muchas de estas lesiones o por la no realización de estudios biopsicos que hacen que no se reportan al registro nacional de cáncer. Para el clínico familiarizado con las características de las lesiones resulta posible hacer un diagnóstico certero, temprano y relativamente fácil, debido a su localización en áreas expuestas y fácilmente accesibles a la inspección. La prevención del cáncer de la piel no resulta fácil y requiere un nivel elevado de educación sanitaria en la población en cuanto a cambios en los hábitos y costumbres relacionados con la exposición a las radiaciones solares y el conocimiento de los factores de riesgo. El tratamiento de elección es la Cirugía, pero las radiaciones ionizantes logran buenos resultados curativos y pueden emplearse solas o en combinación, permiten obtener la curación en el 95 a 98 % de pacientes. Es necesario el adecuado seguimiento y control de los pacientes por las recidivas y aparición de nuevas lesiones.

SISTEMATICA DIAGNOSTICA

a) Anamnesis. Interrogar sobre antecedentes patológicos familiares de xeroderma pigmentosum, antecedentes patológicos personales de queratosis actínica (campesinos, marineros), fundamentalmente en individuos de tez blanca, otras enfermedades crónicas de la piel, o el antecedente de enfermedad tumoral de la piel u otras. Precisar los síntomas, describiendo tiempo y secuencia de aparición de los mismos. Desde el punto de vista clínico, el cáncer de la piel (no melanoma) puede asumir una o varias de las siguientes formas de evolución:

- asintomático
- crecimiento de lesión dérmica pre-existente
- ulceración de la lesión
- sangramiento de la lesión
- sepsis de la lesión
- dolor
- metástasis linfática regional.

El estado general rara vez está comprometido salvo lesiones extensas de larga evolución.

b) Exámen físico. Exámen de la lesión tumoral, precisando tamaño (en cm), localización, situación, número, aspecto y características (bordes, forma, coloración, altura, ulceración, nódulos perlados, telangiectasias, rodete infiltrativo subcutáneo, sangramiento); así como la presencia de adenopatías metastásicas regionales y características de las mismas (tamaño, número, consistencia, movilidad, ulceración).

Exámen físico general, valorando el estado general del paciente y la presencia de otras lesiones tumorales de la piel o metástasis.

c) Exámenes complementarios.

Estudios de laboratorio clínico: hemograma, hemoquímica, coagulograma y otros, en dependencia de criterio clínico.

Imágenes.

-Rx de tórax: valoración preoperatoria y presencia de metástasis pulmonares (muy raras).

-Rx de hueso cuando se trate de lesiones fijas sobre estructuras óseas, vistas laterales y oblicuas.

-TAC cuando sea necesario determinar conducta quirúrgica mutilante.

-Fotografía de la lesión o lesiones y del resultado terapéutico.

HISTOPATOLOGIA Y FORMAS CLINICAS

Lesiones precancerosas

- Queratosis actínica (solar, senil)
- Enfermedad de Bowen (carc. in situ)
- Eritroplasia de Queyrat
- Dermatitis por radiación
- Leucoplasia (displasia de mucosa)
- Xeroderma pigmentosum

Lesiones malignas

Los tipos histológicos más frecuentes son el carcinoma de células basales y el carcinoma espinocelular (no incluimos los carcinomas de anejos de la piel ni otros tumores de anejos por la baja incidencia de estos).

Formas clínicas del carcinoma de células basales: nodular perlado, ulcerado, pigmentado, fibroepitelioma, síndrome nevoide de células basales, ulcus rodens, infiltrante, terebrante, plano cicatrizal.

Desde el punto de vista histológico, se describen las variedades:

- indiferenciado (tipo sólido)
- diferenciado con diferenciación de tipo queratósica , sebácea, adenoide, matrixial
- otras variantes histológicas, fibrosante o esclerosante tipo morfea, superficial multicéntrico, intraepitelial de Borst-Jadassohn, de células claras, de células granulares, adamantinoide.

Las formas clínicas del carcinoma de células escamosas:

- exofítica o vegetante (placa queratósica, escamas, cuerno cutáneo, nodular)
- endofítica (infiltrante, ulcerado o no)
- mixta.

