

Observatório do câncer

VOLUME III

Tumores Pediátricos

Diego Rodrigues Mendonça e Silva, Viviane Sonaglio, Mariana Brait,
João Victor Alves de Castro, Felipe D'Almeida Costa, Maria Paula Curado





Observatório do Câncer Tumores Pediátricos

Registro Hospitalario del Cáncer
A.C. Camargo Cancer Center

2000 a 2023



A.C. Camargo Cancer Center (org.)

Observatório do Câncer, Tumores Pediátricos: Registro Hospitalario del Câncer de A.C. Camargo Cancer Center, 2000 a 2023. / A.C. Camargo Cancer Center (org.). – São Paulo, SP: Fundação Antônio Prudente, 2026.

E-book, 49 p. : il.

ISBN: 978-65-88820-12-4

1. Registro hospitalario de câncer. 2. Oncología. 3. Tumores pediátricos. 4. Câncer – Supervivencia. I. A.C. Camargo Cancer Center II. Diego Rodrigues Mendonça e Silva III. Viviane Sonaglio IV. Mariana Brait V. João Victor Alves de Castro VI. Felipe D’Almeida Costa VII. Maria Paula Curado.

CDD – 616

Bibliotecarios responsables: Igor Gomes CRB-8/11442, Fernando Ramirez CRB-8/8279

Estructura Corporativa
Consejo de Administración

Consejero, Presidente Ejecutivo
José Ermírio de Moraes Neto

Consejero, Vicepresidente Ejecutivo
Pedro Luiz Barreiro Passos

Consejero, Presidente Institucional
José Hermílio Curado

Consejero, Vicepresidente Institucional
Ademar Lopes

Consejera
Liana Maria Carraro de Moraes

Consejero
Laercio José de Lucena Cosentino

Consejero
Luiz Antônio dos Santos Pretti

Consejera
Victoria Christina Bloch

Consejero
Mauro Silvério Figueiredo

Dirección Ejecutiva

Director General

Victor Piana de Andrade

Director Corporativo

Maron Marcel Guimarães

Director de Gobernanza Clínica

Antonio Eduardo Antonietto Junior

Director de Operaciones

Raquel Marcondes Bussolotti

Director Comercial y Marketing

Rafael Marques Ielpo

Director Jurídico, Sostenibilidad, Riesgos e Integridad

Luciana Spring

Director de Impacto Social

Ana Paula Neves Marques de Pinho

Superintendente de Personas y Desarrollo Organizacional

Anaísa Lubeck Carlini

Superintendente de Enseñanza, Investigación e Innovación

José Humberto Tavares Guerreiro Fregnani

Superintendente de Experiencia del Paciente y Ciclo de Ingresos

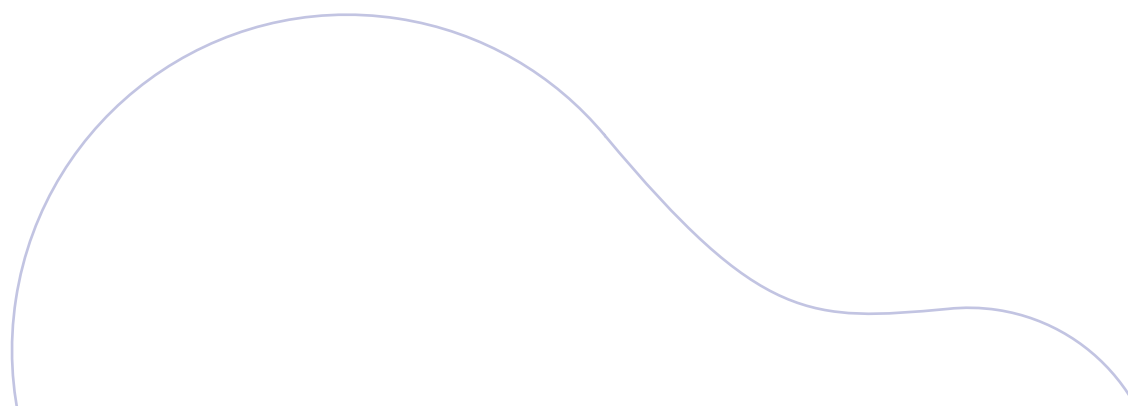
Ana Lucia da Silveira Franco

Superintendente de Cadena de Suministro e Infraestructura

José Eduardo Faria Renó Ramos

Superintendente de Planificación Estratégica e Inteligencia de Mercado

Graziela Ferreira Escobar



Líderes de los Centros de Referencias (CR)

Tumores de Mama

Dra. Fabiana B. Alves Makdissi
Dra. Solange Moraes Sanches

Tumores Ginecológicos

Dr. Glauco Baiocchi Neto
Dra. Andréa Paiva G. Guimarães

Tumores del Tracto

Digestivo Superior

Dr. Felipe José Fernandez Coimbra
Dr. Tiago Cordeiro Felismino

Tumores de Cabeza y Cuello

Dr. Luiz Paulo Kowalski
Dr. Thiago Bueno de Oliveira

Tumores de Pulmón y Tórax

Dr. Helano Carioca Freitas

Tumores Colorrectales

Dr. Samuel Aguiar Junior
Dr. Virgilio Souza e Silva

Sarcomas y Tumores Óseos

Dra. Maria Letícia Gobo Silva
Dr. Fernando Augusto B. Campos
Dr. Samuel Aguiar Junior
Dra. Suely Akiko Nakagawa

Tumores Urológicos

Dr. Stênio de Cássio Zequi
Dr. José Augusto Rinck Junior

Neoplasias Hematológicas

Dr. Jayr Schmidt Filho

Tumores Pediátricos

Dra. Viviane Sonaglio

Tumores Cutáneos

Dr. João Pedreira Duprat Neto
Dr. Milton José de Barros e Silva

Tumores del Sistema Nervioso Central

Dr. Vinicius Trindade Gomes da Silva
Dra. Ana Carolina Sigolo Levy Diniz

Tumores Neuroendócrinos

Dra. Rachel Simões Pimenta Riechelmann
Dr. Heber Salvador de Castro Ribeiro

ÍNDICE

Presentación	10
1. Observatório do Câncer A.C.Camargo Cancer Center	12
2. Registro Hospitalario de Câncer	13
2.1. Concepto	13
2.2. Objetivos	13
2.3. Métodos de trabajo del RHC	13
3. Metodología del Observatório do Câncer	15
3.1. Análisis descriptivo	15
3.2. Análisis de supervivencia	15
4. Tumores Pediátricos	22
5. Resultados CR de tumores pediátricos	25
5.1. Resultados descriptivos	25
5.2. Resultados de supervivencia	30
6. Consideraciones finales	38
7. Equipo del Centro de Referencia de Tumores Pediátricos	39
8. Equipo de RHC	40
9. Acceso a la base de datos del RHC	41
10. Póngase en contacto con nosotros y enlaces de apoyo	42
Referencias	43
Anexos	45

Agradecimientos



A la Junta Directiva del A.C.Camargo Cancer Center (Fundación Antônio Prudente), por su apoyo y aliento en el uso de la información generada por el Registro Oncológico Hospitalario (RHC), reforzando la relevancia y el impacto de estos datos en la gestión y planificación estratégica de un centro especializado en el tratamiento del cáncer.

A los médicos del personal clínico e investigadores del A.C.Camargo Cancer Center, por su colaboración y difusión de cada volumen del Observatorio do Câncer.

Agradecemos a los pacientes y a sus seres queridos por su confianza en el A.C.Camargo Cancer Center y honramos sus vidas aportando datos confiables e importantes para los próximos pasos hacia un mundo que supere el cáncer.

A la Superintendencia de Docencia, Investigación e Innovación, en nombre del Dr. José Humberto Tavares Guerreiro Fregnani, por el constante estímulo, fortalecimiento y contribución a las iniciativas, innovaciones y avances del Registro Hospitalario de Cáncer.

A la Dirección de Investigación, representada por la Dra. Mariana Brait, por reconocer, valorar y contribuir al desarrollo del área, así como por la mejora continua de las actividades e iniciativas, reforzando su importancia institucional.

A los médicos patólogos por su colaboración en las producciones y actividades del RHC, y en la preparación de este material, especialmente al Dr. Felipe D'Almeida Costa y al Dr. João Victor Alves de Castro, y a la Dra. Louise de Brot Andrade.

A Juliane Aparecida Lima dos Santos, coordinadora de enseñanza, por su importante papel en la Escuela Especializada Schwester Heine, y su contribución en la escuela a este volumen.

Al equipo del Centro de Enseñanza Digital (NED), en nombre de Gustavo Antonio Fiorín de Rício por el apoyo en la elaboración de materiales para el área. A los equipos de las Oficinas de Investigación, Planificación Estratégica, Epidemiología, Docencia e Investigación Comercial, y Marketing y Comunicación de Proyectos, por su apoyo, colaboración y cooperación en las actividades y la difusión de la información generada por el RHC y a partir de la base de datos del RHC.

Al equipo del RHC – Bruno, Célia, Guilherme, Katia y Maria Rita, por su dedicación, compromiso y excelencia en la ejecución de las actividades del área.

A todos los empleados del A.C.Camargo Cancer Center que contribuyan, directa o indirectamente, para que el RHC pueda preparar y divulgar este y otros volúmenes del Observatório do Câncer.

Dr. Diego Rodrigues Mendonça e Silva
Coordinador del Registro Hospitalario de Cáncer

Presentación



La oncología pediátrica en Brasil representa uno de los mayores desafíos de la salud pública y privada, debido a la complejidad de las enfermedades oncológicas en la infancia y la necesidad de centros altamente especializados para el diagnóstico y tratamiento. Se calcula que el cáncer infantil corresponde aproximadamente al 1% al 3% de todos los casos de cáncer, pero sigue siendo la primera causa de muerte por enfermedad entre niños y adolescentes en el país.

A.C. Camargo Cancer Center, a través del Dr. Alois Bianchi, un reconocido pediatra, estructuró en 1964 el primer servicio especializado en oncología pediátrica del país, integrando la cirugía en un enfoque multidisciplinario en el que participan oncólogos clínicos, radioterapeutas, patólogos y, sobre todo, pediatras. Esta visión ampliada e integradora fue revolucionaria para la época, ya que trasladó el cuidado de un modelo centrado solo en la enfermedad a otro que también estaba dirigido al niño y su familia.

En las últimas décadas, la oncología pediátrica en Brasil ha evolucionado significativamente, con la consolidación de protocolos terapéuticos más eficaces, el fortalecimiento de las terapias de apoyo y la expansión de grupos cooperativos de investigación clínica. Estos avances permitieron una mayor estandarización del tratamiento y mejores resultados de supervivencia. A pesar de ello, persisten las desigualdades regionales, especialmente en el acceso al diagnóstico precoz, la infraestructura hospitalaria y las terapias innovadoras, lo que refuerza la necesidad de políticas públicas y alianzas institucionales para aumentar la equidad en la atención.

Nuestro compromiso institucional actual es proporcionar atención de excelencia en todas las etapas de la atención, desde las enfermedades oncológicas más comunes hasta las más raras de difícil interpretación diagnóstica. Este enfoque se basa en una atención integral, el respeto por la infancia y la atención a las necesidades específicas de los niños y adolescentes en tratamiento.

En este contexto, la institución no solo proporciona atención clínica de alta complejidad, sino que también integra la docencia, la investigación y la rehabilitación. El uso de tecnologías avanzadas y el trabajo de equipos multidisciplinarios altamente cualificados han permitido alcanzar resultados comparables a los de los principales centros internacionales.

Este legado se origina en la visión pionera del profesor Alois Bianchi, cuyo liderazgo sentó las bases de la oncología pediátrica brasileña y continúa inspirando el futuro de la especialidad.

Dra. Viviane Sonaglio
Líder del Centro de Referencia de Tumores Pediátricos

El Centro de Referencia de Tumores Pediátricos



A.C.Camargo Cancer Center es pionero en pediatría oncológica en Brasil desde 1964 y hoy contamos con un Centro de Referencia dedicado exclusivamente a estos pacientes.

El Centro de Referencia (CR) de Tumores Pediátricos, creado en 2022, es uno de los 13 Centros de Referencia de A.C.Camargo Cancer Center. Contamos con un equipo multiprofesional bien alineado que trabaja de manera especializada en cáncer.

Estructura y Servicios Especializados:

- Amplia estructura de atención, incluyendo atención de emergencia, hospitalización y unidad de trasplante de médula ósea.
- Equipos avanzados para cirugía, diagnóstico por imágenes (como PET-CT), anatomía patológica y tratamiento a través de aceleradores lineales con las técnicas más modernas.
- Tumor board: Reuniones médicas para la discusión multidisciplinaria de casos complejos, optimizando diagnósticos y tratamientos.
- Equipos de infraestructura e investigación, incluyendo una Enfermera de Investigación dedicada al CR.
- Enfermeras coordinadoras acompañan a los pacientes, garantizando una atención coordinada e integral.
- Un entorno libre de infecciones cruzadas, donde los niños pueden jugar juntos.
- Además de la atención integral que se brinda a los pacientes pediátricos, el Centro de Tumores Pediátricos cuenta con el apoyo de la Escuela Especializada Schwester Heine, referente nacional en Pedagogía Hospitalaria, fundada por Carmem Prudente y Genoveva Vello. Durante casi cuatro décadas, la escuela ha garantizado la continuidad escolar de niños y adolescentes en tratamiento oncológico, permitiéndoles retomar sus actividades en su escuela habitual sin sufrir ningún contratiempo en su aprendizaje.

