

U.I.C.C.	T N M classificação de tumores malignos*	SERVIÇO NACIONAL DE CÂNCER
----------	--	----------------------------

## INTRODUÇÃO

A União Internacional Contra o Câncer (U.I.C.C.) tem dado especial atenção ao problema da classificação clínica dos tumores malignos. A prática de dividir os casos de câncer em grupos de acordo com os chamados estádios clínicos tem sido feita há muitos anos, havendo se originado no fato conhecido de que as taxas brutas de sobrevivência e de recuperação aparente eram mais altas para os casos nos quais a doença estava localizada do que para aqueles nos quais a doença tinha se estendido além do local primário. Estes grupos são freqüentemente referidos como casos "precoce" ou "avançados", o que implica na idéia errada de alguma progressão regular com o tempo. De fato, o estágio da doença ao tempo do diagnóstico pode ser um reflexo não da velocidade do crescimento e extensão da neoplasia, mas também do tipo de tumor, da relação tumor-hospedeiro e do intervalo de tempo decorrido entre o primeiro sintoma ou sinal reconhecido pelo paciente e o tempo de diagnóstico ou tratamento. Isto coloca um obstáculo intransponível para uma classificação perfeita, que é uma concepção inteiramente diferente de estadiamento, mas é igualmente um desafio para o registro de informações precisas sobre a extensão da doença, tornando possível uma descrição clínica que possa servir a uma série de objetivos correlatos. Estes objetivos são, em resumo, ajudar o clínico no planejamento do tratamento, na feitura do prognóstico, na assistência à avaliação dos resultados do tratamento e, talvez mais importante de tudo, facilitar a troca de informações entre centros de especialistas individuais.

As necessidades básicas de qualquer sistema são de que ele seja simples, prático e lógico. Se não alcançar estes objetivos terá pouca oportunidade de ser adotado em escala mundial. A semente do sistema TNM, como está sendo geralmente chamado, foi plantada por Denoix em Paris e germinou entre os anos de 1943 e 1952. Em 1953, a Comissão de Nomenclatura de Tumores e Estatística da U.I.C.C., da qual a Dra. Isabella Perry (USA) era coordenadora, encontrou-se com a Comissão Internacional de Apresentação de Resultados (I.C.P.R.) designada pelo Congresso Internacional de Radiologia e conseguiu concordância com a

técnica geral de classificação, de estadiamento e de apresentação de resultados de tratamento. Em seguida a Comissão de Pesquisas da U.I.C.C. designou uma Comissão Permanente com a finalidade de classificar, pelo sistema TNM, tumores de várias localizações, sob a direção do Dr. P. F. Denoix (França) e posteriormente do Dr. M. H. Harmer (Reino Unido) a maioria das localizações foi classificada e um grande número de brochuras em inglês, francês e espanhol foi publicado pela União. Contudo, a necessidade de um compreensivo livro de bolso foi percebida e é agora oferecido aos oncologistas clínicos. A política geral da União é de que a classificação proposta seja aceita por um período experimental de 5 anos, após o qual as críticas à classificação e as modificações propostas sejam submetidas à Comissão para discussão.

### AS BASES DO TNM

Os princípios do sistema TNM são óbvios. As letras iniciais indicam:

- T o tumor
- N os linfonodos regionais (gânglios linfáticos)
- M metástases à distância

A complementação de números a estes três componentes (T1, T2... etc., NO, N1... etc., MO, M1) indica diferentes graus de extensão do processo maligno e propicia com efeito uma espécie de anotação abreviada do tumor a ser registrado. Por exemplo, um cirurgião familiarizado com o sistema, pode descrever um paciente com câncer da mama como "T3 N2 MO". Isto indicaria que o tumor era de um certo tamanho (mais que 5 e menos que 10 cm de diâmetro), ou que ele causava ulceração da pele, ou que ele era aderente ao fascia peitoral; que os linfonodos axilares eram palpáveis fixos e que não havia evidência de metástases à distância.

Uma regra essencial do sistema é que a descrição TNM de um tumor seja aplicada a casos não tratados previamente e que a extensão da doença seja determinada e registrada somente por exame clínico. O exame clínico inclui a radiologia clínica de

qualquer espécie e endoscopia de qualquer tipo. Os achados operatórios são excluídos (uma exceção é feita no caso do ovário) pela razão de que muitos tumores (ex.: mama, pulmão) são tratados sem informações mais completas do que aquelas propiciadas por operações exploradoras. O propósito do TNM é definir categorias para todos os casos, mesmo os avançados quando vistos pela primeira vez, mas também permitir informação subsequente e mais detalhada para ser adicionada sem alterar a descrição original do tumor.

### T — TUMOR PRIMITIVO

Na maioria das localizações quatro graus de T (T1, T2, T, T4) são definidos e os critérios a serem considerados para definição de cada categoria são normalmente, **tamanho e extensão local**.

Em complementação, duas outras categorias são usadas em muitas localizações:

T1S Carcinoma pré-invasor (carcinoma "in situ").

TO Sem evidência de tumor primitivo.

Previsão é feita para registro de tumores primitivos múltiplos (ex.: localizações urológicas e pele).

### N — LINFONODOS REGIONAIS

Para cada localização os linfonodos regionais são definidos. Quando acessível ao exame clínico, vários graus de N, geralmente em número de quatro (NO, N1, N2, N3) são usados. Quando fôr impossível avaliá-los, a categoria NX é aplicada.

O comprometimento microscópico dos linfonodos regionais pelo tumor pode ser indicado adicionando-se à categoria N o símbolo + (mais) ou - (menos) de acordo com os achados. Assim NO+ indicaria tumor presente em linfonodos clinicamente impalpáveis, enquanto N1- indicaria linfonodos palpáveis mas livres do tumor. NX pode ser qualificado de maneira semelhante quando os achados operatórios forem disponíveis; assim NX- ou NX+.

Em certas localizações o médico pode julgar se linfonodos palpáveis contém ou não tumor. Assim as categorias N1 ou N2 podem ser qualificadas como segue:

N1a ou N2a Linfonodos não considerados como portadores de tumor.

N1b ou N2b Linfonodos considerados como portadores de tumor.

Em algumas localizações há previsão para a avaliação dos linfonodos por linfografia.

### M — METÁSTASES À DISTÂNCIA

MO indica que não há evidência de metástases à distância; M1 indica que existem metástases à distância, que podem ser detectadas por investigações clínicas de rotina. O M1 pode ser subdividido de acordo com as localizações, quando necessário.

### HISTOPATOLOGIA

Em algumas localizações (ex.: bexiga, cólon e reto), uma *classificação* histopatológica designada pelo símbolo P é recomendada (P1, P2, ... etc.).

Em localizações onde a gradação patológica é considerada importante (corpo uterino ou reto) o símbolo G é usado (G1, G2, ... etc.).

### ESTADIAMENTO CLÍNICO

O sistema TNM também permite a combinação dos vários graus dos três componentes de extensão da doença em *Estádios*. Tais estádios têm sido usados para algumas localizações (ex.: mama, cólo do útero) há muitos anos. Como foi dito, a **Classificação é um meio de registrar fatos observados pelos clínicos, enquanto que o Estadiamento implica em uma interpretação destes em relação com o prognóstico**. Na opinião da União a tentativa de Estadiamento de todas as localizações é, no momento, prematura. Por isto, somente mama e cólo do útero são estadiados nesta monografia.

### AS LOCALIZAÇÕES ANATÔMICAS

As 26 localizações que são classificadas nesta monografia cobrem a maior parte da Oncologia. Espera-se que no devido tempo todas as localizações sejam classificadas. Cada localização é descrita da mesma maneira geral, sendo que as seguintes informações são colocadas no início:

- a) O período experimental recomendado pela União.
- b) Divisão da localização em regiões ou localizações anatômicas.
- c) Os métodos clínicos recomendados para o estabelecimento das categorias TNM. Estas podem ser obrigatórias ou recomendadas (não essenciais).

d) Definição dos linfonodos regionais para cada localização.

As localizações são agrupadas sob seis títulos que podem ser convenientes para clínicas especializadas, a saber:

- a) Localizações de Cabeça e Pescoço
- b) Tubo Digestivo
- c) Mama
- d) Localizações Ginecológicas
- e) Localizações Urológicas
- f) Outras localizações.

No devido tempo, há intenção de classificar as seguintes localizações: osso, tumores

de partes moles, seios paranasais, doença de Hodgkin e outros linfomas.

A União reconhece a importância da utilização de gráficos ou quadros esquemáticos para localizações determinadas como um auxílio para a classificação TNM e para a execução das pesquisas clínicas. Um exemplo, relacionado com a mama, pode ser visto ao fim da classificação do câncer da mama.