Las variedades histológicas son:

- variante convencional
 - a. bien diferenciado (G1)
 - b. moderadamente diferenciado (G2-3)
 - c. poco diferenciado (G4 o de células fusiformes)
- otras variantes
 - a. adenoide o pseudoganglionar acantolítico

- b. verrugoso
- c. linfoepitelioide
- d. productor de mucina

(Ver anexos sobre la Sistemática Diagnostica del Informe de Biopsia y la Histología del cáncer de la piel)

ESTADIAMIENTO:

Para este fin se realiza el sistema de Clasificación TNM, basado en el examen físico minucioso de la lesión, regional y general del paciente, y los exámenes complementarios que nos permitan definir con exactitud la extensión de la enfermedad.

La clasificación se aplica a carcinomas de la piel, excluyendo párpados (ver guía de oftalmología oncológica), vulva (ver guía de ginecología oncológica) y pene (ver guía de urología oncológica), excluye melanomas.

(Ver sistema de clasificación en anexos)

TERAPEUTICA

Prevención del carcinoma de la piel.-

Resulta importante tener presente el tratamiento preventivo del cáncer de la piel (no melanoma). Para ello se deben establecer los grupos de riesgo y llevarse a cabo las medidas de prevención primaria y secundaria.

Grupos de riesgo constitucional y de exposición: Aquellos individuos de tez blanca, ojos claros y rubios o pelirrojos, aunque en nuestro medio producto del intenso mestizaje podemos encontrar individuos afectados con características diferentes, expuestos a cualquiera de los principales agentes etiológicos del cáncer cutáneo (solos o combinados), como son la luz solar, las radiaciones ionizantes, las cicatrices por quemaduras y la exposición prolongada al alquitrán o derivados de hidrocarburos (y otras sustancias con potencial carcinogénico).

Prevención primaria específica para el cáncer de piel :

Consiste en la educación de la población sobre todo lo referente a evitar la exposición de la piel a los carcinógenos físicos y químicos hasta ahora conocidos. Modificar hábitos de vestir y de comportamiento.

Prevención secundaria:

Consiste en el diagnóstico y el tratamiento de las lesiones precancerosas de la piel y del cáncer incipiente. Debido a la accesibilidad de las lesiones tumorales malignas de la piel y a las posibilidades de curación que existen para estas neoplasias, las mismas no suelen tener impacto significativo sobre las cifras de mortalidad por cáncer si bien tienen notable importancia como causantes de deformidades, desfiguraciones del rostro y costo económico por la elevada frecuencia..

Las medidas de prevención primaria y secundaria, así como el tratamiento temprano y adecuado del cáncer ya establecido, permiten obtener buenos resultados desde el punto de vista de la curabilidad, salvaguardando, en la medida de lo posible, el adecuado resultado estético y funcional para el paciente.

Tratamiento según estadio clínico.- Es indispensable tener confirmación histológica del tumor, para poder aplicar cualquier método terapéutico.

Estadio 0, I (Opciones):

1- Quimioterapia.

5-FU (5-Fluorouracilo tópico). Aplicar la crema localmente, en forma circunscrita sobre el área de la lesión, dos veces al día durante 6 a 8 semanas (esta modalidad se recomienda para carcinomas basales de tipo plano). Evaluar respuesta al tratamiento 6 semanas después de concluido el mismo. Si la lesión persiste, debe procederse al tratamiento quirúrgico.

2- Criocirugía.(Si carcinoma basocelular, T1 y T2): 2 aplicaciones de 1 minuto y medio cada una. Descongelar y repetir. Únicamente podrá realizarse este tratamiento si se dispone de equipamiento adecuado y el médico está debidamente entrenado.

Estadios I-II (si el tumor es resecable) (Opciones):

1- Cirugía. Resección amplia de la lesión con un radio por fuera de la misma en tejido sano (margen de seguridad oncológico, óptimamente de un radio de la lesión), con inclusión del tejido adiposo subyacente. Si es necesaria, debe hacerse reconstrucción posterior (injerto libre o colgajo rotado). Puede permitirse el cierre por segunda intención.

En la variedad carcinoma basocelular adenoquístico, se realizará tratamiento quirúrgico, solo se indicará radioterapia como opción ante la imposibilidad de realizar cirugía requiriendo el caso un seguimiento más acucioso.

2- Radiaciones ionizantes. Requiere biopsia previa de la lesión.

a) Si la lesión es superficial y/o menor de 2 cm: radiaciones ionizantes con energía superficial (Rgt) sobre la lesión. Dosis diaria 1,5-2 Gy/tumor o su equivalente. Dosis total: 70 Gy o su equivalente. Duración del tratamiento entre 4 y 6 semanas.

b) Si la lesión es infiltrante y/o mayor de 2 cm: radiaciones ionizantes con energía mayor (Rgt o Co60) sobre la lesión. Dosis diaria: 1,5-2 Gy/tumor. Dosis total: 70 Gy. Duración del tratamiento entre 4 a 6 semanas.