Con profesores dedicados, la atención pedagógica es personalizada: cada alumno tiene sus actividades adaptadas a la condición clínica y grupo de edad, en constante diálogo con la institución docente de referencia. Los recursos lúdicos se incorporan en el proceso, haciendo que el aprendizaje sea más ligero, inclusivo y acogedor. Complementando esta atención, la pediatría cuenta con una juguetería integrada a la escuela, que ofrece un espacio de apoyo, interacción y recepción tanto para los pacientes como para sus familias.

El cáncer en niños y adolescentes suele tener un comportamiento diferente al observado en adultos, con velocidad en el crecimiento tumoral, pero con respuesta a la quimioterapia, con posibilidades de curación que pueden llegar a superar el 80%. Con la atención dedicada a los niños y adolescentes, nuestro enfoque es aumentar la eficacia del tratamiento con cuidado, el respeto por la infancia, la familia y las necesidades de este grupo especial.

Observatório do Câncer A.C.Camargo Cancer Center

El Observatório do Câncer es una publicación que analiza y divulga información sobre el perfil epidemiológico y la supervivencia de pacientes con cáncer diagnosticados y/o tratados en el A.C.Camargo Cancer Center a lo largo del tiempo.

El Observatório do Câncer utiliza como fuente de información la base de datos del Registro Hospitalario de Cáncer (RHC), que ha estado continuamente activa en la institución desde 2000. La base de datos cuenta con más de 150 casos de tumores primarios (únicos y múltiples, analíticos y no analíticos), incluyendo cáncer de piel no melanoma.

En el primer volumen del Observatório do Câncer, publicado en 2023, describimos el perfil de aproximadamente 98.000 casos de cáncer de pacientes tratados en el A.C.Camargo Cancer Center entre 2000 y 2020, incluyendo la supervivencia global de los cánceres más frecuentes entre 2000 y 2017. Haga clic aquí para acceder al volumen I o visite el sitio web del A.C.Camargo Cancer Center (www.accamargo.org.br) > Investigación > Registro Hospitalario de Cáncer.

En el Volumen II, publicado en 2024, describimos el perfil de los casos diagnosticados en el Centro de Referencia de Neoplasias Hematológicas entre 2000 y 2022, y la probabilidad de supervivencia global a 5 años de los principales grupos de neoplasias hematológicas. Haga clic aquí para acceder al Volumen II o visite el A.C.Camargo Cancer Center (www.accamargo.org.br) > Investigación > Registro Oncológico Hospitalario.

En este volumen III, se analizó el perfil de los pacientes diagnosticados y tratados en el Centro de Referencia de Tumores Pediátricos de 0 a 18 años, diagnosticados entre 2000 y 2023.

Registro Hospitalario de Cáncer

2.1. Concepto

El Registro Hospitalario de Cáncer, RHC, se encarga de la identificación, codificación, validación y análisis de la información de los pacientes diagnosticados y/o tratados con cáncer en una unidad hospitalaria (CACON, UNACON o Hospital General con Oncología). En el registro de cada nuevo caso de cáncer se describe la información sociodemográfica, clínica de diagnóstico, la estadificación, el tratamiento y el seguimiento del paciente (A.C.Camargo Cancer Center, 2023).

2.2. Objetivos

- Identificar y describir los casos de cáncer tratados anualmente en la institución;
- Describir las características sociodemográficas, epidemiológicas y clínicas de los pacientes;
- Difundir datos oncológicos a las áreas operativas y estratégicas de la institución;
- Apoyar proyectos de investigación;
- Estimar la probabilidad de supervivencia global de los pacientes a lo largo del tiempo.

Estructura del registro

El equipo de RHC está formado por profesionales del área administrativa y/o de salud y datos que están entrenados y capacitados en la identificación, clasificación y codificación de casos de cáncer según la Clasificación Internacional de Enfermedades Oncológicas 3ª edición (CIE-O3).

2.3. Métodos de trabajo del RHC

El RHC notifica todos los casos de cáncer diagnosticados y/o tratados anualmente. Un paciente puede tener uno o más cánceres primarios, que pueden ocurrir en el momento del diagnóstico, durante el tratamiento o el seguimiento, todos los casos se registran a partir de la fecha del diagnóstico. Los casos se registran entre seis meses y un año después del año calendario vigente, considerando el tiempo de consolidación de los casos entre el diagnóstico y el inicio de los tratamientos planificados.

Las etapas del registro de casos de cáncer en el RHC se describen a continuación y se representan en la Figura 1:

1. Identificación del nuevo caso:

- a. Verificación de las posibles puertas de entrada del paciente oncológico en la Institución, incluyendo: departamento de patología, quimioterapia, radioterapia, clínica médica/oncología clínica

2. Admisión:

- a. Fase de análisis de la historia clínica del paciente, informes de examen para la recolección de variables esenciales mediante el relleno del formulario de admisión y seguimiento en el software SISRHC© 2007, versión 6.72, desarrollado por la Fundación Oncocentro de São Paulo (FOSP) (Anexo).

3. Clasificación y codificación:

- a. Fase de clasificación morfológica y codificación topográfica de neoplasias malignas a través de la CID-O3, versión 2012.

4. Consistencia:

- a. Verificación de consistencia y validación con el software IARCcrgTools© 2018 (IARC, 2018).

5. Duplicidad:

- a. La verificación de duplicidad de los casos se verifica con el software Link Plus 2007 versión 2,0 del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) (National Program of Cancer Registries, 2007).

6. Seguimiento:

- a. El seguimiento del paciente se realiza a través del seguimiento de las visitas de retorno a la Institución, registro de muerte hospitalaria y la vinculación con la base de muertes del Estado de São Paulo, a través de la asociación con la Fundación SEADE (Fundación SEADE, 2023; Mendonça e Silva et al., 2024).

7. Consolidación:

- a. Después de la consolidación de la base de datos se lleva a cabo una copia de seguridad mensual y una presentación trimestral al FOSP.

8. Difusión:

- a. Los datos del RHC se difunden mediante la divulgación de los resultados en artículos científicos, informes, presentaciones científicas y ejecutivas y el suministro de datos para proyectos de investigación.

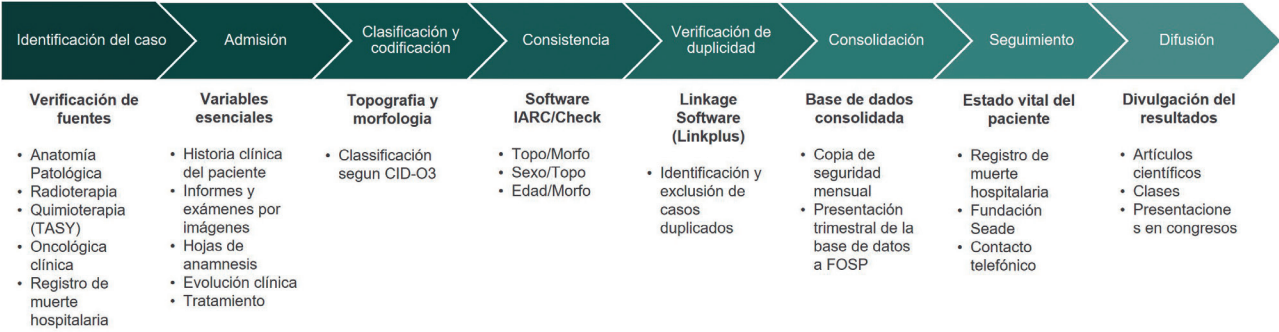


Gráfico 1. Diagrama de flujo del registro de nuevos casos de cáncer en el RHC/A.C. Camargo Cancer Center, São Paulo, 2025ª.

Metodología del Observatorio del Cáncer

3.1. Análisis descriptivo

Se incluyeron casos de tumores malignos pediátricos de comportamiento incierto (Tabla 1), según la Clasificación Internacional de Cáncer Infantil, Tercera Edición (CICI-3) (Brasil, 1999; Steliarova-Foucher et al., 2005), de 0 a 18 años de edad, diagnosticados y tratados entre 2000 y 2023, extraídos de la base de datos del RHC/A.C.Camargo Cancer Center el 3 de febrero de 2025.

La base de datos del RHC se describió en cuanto a la distribución anual total de casos, incluidos los cánceres de piel no melanoma, y la distribución por Centro de Referencia (CR).

Los tumores pediátricos se describieron según su distribución por sexo, grupo de edad (0-4, 5-14 y 15-18 años) y distribución en doce grupos según la Clasificación Internacional de Cáncer Infantil, Tercera Edición (ICCI-3) (Brasil, 1999; Steliarova-Foucher et al., 2005) (Tabla 1).

3.2. Análisis de supervivencia

En el análisis de supervivencia se incluyeron grupos de tumores pediátricos entre 2000 y 2019.

El tiempo de supervivencia se calculó como la diferencia entre la fecha del diagnóstico y la fecha de muerte (por cualquier motivo) o la fecha de la última información, con seguimiento actualizado hasta el 31 de diciembre de 2024.

La probabilidad de supervivencia global a 5 años se estratificó para los grupos de Leucemia y Linfomas (grupos I y II), Tumores del SNC (grupo III) y Tumores sólidos (grupos IV a X), y se estratificó por sexo. También se calculó la supervivencia global para los doce grupos principales de CICI-3, así como para los grupos I (leucemias), II (linfomas), III (neoplasias del SNC, intracraneales e intrarraquídeas), IV (neuroblastoma) y IX (tumores de tejidos blandos y otros sarcomas extraóseos), estratificados por grupo de edad en ambos sexos.

Las curvas de supervivencia se calcularon mediante el método de Kaplan-Meier, se compararon con la prueba de log-rank, con un nivel de significación de $p < 0,05$, y se realizaron con el software IBM® SPSS Statistics, versión 23.

Cuadro 1. Grupos de tumores pediátricos según la Clasificación Internacional de Cáncer en la Infancia, Tercera Edición (CICI-3) y códigos morfológicos por la CID-O3 (Clasificación Internacional de Enfermedades Oncológicas, edición 3ª), incluidos en este estudio, 2000 a 2023.

Grupos (CICI-3)	Morfología (CID-O3)
I – Leucemias, enfermedades mieloproliferativas y enfermedades mielodisplásicas	98013 Leucemia aguda, *SOE 98053 Leucemia aguda, bifenotípica 98203 Leucemia linfoide, SOE 98263 Leucemia de Burkitt 98323 Leucemia prolinfocítica, SOE 98353 Leucemia linfoblástica, SOE 98363 Leucemia linfoblástica B 98373 Leucemia linfoblástica T 98403 Leucemia mieloide aguda 98603 Leucemia mieloide, SOE 98613 Leucemia mieloide aguda, SOE 98633 Leucemia mieloide crónica, SOE 98663 leucemia promielocítica aguda, t(15-17)(q22;q21) 98723 leucemia mieloide aguda con mínima diferenciación 99303 Sarcoma mieloide 99893 Síndrome mielodisplásico
II - Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales	95903 Linfoma maligno, SOE 95913 Linfoma no Hodgkin maligno, SOE 96503 Linfoma de Hodgkin clásico (LHC), SOE 96513 LHC rico en linfocitos 96523 LHC celularidad mixta 96593 Linfoma de Hodgkin predominancia linfocítica nodular 96633 LHC esclerosis nodular 96643 Linfoma de Hodgkin, esclerosis nodular, fase celular 96653 Linfoma de Hodgkin, esclerosis nodular, grado I 96673 Linfoma de Hodgkin, esclerosis nodular, grado II 96793 Linfoma de células grandes B del mediastino 96803 Linfoma difuso de células grandes B, SOE 96873 Linfoma de Burkitt 96903 Linfoma folicular de tipo pediátrico 96993 Linfoma ganglionar pediátrico de la zona marginal 97003 Micosis fungoide 97023 Linfoma de células T periférico 97143 Linfoma anaplásico de células grandes, ALK positivo 97193 Linfoma extraganglionar de células NK/T, tipo nasal 97283 Linfoma linfoblástico B 97293 Linfoma linfoblástico T 97543 Histiocitosis de células de Langerhans, diseminada 97553 Sarcoma histiocítico 97573 Sarcoma de células dendríticas

Grupos (CICI-3)	Morfologia (CID-O3)
III – Sistema nervioso central (SNC) y neoplasias intracraneales y intrarraquídeas.	80003 Neoplasia maligna 93501 Craneofaringioma 93511 Craneofaringioma adamantinomatoso 93623 Pineoblastoma 93803 Glioma maligno 93823 Glioma mixto 93841 Astrocitoma subependimario de células gigantes 93903 Carcinoma del plexo coroide 93913 Ependimoma supratentorial, SOE 93923 Ependimoma anaplásico 93941 Ependimoma mixopapilar 94003 Astrocitoma, SOE 94013 Astrocitoma anaplásico 94211 Astrocitoma difuso, MYB o MYBL1 alterado 94243 Xantoastrocitoma pleomórfico 94403 Glioblastoma, SOE 94503 Oligodendroglioma, SOE 94703 Meduloblastoma clásico 94713 Meduloblastoma nodular desmoplásico 94733 Tumor neuroectodermico primitivo, SOE 94743 Meduloblastoma de células grandes 95051 Ganglioglioma 95053 Ganglioglioma anaplasico 95061 Neurocitoma central 95303 Meningioma maligno 86801 Paraganglioma, SOE 86803 Paraganglioma maligno
IV - Neuroblastoma y otros tumores de células neurales periféricas	86931 Paraganglioma extraadrenal, SOE 87003 Feocromocitoma 94903 Ganglioneuroblastoma, intermixto 95003 Neuroblastoma, SOE 95223 Neuroblastoma olfativo
V - Retinoblastoma	95103 Retinoblastoma 95113 Retinoblastoma diferenciado