M. H. HARMER

## LOCALIZAÇÕES DE CABEÇA E PESCOÇO

### CAVIDADE BUCAL

Classificado em 1962.

Período experimental 1963-1972.

A classificação aplica-se somente a carcinoma.

Deverá haver comprovação histológica da doença.

A extensão da doença pode ser avaliada por exame clínico, endoscopia e radiografia.

Os linfonodos regionais são os cervicais.

A cavidade bucal é dividida em 7 regiões e estas são subdivididas em numerosas localizações.

Regiões	Localizações
a) Lábios (mucosa)	<i>Lábio superior</i> <i>Lábio inferior</i>
b) Mucosa bucal	<i>Área Comissural até 1 cm<sup>2</sup></i> <i>Área Posterior à Comissura</i> <i>Área retromolar</i> <i>Sulcos bucais, anterior e lateral</i>
c) Gengiva	<i>Rebôrdo alveolar superior</i>
d) Palato Duro	<i>Rebôrdo alveolar inferior</i>
e) Assoalho da Bôca	<i>Anterior</i> <i>Lateral</i> O limite é a junção entre os molares e pré-molares
f) Língua	<i>Dorso e bordos laterais anteriores à prega glosso-palatina e à linha das papilas caliciformes (2/3 anteriores).</i> <i>Face inferior</i>

g) Orofaringe *Parede posterior.* Estende-se do nível do bordo livre do palato mole ao nível do osso hióide.

*Parede lateral.* Constituída pelas amígdalas, pilares amigdalianos e sulco glosso-amigdaliano.

*Parede anterior.* Estende-se da linha das papilas caliciformes à borda livre da epiglote e inclui a valécua (têrço posterior da língua)

*Parede superior.* Constituída pelo palato mole e úvula.

O Estadiamento clínico para estas regiões não é, no momento, recomendável.

### T — Tumor primitivo

- a) Lábio
  - T1S Carcinoma pré-invasor (carcinoma "in situ").
  - TO Sem evidência de tumor primitivo.
  - T1 Tumor medindo 2 cm ou menos de maior diâmetro, exclusivamente superficial ou exofítico.
  - T2 Tumor medindo 2 cm ou menos de maior diâmetro, com infiltração mínima em profundidade.
  - T3 Tumor medindo mais que 2 cm de maior diâmetro, ou tumor com infiltração profunda, independente do tamanho.
  - T4 Tumor que compromete o osso.
- b) Mucosa bucal
  - T1S Carcinoma pré-invasor (carcinoma "in situ").

- TO Sem evidência de tumor primitivo
- T1 Tumor medindo 2 cm ou menos de maior diâmetro, exclusivamente superficial ou exofítico.
- T2 Tumor medindo 2 cm ou menos de maior diâmetro com mínima infiltração em profundidade.
- T3 Tumor medindo mais de 2 cm de diâmetro **ou** tumor com infiltração profunda independente do tamanho.
- T4 Tumor comprometendo outras estruturas anatômicas, tais como músculo ou osso ou estendendo-se à mais de uma região vizinha.

## c) Gengiva

- T1S Carcinoma pré-invasor (carcinoma "in situ").
- TO Sem evidência de tumor primitivo.
- T1 Tumor medindo 2 cm ou menos de maior diâmetro, exclusivamente superficial ou exofítico.
- T2 Tumor medindo 2 cm ou menos de maior diâmetro com infiltração que alcança o osso, mas sem evidência radiológica de destruição óssea.
- T3 Tumor medindo mais de 2 cm de maior diâmetro **ou** tumor que independentemente do seu tamanho causa destruição óssea do processo alveolar.
- T4 Tumor comprometendo outras estruturas anatômicas como o corpo da mandíbula ou do maxilar, os músculos da bochecha ou assoalho da boca, as partes moles do pescoço **ou** estendendo-se à mais de uma região vizinha.

## d) Palato duro

- T1S Carcinoma pré-invasor (carcinoma "in situ").
- TO Sem evidência de tumor primitivo.
- T1 Tumor medindo 2 cm ou menos de maior diâmetro, exclusivamente superficial ou exofítico.
- T2 Tumor medindo 2 cm ou menos de maior diâmetro com infiltração que alcança o osso, mas sem evidência radiológica de destruição óssea.
- T3 Tumor medindo mais de 2 cm de maior diâmetro **ou** tumor que independentemente de seu tamanho, cause destruição do osso do palato.

- T4 Tumor comprometendo outras estruturas anatômicas, tais como maxilar, fossa pterigóide **ou** estendendo-se a mais de uma região vizinha.

## e) Assoalho da boca

- T1S Carcinoma pré-invasor (carcinoma "in situ").
- TO Sem evidência de tumor primitivo.
- T1 Tumor medindo 2 cm ou menos de maior diâmetro, exclusivamente superficial ou exofítico.
- T2 Tumor medindo 2 cm ou menos de maior diâmetro, com infiltração mínima em profundidade.
- T3 Tumor medindo mais que 2 cm de diâmetro **ou** tumor com infiltração profunda independentemente de seu tamanho.
- T4 Tumor comprometendo outras estruturas anatômicas tais como osso, músculos do assoalho da boca, tecidos moles do pescoço **ou** estendendo-se a mais de uma região vizinha.

## f) Língua

- T1S Carcinoma pré-invasor (carcinoma "in situ").
- TO Sem evidência de tumor primitivo.
- T1 Tumor medindo 2 cm ou menos de maior diâmetro, exclusivamente superficial ou exofítico.
- T2 Tumor medindo 2 cm ou menos de maior diâmetro, com infiltração mínima em profundidade.
- T3 Tumor medindo mais de 2 cm de maior diâmetro **ou** tumor com infiltração profunda, independentemente de seu tamanho.
- T4 Tumor produzindo completa fixação da língua **ou** estendendo-se a mais de uma região vizinha.

## g) Orofaringe

- O exame radiológico é obrigatório para a classificação.
- T1S Carcinoma pré-invasor (carcinoma "in situ").
  - TO Sem evidência de tumor primitivo.
  - T1 Tumor limitado a uma localização.
  - T2 Tumor estendendo-se a duas localizações.
  - T3 Tumor estendendo-se além do orofaringe.

**N — Linfonodos regionais**

O médico pode anotar se os linfonodos palpáveis são considerados como portadores de tumor ou não.

- NO Sem linfonodos palpáveis.
- N1 Linfonodos homolaterais móveis.
  - N1a - Linfonodos não considerados como portadores de tumor.
  - N1b - Linfonodos considerados como portadores de tumor.
- N2 Linfonodos contralaterais ou bilaterais móveis.
  - N2a - Linfonodos não considerados como portadores de tumor.
  - N2b - Linfonodos considerados como portadores de tumor.
- N3 Linfonodos fixos.

**M — Metástases à distância**

- MO Sem evidência de metástases à distância.
- M1 Presença de metástases à distância.

**NASO-FARINGE**

*Classificado em 1962.*

*Período experimental 1963-1972.*

A classificação aplica-se somente a carcinoma.

Deverá haver verificação histológica da doença para permitir a divisão de casos por tipo histológico.

A extensão da doença é avaliada por exame clínico, endoscopia e radiografia, sendo a última obrigatória.

Os linfonodos regionais são os cervicais. O naso-faringe é dividido em **três regiões**.

- a) Parede pósterio-superior: estende-se do nível do palato mole até a base do crânio.
- b) Parede lateral (fossa de Rosenmüller).
- c) Parede anterior: constituída pelas coanas e pela face superior do palato mole.

O Estadiamento das lesões não é, no momento, recomendável.

**T — Tumor primitivo**

- T1S Carcinoma pré-invasor (carcinoma "in situ").
- TO Sem evidência de tumor primitivo.
- T1 Tumor limitado a uma região.

- T2 Tumor estendendo-se a duas regiões.
- T3 Tumor estendendo-se além do naso-faringe — sem invasão óssea.

- T4 Tumor estendendo-se além do naso-faringe com comprometimento ósseo, incluindo a porção cartilaginosa da trompa de Eustáquio.

**N — Linfonodos regionais**

O médico deve anotar se os linfonodos palpáveis são considerados como portadores de tumor ou não.

- NO Sem linfonodos palpáveis.
- N1 Linfonodos homolaterais móveis.
  - N1a - Linfonodos não considerados como portadores de tumor.
  - N1b - Linfonodos considerados como portadores de tumor.
- N2 Linfonodos contralaterais ou bilaterais móveis.
  - N2a - Linfonodos não considerados como portadores de tumor.
  - N2b - Linfonodos considerados como portadores de tumor.
- N3 Linfonodos fixos.

**M — Metástases à distância**

- MO Sem evidência de metástases à distância.
- M1 Presença de metástases à distância.