Se valora la introducción de la cirugía de Mohs.

Estadio III (si el tumor es resecable)

Si T4 N0 M0:

- **Cirugía.** Resección ampliada de la lesión a la demanda, con exéresis de hueso, músculo o cartílago si fuera necesario. Incluirá amputación o desarticulación, toracectomía parcial o craneotomía parcial, en dependencia de la localización del tumor. Debe valorarse la posibilidad de reconstrucción del área afectada previamente, con la técnica factible..

Cualquier T N1

- Cirugía. Resección ampliada de la lesión, con iguales especificaciones que las descritas para T4 N0 M0, añadiendo la disección linfática regional radical en continuidad..

Si el tumor está localizado en extremidades, la cirugía consistirá en una resección ampliada de la lesión con linfadenectomía radical o funcional, locoregional, en continuidad, de ser posible. Si fuera necesaria la reconstrucción, puede llevarse a cabo en uno o más tiempos quirúrgicos.

Si el tumor está localizado en cráneo, tronco o cuello (resecable):

- Cirugía. Resección simple de la lesión primaria con un radio por fuera del borde externo palpable de la misma y disección linfática homolateral en bloque. Es válido todo lo expuesto para T4. Si el tumor asienta en el cuello, la disección linfática contralateral, radical o funcional, puede ser diferida o no, según el caso.

- Radiaciones ionizantes. Post-operatoria. Teleterapia (Co60 o acelerador lineal) sobre el lecho quirúrgico, según los resultados del estudio anátomo-patológico en relación al estado de los BSQ. Dosis total: 50 Gy. Dosis diaria: 1,8-2 Gy.

Estadio IV

Es necesario individualizar el tratamiento del paciente y evaluarse en centros especializados

-Si el tumor primario permite la resección quirúrgica y la metástasis a distancia es única y resecable, deberá procederse al tratamiento del T y del N (si existe), según corresponda, y realizar la exéresis de la metástasis (M) posteriormente.

-Si el tumor primario o la metástasis a distancia resulta irresecable, puede hacerse tratamiento con radiaciones ionizantes (Rgt o Co60) con intención paliativa sobre el tumor primario y/o la metástasis a distancia, con dosis similares a las expuestas anteriormente. El caso deberá ser discutido previamente con el radioterapeuta.

- Radiaciones ionizantes. Requiere biopsia previa de la lesión.

a) Si la lesión es superficial y/o menor de 2 cm: radiaciones ionizantes con energía superficial (Rgt) sobre la lesión. Dosis diaria 1,5-2 Gy/tumor o su equivalente. Dosis total: 70 Gy o su equivalente. Duración del tratamiento entre 4 y 6 semanas.

b) Si la lesión es infiltrante y/o mayor de 2 cm: radiaciones ionizantes con energía mayor (Rgt o Co60) sobre la lesión. Dosis diaria: 1,5-2 Gy/tumor. Dosis total: 70 Gy. Duración del tratamiento entre 4 a 6 semanas.

- Quimioterapia. Carcinoma epidermoide puede usarse 5 FU y Platino

Tratamiento de la epiteliomatosis múltiple.

Se tratará primero la lesión de mayor tamaño, o aquella ubicada en las proximidades de un orificio natural (oído externo, fosas nasales, cavidad bucal, genitales femeninos) y deben aplicarse las consideraciones correspondientes según el sistema TNM.

Tratamiento de las recidivas y persistencias tumorales.

En los casos que esto ocurra deberá tratarse adecuadamente luego de obtener el consenso del grupo de especialistas para obtener el resultado definitivo, pudiéndose del tratamiento inicial emplearse la cirugía o la radioterapia y depende de Cada caso debe servir para incrementar los conocimientos que permitan elevar la calidad terapéutica.

Recomendación: Se recomienda centralizar el tratamiento de estos pacientes en sitios debidamente acreditados y con personal calificado especialmente para estos tratameintos.

Seguimiento:

Todo paciente será consultado antes de 15 días de haber terminado el tratamiento inicial o haber sido biopsiado con los objetivos de evaluar el informe histopatológico y comprobar los resultados del tratamiento.