VI - Tumores renais	82603 Carcinoma papilar 83103 Carcinoma de células claras, SOE 83123 Carcinoma de células renais, SOE 85103 Carcinoma medular renal con deficiencia de SMARCB1 89593 Nefroma maligno quístico 89603 Nefroblastoma, SOE 89633 Tumor rabdoide maligno del riñón 89643 Sarcoma de células renais claras
VII - Tumores hepáticos	81703 Carcinoma hepatocelular, SOE 81713 Carcinoma hepatocelular fibrolamelar 89703 Hepatoblastoma, SOE
VIII - Tumores óseos malignos	88013 Sarcoma de células fusiformes indiferenciadas 91803 Osteosarcoma, SOE 91813 Osteosarcoma condroblástico 91823 Osteosarcoma fibroblástico 91833 Osteosarcoma telangiectásico 91863 Osteosarcoma convencional 92101 Osteocondromatosis, SOE 92203 Condrosarcoma, SOE 92303 Condroblastoma maligno 92403 Condrosarcoma mesenquimal 92501 Tumor de células óseas gigantes, SOE 92603 Sarcoma de Ewing 93703 Cordoma convencional 93713 Cordoma condroide
IX – Tumores de partes blandas y otros sarcomas extraóseos	88003 Sarcoma, SOE 88013 Sarcoma de células fusiformes indiferenciadas 88023 Sarcoma pleomórfico indiferenciado 88043 Sarcoma epitelióide indiferenciado 88053 Sarcoma indiferenciado, SOE 88063 Tumor desmoplásico de células redondas pequeñas 88103 Fibrosarcoma, SOE 88113 Fibromixosarcoma 88143 Fibrosarcoma infantil 88211 Fibromatosis desmoide extraabdominal 88241 Miofibromatosis multicéntrica 88251 Tumor miofibroblástico inflamatorio 88303 Histiocitoma fibroso maligno 88323 Dermatofibrosarcoma protuberans, fibrosarcomatoso 88333 Dermatofibrosarcoma protuberans pigmentado 88523 Liposarcoma mixóide 88903 Leiomiosarcoma, SOE

IX – Tumores de partes blandas y otros sarcomas extraóseos (continuación)	89003 Rabdomiosarcoma, SOE 89023 Rabdomiosarcoma de tipo mixto 89103 Rabdomiosarcoma embrionario 89123 Rabdomiosarcoma de células fusiformes/esclerosantes 89203 Rabdomiosarcoma alveolar 89633 Tumor rabdoide extrarrenal 89913 Sarcoma embrionario 90403 Sarcoma sinovial, SOE 90413 Sarcoma sinovial monofásico 90433 Sarcoma sinovial bifásico 90443 Sarcoma de células claras 91203 Angiosarcoma 91301 Hemangioendotelial, SOE 91333 Hemangioendotelioma epitelióide, SOE 91403 Sarcoma de Kaposi 91503 Hemangiopericitoma maligno 91611 Hemangioblastoma 91803 Osteosarcoma, SOE 92511 Tumor de células gigantes de tejidos blandos, SOE 93643 Sarcoma de Ewing 93653 Tumor de Askin 95401 Neurofibroma atípico 95403 Tumor maligno de la vaina del nervio periférico, SOE 95603 Neurilemoma maligno 95813 Sarcoma alveolar de tejido blando
X - Tumores de células germinales Tumores trofoblásticos y neoplasias gonadales	84421 Cistadenoma seroso maligno limítrofe (borderline) 84603 Cistadenocarcinoma papilar seroso 84721 Tumor cístico mucinoso limítrofe (borderline) 84803 Adenocarcinoma mucinoso 86201 Tumor de células de la granulosa, tipo adulto 86311 Tumor de células de Sertoli-Leydig 86501 Tumor de células de Leydig, SOE 90603 Disgerminoma 90613 Seminoma 90642 Neoplasia intratubular de células germinales 90643 Germinoma 90703 Carcinoma embrionario 90713 Tumor del saco vitelino 90801 Teratoma, SOE 90803 Teratoma inmaduro, SOE 90813 Teratocarcinoma 90853 Tumores malignos mixtos de células germinales 91003 Coriocarcinoma (no gestacional)

**XI - Outras neoplasias
epiteliais malignas y
melanomas malignos**

80102 Carcinoma in situ, SOE
 80203 Carcinoma indiferenciado, SOE
 80503 Carcinoma de papilífero, SOE
 80702 Carcinoma de células escamosas in situ, SOE
 80703 Carcinoma de células escamosas (CPB), SOE
 80723 CEC no queratinizante, SOE
 80772 Neoplasia intraepitelial escamosa, grado III
 80823 Carcinoma linfoepitelial
 80903 Carcinoma basocelular, SOE
 80913 Carcinoma basocelular superf. multifocal
 80923 Carcinoma basocelular infiltrativo, SOE
 80943 Carcinoma basoscamoso
 80953 Carcinoma metatípico
 80973 Carcinoma basocelular nodular
 81203 Carcinoma de células transitorias, SOE
 81402 Adenocarcinoma in situ, SOE
 81403 Adenocarcinoma, SOE
 81482 Neoplasia intraepitelial glandular, grado III
 82403 Tumor neuroendocrino
 82463 Carcinoma neuroendocrino, SOE
 82493 Tumor neuroendócrino, grado 2
 82603 Carcinoma de papilífero, SOE
 82903 Carcinoma oncocítico
 83103 Carcinoma de células claras, SOE
 83303 Carcinoma folicular, SOE
 83403 Carcinoma papilífero de la tiroides, variante folicular
 83413 Microcarcinoma papilífero de tiroides
 83433 Carcinoma de papilífero, encapsulado
 83503 Carcinoma papilífero esclerosante difuso tiroideo
 83703 Carcinoma de corteza suprarrenal
 84133 Adenocarcinoma écrino
 84303 Carcinoma mucoepidermoide
 84521 Tumor pseudopapilar sólido
 84523 Carcinoma pseudopapilar sólido
 84803 Adenocarcinoma mucinoso
 85003 Carcinoma ductal de infiltración, SOE
 85103 Carcinoma medular, SOE
 85503 Carcinoma de células acinares
 87202 Melanoma in situ
 87203 Melanoma maligno, SOE
 87213 Melanoma nodular
 87422 Lentigo maligno
 87443 Melanoma lentiginoso maligno de las extremidades
 87613 Melanoma asociado a nevo congénito

**XII - Otras neoplasias
malignas y no
especificadas**

80003 Neoplasia maligna
80023 Tumor maligno de células pequeñas
82463 Carcinoma neuroendocrino, SOE
89363 Tumor del estroma gastrointestinal
89733 Blastoma pleuropulmonar
97511 Histiocitosis de células de Langerhans, SOE
97521 Histiocitosis de células unifocales de Langerhans

* SOE, no hay otras especificaciones.

Tumores pediátricos

La Clasificación Internacional del Cáncer en la Infancia – Tercera Edición (CICI-3) es un sistema estandarizado desarrollado para organizar los tumores que afectan a los niños. La CICI-3 se distingue de la clasificación utilizada en adultos por priorizar las características celulares y morfológicas, mientras que en adultos, las clasificaciones se basan generalmente en el sitio de origen del tumor (Steliarova-Foucher, 2005).

Esta clasificación agrupa a los tumores pediátricos en 12 grupos principales, subdivididos en 47 subgrupos, con divisiones adicionales en algunos casos. El objetivo es estandarizar el lenguaje entre estudios epidemiológicos y registros de cáncer en diferentes países, permitiendo comparaciones internacionales consistentes, algo esencial, ya que los tumores pediátricos son relativamente raros (Steliarova-Foucher, 2005).

A continuación, presentamos un resumen de los 12 grupos principales de la CICI-3, con puntos destacados y, siempre que sea posible, datos del contexto brasileño (INCA, 2025) y basados en el Manual de Oncología para no oncólogos del A.C. Camargo Cancer Center (2025):

I. Leucemias, enfermedades mieloproliferativas y enfermedades mielodisplásicas

Las neoplasias hematológicas pediátricas incluyen leucemia linfoblástica, leucemia mieloide, neoplasias mieloides crónicas y neoplasias mielodisplásicas.

- Leucemia Linfoblástica (LLA): es la más común en la infancia, representando alrededor del 30% de todos los cánceres pediátricos, más a menudo en niños entre 2 y 5 años de edad, y más común en niños. En Brasil, se estima que hay 3.000 nuevos casos al año.
- La Leucemia Mieloide Aguda (LMA): corresponde al 15-20% de la leucemia aguda en la infancia. Los niños tienen mejores resultados terapéuticos que los adultos.

II. Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales

Los linfomas son la tercera neoplasia maligna más frecuente en la infancia, detrás solo de la leucemia y los tumores del Sistema Nervioso Central. Representan entre el 10 y el 15% de los cánceres pediátricos y se dividen en:

- Linfoma de Hodgkin: más frecuente en adolescentes, generalmente con evolución lenta y buen pronóstico.
- Linfomas no Hodgkin (incluyendo linfoma de Burkitt): predominan en niños pequeños, con un comportamiento más agresivo y que requieren tratamiento intensivo.

En Brasil, se producen anualmente alrededor de 500 nuevos casos en niños y adolescentes.

El tratamiento se basa en la quimioterapia combinada y puede incluir radioterapia y terapias objetivo e inmunoterapia (linfomas recidivantes o refractarios). El pronóstico es generalmente favorable, especialmente en el linfoma de Hodgkin.

III. Sistema Nervioso Central (SNC), neoplasias intracraneales y intraespinales

Los tumores cerebrales representan alrededor del 20% de las neoplasias pediátricas. Pueden ocurrir en cualquier región del SNC, pero son más frecuentes en el cerebelo y el tronco encefálico en niños pequeños, mientras que los tumores supratemporales predominan en adolescentes. **Los tipos más comunes de tumores en este grupo son:** meduloblastoma, ependimoma, astrocitoma y tumores del tronco encefálico. Los síntomas varían según la ubicación: dolor de cabeza, vómitos, alteraciones visuales, déficits motores o cognitivos y convulsiones. El tratamiento combina cirugía, radioterapia y quimioterapia, según tipo y ubicación.

IV. Neuroblastoma y otros tumores de células neurales periféricas

El neuroblastoma es el tumor sólido extracraneal más común en la infancia, responsable del 8-10% de los cánceres pediátricos, afectando principalmente a niños menores de 5 años.

Este tipo de cáncer generalmente surge en las glándulas suprarrenales y puede causar agrandamiento abdominal. En casos avanzados, puede haber pérdida de peso, fiebre, dolor óseo e irritabilidad. En Brasil, se estima que anualmente ocurren 400 nuevos casos. El tratamiento del neuroblastoma depende del estado estadio y el riesgo, y puede incluir cirugía, quimioterapia, radioterapia y, en casos seleccionados, inmunoterapia.

V. Retinoblastoma

El retinoblastoma es un tumor intraocular maligno más frecuente en la infancia, que se origina en las células de la retina y afecta la visión en uno o ambos ojos, generalmente diagnosticado antes de los 5 años de edad. Puede ocurrir de manera hereditaria: 25-30% (bilateral o multifocal) o esporádico 70-75% (generalmente unilateral).

El tratamiento de este tipo de cáncer incluye quimioterapia sistémica o intraarterial, láser, crioterapia, radioterapia y, en casos avanzados, enucleación.

VI. Tumores renales

Entre los tumores renales, el tumor de Wilms, o nefroblastoma, es el tipo más común, especialmente en niños menores de 5 años, representando alrededor del 6% de los cánceres infantiles, y puede afectar uno o ambos riñones.

En Brasil, se estima que anualmente ocurren unos 400 nuevos casos. Presenta alta tasa de curación cuando se diagnostica temprano. El tratamiento consiste en una combinación de cirugía, quimioterapia y, en algunos casos, radioterapia.

II. Tumores hepáticos

El hepatoblastoma es el más frecuente en la infancia entre los tumores hepáticos, predominando antes de los 3 años y más frecuente en los niños varones.

Actualmente, entre el 70 y el 80% de los niños pueden curarse, gracias a los avances en imágenes, cirugía (incluido el trasplante de hígado) y quimioterapia.

VIII. Tumores óseos malignos

Los principales tipos de tumores óseos malignos son el osteosarcoma y el sarcoma de Ewing.

El osteosarcoma es el más frecuente en la infancia y la adolescencia, asociado con dolor local y alteraciones óseas, generalmente en miembros inferiores, los cambios en la marcha son una de las principales quejas.

El sarcoma de Ewing es el segundo tumor óseo más común en los niños (3% de los tumores pediátricos) y puede afectar los huesos y las partes blandas.

En Brasil, se estima que hay 450 nuevos casos de osteosarcoma por año y 200–250 de sarcoma de Ewing.

IX. Tumores de partes blandas y otros sarcomas extraóseos

Los tumores de partes blandas y los sarcomas extraóseos son tumores malignos originados en tejidos mesenquimales como los músculos, la grasa, los vasos sanguíneos y el tejido conectivo.

En la infancia, el tipo más común de sarcomas de partes blandas es el rabdomiosarcoma, que corresponde al 4 al 5% de los tumores malignos pediátricos.

Los avances terapéuticos han mejorado significativamente las tasas de supervivencia de este tipo de cáncer

X. Tumores de células germinales, tumores trofoblásticos y neoplasias gonadales

Los tumores de células germinales (GCG) son neoplasias benignas o malignas originadas en células germinales, que dan lugar a gametos (óvulos y espermatozoides). Pueden aparecer en los ovarios o los testículos, o fuera de ellos (extragonadales), como en la región sacrococcígea, el retroperitoneo, el mediastino y el sistema nervioso central. Los TCG representan aproximadamente el 3% de los tumores malignos pediátricos.