**HIPOFARINGE**

*Classificado em 1962.*

*Período experimental 1963-1972.*

A classificação aplica-se somente a carcinoma. Deverá haver verificação histológica da doença. A extensão da doença é avaliada ao exame clínico, endoscopia e radiografia, a última sendo obrigatória.

Os linfonodos regionais são os cervicais. O hipofaringe é dividido em **três regiões**:

- a) Seio piriforme: o seio piriforme é limitado superiormente pela prega faringo-epiglótica, lateralmente pela superfície interna da cartilagem tireóide, medialmente pela face posterior da prega ari-epiglótica e cartilagem aritenóide e cricóide. Inferiormente, estende-se até à borda superior do esôfago.

b) Pós-cricóide: a região pós-cricóide é a face posterior do laringe. Estendendo-se da face posterior da cartilagem aritenóide e suas pregas de conexão até a face inferior da cricóide. A borda lateral é a parte anterior do seio piriforme.

c) Parede faríngea posterior: a parede faríngea posterior estendendo-se do nível do osso hióide superiormente até a borda inferior da cartilagem cricóide e lateralmente até às margens posteriores do seio piriforme.

O Estadiamento das lesões não é, no momento, recomendável.

### T — Tumor primitivo

#### a) Seio Piriforme

T1S Carcinoma pré-invasor (carcinoma "in situ").

TO Sem evidência de tumor primitivo.

T1 Tumor limitado ao seio piriforme e sem fixação às estruturas vizinhas.

T2 Tumor estendendo-se do seio piriforme à parede faríngea posterior ou a área pós-cricóide e sem fixação às estruturas vizinhas.

T3 Tumor invadindo o laringe ou a cartilagem tireóide ou partes moles do pescoço.

#### b) Pós-cricóide

T1S Carcinoma pré-invasor (carcinoma "in situ").

TO Sem evidência de tumor primitivo.

T1 Tumor limitado a área pós-cricóide sem fixação às estruturas vizinhas.

T2 Tumor estendendo-se ao seio piriforme ou a parede faríngea posterior e sem fixação às estruturas vizinhas.

T3 Tumor invadindo o laringe ou os músculos pré-vertebrais.

#### c) Parede faríngea posterior

T1S Carcinoma pré-invasor (carcinoma "in situ").

TO Sem evidência de tumor primitivo.

T1 Tumor limitado à parede faríngea posterior e sem fixação às estruturas vizinhas.

T2 Tumor estendendo-se ao seio piriforme ou a região pós-cricóide e sem fixação às estruturas vizinhas.

T3 Tumor invadindo músculos pré-vertebrais ou estendendo-se às estruturas vizinhas.

### N — Linfonodos regionais

O médico pode anotar se os linfonodos palpáveis são considerados como portadores de tumor ou não.

NO Linfonodos palpáveis.

N1 Linfonodos homolaterais móveis.

N1a - Linfonodos não considerados como portadores de tumor.

N1b - Linfonodos considerados como portadores de tumor.

N2 Linfonodos contralaterais ou bilaterais móveis.

N2a - Linfonodos não considerados como portadores de tumor.

N2b - Linfonodos considerados como portadores de tumor.

N3 Linfonodos fixos.

### M — Metástases à distância

MO Sem evidência de metástases à distância.

M1 Presença de metástases à distância.

## LARINGE

Classificado em 1962.

Período experimental 1963-1972.

A classificação aplica-se somente a carcinoma.

Deverá haver verificação histológica da doença.

A extensão da doença é avaliada ao exame clínico, endoscopia e radiografia.

Os linfonodos regionais são os cervicais.

O laringe é dividido em três regiões e estas estão subdivididas em numerosas localizações, assim :

Regiões	Localizações
a) Supraglótica	Face posterior da epiglote, excluindo a ponta da epiglote a a prega aritenóide (zona marginal). Aritenóide Faixas ventriculares Cavidades ventriculares
b) Glótica	Cordas vocais Comissura anterior Comissura posterior
c) Subglótica	

O estadiamento clínico do tumor não é, no momento, recomendado.

**T — Tumor primitivo**

## a) Supraglótica

- T1S Carcinoma pré-invasor (carcinoma "in situ").
- T1 Tumor limitado a face laríngea da epiglote **ou** à prega ariepiglótica **ou** a cavidade ventricular **ou** a faixa ventricular.
- T2 Tumor comprometendo a epiglote e estendendo-se às cavidades **ou** faixas ventriculares.
- T3 Tumor da epiglote **e/ ou** ventrículos **ou** faixas ventriculares e estendendo-se para as cordas.
- T4 Tumor como em T1, T2 ou T3, mas com extensão direta ao seio piriforme, região pós-cricóide, valécula ou base da língua.

## b) Glótica

- T1S Carcinoma pré-invasor (carcinoma "in situ").
- T1 Tumor limitado a uma corda vocal cuja mobilidade permanece normal.
- T2 Tumor invadindo ambas as cordas com mobilidade normal **ou** uma **ou** ambas as cordas com fixação das mesmas.
- T3 Tumor estendendo-se da corda **ou** para a região subglótica **ou** para a região supra-glótica (isto é, para as faixas ventriculares ou ventrículos).
- T4 Tumor como em T1, T2 ou T3, mas com extensão direta através da cartilagem para a pele, para o seio piriforme ou para a região pós-cricóide.

## c) Subglótica

- T1S Carcinoma pré-invasor (carcinoma "in situ").
- T1 Tumor limitado a um lado da região subglótica, excluída a face inferior da corda.
- T2 Tumor estendendo-se aos dois lados da região subglótica, excluindo a face inferior das cordas.
- T3 Tumor comprometendo a região subglótica e estendendo-se para as cordas.
- T4 Tumor como em T1, T2 ou T3, mas com extensão direta para a traquéia, pele ou região pós-cricóide.

**N — Linfonodos regionais**

O médico pode anotar se os linfonodos são considerados como portadores de tumor ou não.

- NO Linfonodos não palpáveis.
- N1 Linfonodos homolaterais móveis.
- N1a - Linfonodos não considerados como portadores de tumor.
- N1b - Linfonodos considerados como portadores de tumor.
- N2 Linfonodos contralaterais ou bilaterais móveis.

*Laringe*

- N2a - Linfonodos não considerados como portadores de tumor.
- N2b - Linfonodos considerados como portadores de tumor.
- N3 Linfonodos fixos.

**M — Metástases à distância**

- MO Sem evidência de metástases à distância.
- M1 Presença de metástases à distância.

**TUBO DIGESTIVO****ESÔFAGO**

*Classificado em 1966.*

*Período experimental 1967-1971.*

A classificação se aplica somente ao carcinoma.

A extensão da doença pode ser avaliada por exame clínico, radiografia e endoscopia.

Os linfonodos regionais são os cervicais, os intratorácicos e os intra-abdominais de acordo com a região.

As seguintes regiões são definidas e o tumor é atribuído à região em que a maior parte dele está situada:

- a) Esôfago cervical (o chamado terço superior).



- b) Esôfago intratorácico (o chamado terço médio, mas excluindo (c)).
- c) Parte distal do esôfago incluindo a porção abdominal (o chamado terço inferior).

#### T — Tumor primitivo

- T1 Tumor limitado a uma região não alterando a peristalse ou a mobilidade do órgão.
- T2 Tumor limitado a uma região, mas diminuindo a peristalse, ou a mobilidade do órgão.
- T3 Tumor se estendendo a mais de uma região.
- T4 Tumor se estendendo a estruturas vizinhas.

#### N — Linfonodos regionais

##### a) Esôfago cervical

Os linfonodos regionais são os linfonodos cervicais.

- NO Sem linfonodos palpáveis.
- N1 Linfonodos homolaterais móveis.
- N2 Linfonodos contralaterais ou bilaterais móveis.
- N3 Linfonodos fixos.

##### b) Esôfago intratorácico.

##### c) Esôfago distal.

Como é impossível avaliar os linfonodos intratorácicos e intra-abdominais, o símbolo NX será usado permitindo-se eventual complementação de informação histológica: NX— ou NX+.

#### M — Metástases à distância

- MO Sem evidência de metástases à distância.
- M1 Presença de metástases à distância.

### ESTÔMAGO

*Classificado em 1966.*

*Período experimental 1967-1971.*

A classificação aplica-se somente a carcinoma.

A extensão da doença pode ser avaliada por exame clínico, radiografia e endoscopia.

Os linfonodos regionais são os intra-abdominais subdiafragmáticos.

Há **três regiões** e o tumor é atribuído àquela região em que a maior parte dele está situada.

- a) Terço superior.
- b) Terço médio.
- c) Terço inferior.