El seguimiento de consulta propuesto para los pacientes sería:

1er año ----- cada 3 meses 2do año ----- cada 4 meses
3er y 4to años ----- cada 6 meses 5to año y en adelante --- anual

En caso de recidiva o aparición de nueva lesión el seguimiento será de acuerdo con las condiciones y conductas de la lesión más reciente.

Sistemática del seguimiento: En este será evaluado el estilo de vida de los pacientes de acuerdo con las recomendaciones impartidas, también serán inspeccionados los sitios de lesiones tratadas y cicatrices buscando aumentos de volúmen, aparición de recidivas, áreas de induración, engrosamientos, pérdida de la movilidad, fijación etc, o la aparición de nuevas lesiones premalignas y malignas.

Bibliografía

1. Preston DS, Stern RS. Non-melanoma cancers of the skin. *N Engl J Med* 1992; 327:1649.
2. Safai B. Management of skin cancer. In DeVita VT, Hellman S, ç Rosenberg SA, eds. *Cancer: principles and practice of oncology*, ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997: 1879.
3. Fleming ID, Amonette R, Monaghan T, et al. Principles of Manement of basal and squamous carcinoma of the skin. *Cancer* 1995; 75:699.
4. Alam M, Ratner D: Primary care:cutaneous squamous-cellcarcinoma. *N Eng J Med*.344(13):975-983, 2001
5. Karagas MR, Greenberg RE, Spencer SK, et al: Increase in incidence rates of basal cell squamous cell skin cancer in New Hampshire, USA. *Inter Cancer* 81:555-559, 1999.
6. Chuang T-Y, Reizner GT, Elppern DJ, et al: Squamous cell carcinoma in Kauai, Hawaii. *Int J. Dermatoll* 34: 393-397, 1995.
7. Lawrence N, Cotel WI: Squamous cell carcinoma of the skin with perineural invasion. *J am Acad Dermatol* 31:30-33.1994.

ANEXOS:

I- SISTEMA DE CLASIFICACIÓN

Sitios Anatómicos

Labio (excluye bermellón) (C 44.0)

Oído externo (C44.2)

Otras partes de la cara o sitios no especificados (C44.3)

Cuero cabelludo y cuello (C44.4)

Tronco (incluye margen anal y piel perianal) (C44.5)

Miembro superior y hombro (C44.6)

Miembro inferior y cadera (C44.7)

Escroto (C63.2)

Cada tipo de tumor es descrito de acuerdo con el siguiente orden:

- ◆ Procedimientos para la clasificación T N M.
- ◆ Nódulos linfáticos regionales.
- ◆ Clasificación clínica TNM.
- ◆ Clasificación patológica pTNM.
- ◆ Clasificación histopatológica G cuando sea aplicable.
- ◆ Estadío.
- ◆ Resumen.

Ganglios linfáticos regionales.

Los ganglios linfáticos regionales son considerados de acuerdo con la localización del tumor primario.

Tumores unilaterales

Cabeza y cuello: Homolaterales preauriculares, submandibulares, cervicales.

Tórax: Homolaterales axilares.

Miembro superior: Homolaterales epitrocleares y axilares.

Abdomen, lomos y glúteos: Homolaterales inguinales.

Miembro inferior: Homolaterales poplíteos e inguinales.

Margen anal y piel perianal. homolaterales inguinales.

Tumores localizados en zonas límite entre los sitios anteriormente citados

Los ganglios linfáticos pertenecientes a regiones situadas a ambos lados de las llamadas "zonas límite" son considerados como regionales. Las siguientes subregiones, con una banda de hasta 4 cm de ancho a partir del punto medio de las mismas, son consideradas zonas límite:

Situado entre	A lo largo de
derecha – izquierda	línea media
cabeza y cuello-tórax	clavícula-acromion-borde sup. del hombro
tórax-miembro superior	hombro-axila-hombro
tórax / abdomen, lomos y nalgas	por delante- la mitad entre ombligo y arco costal por detrás- borde inferior de las vértebras torácicas (eje transversal medio)
abdomen, lomos nalgas/miembro inferior	ingle-trocánter-surco glúteo

Cualquier ganglio metastásico situado en otra región no comprendida entre las anteriores, será considerado M1.

Las categorías M1 y pM1 deben ser detalladas de acuerdo con los sitios afectados.

Reglas para la Clasificación

La clasificación será aplicada solo a carcinomas, con confirmación histológica y por tipos histológicos.