XI. Otras neoplasias epiteliales malignas y melanomas malignos

Según la CICI-3, este grupo incluye tumores de cinco subgrupos distintos, tales como:

- Carcinoma de tiroides: el tumor endocrino más común en la adolescencia, especialmente en niñas.
- Carcinoma adrenocortical.
- Carcinomas nasofaríngeos.
- Melanomas malignos: tipo de cáncer de piel más agresivo. Aunque es raro en los niños, merece atención por el comportamiento agresivo.
- Carcinomas de piel: cáncer de piel no melanoma, incluyendo carcinomas basocelular y escamoso de la piel.

XII. Otras neoplasias malignas y no especificadas

En este grupo, se incluyen todas las neoplasias malignas que no se clasificaron en los grupos anteriores.

Resultados CR de Tumores Pediátricos

5.1. Resultados descriptivos

De enero de 2000 a diciembre de 2023, el Registro Hospitalario de Cáncer de A.C. Camargo Cancer Center informó cerca de 123 nuevos casos de cáncer analítico (sin tratamiento oncológico previo) para todos los tipos de cáncer, incluyendo múltiples casos de cáncer de piel no melanoma.

El CR de los tumores pediátricos representa el 1,6% (1.910 casos) de los nuevos casos tratados en A.C. Camargo Cancer Center entre 2000 y 2023, reforzando la rareza de este grupo de tumores (Figura 2).

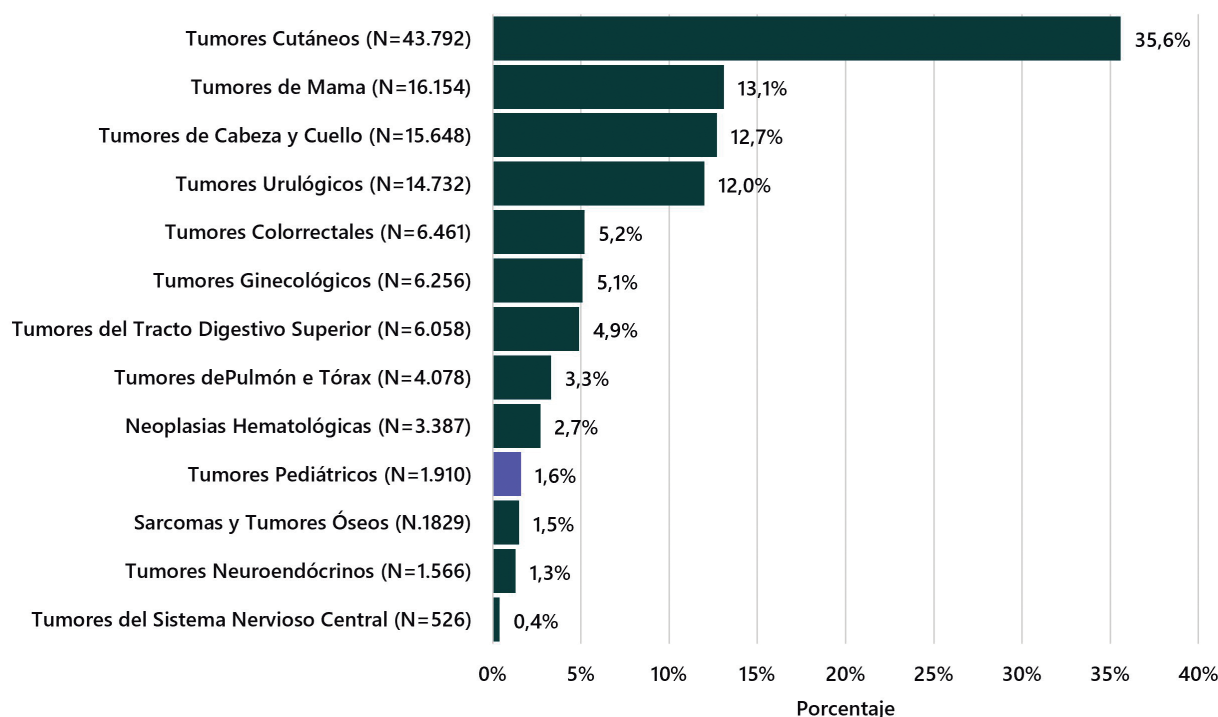


Gráfico 2. Distribución proporcional de los 123.178 nuevos casos de cáncer por Centro de Referencia, RHC/A.C. Camargo Cancer Center, 2000 a 2023

Los tumores pediátricos representan menos del 2% del total de casos a lo largo del tiempo. El número de nuevos casos de tumores pediátricos varió de 175 casos (2000) a 54 casos (2023), un promedio de 79 casos por año en la institución (Figura 3).

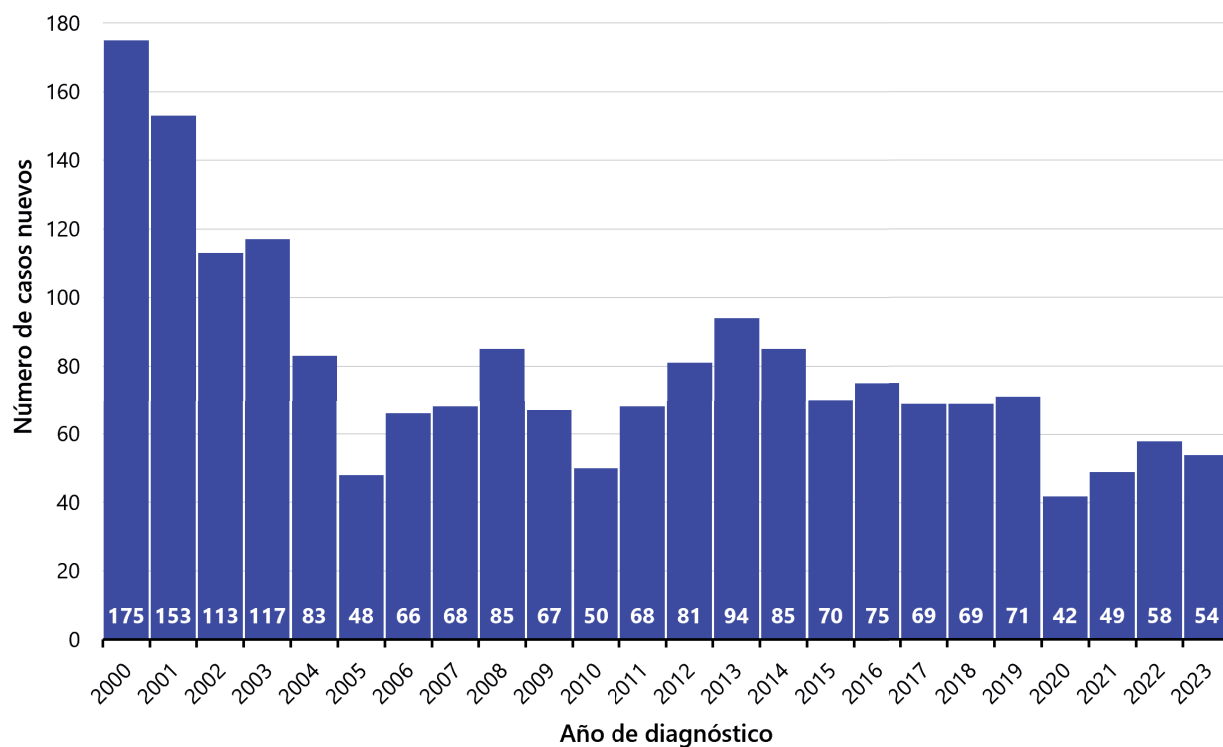


Gráfico 3. Distribuição do número de novos casos de câncer pediátrico por ano de diagnóstico, RHC/A.C.Camargo Cancer Center, 2000 a 2023.

El número de nuevos casos tratados (tumores únicos o múltiples) tratados por el SUS se redujo con el tiempo, con estabilidad en el número de casos tratados con planes de salud o privados (no SUS) (Figura 4).

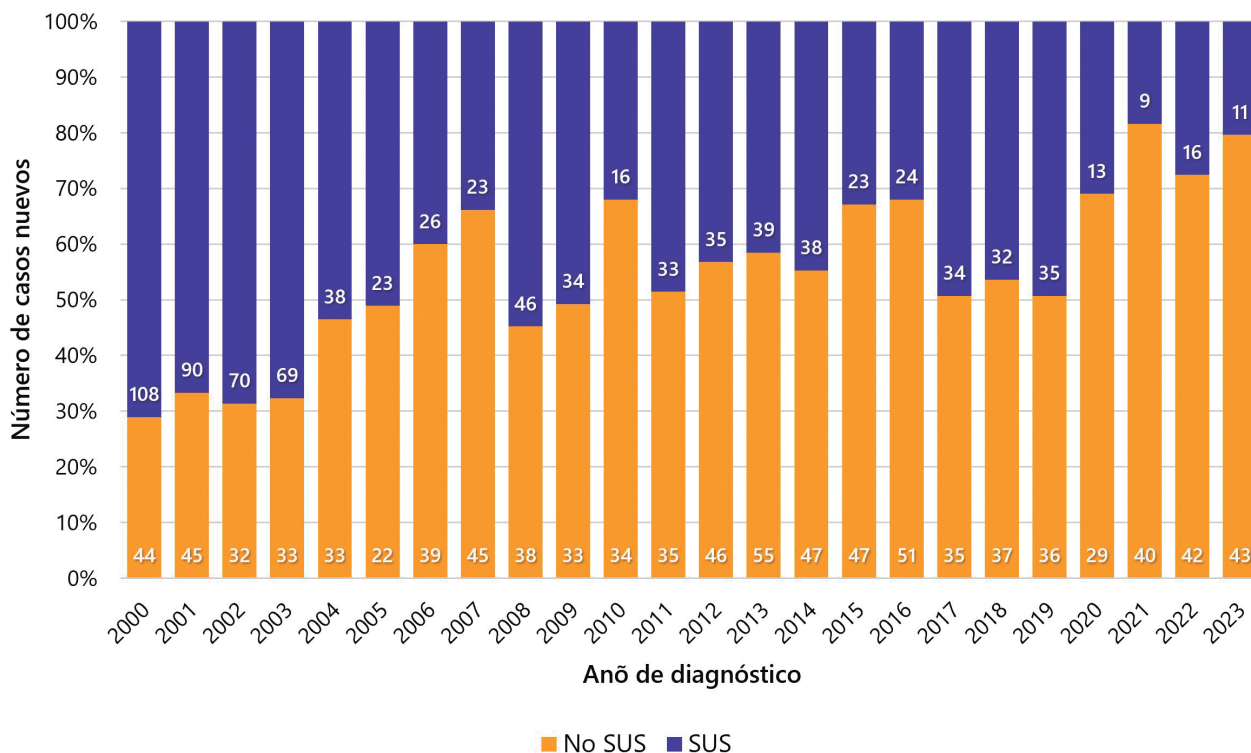


Gráfico 4. Distribuição do número de casos novos de câncer pediátrico por ano de diagnóstico e categoria de atenção, RHC/A.C.Camargo Cancer Center, 2000 a 2023.

Los tumores pediátricos presentan una distribución del 50,7% de los casos en niños y del 49,3% en niñas (Figura 5).

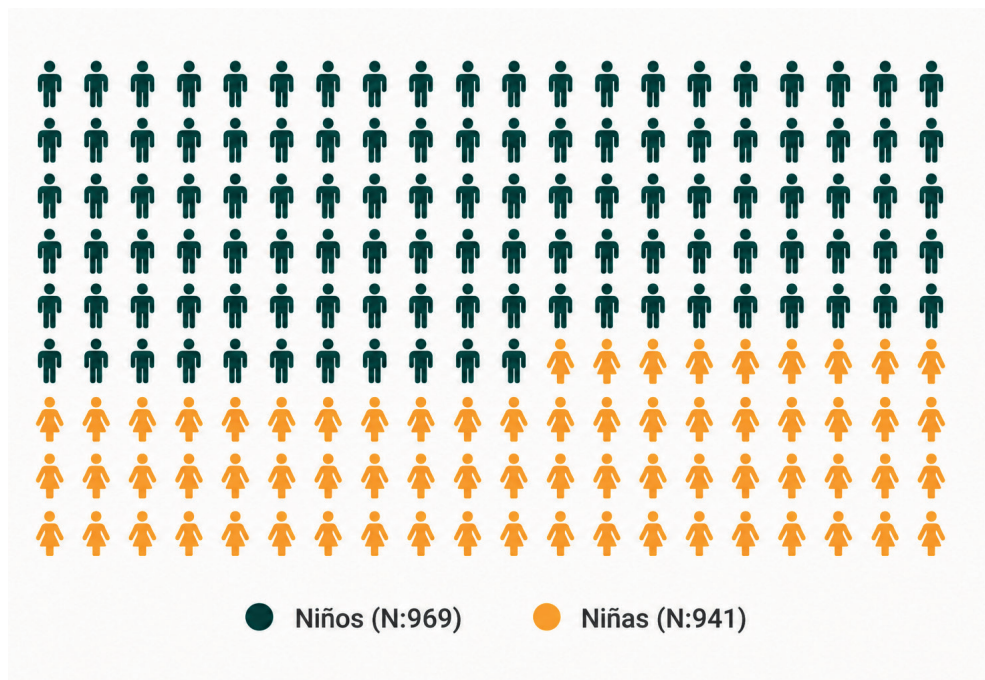


Gráfico 5. Distribución del número de casos nuevos de cáncer pediátrico por sexo, RHC/A.C.Camargo Cancer Center, 2000 a 2023.