Com a finalidade de delimitar estas regiões a pequena e grande curvaturas do estômago são divididas em 3 pontos equidistantes que serão unidos. O terço superior inclui o cárdia e o fundo; o terço médio inclui grande parte do corpo; o terço inferior inclui o antro.

A classificação histológica é recomendada para uso em tecidos removidos por cirurgia.

#### T — Tumor primitivo

- T1 Tumor limitado à mucosa **ou** à mucosa e submucosa, independentemente de sua extensão.

##### *Estômago*

Nota: A evidência clínica para T1 é o reconhecimento de:

(a) um polipo pediculado maligno; (b) uma lesão polipóide sésil maligna; (c) uma erosão cancerosa; (d) uma área de erosão cancerosa na margem de, ou em torno de uma úlcera péptica.

- T3 Tumor com invasão profunda ocupando mais do que a metade, porém não mais do que uma região
- T3 Tumor com invasão ocupando mais do que a metade, porém não mais do que uma região.
- T4 Tumor ocupando mais de uma região **ou** estendendo-se às estruturas vizinhas.

#### N — Linfonodos regionais

Como é impossível avaliar os linfonodos intra-abdominais o símbolo NX será usado permitindo-se eventual complementação de informação histológica; assim: NX— ou NX+.

NX+ poderá ser subdividido como se segue:

NX+a Comprometimento somente de linfonodos perigástricos.

NX+b Comprometimento de outros linfonodos que são removíveis na operação, isto é, os localizados ao longo da artéria gástrica esquerda, artéria celiaca, artéria hepática comum, artéria lienal e do ligamento hepatoduodenal.

NX+c Comprometimento dos linfonodos que não são removíveis durante o ato cirúrgico (exemplo: ao longo da aorta abdominal ou artérias mesentéricas ou ilíaca).

#### M — Metástases à distância

MO Sem evidência de metástases à distância.

M1 Presença de metástases à distância.

#### P — Categorias histopatológicas

(determinadas após cirurgia).

P1 Carcinoma infiltrando a mucosa gástrica somente.

P2 Carcinoma infiltrando a submucosa (mas não a muscular).

P3 Carcinoma infiltrando a muscular ou estendendo-se à subserosa.

P4 Carcinoma infiltrando a serosa ou ultrapassando-a.

### COLONS

*Classificado em 1966.*

*Período experimental 1967-1971.*

A classificação aplica-se somente a carcinoma. A extensão da doença pode ser avaliada por exame clínico, radiografia e endoscopia, mas se reconhece que, no momento, isto não pode ser feito com suficiente acuidade para justificar definição de categorias T.

Os linfonodos regionais são os intra-abdominais e subdiafragmáticos.

São definidas as seguintes regiões e o tumor é atribuído àquela em que sua maior parte está situada.

a) Cólon direito incluindo cecum, apêndice, cólon ascendente e ângulo hepático.

b) Cólon transversal excluído os dois ângulos.

c) Cólon esquerdo incluindo-se o ângulo esplênico e cólon descendente até o limite do estreito superior da pelve.

d) Cólon sigmóide (pélvico).

Uma classificação histológica é recomendada para ser usada em tecido removido cirurgicamente e, em complementação, há uma graduação histopatológica.

#### T — Tumor primitivo

T Não há categorias de T definidas.

#### N — Linfonodos regionais

NX Como é impossível avaliar os linfonodos intra-abdominais, o símbolo NX será usado, permitindo-se complementação eventual de informação histológica, assim: NX— ou NX+.

#### M — Metástases à distância

MO Sem evidência de metástases à distância.

M1 Presença de metástases à distância.

#### P — Categorias histopatológicas

(determinadas após cirurgia).

P1 Carcinoma infiltrando somente a mucosa do cólon.

P2 Carcinoma infiltrando a submucosa mas não infiltrando a muscular.

P3 Carcinoma infiltrando a muscular ou estendendo-se à subserosa.

P4 Carcinoma infiltrando a serosa ou indo além dela.

#### G — Graduação histopatológica

G1 Adenocarcinoma, altamente diferenciado.

G2 Adenocarcinoma, com moderado grau de diferenciação.

G3 Carcinoma anaplásico.

### RETO

*Classificado em 1966.*

*Período experimental 1967-1971.*

O canal anal é classificado separadamente.

A classificação se aplica somente a carcinoma.

Deve haver comprovação histológica da doença.

A extensão da doença pode ser avaliada por exame clínico, radiografia e endoscopia.

Os linfonodos regionais são os subdiafragmáticos intra-abdominais.

As seguintes regiões são definidas e o tumor é atribuído a região em que sua maior parte está situada.

- a) Reto acima da reflexão do peritônio e incluindo a junção pelvi-retal.
- b) Reto abaixo da reflexão do peritônio.

Uma classificação histopatológica é recomendada para uso em tecido removido cirurgicamente e, em complementação, há uma graduação histopatológica.

#### T — Tumor primitivo

- T1 Tumor ocupando 1/3 ou menos do comprimento ou da circunferência do reto e **sem** infiltrar a camada muscular.
- T2 Tumor ocupando mais de 1/3, mas não mais do que a metade do comprimento ou circunferência do reto **ou** infiltrando a camada muscular, mas não produzindo fixação do reto.
- T3 Tumor ocupando mais da metade do comprimento ou circunferência do reto **ou** produzindo fixação do reto, mas não se estendendo a estruturas vizinhas.
- T4 Tumor se estendendo a estruturas vizinhas.

#### N — Linfonodos regionais

NX Como é impossível avaliar os linfonodos intra-abdominais, o símbolo NX será usado, permitindo-se complementação eventual de informações histológicas, assim: NX— ou NX+.

#### M — Metástases à distância

- MO Sem evidência de metástases à distância.
- M1 Presença de metástases à distância.

#### P — Categorias histopatológicas

(determinadas após cirurgia).

- P1 Carcinoma infiltrando somente a mucosa retal.
- P2 Carcinoma infiltrando a submucosa, mas não infiltrando a muscular.
- P3 Carcinoma infiltrando a muscular **ou** se estendendo à subserosa.
- P4 Carcinoma infiltrando a serosa ou indo além da serosa.

#### G — Graduação histopatológica

- G1 Adenocarcinoma, altamente diferenciado.
- G2 Adenocarcinoma, com moderado grau de diferenciação.
- G3 Carcinoma anaplásico.

#### CANAL ANAL

*Classificado em 1967.*

*Período experimental 1968-1972.*

A classificação aplica-se somente a carcinoma.

Deverá haver comprovação histológica da doença.

O tumor primitivo é avaliado ao exame clínico incluindo endoscopia e radiografia.

Os linfonodos regionais são os linfonodos intra-abdominais sub-diafragmáticos e os inguinais.

Há duas regiões anatômicas.

- a) Canal ano-retal.
- b) Orifício anal.

#### a) Canal ano-retal

#### T — Tumor primitivo

- T1 Tumor ocupando não mais que 1/3 da circunferência ou da extensão do canal e não infiltrando o músculo esfínteriano externo.
- T2 Tumor ocupando mais que 1/3 da circunferência ou da extensão do canal anal ou tumor infiltrando o músculo esfínteriano externo.
- T3 Tumor estendendo-se ao reto ou a pele mas não a outras estruturas vizinhas.
- T4 Tumor estendendo-se a estruturas vizinhas.
  - T4a Tumor estendendo-se a vagina e/ou vulva.
  - T4b Tumor estendendo-se a outras estruturas.

#### N — Linfonodos regionais

Os linfonodos regionais são os subdiafragmáticos abdominais.

NX Quando for impossível avaliar os linfonodos regionais o símbolo NX será usado, permitindo-se a complementação de informação histológica; assim: NX— ou NX+.

- NO Não há deformidade dos linfonodos regionais à linfografia.  
 N1 Linfonodos regionais deformados à linfografia.  
 N2 Linfonodos abdominais palpáveis fixos.

#### M — Metástases à distância

- MO Sem evidência de metástases à distância.  
 M1 Presença de metástases à distância.

### MAMA

*Classificado em 1959.*

*Período experimental 1960-1969.*

A classificação aplica-se somente a carcinoma.

Comprovação histológica não é obrigatória mas se recomenda que casos confirmados e não confirmados devam ser registrados separadamente.

Nenhum método especial de exame é requerido. A mamografia é recomendada, mas não utilizada, para a classificação.

O tumor primitivo é avaliado pelo tamanho, comprometimento da pele, papila (mamilo), músculo e parede torácica, ou extensão além da mama. A posição do tumor não é considerada para classificação mas deve sempre ser anotada.

Os linfonodos regionais são os da axila e das regiões supra e infraclaviculares. A biópsia de linfonodos paraesternais não deve influenciar a classificação.

O grau histopatológico do tumor não pode alterar a classificação, mas deve ser registrado separadamente quando fôr disponível.