Criterios para la evaluación de las categorías T,N,M.

T	exámen físico
N	exámen físico e imágenes
M	exámen físico e imágenes

T - Tumor primario

Tx	el tumor primario no puede ser evaluado
T0	no evidencia de tumor primario
Tis	carcinoma in situ
T1	tumor de 2 cm o menos en su mayor dimensión
T2	tumor entre 2 cm y < 5 cm en la mayor dimensión
T3	tumor mayor de 5 cm
T4	tumor que invade en profundidad estructuras extra - dérmicas (cartílago, músculo, hueso)

Nota: En el caso de múltiples tumores simultáneos es clasificado el mayor y el la cantidad de otros tumores es indicada entre paréntesis Ej. T3 (5) N0 M0.

N - Ganglios linfáticos regionales

Nx	los ganglios no pueden ser evaluados
N0	no hay ganglios regionales afectados
N1	presencia de ganglios regionales metastásicos

M - Metástasis a distancia

Mx	las metástasis no pueden ser evaluadas
M0	no hay metástasis
M1	metástasis a distancia

Criterios para la evaluación de las categorías pT,N,M.

Se trata de las categorías post tratamiento. Para determinar el pN luego del examen histológico debe incluir 6 ganglios o más.

G Grado histopatológico.

Gx	el grado de diferenciación no puede ser evaluado
G1	bien diferenciado
G2	moderadamente diferenciado
G3	pobremente diferenciado
G4	indiferenciado

Agrupamiento por estadíos

Estadio 0	Tis	N0	M0
Estadio I	T1	N0	M0
Estadio II	T2	N0	M0
	T3	N0	M0
Estadio III	T4	N0	M0
	cualquier T	N1	M0
Estadio IV	cualquier T	cualquier N	M1

RESUMEN

T is		E 0
T 1	≤ 2 cm	E I
T 2	> 2 - 5 cm	E II
T 3	> 5 cm	E II
T 4	invasión profunda	E III
T 1,2,3,4	N 1	E III
T 1,2,3,4	N 0,1 M 1	E IV

II- Sistemática diagnóstica del informe de biopsia

Para el diagnóstico histológico de las lesiones de la piel se procederá de la siguiente manera:

- 1- Confección de la boleta de solicitud de biopsia que constará de los datos generales del paciente y una descripción de la localización anatómica y la descripción clínica de la lesión, información de tratamientos previos si los hubiera y del tratamiento actual, resultados de biopsia previas si las hubiera y el diagnóstico clínico.
- 2- Toma de la muestra de tejido, ya sea pieza completa o fragmento tomado por incisión o ponche, debidamente conservado en solución suficiente de formol acuoso al 70% con PH neutro (no menos de 5 volúmenes de solución de formol por el volumen de tejido incluido). La muestra de tejido permanecerá en la solución no menos de 24 horas antes de iniciar el proceso. No serán procesadas muestras que no sean recibidas en adecuadas condiciones y con toda la

- información requerida (identificación y rotulado, boleta etc). En caso de ser más de una muestra esta deberán ser identificada por separado y con la información necesaria par la orientación del patólogo desde el punto de vista topográfico y de planos tisulares..
- 3- El patólogo realizará un estudio completo del espécimen requerido y observará que no queden restos en el fondo, paredes y tapa del frasco sin tomarse en cuenta. Describirá el estado de fijación de la pieza y seguidamente la descripción macroscópica (diámetros, forma, color, consistencia, condiciones de los márgenes quirúrgicos, orientación anatómica) si son piezas voluminosas describirá las partes y estructuras que la integran, extensión del tumor, áreas de infiltración etc. En ese momento determinará el tipo de procesamiento y técnicas auxiliares si fueran necesarias además del procedimiento habitual. Considerará la utilidad de tomar vistas fotográficas.
 - 4- En el estudio microscópico el informe será breve y claro, de acuerdo con las clasificaciones internacionales al uso, detallando los márgenes de sección quirúrgicos en todos los sentidos, describirá los elementos que considere pudieran tener valor pronóstico. El informe diagnóstico resumirá las características microscópicas mencionando las técnicas utilizadas para llegar al mismo, consignando claramente el diagnóstico y otros detalles de interés para el médico de asistencia. Informe disponible en un plazo no mayor de 7 días hábiles.