La mayoría de los casos se produjo en el grupo de edad de 5 a 14 años para los niños (41%) y las niñas (38%), seguido por el grupo de edad de 0 a 4 años con distribución igual en ambos sexos (34%) y una proporción menor en adolescentes entre 15 y 18 años (figura 6).

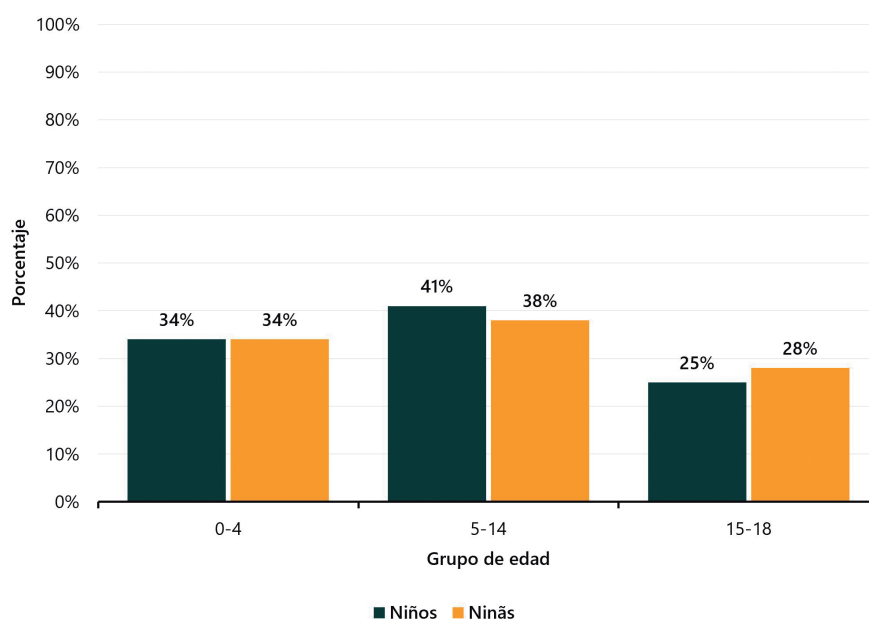


Gráfico 6. Distribución de 1.910 nuevos cánceres pediátricos por sexo, RHC/A.C.Camargo Cancer Center, 2000 a 2023.

El grupo de neoplasias malignas epiteliales (grupo XI) representó el 18% de los casos, seguido de los tumores hematológicos: 13% de leucemia (grupo I) y linfomas (grupo II) (figura 7). Entre los 344 casos del grupo XI, 152 casos (44%) fueron cáncer de piel (melanoma y no melanoma), 117 casos (34%) de cáncer de tiroides y 75 otros cánceres epiteliales (22%).

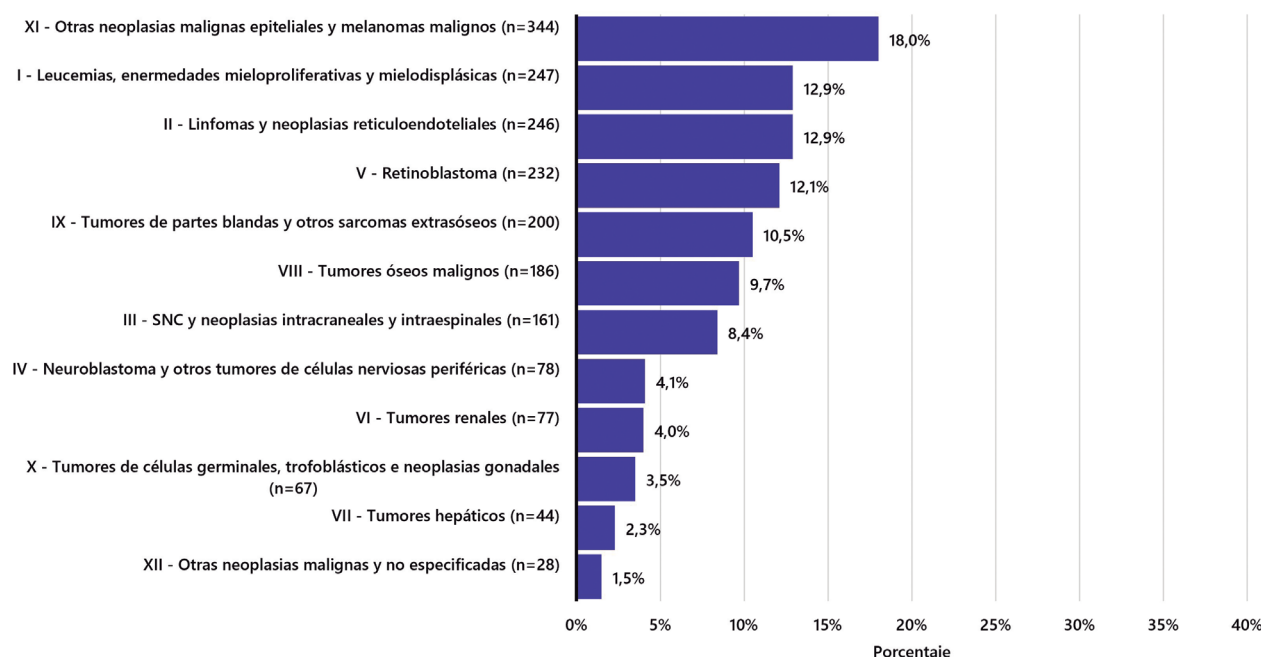


Gráfico 7. Distribución de los 1.910 nuevos casos de cánceres pediátricos por grupo según la Clasificación Internacional de Cáncer en la Infancia, Tercera Edición (CICI-3), RHC/A.C.Camargo Cancer Center, 2000 a 2023.

En la Tabla 1 se describen los grupos de tumores pediátricos por grupo de edad. Y en la Tabla 2 los grupos de tumores pediátricos por edad y sexo.

Tabla 1. Distribución de nuevos casos de tumores pediátricos, por grupo de edad, según los grupos de la CICI-3, de 2000 a 2023, RHC/A.C.Camargo Cancer Center.

Clasificación Internacional del Cáncer Infantil (CICI-3)	Total			
	0-4 n (%)	5-14 n (%)	15-18 n (%)	Total n (%)
I- Leucemias, enfermedades mielodisplásicas y enfermedades mielodisplásicas	101 (40,9)	109 (44,1)	37 (15,0)	247 (100,0)
II - Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales	34 (13,8)	116 (47,2)	96 (39,0)	246 (100,0)
III - SNC, neoplasias intracraneales y intra-espinales	41 (25,5)	96 (59,6)	24 (14,9)	161 (100,0)
IV - Neuroblastoma y otros tumores de células nerviosas periféricas	57 (73,1)	17 (21,8)	4 (5,1)	78 (100,0)
V - Retinoblastoma	225 (97,0)	7 (3,0)	-	200 (100,0)
VI-Tumores renales	50 (64,9)	25 (32,5)	2 (2,6)	232 (100,0)
VII - Tumores hepáticos	28 (63,6)	14 (31,8)	2 (4,5)	77 (100,0)
VIII - Tumores óseos malignos	9 (4,8)	111 (59,7)	66 (35,5)	44 (100,0)
IX - Tumores de partes blandas y otros sarcomas extraóseos	69 (34,5)	75 (37,5)	56 (28,0)	186 (100,0)
X - Tumores de Células Germinales, Tumores Trofoblásticos y Neoplasias Gonadales	15 (22,4)	24 (35,8)	28 (41,8)	67 (100,0)
XI - Otras neoplasias epiteliales malignas y melanomas malignos	14 (4,1)	148 (43,0)	182 (52,9)	344 (100,0)
XII - Otras neoplasias malignas y no especificadas	7 (25,0)	16 (57,1)	5 (17,9)	28 (100,0)

CICI-3, Clasificación Internacional del Cáncer Infantil - 3º edición: RHC, Registro Hospitalario de Cáncer: SNC, Sistema Nervioso Central

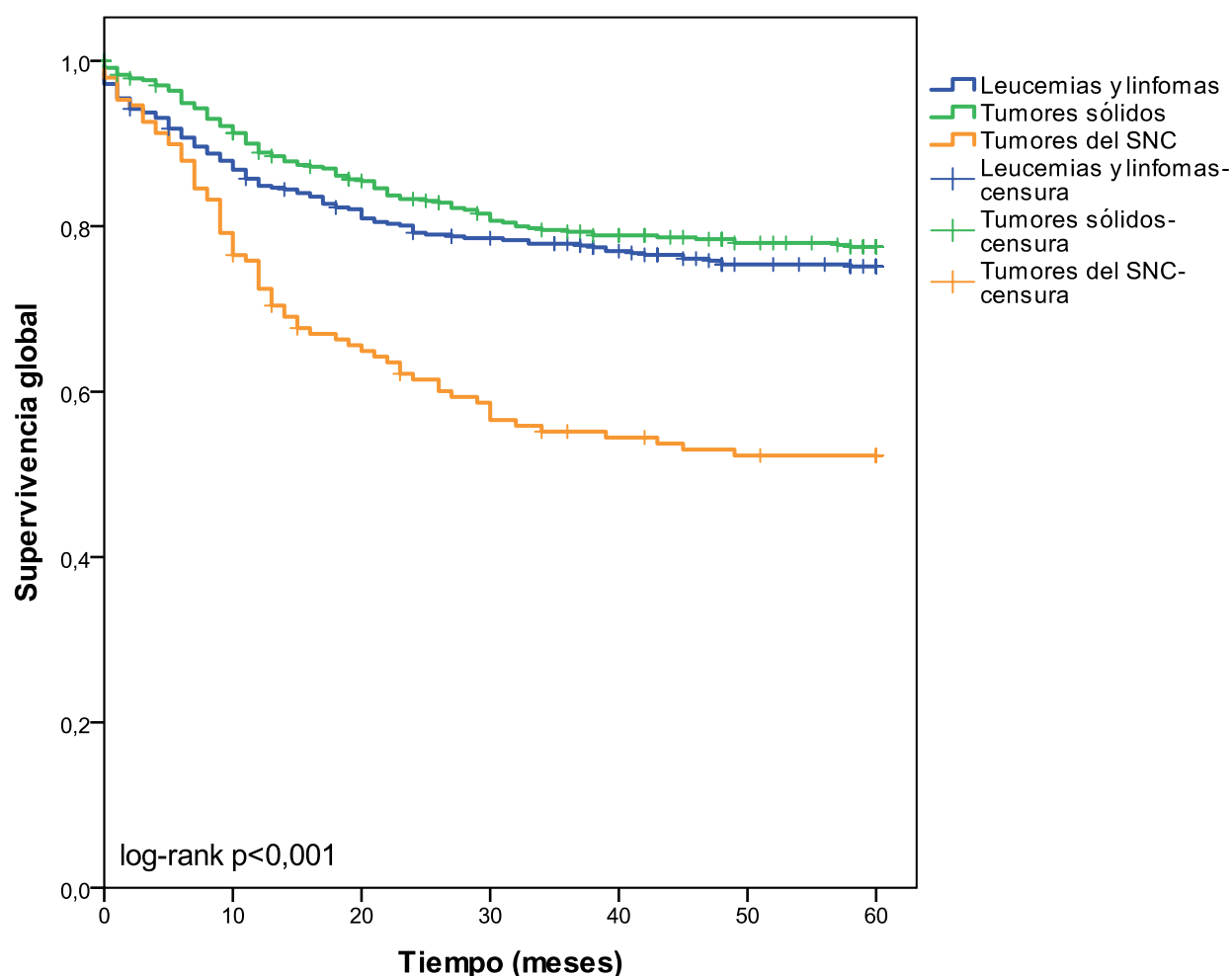
Tabla 2. Distribución de los casos de cánceres pediátricos por sexo y grupo de edad según la CICI-3, de 2000 a 2023, RHC/A.C.Camargo Cancer Center.

Clasificación Internacional del Cáncer Infantil (CICI-3)	Niños				Niñas			
	0-4 n (%)	5-14 n (%)	15-18 n (%)	Total n (%)	0-4 n (%)	5-14 n (%)	15-18 n (%)	Total n (%)
I-Leucemias, enfermedades mieloproliferativas y enfermedades mielodisplásicas	57 (42,7)	55 (41,1)	21 (15,8)	133 (100,0)	44 (38,6)	54 (47,4)	16 (14,0)	114 (100,0)
II-Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales	19 (12,2)	82 (52,6)	55 (35,3)	156 (100,0)	15 (16,7)	34 (37,8)	41 (45,6)	90 (100,0)
III-SN, neoplasias intracraniales e intra-espinales	19 (23,8)	52 (65,0)	9 (11,3)	80 (100,0)	22 (27,2)	44 (54,3)	15 (18,5)	81 (100,0)
IV-Neuroblastoma y otros tumores de células nerviosas periféricas	26 (70,3)	8 (21,6)	3 (8,1)	37 (100,0)	31 (75,6)	9 (22,0)	1 (2,4)	41 (100,0)
V-Retinoblastoma	116 (97,5)	3 (2,5)	-	119 (100,0)	109 (96,5)	4 (3,5)	-	113 (100,0)
VI-Tumores renales	17 (63,0)	10 (37,0)	-	27 (100,0)	33 (66,0)	15 (30,0)	2 (4,0)	50 (100,0)
VII-Tumores hepáticos	22 (75,9)	6 (20,7)	1 (3,4)	29 (100,0)	6 (40,0)	8 (53,3)	1 (6,7)	15 (100,0)
VIII- Tumores óseos malignos	6 (5,5)	64 (58,2)	40 (36,4)	110 (100,0)	3 (3,9)	47 (61,8)	26 (34,2)	76 (100,0)
IX- Tumores de partes blandas y otros sarcomas extraóseos	33 (34,4)	35 (36,5)	28 (29,2)	96 (100,0)	36 (34,6)	40 (38,5)	28 (26,9)	104 (100,0)
X-Tumores de Células Germinales, Tumores Trofoblásticos y Neoplasias Gonadales	6 (20,7)	6 (20,7)	17 (58,6)	29 (100,0)	9 (23,7)	18 (47,4)	11 (28,9)	38 (100,0)
XI-Otras neoplasias malignas epiteliales y melanomas malignos	5 (3,6)	68 (49,3)	65 (47,1)	138 (100,0)	9 (4,4)	80 (38,8)	117 (56,8)	206 (100,0)
XII-Otras neoplasias malignas y no especificadas	2 (13,3)	9 (60,0)	4 (26,7)	15 (100,0)	5 (38,5)	7 (53,8)	1 (7,7)	13 (100,0)

CICI-3. Clasificación Internacional del Cáncer Infantil -3º edición; RHC, Registro Hospitalario de Cáncer, SNC, Sistema Nervioso Central

5.2. Resultados de supervivencia

Los resultados de supervivencia global en 5 años fueron del 77,5% para tumores sólidos, 75,1% para leucemias y linfomas y 52,3% para tumores del sistema nervioso central (SNC) (Figura 8).