Há muitos anos que os tumores da mama tem sido classificados por convenção em estádios clínicos e a U.I.C.C. recomenda quatro estádios a partir das combinações das várias categorias de T, N e M. Deve ser levado em consideração que o Estádio III constitui um grupo muito grande e engloba tumores de extensão e prognósticos muito diferentes; exemplo, T3 NO de um lado até T4 N3 do outro.

#### T — Tumor primitivo

- TO Sem evidência de tumor primitivo.  
 T1 Tumor de 2 cm ou menos de maior diâmetro. Pele não comprometida, exceto no caso de Doença de Paget limitada a papila (mamilo).  
 Sem retração da papila (mamilo).

Sem fixação ao músculo peitoral.  
 Sem retração da papila (mamilo).

- T2 Tumor de mais de 2 cm mas de não mais de 5 cm de maior diâmetro, **ou** fixação incompleta a pele (prêsa ou deprimida), **ou** retração da papila (tumores sub-aureolares) **ou** Doença de Paget estendendo-se além da papila.

Sem fixação ao músculo peitoral.  
 Sem fixação à parede torácica.

- T3 Tumor de mais de 5 cm mas de não mais de 10 cm de maior diâmetro, **ou** "casca de laranja" na área tumoral, **ou** fixação ao músculo peitoral.

Nota: Fixação incompleta ao músculo peitoral significa que a contração do músculo limita a mobilidade tumoral; fixação completa ao músculo peitoral indica que a contração do músculo abole a mobilidade tumoral.

- T4 Tumor de mais de 10 cm de maior dimensão **ou** com comprometimento cutâneo **ou** "casca de laranja" fora do tumor mas não além da área da mama, ou fixação à parede torácica.

Nota: A parede torácica inclui as costelas, os músculos intercostais e o denteado (serratus) anterior, mas não o músculo peitoral.

#### N — Linfonodos regionais

O médico pode registrar se os linfonodos palpáveis são considerados como portadores de tumor ou não.

- NO Sem linfonodos axilares homolaterais palpáveis.

- N1 Com linfonodos axilares homolaterais móveis.  
 N1a Linfonodos não considerados como portadores de tumor.  
 N1b Linfonodos considerados como portadores de tumor.
- N2 Linfonodos axilares homolaterais fixos uns aos outros ou a outras estruturas.
- N3 Linfonodos homolaterais supra ou infra-claviculares móveis ou fixos ou edema do braço.  
 Edema do braço pode ser causado por obstrução linfática; os linfonodos podem então não serem palpáveis.

#### M — Metástases à distância

- MO Sem evidência de metástases à distância.
- M1 Presença de metástases à distância.  
 M1a Comprometimento cutâneo fora da mama.

M1b Comprometimento de linfonodos contralaterais ou da mama contralateral.

M1c Evidência clínica ou radiográfica de metástases para o pulmão, cavidade pleural, esqueleto, fígado, etc.

#### ESTADIAMENTO CLÍNICO

Com MO a classificação por T e N dá os seguintes estádios:

Estádio I	T1	NO	T2	NO
Estádio II	T1	N1	T2	N1
Estádio III	T1	N2	T2	N2
	T1	N3	T2	N3
	T3	NO	T4	NO
	T3	N1	T4	N1
	T3	N2	T4	N2
	T3	N3	T4	N3

Com M1 o estágio deve ser IV.

## LOCALIZAÇÕES GINECOLÓGICAS

### CÓLO DE ÚTERO

*Classificado em 1966.*

*Período experimental 1967-1971.*

Deverá haver comprovação histológica da doença.

A extensão da doença pode ser avaliada como se segue:

- Métodos que **devem** ser usados para o estabelecimento da extensão da doença são: exame clínico por inspeção, palpação e exame radiológico simples (exemplos: pulmões e esqueleto).
- Métodos que **podem** ser usados para o estabelecimento da extensão da doença são: curetagem endocervical, conização ou amputação do cólo.
- Métodos que são **recomendados** mas que não são admissíveis, no momento, para o estabelecimento da extensão da doença são: coloscopia, urografia, pelvigrafia, linfografia, venografia ou arteriografia.

Chama-se a atenção para o T1a (carcinoma invasor pré-clínico) o qual se espera seja designado T0 para corresponder a outras localizações.

Os linfonodos regionais são os pélvicos abaixo da bifurcação das artérias ilíacas comuns.

O estadiamento clínico dos casos é recomendado.

#### T — Tumor primitivo

T1S Carcinoma pré-invasor (carcinoma in "situ").

T1 Carcinoma limitado ao cólo:

T1a Carcinoma invasor pré-clínico (isto é, casos que só podem ser diagnosticados histologicamente). A categoria T1a corresponde a T0 em outras localizações.

T1b Carcinoma invasor clínico.

T2 Carcinoma estendendo-se além do cólo mas não alcançado a parede pélvica; ou carcinoma comprometendo a vagina mas não seu terço inferior.

T2a Carcinoma comprometendo a vagina mas não invadindo o paramétrio.

T2b Carcinoma infiltrando o paramétrio com ou sem comprometimento da vagina.

T3 Carcinoma comprometendo ou o terço inferior da vagina ou alcançando a parede pélvica. (Não há espaço livre entre o tumor e a parede pélvica).

T4 Carcinoma estendendo-se além da pelve verdadeira ou comprometendo a mucosa da bexiga ou do reto (a presença de edema bolhoso não é evidência suficiente para classificar o tumor como T4).

#### N — Linfonodos regionais

É geralmente impossível avaliar os linfonodos pélvicos embora ocasionalmente u'a massa fixa possa ser sentida na parede pélvica com um espaço livre entre ela e o tumor.

NX Não é possível avaliar os linfonodos pélvicos. Informação histológica adicional pode ser acrescentada, assim: NX— ou NX+.

NO Não há deformação dos linfonodos regionais à linfografia.

N1 Linfonodos deformados à linfografia.

N2 Há uma massa palpável fixa na parede pélvica com um espaço livre entre ela e o tumor.

#### M — Metástases à distância

MO Sem evidência de metástases à distância.

M1 Presença de metástases à distância, incluindo linfonodos acima da bifurcação das artérias ilíacas comuns.

#### ESTADIAMENTO CLÍNICO

As categorias NO e N1 não são tomadas em consideração para o estadiamento clínico.

Com MO a classificação por T e N dá os seguintes estádios:

Estádio Ia	T1a	NX
Estádio Ib	T1b	NX
Estádio IIa	T2a	NX
Estádio IIb	T2b	NX
Estádio IIIb	T3	NX
		*
	T1b	N2
	T2a	N2
	T2b	N2

\* A categoria T1a N2 não existe.

Com M1, o estágio clínico será sempre IV. Está também incluído no Estádio IV a categoria T4 NX MO.

#### CORPO UTERINO

*Classificado em 1966.*

*Período experimental 1967-1971.*

Deve haver comprovação histológica da doença.

O diagnóstico deve ser baseado no exame de fragmentos obtidos por curetagem fracionada.

Em relação aos métodos de estabelecimento das categorias TNM aplicam-se os mesmos princípios gerais referidos na classificação do Cólo Uterino.

Os linfonodos regionais são os subdiafragmáticos intra-abdominais.

Não há estadiamento clínico mas uma gradação histopatológica é recomendada.

#### T — Tumor primitivo

T1S Carcinoma pré-invasivo (também chamado carcinoma in "situ").

T1 Carcinoma limitado ao Corpo.

T1a A cavidade uterina não está aumentada.

T1b A cavidade uterina está aumentada.

T2 Carcinoma comprometendo o cólo uterino.

T3 Carcinoma estendendo-se para fora do útero. Isto pode incluir a propagação à vagina. O tumor permanece dentro da pelve verdadeira.

T4 Carcinoma estendendo-se além da pelve ou comprometendo a mucosa da bexiga ou do reto. A presença de edema bolhoso não é evidência suficiente para classificar o tumor como T4.

#### N — Linfonodos regionais

NX Quando não é possível avaliar os linfonodos pélvicos, o símbolo NX será usado permitindo-se eventual complementação de informação histopatológica, como: NX- ou NX+.

NO Não há deformação dos linfonodos regionais à linfografia.

N1 Linfonodos deformados à linfografia.

#### M — Metástases à distância

MO Sem evidência de metástases à distância.

M1 Presença de metástases à distância incluindo linfonodos inguinais.

#### G — Graduação histopatológica

G1 Tumor altamente diferenciado.

G2 Tumor com moderado grau de diferenciação.

G3 Tumor anaplásico.

### OVÁRIO

*Classificado em 1966.*

*Período experimental 1967-1971.*

Deve haver comprovação histológica da doença para permitir divisão dos casos por tipos histológicos.