III- HISTOLOGÍA – CARCINOMA DE PIEL

- 8010/2 Carcinoma in situ. NOS
- 8010/3 Carcinoma. NOS
- 8011/3 Epitelioma maligno
- 8012/3 Carcinoma de células grandes. NOS
- 8013/3 Carcinoma neuroendocrino de células grandes.
- 8014/3 Carcinoma de células grandes com fenótipo rabdoide
- 8015/3 Carcinoma de células claras
- 802073 Carcinoma indiferenciado. NOS
- 8021/3 Carcinoma anaplásico. NOS
- 8022/3 Carcinoma pleomórfico
- 8030/3 Carcinoma de células gigantes y células Spindle
- 8031/3 Carcinoma de células gigantes
- 8032/3 Carcinoma de células Spindle. NOS
- 8033/3 Carcinoma pseudosarcomatoso
- 8034/3 Carcinoma de células poligonales
- 8035/3 Carcinoma com osteoclastoma – semejante a las células gigantes
- 8041/3 Carcinoma de células pequeñas, NOS.
- 8042/3 Carcinoma de células em avena
- 8043/3 Carcinoma de células pequeñas, células fusiformes
- 8044/3 Carcinoma de células pequeñas, células intermedias.
- 8045/3 Carcinoma combinado de células pequenas
- 8046/3 Carcinoma de células no pequeñas
- 8050/2 Carcinoma papilar in situ
- 8050/3 Carcinoma papilar, NOS
- 8051/3 Carcinoma verrucoso, NOS

8052/2 Carcinoma papilar de células escamosas no invasivo
8052/3 Carcinoma papilar de células escamosas
8070/2 Carcinoma de células escamosas in situ, NOS
8070/3 Carcinoma de células escamosas, NOS
8071/3 Carcinoma de células escamosas, queratinizantes, NOS
8074/3 Carcinoma de células escamosas, células em huso.
8075/3 Carcinoma de células escamosas, adenoideo
8076/2 Carcinoma de células escamosas in situ com invasión estromal cuestionable
8076/3 Carcinoma de células escamosas, microinvasor
8077/2 Neoplasia escamosa intraepitelial grado III
8078/3 Carcinoma de células escamosas con formación de cuerno cutáneo
8080/2 Eritroplasia de Queyrat
8081/2 Enfermedad de Bowen
8082/3 Carcinoma Linfoepitelial
8083/3 Carcinoma basaloide de células escamosas
8084/3 Carcinoma de células escamosas, tipo de células claras
8090/3 Carcinoma de células basales
8091/3 Carcinoma de células basales multicéntrico superficial
8092/3 Carcinoma de células basales infiltrativo,NOS
8093/3 Carcinoma de células basales fibroepitelial
8094/3 Carcinoma basoescamoso
8095/3 Carcinoma metatípico
8097/3 Carcinoma de células basales nodular
8098/3 Carcinoma basal adenoideo
8102/3 Triquilemocarzinoma
8110/3 Pilomatrixoma carcinoma
8140/2 Adenocarcinoma in situ, NOS
8140/3 Adenocarcinoma, NOS
8141/3 Adenocarcinoma escirroso
8190/3 Adenocarcinoma trabecular
8200/3 Carcinoma adenoideo quístico
8201/3 Carcinoma cribiforme, NOS
8247/3 Carcinoma de células de Merkel
8390/3 Carcinoma de anexos de piel
8400/3 Adenocarcinoma de glândulas sudoríparas
8401/3 Adenocarcinoma apocrino
8402/3 Hidroadenoma nodular maligno
8403/3 Espiroadenoma ecrino maligno
8407/3 Carcinoma esclerosante del conducto sudoríparo
8408/3 Adenocarcinoma papilar ecrino
8409/3 Poroma ecrino maligno
8410/3 Adenocarcinoma sebáceo
8413/3 Adenocarcinoma ecrino
8420/3 Adenocarcinoma Cerruminoso
8430/3 Carcinoma mucoepidermoide
8440/3 Cistoadenocarcinoma, NOS
8490/3 Carcinoma de células em anillo de sello
8560/3 Carcinoma adenoescamoso

8562/3 Carcinoma epitelial-mioepitelial
8570/3 Adenocarcinoma con metaplasia escamosa
8571/3 Adenocarcinoma con metaplasia cartilaginosa y ósea
8572/3 Adenocarcinoma con metaplasia de células spindle
8573/3 Adenocarcinoma con metaplasia apocrina
8940/3 Tumor mixoide maligno, NOS
8941/3 Adenoma pleomórfico en carcinoma