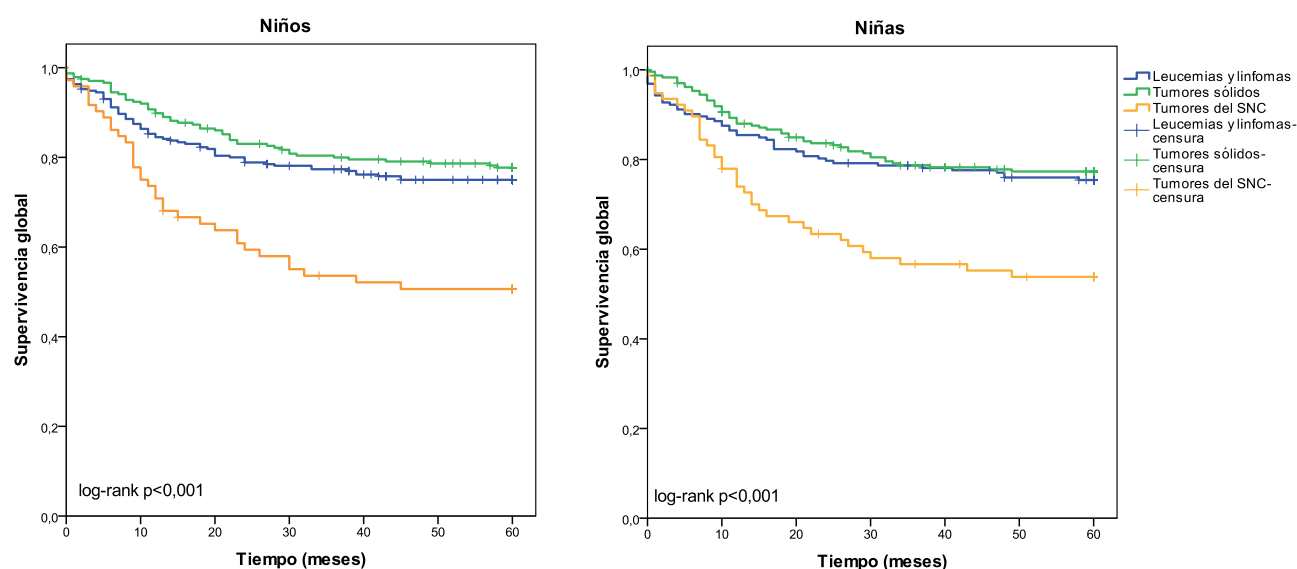


Tumores pediátricos	Muertes/N	Probabilidad de supervivencia global (%)		
		1 año	3 años	5 años
Leucemias y linfomas	114/465	84,9	77,9	75,1
Tumores sólidos	104/474	88,9	79,3	77,5
Tumores del SNC	70/149	72,4	55,2	52,3

N, número de casos registrados en el período, según tipo de tumor.

Gráfico 8. Probabilidad de supervivencia global estimada en 5 años para grupos específicos de tumores pediátricos entre 2000 y 2019, RHC/A.C.Camargo Cancer Center.

La supervivencia global en 5 años para leucemia y linfomas (75,0% versus 75,4%), tumores sólidos (77,7% versus 77,3%) y tumores del SNC (50,6% versus 53,8%) fue similar entre niños y niñas (figura 9).



Tumores pediátricos	Probabilidad de supervivencia global (%)			
	Muertes/N	1 año	3 años	5 años
Niños				
Leucemias y linfomas	67/272	84,5	77,3	75,0
Tumores sólidos	52/237	89,8	80,0	77,7
Tumores del SNC	35/72	70,8	53,6	50,6
Niñas				
Leucemias y linfomas	47/193	85,4	78,7	75,4
Tumores sólidos	52/237	88,0	78,7	77,3
Tumores del SNC	35/77	74,0	56,7	53,8

N, número de casos registrados en el período, según tipo de tumor.

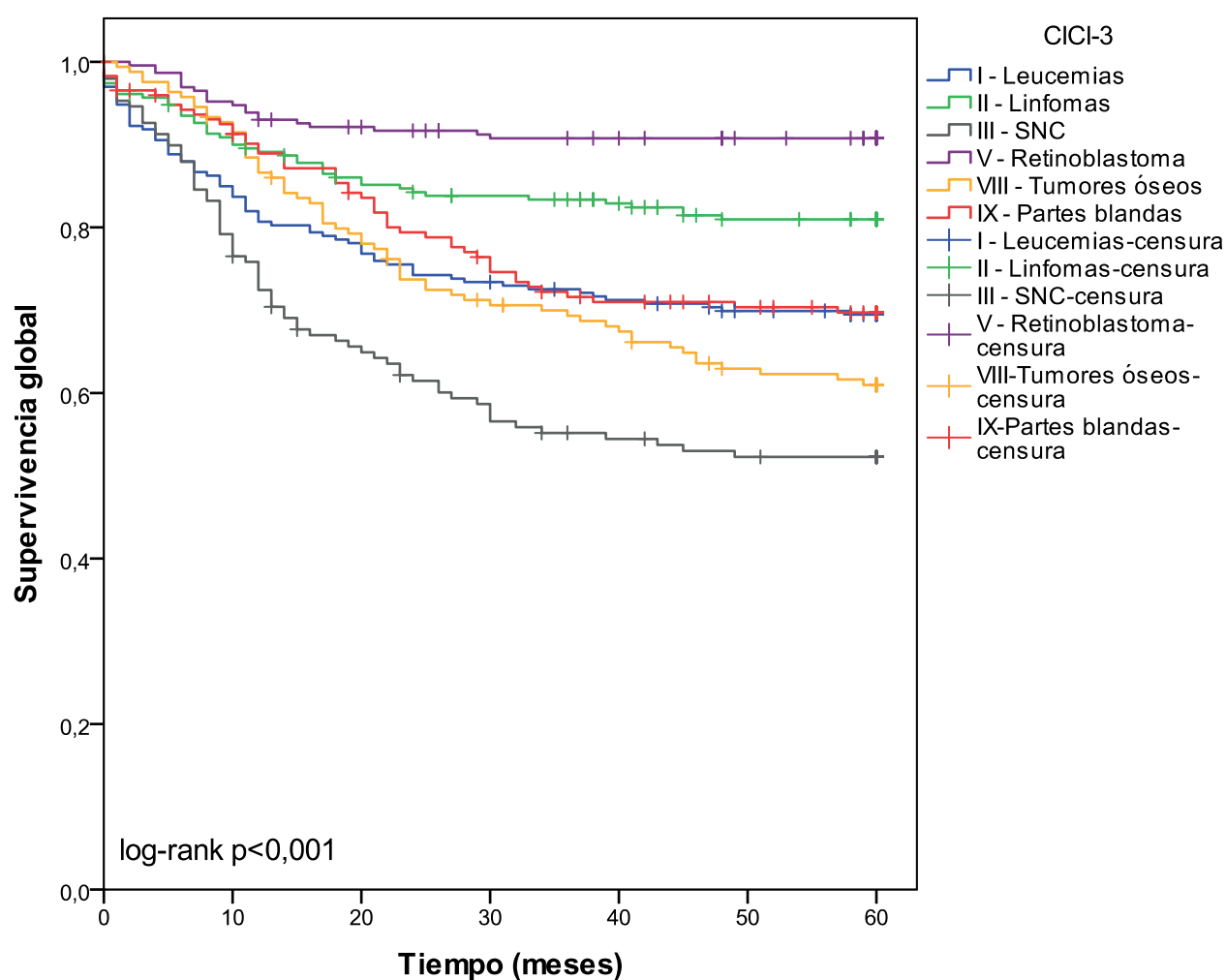
Gráfico 9. Probabilidad de supervivencia global estimada en 5 años para grupos específicos de tumores pediátricos para niños y niñas entre 2000 y 2019, RHC/A.C.Camargo Cancer Center.

Los mejores resultados en la supervivencia global entre los doce grupos principales de CICI-3 se observaron para retinoblastoma (grupo V) con supervivencia del 90,8% en 5 años, 86,8%, seguidos de los linfomas (81,0%, grupo II), partes blandas (69,7%, grupo IX) y leucemia (69,5%, grupo I), excluyendo las neoplasias malignas epiteliales y los melanomas malignos (grupo XI) (Tabla 3, Figura 10).

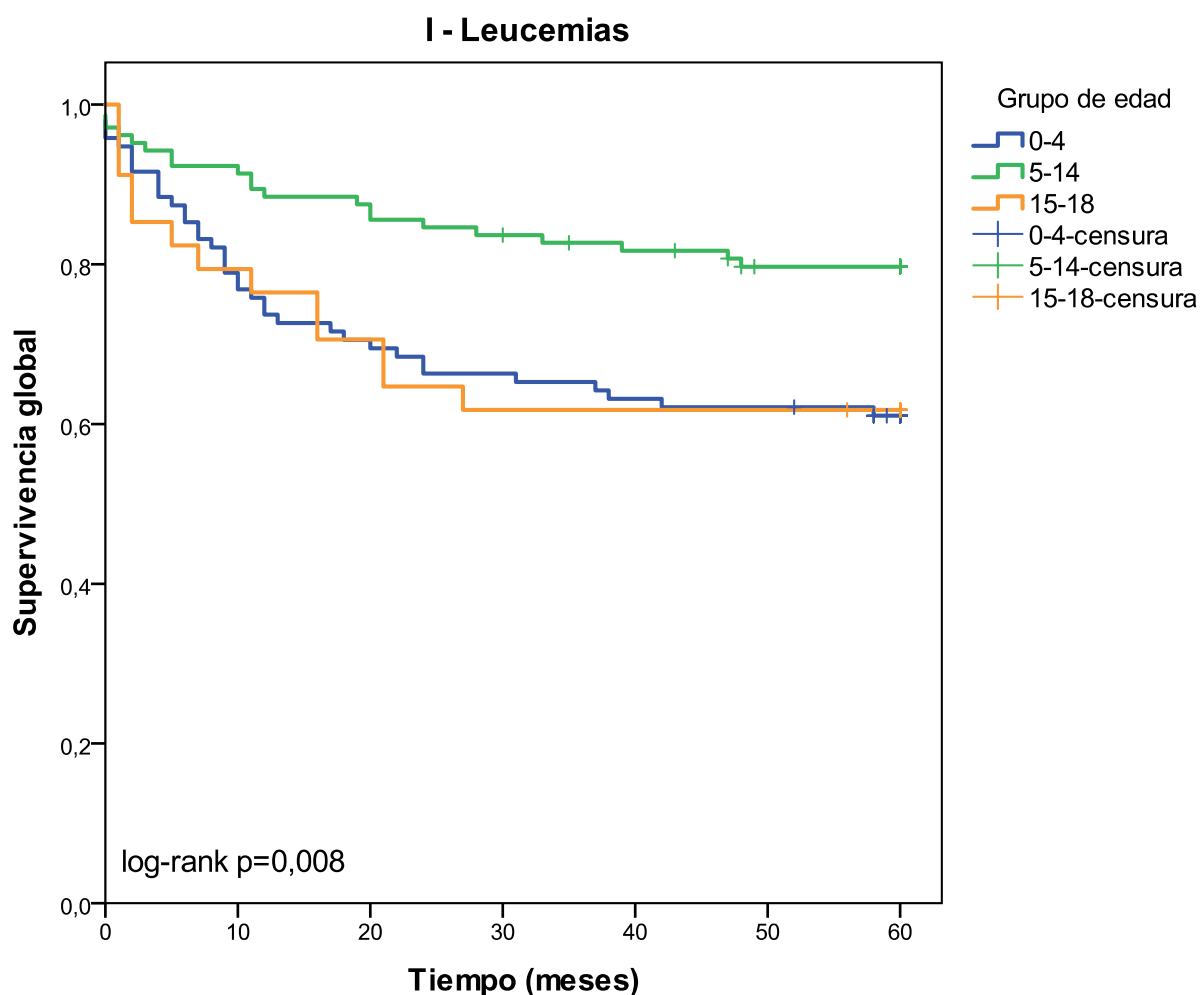
Tabla 3. Probabilidad de supervivencia global estimada de 1, 3 y 5 años para cánceres pediátricos por grupo de la Clasificación Internacional de Cáncer en la Infancia, tercera edición (CICI-3), entre 2000 y 2019, RHC/A.C.Camargo Cancer Center.