A extensão da doença é avaliada ao exame clínico e pelos achados operatórios, mas antes do tratamento definitivo. Reconhece-se que alguns casos permanecerão sem classificação e, portanto, o número total visto deve ser registrado.

Os linfonodos regionais são os para-aórticos.

Os achados histológicos não devem determinar ou alterar a categoria T. O tipo histológico tem de ser determinado e para alguns tipos (exemplo: cistoadenoma) a graduação será também indicada.

#### T — Extensão do tumor primitivo

T1 Tumor comprometendo um ovário que permanece móvel.

T2 Tumor comprometendo ambos os ovários, ambos permanecendo móveis.

T3 Tumor estendendo-se ao útero ou às trompas de Falópio.

T4 Tumor estendendo-se a outras estruturas anatômicas vizinhas.

**Nota:** Nenhuma atenção é dada a presença de ascite.

#### N — Linfonodos regionais

NO Ausência de linfonodos para-aórticos palpáveis.

N1 Linfonodos para-aórticos palpáveis.

#### M — Metástases à distância

MO Sem evidência de metástases à distância.

M1 Implantação ou outras metástases presentes.

M1a - Somente na pelve verdadeira.

M1b - Dentro da cavidade peritoneal incluindo epiplon, intestino delgado, mesentério, fígado e outras vísceras.

M1c - Fora da cavidade peritoneal, incluindo linfonodos retroperitoneais outros que os linfonodos para-aórticos.

#### G — Graduação histopatológica

G1 Tumor de baixo potencial maligno.

G2 Tumor indiscutivelmente maligno.

### URETRA

*Classificado em 1968.*

*Período experimental 1969-1973.*

A classificação aplica-se somente a uretra feminina.

Deverá haver comprovação histológica da doença.

Os linfonodos regionais são os inguinais.

**T — Tumor primitivo**

- T1S Carcinoma pré-invasor (carcinoma in "situ").
- T1 Tumor limitado a metade inferior da uretra e móvel.
- T2 Tumor originando-se na metade inferior da uretra não comprometendo a metade superior mas estendendo-se à vulva e móvel.
- T3 Tumor originando-se em, **ou** estendendo-se a, metade superior da uretra **e/ou** estendendo-se para a bexiga mas permanecendo móvel.
- T4 Tumor estendendo-se às estruturas vizinhas, outras que a vulva ou bexiga, e fixo.

**N — Linfonodos regionais**

O médico pode avaliar se os linfonodos palpáveis são considerados como portadores de tumor ou não.

- NO Sem linfonodos palpáveis
- N1 Linfonodos homolaterais móveis.
- N1a - Linfonodos não considerados como portadores de tumor.
- N1b - Linfonodos considerados como portadores de tumor.
- N2 Linfonodos bilaterais móveis.
- N2a - Linfonodos não considerados como portadores de tumor.
- N2b - Linfonodos considerados como portadores de tumor.

**M — Metástases à distância**

- MO Sem evidência de metástases à distância.
- M1 Presença de metástases à distância.

**VAGINA**

*Classificado em 1967.*

*Período experimental 1968-1972.*

A classificação aplica-se somente a carcinoma. Os casos devem ser classificados como carcinoma de vagina quando o local primitivo do tumor foi na vagina. Tumores presentes como lesões secundárias provenientes da localização genital ou extragenital devem ser excluídos.

Deve haver comprovação histológica da doença.

Os linfonodos regionais dos 2/3 superiores da vagina são os pélvicos abaixo da bifurcação das artérias ilíacas comuns. Os

linfonodos regionais do terço inferior da vagina são os inguino-crurais.

**T — Tumor primitivo**

- T1S Carcinoma pré-invasor (carcinoma "in situ").
- TO Nenhuma evidência de tumor primitivo.
- T1 Tumor limitado à parede vaginal.
- T1a - Tumor com 2 cm ou menos em seu maior diâmetro.
- T1b - Tumor com mais de 2 cm em seu maior diâmetro.
- T2 Tumor invadindo o tecido para vaginal, mas não se estendendo à parede pélvica.
- T3 Tumor estendendo-se à parede vaginal.
- T4 Tumor estendendo-se além da pelve verdadeira, **ou** infiltrando a mucosa do reto ou bexiga.

A presença de edema bolhoso não é evidência suficiente para classificar o tumor como T4.

**N — Linfonodos regionais**

- a) Dois terços superiores da vagina.
- NX Não é possível avaliar linfonodos regionais. Informação histológica adicional pode ser acrescentada, como NX- ou NX+.
- NO Ausência de deformações dos linfonodos regionais à linfografia.
- N1 Linfonodos regionais deformados à linfografia.
- b) Terço inferior

O médico pode registrar se os linfonodos palpáveis são considerados portadores de tumor ou não.

- NO Linfonodos não palpáveis.
- N1 Linfonodos homolaterais móveis.
- N1a - Linfonodos não considerados como portadores de tumor.
- N1b - Linfonodos considerados como portadores de tumor.
- N2 Linfonodos contralaterais ou bilaterais móveis.
- N2a - Linfonodos não considerados como portadores de tumor.
- N2b - Linfonodos considerados como portadores de tumor.
- N3 Linfonodos fixos.

**M — Metástases à distância**

- MO Sem evidência de metástases à distância.
- M1 Presença de metástases à distância.



**VULVA***Classificado em 1967.**Período experimental 1968-1972.*

A classificação aplica-se somente a carcinoma.

Deve haver verificação histológica da doença para permitir divisão de casos por tipos histológicos.

Os linfonodos regionais são os inguinocrurais.

**T — Tumor primitivo**

- T1S Carcinoma pré-invasor (carcinoma "in situ").
- TO Sem evidência de tumor primitivo.
- T1 Tumor único com menos de 2 cm de diâmetro.
- T2 Tumor único com mais de 2 cm, porém não mais de 5 cm de diâmetro.
- T3 Tumor único com mais de 5 cm de dimensão, **ou** tumor de qualquer tamanho com extensão de menos de 2 cm para a vagina **ou** para o canal anal sem comprometer a mucosa, **ou** com extensão para a uretra.
- T3(m) Tumores múltiplos cobrindo área com menos de 10 cm de diâmetro.

- T4 Tumor único de qualquer tamanho com extensão, com menos de 2 cm para a vagina, **ou** para o canal anal com comprometimento da mucosa **ou** para o septo reto-vaginal, **ou** para outras estruturas vizinhas.
- T4(m) Tumores múltiplos cobrindo áreas com mais de 10 cm de diâmetro.

**N — Linfonodos regionais**

O médico pode registrar se os linfonodos palpáveis são considerados como portadores de tumor ou não.

- NO Ausência de linfonodos palpáveis.
- N1 Linfonodos homolaterais móveis.
- N1a - Linfonodos não considerados como portadores de tumor.
- N1b - Linfonodos considerados como portadores de tumor.
- N2 Linfonodos contralaterais ou bilaterais móveis.
- N2a - Linfonodos não considerados como portadores de tumor.
- N2b - Linfonodos considerados como portadores de tumor.
- N3 Linfonodos fixos.

**M — Metástases à distância**

- MO Sem evidência de metástases à distância.
- M1 Presença de metástases à distância.

**LOCALIZAÇÕES UROLÓGICAS****RIM***Classificado em 1967.**Período experimental 1968-1972.*

A classificação aplica-se aos tumores do parênquima e da pelvis assim como ao nefroblastoma (Tumor de Willms). A determinação da extensão da doença deve ser baseada em exame clínico, radiografia e endoscopia.

Os linfonodos regionais são os intra-abdominais sudiafragmáticos. É recomendado identificar as categorias histopatológicas.

**T — Tumor primitivo**

- TO Sem evidência de tumor primitivo.

- T1 Não há aumento do rim. A urografia revela mínima anormalidade dos cálices.
- T2 Rim aumentado sem limitação da mobilidade **ou** urografia que mostra grande deformidade atingindo um ou mais cálices **ou** deslocamento do ureter.
- MO Sem evidência de metástases à distância.
- T3 Rim aumentado com mobilidade limitada sem completa fixação, **ou** urografia mostra deformidade da pelve renal **ou** há evidência de compressão vascular (exemplo: Varicocele).
- T4 Rim aumentado e com completa fixação.

**Nota:** Tumores múltiplos devem ser indicados pela adição do sufixo (m) à categoria apropriada, exemplo: T2 (m).

#### N — Linfonodos regionais

- NX Quando é impossível avaliar linfonodos regionais, o símbolo NX será usado permitindo eventual adição de informações histológicas, como NX— ou NX+.
- NO Não há deformidade dos linfonodos regionais à linfografia.
- N1 Linfonodos regionais deformados à linfografia.