Clasificación Internacional del Cáncer en la Infancia (CICI-3)	Probabilidad de supervivencia global (%)			
	Muertes/N	1 año	3 años	5 años
I - Leucemias, enfermedades mieloproliferativas y enfermedades mielodisplásicas	71/233	80,7	72,5	69,5
II - Linfomas y neoplasias reticuloendoteliales	43/232	89,1	83,4	81,0
III - SNC, neoplasias intracraniales y intra-espinales	70/149	72,4	55,2	52,3
IV - Neuroblastoma y otros tumores de células nerviosas periféricas	32/70	75,4	60,1	53,1
V - Retinoblastoma	21/229	93,0	90,8	90,8
VI - Tumores renales	10/71	91,5	87,1	85,6
VII - Tumores hepáticos	16/39	71,6	61,0	57,8
VIII - Tumores óseos malignos	63/165	86,6	69,3	61,0
IX - Tumores de partes blandas y otros sarcomas extra-óseos	51/175	88,9	71,6	69,7
X - Tumores de células germinales, tumores trofoblásticos y neoplasias gonadales	7/56	92,7	86,8	86,8
XI - Otras neoplasias epiteliales malignas y melanomas malignos	17/263	95,3	94,1	93,1
XII - Otras neoplasias malignas y no especificadas	4/25	84,0	84,0	84,0

CICI-3, Clasificación Internacional del Cáncer Infantil – Edición 3ª; RHC, Registro Hospitalario de Cáncer, SNC, Sistema Nervioso Central.



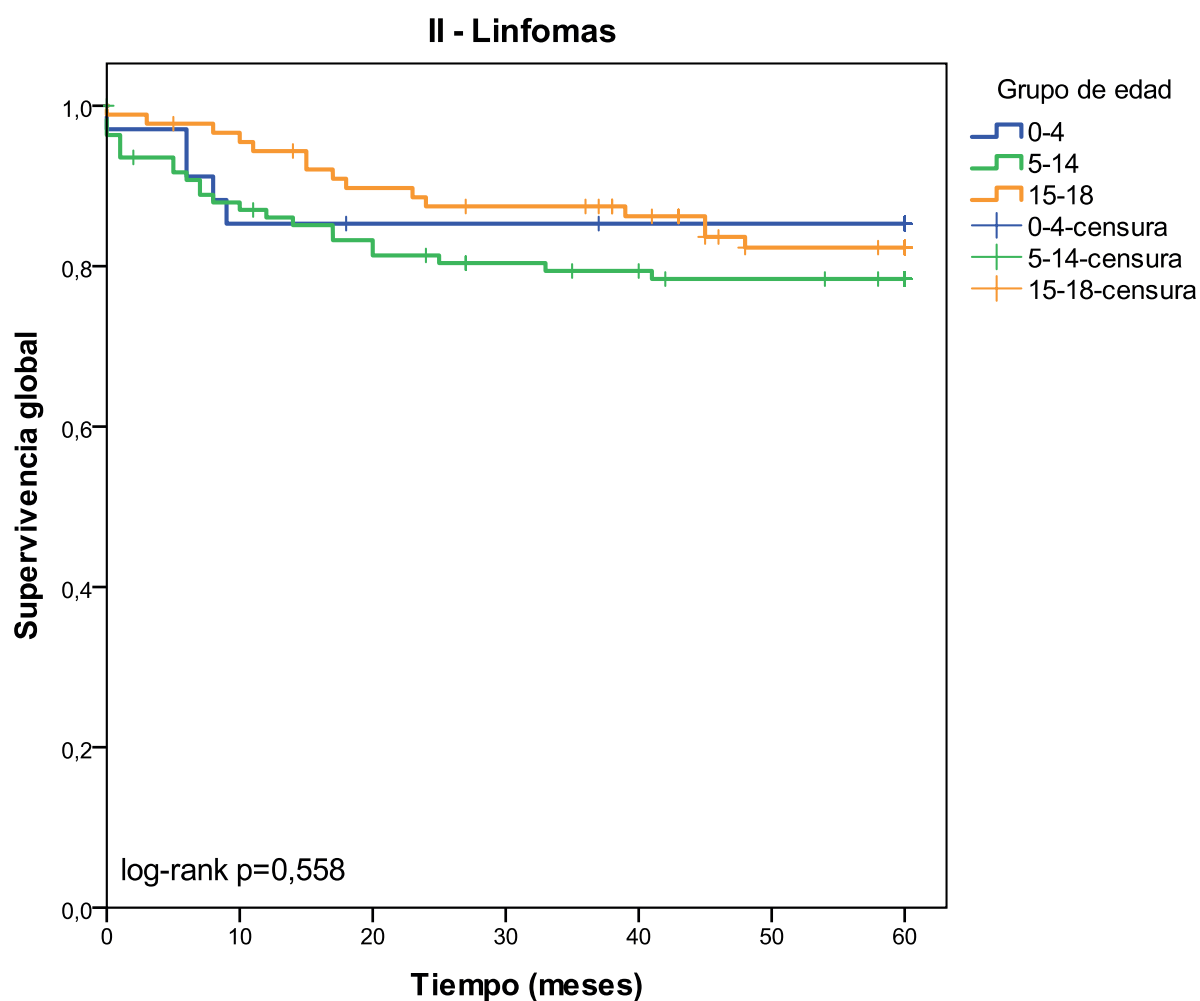
En el análisis de la supervivencia por grupo y grupo de edad en ambos sexos, la probabilidad de supervivencia global en 5 años para leucemia fue similar entre los grupos de edad de 0-4 y 15-18 años (61,0% y 61,8%, respectivamente) y mejor para el grupo de edad de 5-14 años (79,7%, figura 11).



Grupo de edad - grupo I	Probabilidad de supervivencia global (%)			
	Muertes/N	1 año	3 años	5 años
0-4 años	37/95	75,8	65,3	61,0
5-14 años	21/104	88,5	82,7	79,7
15-18 años	13/34	76,5	61,8	61,8

Gráfico 11. Probabilidad de supervivencia global estimada en 5 años para la leucemia (grupo I, Clasificación Internacional del Cáncer en la Infancia, Tercera Edición – CICI-3) entre 2000 y 2019, RHC/A.C.Camargo Cancer Center.

La supervivencia global en 5 años para los linfomas fue del 85,3% 0-4 años, 78,4% 5-14 años y 86,2% 15-18 años (Figura 12).

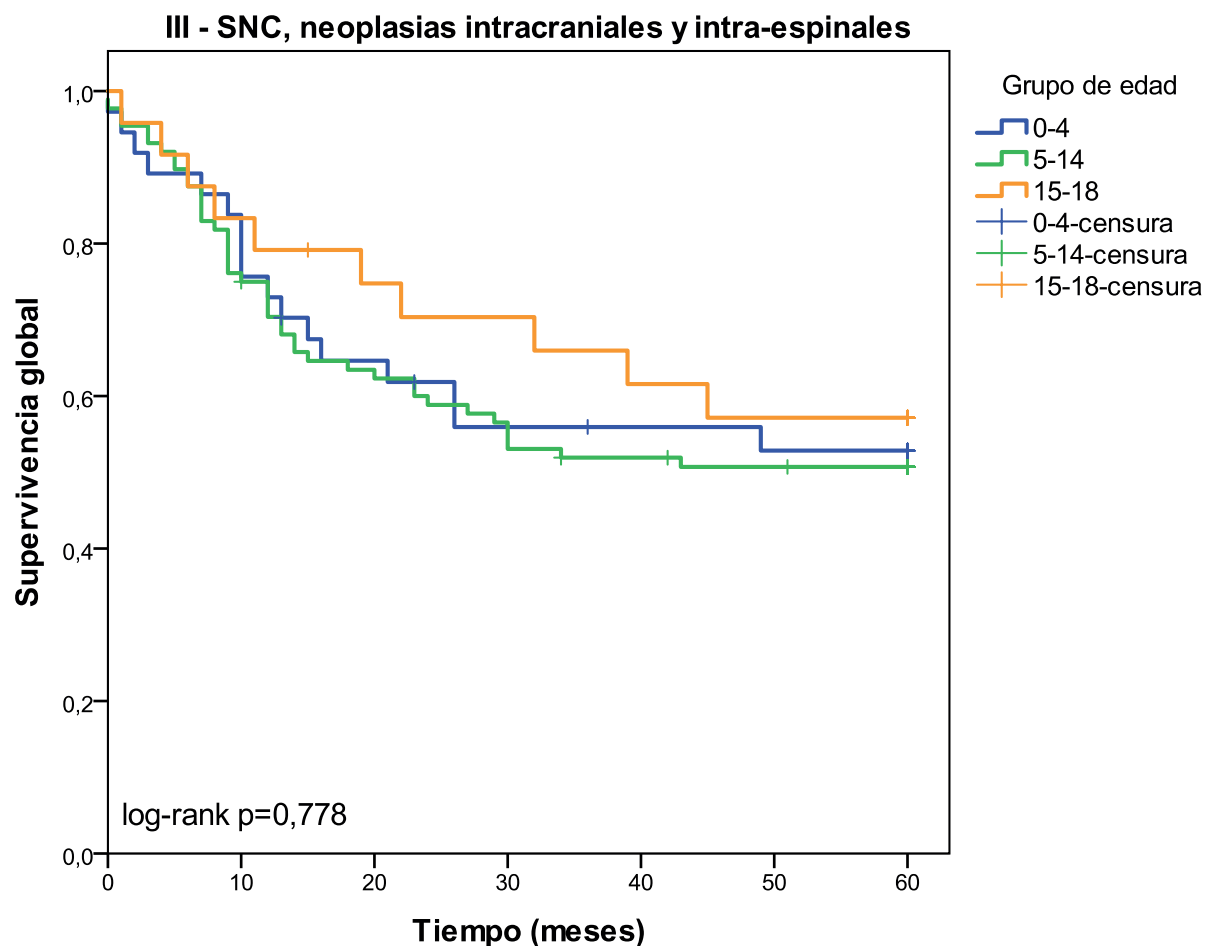


Grupo de edad - grupo II	Probabilidad de supervivencia global (%)			
	Muertes/N	1 año	3 años	5 años
0-4 años	5/34	85,3	85,3	85,3
5-14 años	23/109	86,1	79,4	78,4
15-18 años	15/89	94,3	87,4	86,2

N, número de casos registrados en el período, según grupo de edad.

Gráfico 12. Probabilidad de supervivencia global estimada en 5 años para los linfomas (grupo II, Clasificación Internacional del Cáncer en la Infancia, tercera edición – CICI3) entre 2000 y 2019, RHC/A.C.Camargo Cancer Center.

Para los tumores del SNC, la supervivencia global a los 5 años fue similar entre los grupos de edad: 52,8% de 0-4 años, 50,7% de 5-14 años y 57,2% de 15-18 años (Figura 13).

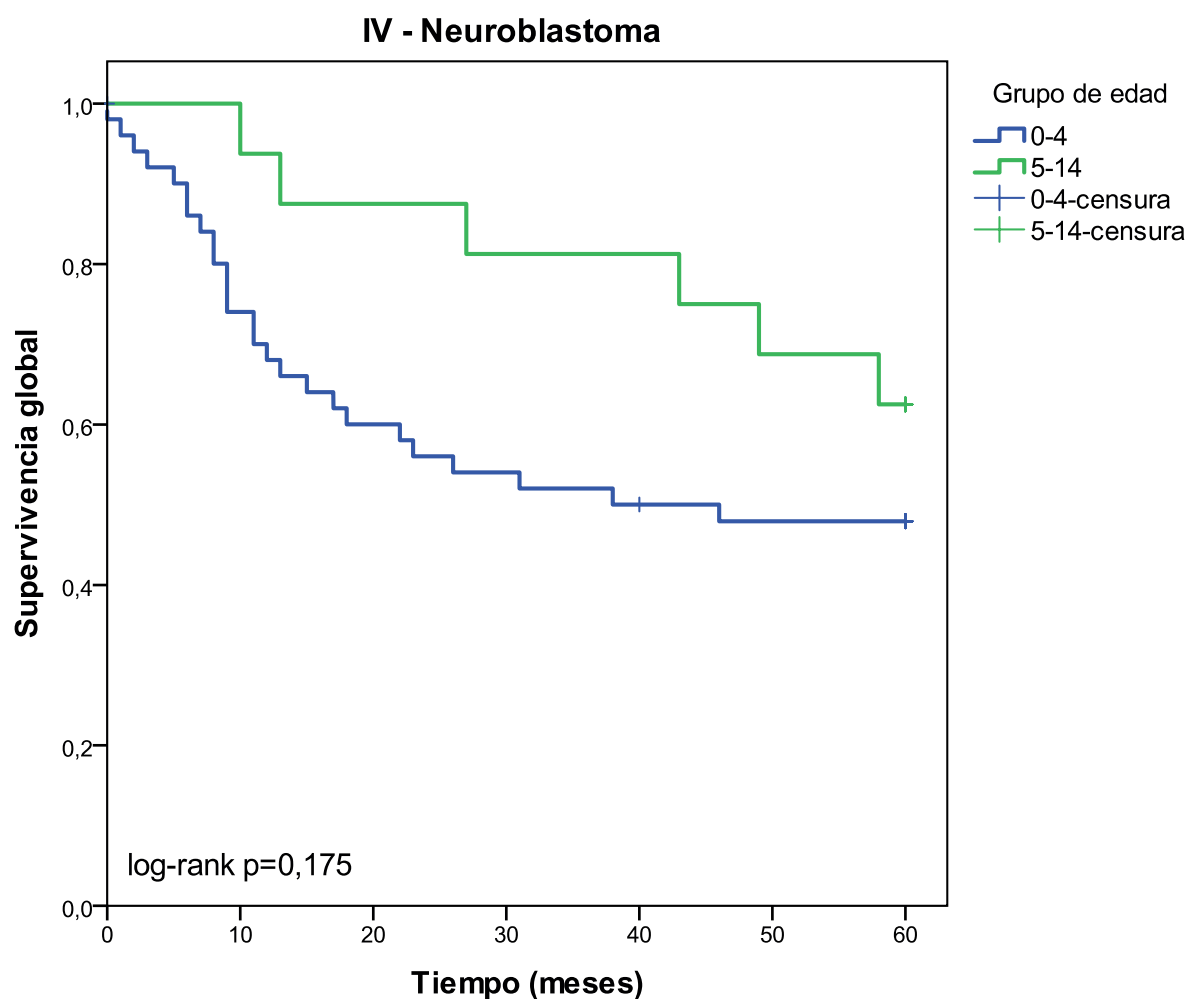


Grupo de edad - grupo III	Probabilidad de supervivencia global (%)			
	Muertes/N	1 año	3 años	5 años
0-4 años	17/37	73,0	55,9	52,8
5-14 años	43/88	70,4	51,9	50,7
15-18 años	10/24	79,2	66,0	57

N, número de casos registrados en el período, según grupo de edad.