#### M — Metástases à distância

- M1 Presença de metástases à distância.  
M1a - Metástase única somente.  
M1b - Metástases múltiplas.

#### P — Categorias histopatológicas

(determinadas após cirurgia)

As seguintes categorias suplementares P são sugeridas para melhor precisar os grupos quando os achados histopatológicos forem disponíveis. Se possível ambas categorias T e P devem ser usadas na apresentação dos resultados.

Tumores do parênquima (hiper nefroma, também chamado tumor de GRAWITZ), os carcinomas papilíferos da pelve renal e o nefroblastoma (tumor de Wilms) devem ser registrados separadamente.

##### a) Tumores parenquimatosos

- P1 Tumor infiltrando somente o parênquima renal.
- P2 Tumor estendendo-se além do rim, mas não infiltrando veias e/ou vasos linfáticos intra ou extra-renais.
- P3 Tumor infiltrando veias e/ou linfáticos intra e extra-renais.

##### b) Tumores papilíferos

- P1 Tumor com infiltração do tecido conjuntivo sub-epitelial.
- P2 Tumor com infiltração de músculo ou parênquima renal, mas não infiltrando veias e/ou vasos linfáticos, intra ou extra-renais.

- P3 Tumores infiltrando tecidos circunvizinhos ou veias e/ou vasos linfáticos intra ou extra-renais.
- c) Nefroblastomas
- P1 Tumor infiltrando somente o parênquima renal.
- P2 Tumor estendendo-se além do rim, mas não infiltrando veias e/ou vasos linfáticos intra ou extra-renais.
- P3 Tumor infiltrando veias e/ou vasos linfáticos intra ou extra-renais.

#### BEXIGA

*Classificado em 1962.*

*Período experimental 1963-1972.*

A classificação aplica-se somente ao tumor epitelial.

Deve haver confirmação histológica da doença.

Papiloma histologicamente benigno não é incluído, mas pode ser agrupado separadamente sob o símbolo X.

Os seguintes exames são obrigatórios para o estabelecimento da extensão da doença: Citoscopia, Urografia, Exame Bimanual sob anestesia e Biópsia. A Urografia intravenosa pode fornecer informações sobre o prognóstico, exemplo: evidência de infiltração ou deficiência renal; mas desde que a obstrução do trato urinário pode também ser causada por muitas outras lesões, os achados urográficos não são incluídos como parte do critério para classificação.

O sufixo (m) pode ser adicionado às categorias apropriadas T ou P para indicar tumores múltiplos; exemplo: T2(m), P2(m).

Os linfonodos regionais são os pélvicos, abaixo da bifurcação das artérias ilíacas comuns.

O estadiamento clínico não é recomendado no presente. A classificação histopatológica é recomendada, quando outro tecido que não o da biópsia fôr disponível para exame.

#### T — Tumor primitivo

- T1S Carcinoma pré-invasor (carcinoma "in situ"), papilífero ou sésil.
- TO Não há evidência de tumor primitivo.
- T1 Tumor com infiltração do tecido conjuntivo sub-epitelial. Evidência

por biópsia de malignidade demonstrada por infiltração do tecido conjuntivo sub-epitelial, mas sem evidência de infiltração do músculo, ou sob o exame bimanual o tumor, pode ser palpável, sendo porém móvel e mole dentro da bexiga.

**T2** Tumor com infiltração do músculo superficial. Evidência por biópsia de malignidade, mas com infiltração adicional das camadas superficiais do músculo, ou sob o exame bimanual pode-se palpar endurecimento da parede da bexiga. Quando o exame bimanual é indefinido, mas a biópsia mostra infiltração de músculo superficial, a categoria é T2. Quando a biópsia é inadequada e falha na demonstração da infiltração do músculo, mas o exame bimanual mostra endurecimento definido, a categoria é T2. Quando a biópsia é inadequada e falha na demonstração da infiltração do músculo, mas o exame bimanual mostra endurecimento definido, a categoria é T2.

**T3** Tumor com infiltração de músculo profundo. Evidência por biópsia de malignidade e, em adição, infiltração profunda da parede muscular; ou ao exame bimanual o tumor pode ser palpado como uma massa dura ou nodular, mas inteiramente móvel com a bexiga em tôdas as direções da pelve. Quando o exame bimanual é definido, porém a biópsia revela infiltração profunda do músculo, a categoria é T3. Quando a evidência por biópsia da infiltração do músculo é indefinida, mas o exame bimanual revela endurecimento ou nodosidades nítidas a categoria é T3.

**T4** Tumor fixo ou invadindo órgãos vizinhos. Há evidência de malignidade por biópsia. Ao exame bimanual o tumor está fixo na parede pélvica ou invade a próstata, vagina ou parede abdominal.

#### **N — Linfonodos regionais**

**NX** Quando for impossível a avaliação deste linfonodos, o símbolo NX será usado, permitindo-se adicionar a informação histológica como NX— ou NX+.

**NO** Sem deformidade dos linfonodos regionais à linfografia.

**N1** Linfonodos regionais deformados à linfografia.

#### **M — Metástases à distância**

**MO** Sem evidência de metástases a distância.

**M1** Metástases distantes presentes incluindo linfonodos acima da bifurcação das artérias ilíacas comuns, tais como os linfonodos para-aórticos.

#### **P — Categorias histopatológicas**

(determinadas após cirurgia)

As seguintes categorias patológicas suplementares são sugeridas quando outro tecido que não o da biópsia for examinado. É desejável que sempre que possível ambas as categorias T e P devam ser usadas no registro dos resultados.

**PO** O tumor não é encontrado no exame patológico da peça.

**P1S** Carcinoma pré-invasor, também chamado "in situ", seja papilífero ou sésil.

**P1** Tumor com infiltração do tecido conjuntivo sub-epitelial.

**T2** Tumor com infiltração do músculo superficial (menos da metade da espessura da camada muscular).

**P3** Tumor com infiltração de músculo profundo (metade ou mais da camada muscular) ou infiltração do tecido perivesical.

**P4** Tumor com infiltração da próstata ou de outras estruturas extravesciais.

#### **PRÓSTATA**

*Classificado em 1967.*

*Período experimental 1968-1972.*

A determinação da extensão da doença deve ser baseada em exame clínico, radiografia e endoscopia.

O diagnóstico deve ser confirmado seja por:

a) microscopia (seja por exame citológico ou histopatológico).

b) combinação de radiografia e testes bioquímicos (contando que a fosfa-

tase ácida sérica esteja elevada em duas ocasiões diferentes).

Os linfonodos regionais são os intra-abdominais subdiafragmáticos.

#### T — Tumor primitivo

- TX Achado incidental de carcinoma em peças operatórias.
- TO Sem evidência de tumor primitivo.
- T1 Tumor ocupando menos da metade da próstata e cercado por glândula normal, à palpação.
- T2 Tumor ocupando metade ou mais da próstata, mas não produzindo aumento ou deformidade da glândula.
- T3 Tumor limitado à próstata, produzindo aumento ou deformidade da glândula.
- T4 Tumor estendendo-se além da próstata.

#### N — Linfonodos regionais

- NX Quando fôr impossível avaliar os linfonodos regionais, o símbolo NX será usado, permitindo-se eventual adição de informação histológica, como NX+ ou NX-.
- NO Sem deformidade de linfonodos regionais à linfografia.
- N1 Linfonodos regionais deformados à linfografia.
- N2 Linfonodos fixos palpáveis no abdome.

#### M — Metástases à distância

- MO Sem evidência de metástases à distância.
- T3 Tumor limitado ao testículo mas produzindo aumento ou deformidade.
- T4 Tumor estendendo-se ao epidídimo ou além do testículo.
- T4a - Tumor estendendo-se somente ao epidídimo.
- T4b - Tumor estendendo-se a outras estruturas.

#### N — Linfonodos regionais

- NX Quando fôr impossível avaliar os linfonodos regionais o símbolo NX será usado, permitindo-se adicionar informação histológica, assim NX- ou NX+.

- NO Não há deformação dos linfonodos regionais à linfografia.
- N1 Linfonodos regionais deformados à linfografia.
- N2 Linfonodos abdominais palpáveis e fixos.

#### M — Metástases à distância

- MO Não há evidência de metástases à distância
- M1 Presença de metástases à distância incluindo linfonodos fora do abdome.
- M1 Presença de metástases à distância.
  - M1a - Somente metástases ósseas.
  - M1b - Outras metástases com ou sem metástases ósseas.

#### TESTÍCULO

*Classificado em 1967.*

*Período experimental 1968-1972.*

O termo testículo refere-se ao testículo propriamente dito e exclui o epidídimo.

Deverá haver verificação histológica para permitir divisão dos casos por tipo histológico.

A determinação da extensão da doença deve basear-se no exame clínico e radiografia.

Os linfonodos regionais são os intra-abdominais sub-diafragmáticos.

#### T — Tumor primitivo

- TO Sem evidência de tumor primitivo.
- T1 Tumor ocupando menos que a metade do testículo e rodeado por glândula normal à palpação.
- T2 Tumor ocupando metade ou mais do testículo mas não produzindo aumento ou deformidade do testículo.

#### PÊNIS

*Classificado em 1967.*

*Período experimental 1968-1972.*

A classificação aplica-se somente a carcinoma.

Deverá haver confirmação histológica da doença.

Os linfonodos regionais são os inguinais. Há três regiões anatómicas:

- a) Prepúcio
- b) Glande
- c) Corpo do pênis

#### T — Tumor primitivo

- T1S Carcinoma pré-invasor (carcinoma "in situ").
- T0 Sem evidência de tumor primitivo.
- T1 Tumor de 2 cm ou menos de maior diâmetro, exclusivamente superficial ou exofítico.
- T2 Tumor de mais de 2 cm, porém de não mais de 5 cm de maior diâmetro com infiltração mínima.
- T3 Tumor de mais de 5 cm de maior diâmetro ou tumor de qualquer tamanho com infiltração profunda, inclusive da uretra.
- T4 Tumor que infiltra as estruturas vizinhas.

#### N — Linfonodos regionais

O médico pode registrar se os linfonodos palpáveis são considerados como portadores de tumor ou não.

- NO Ausência de linfonodos palpáveis.
- N1 Linfonodos homolaterais móveis.
  - N1a - Linfonodos não considerados como portadores de tumor.
  - N1b - Linfonodos considerados como portadores de tumor.
- N2 Linfonodos bilaterais móveis.
  - N2a - Linfonodos não considerados como portadores de tumor.
  - N2b - Linfonodos considerados como portadores de tumor.
- N3 Linfonodos fixos.

#### M — Metástases à distância

- MO Sem evidência de metástases à distância.
- M1 Presença de metástases à distância.

---

## OUTRAS LOCALIZAÇÕES

---

### GLÂNDULA TIREÓIDE

*Classificado em 1966.*

*Período experimental 1967-1971.*

Deverá haver comprovação histológica para permitir a separação dos casos por tipos histológicos.

A extensão da doença deverá ser avaliada pelo exame clínico, radiografia, endoscopia e cintilograma por isótopos. Os linfonodos regionais são os cervicais.

#### T — Tumor primitivo

O termo "deformação" inclui o aumento da glândula.

- TO Sem tumor palpável.
- T1 Tumor único restrito à glândula. Sem limitação de mobilidade ou deformidade da glândula ou defeito de cintilograma em glândula normal à palpação

- T2 Tumores múltiplos ou tumor único produzindo deformidade de glândula. Sem limitação de mobilidade.
- T3 Tumor que se estende além da glândula indicado por fixação ou infiltração de estruturas vizinhas.

#### N — Linfonodos regionais

O médico pode registrar se os linfonodos palpáveis são considerados como portadores de tumor ou não.

- NO Sem linfonodos palpáveis.
- N1 Linfonodos homolaterais móveis.
  - N1a - Linfonodos não considerados como portadores de tumor.
  - N1b - Linfonodos considerados como portadores de tumor.
- N2 Linfonodos contralaterais ou bilaterais móveis.
  - N2 - Linfonodos não considerados como portadores de tumor.
  - N2b - Linfonodos considerados como portadores de tumor.
- N3 Linfonodos fixos.

**M — Metástases à distância**

- MO Sem evidência de metástases à distância.  
 M1 Presença de metástases à distância.

- M1a - Derrame pleural com células malignas presentes.  
 M1b - Linfonodos cervicais palpáveis.  
 M1c - Outras metástases à distância.

**PULMÃO**

*Classificado em 1966.*

*Período experimental 1967-1971.*

A classificação histológica é desejável para permitir a separação dos casos pelo tipo histológico.

A extensão da doença pode ser avaliada pelo exame clínico, radiografia e endoscopia (mediastinoscopia inclusive).

Os linfonodos regionais são os intratorácicos e não incluem os linfonodos cervicais.

As seguintes regiões são definidas:

- a) Hilar  
 b) Periférica

**T — Tumor primitivo**

- TO Sem evidência de tumor primitivo.  
 T1 Tumor limitado ao brônquio segmentar ou a um segmento de um lobo.  
 T2 Tumor limitado ao brônquio lobar ou a um lobo.  
 T3 Tumor comprometendo o brônquio principal ou mais do que um lobo.  
 T4 Tumor que se estende além do pulmão.

**N — Linfonodos regionais**

- NX Não é possível a avaliação dos linfonodos intratorácicos. Informação histológica adicional pode ser acrescentada, assim: NX- ou NX+.  
 NO Sem evidência clínica, radiológica ou endoscópica de aumento de linfonodos intratorácicos.

**M — Metástases à distância**

- MO Sem metástases à distância.  
 M1 Com metástases à distância incluindo derrame pleural com células malignas presentes e/ou linfonodos cervicais.

**PELE**

(INCLUINDO MELANOMA)

*Classificado em 1966.*

*Período experimental 1967-1971.*

A classificação aplica-se aos tumores primitivos da pele.

Deve haver verificação histológica da doença para permitir divisão de casos.

Assim os carcinomas espinho-celulares devem ser classificados separadamente dos baso-celulares.

A classificação é baseada na divisão da pele em seis regiões.

Para definir as cadeias de linfonodos para cada região o corpo é dividido horizontalmente ao nível da cicatriz umbilical.

As regiões e os linfonodos regionais são os seguintes:

Regiões	Cadeia de Linfonodos
a) Pálpebra, pavilhão auditivo e nariz	Cervical (bilateral)
b) Face, excluindo (a), couro cabeludo e pescoço	Cervical (bilateral)
c) Membro torácico	Axilar e epitroclear (unilateral)
d) Tronco acima do umbigo	Axilar (bilateral)
e) Tronco abaixo do umbigo	Inguinal (bilateral)
f) Membro pélvico	Inguinal e poplíteo (unilateral)

**TUMORES MÚLTIPLOS**

Nos casos de tumores múltiplos simultâneos, o tumor com a categoria T deve ser identificado e o número de tumores separados identificados entre parêntesis, exemplo: (5) T2. Tumores sucessivos devem ser identificados independentemente.

**T — Tumor primitivo****a) Pele (excluindo o melanoma).**

- T1S Carcinoma pré-invasor (carcinoma "in situ").
- TO Sem tumor primitivo presente.
- T1 Tumor de 2 cm ou menos de maior diâmetro, exclusivamente superficial ou exofítico.
- T2 Tumor com mais de 2 cm e menos de 5 cm em seu maior diâmetro ou com infiltração mínima da derme, independentemente do tamanho.
- T3 Tumor com mais de 5 cm de maior diâmetro ou com infiltração profunda da derme, independentemente do tamanho.
- T4 Tumor comprometendo outras estruturas, tais como cartilagem, músculo ou osso.

**b) Melanoma de Pele:**

- TO Sem tumor primitivo presente.
- T1 Tumor com 2 cm ou menos em seu maior diâmetro exclusivamente superficial ou exofítico. Ausência de nódulos satélites.
- T2 Tumor com mais de 2 cm e menos de 5 cm em seu maior diâmetro ou com mínima infiltração da derme, independentemente do tamanho. Ausência de linfonodos satélites.
- T3 Tumor com mais de 5 cm em seu maior diâmetro ou com infiltração profunda da derme, independentemente do tamanho ou com nódulos satélites a menos de 5 cm do bordo do tumor primitivo.

**N — Linfonodos regionais**

O médico pode registrar se os linfonodos palpados são considerados como portadores de tumores ou não.

- NO Sem linfonodos palpáveis.
- N1 Linfonodos homolaterais móveis.
- N1a - Linfonodos não considerados como portadores de tumor.
- N1b - Linfonodos considerados como portadores de tumor.
- N2 Linfonodos contralaterais ou bilaterais móveis.
- N2a - Linfonodos não considerados como portadores de tumor.
- N2b - Linfonodos considerados como portadores de tumor.
- N3 Linfonodos fixos.

**Nota:** As regiões (a), (b), (d) e (e) podem drenar para cadeias bilaterais, enquanto que a (c) e (f) não podem. Conseqüentemente, a categoria N2 não pode ser aplicada para os quatro membros.

**M — Metástases à distância**

- MO Sem evidência de metástases à distância.
- M1 Metástases à distância **incluindo** linfonodos além da região onde o tumor primitivo está situado **ou** nódulos satélites a mais de 5 cm das bordas do tumor primitivo.