Gráfico 13. Probabilidad de supervivencia global estimada en 5 años para tumores del sistema nervioso central (SNC) (grupo III, Clasificación Internacional del Cáncer en la Infancia, tercera edición – CICI3) entre 2000 y 2019, RHC/A.C.Camargo Cancer Center.

Para los neuroblastomas, la supervivencia global en 5 años fue del 47,9% de 0-4 años y del 62,5% de 5-14 años en el período de 2000 a 2019 (Figura 14).

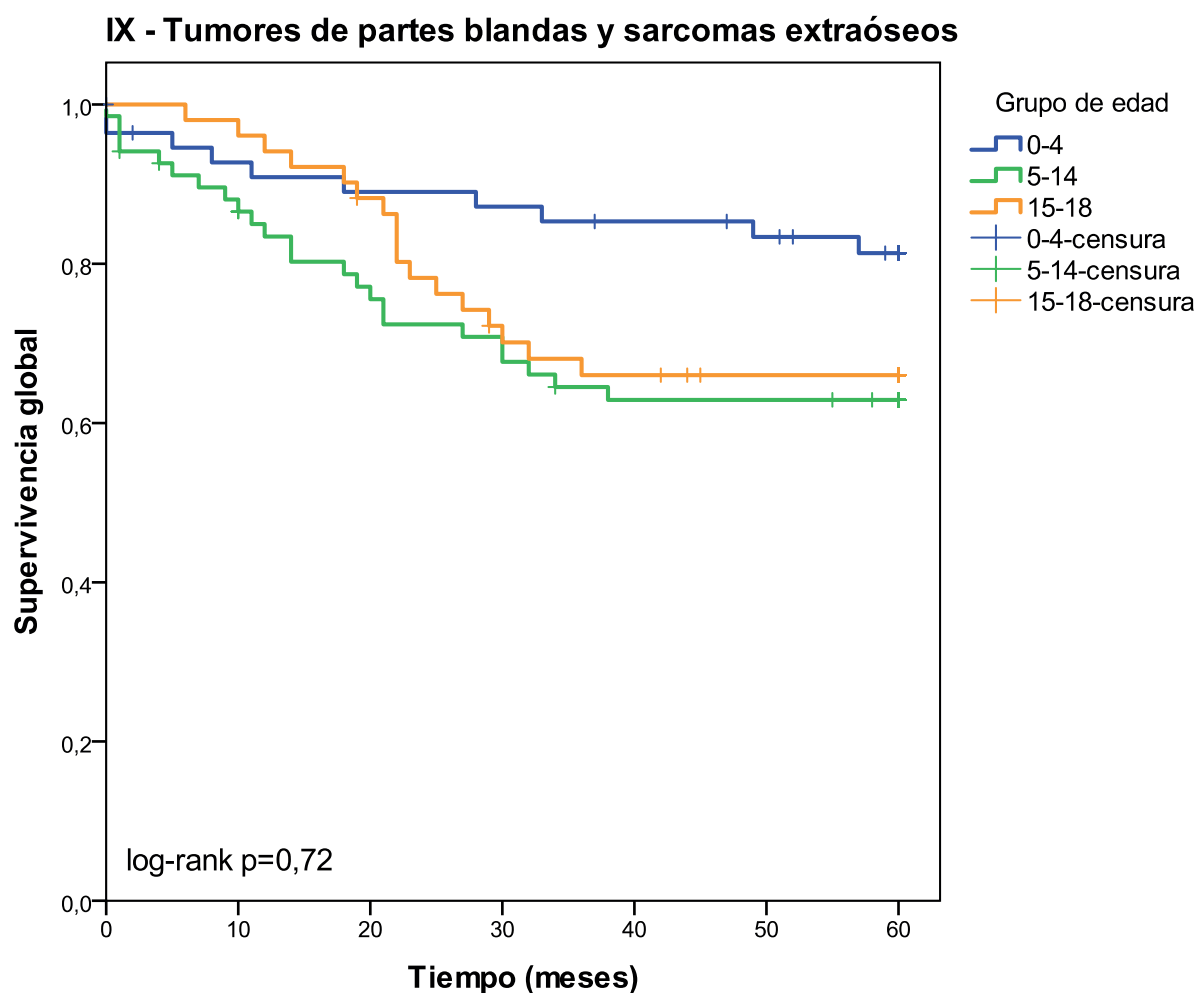


Grupo de edad - grupo IV	Probabilidad de supervivencia global (%)			
	Muertes/N	1 año	3 años	5 años
0-4 años	26/51	68,0	52,0	47,9
5-14 años	6/16	93,8	81,3	62,5

N. Número de casos registrados en el período, por grupo de edad.

Gráfico 14. Probabilidad de supervivencia global estimada en 5 años para el neuroblastoma y otros tumores de células neurales periféricas (grupo IV, Clasificación Internacional del Cáncer en la Infancia, tercera edición – CICI3) entre 2000 y 2019, RHC/A.C.Camargo Cancer Center.

La supervivencia global en 5 años para los tumores de tejidos blandos y otros sarcomas extraóseos fue del 81,3% 0-4 años, 62,9% 5-14 años y 66,0% 15-18 años (Figura 15).



Grupo de edad - grupo IX	Probabilidad de supervivencia global (%)			
	Muertes/N	1 año	3 años	5 años
0-4 años	10/56	90,9	85,3	81,3
5-14 años	24/68	83,4	64,5	62,9
15-18 años	17/51	94,1	66,0	66,0

N, número de casos registrados en el período, según grupo de edad.

Gráfico 15. Probabilidad de supervivencia global estimada en 5 años para tumores de tejidos blandos y otros sarcomas extraóseos (grupo IX, Clasificación Internacional del Cáncer en la Infancia, tercera edición – CICI3) entre 2000 y 2019, RHC/A.C.Camargo Cancer Center.

Consideraciones finales

Entre enero de 2000 y diciembre de 2023, el Registro Hospitalario de Cáncer (RHC) de A.C. Camargo Cancer Center reportó 1.910 casos de tumores pediátricos, lo que representa el 1,6% del número total de nuevos casos de cáncer tratados en la institución. Este número refuerza la rareza de las neoplasias pediátricas.

El cáncer en niños y adolescentes tiene características diferenciadas en relación al cáncer en adultos, como un crecimiento tumoral más rápido y una mayor sensibilidad a la quimioterapia, lo que permite alcanzar tasas de curación cercanas al 80%. Estos resultados reflejan el impacto positivo de un enfoque multidisciplinario, protocolos terapéuticos actualizados e infraestructura dedicada a la atención oncológica pediátrica.

Los tipos más frecuentes de tumores pediátricos fueron leucemia, linfomas y retinoblastomas. La supervivencia global en 5 años fue similar entre niños y niñas, con pequeñas variaciones entre leucemia y linfomas (75,0% vs 75,4%), tumores sólidos (77,7% vs. 77,3%) y tumores del Sistema Nervioso Central (SNC) (50,6% vs 53,8%).

Entre los doce grupos principales de la Clasificación Internacional de Cáncer en la Infancia, tercera edición (CICI-3), las mejores tasas de supervivencia global en 5 años se observaron para los retinoblastomas (90,8%), seguidos de los linfomas (81,0%). Por otro lado, los tumores del SNC y los neuroblastomas siguen representando desafíos importantes, con tasas de supervivencia más bajas del 52,3% y 53,1%, respectivamente.

Desde mediados de 1960, A.C. Camargo Cancer Center ha desempeñado un papel clave en el avance de la oncología pediátrica, reconociendo las especificidades del cáncer en niños y adolescentes. La formación continua de equipos multiprofesionales, el desempeño cualificado de estos equipos, el desarrollo de la investigación en esta área y la incorporación de tecnologías de vanguardia han permitido a la institución alcanzar resultados comparables a los de los principales centros internacionales, incluso ante la complejidad y rareza de este grupo de tumores.

Equipo del Centro de Referencias de Tumores Pediátricos

Líder del CR

Dra. Viviane Sonaglio

Equipo médico de Oncología Pediátrica

Dra. Viviane Sonaglio

Dra. Cecília Lima da Costa

Dr. Carlos Eduardo Ramos Fernandes

Dra. Luciana Mariano Palanch Piotto

Dra. Leticia Santos Soares

Dra. Poline Spitti Rocha

Dra. Mariana Belém Netto

Equipo médico Cirugía

Dra. Maria Lucia de Pinho Apezato

Dr. Fábio de Barros

Dra. Marina de Assis Galvão Bueno

Dr. Fábio Fernando Eloi Pinto

Dr. Hugo Fontan Kohler

Equipo médico Especialidades

Dra. Adriana Porta Miche Hirschfeld

Dra. Aline Falleiros de Freitas

Dra. Cristian Barbieri Victoria Borges

Dr. Carlos Alberto Martinez Osório

Dra. Christiane Maria da Silva Pinto

Dra. Fabiana de Moraes Penteado

Dra. Marcela Ferreira de Noronha

Dr. Diogo Cordeiro de Queiroz Soares

Dra. Sahlua Miguel Volc

Dra. Heloísa do Amaral Campos

Dr. Joaquim Pinheiro Vieira Filho

Dra. Renata Pereira Sustovich Pugliese

Dra. Vera Lucia Baggio Danesi

Dr. Vinícius Rodrigues Fernandes

Equipo médica UTI

Dr. Daniel Arcoverde de Sousa

Dra. Andréa Beolchi Spessoto

Dra. Bianca Lima Zimmer

Patólogos

Dr. Felipe D'Almeida Costa

Dr. João Victor Alves de Castro

Diagnóstico por Imagen/ Radiología Intervencionista

Dr. Diogo Zanella

Dr. Leonardo Verza

Dr. Tiago Cesar Silva Borba de Arruda

Dra. Lizieux Fernandes

Dra. Ivone do Carmo Gonçalves Torres

Médico Radioterapeuta

Dr. Michael Jenwei Chen

Enfermeras de referencia

Daniele de Almeida Pereira

Marina Rocha Barbosa

Enfermeros Cuidado Coordinado

Fernanda Francisco dos Santos

Enfermera Coordinadora

Leticia Aragon Rodrigues

Psicología

Lilian Rodrigues Ferreira de Souza

Fisioterapia

Carolina Sebastiany

Kelly Astolpho

Fonoaudiología

Leandro Alves Viana

Enfermera de Investigación

Sabrina Pinho Costa Mendes

Farmacéuticos

Daiane Araujo

Priscila Vieira Guedes

Equipo RHC

Director de Gobernanza Clínica

Dr. Antonio Eduardo Antonietto Junior

Superintendente de Docencia, Investigación e Innovación

Dr. José Humberto Tavares Guerreiro Fregnani

Epidemiólogo

Dra. Maria Paula Curado

Gerente Sênior de Investigación

Dra. Mariana Brait

Patóloga revisora

Dra. Stephania Martins Bezerra

Coordinador

Dr. Diego Rodrigues Mendonça e Silva

Registradoras de Câncer

Célia de Souza

Katia Mancini Kolpaert

Maria Rita de Cassia Gomes dos Santos

Pasantes

Bruno do Nascimento Silva

Guilherme Bueno Pinheiro

Acceso a la base de datos RHC

El acceso a los datos del Registro Hospitalario de Cáncer permite conocer el perfil de los pacientes atendidos en A.C.Camargo Cancer Center desde 2000. La base del RHC recopila información sociodemográfica, clínica y epidemiológica, así como datos sobre características morfológicas del tumor, estadificación clínica, tratamiento y estado vital.

El acceso a esta información está disponible en la intranet de A.C.Camargo con la herramienta Tabnet, en:

<https://tabnet-rhc.accamargo.org.br>



La base de datos anonimizada puede consultarse mediante la herramienta Tabnet-RHC, que permite la creación de tablas según las variables disponibles: diagnóstico/tratamiento previo, Unidad Federal (UF) de nacimiento, UF de residencia, grupo de edad, sexo, nivel educativo e información sobre el tumor (topografía, morfología, estadificación clínica, tratamiento).

La consulta está disponible en la intranet de la institución (enlace arriba) y públicamente, junto con los demás RHC del Estado de São Paulo, a través del sitio web de la FOSP (<https://fosp.saude.sp.gov.br/>) o directamente a través de Tabnet-FOSP. Acceda a: (<http://200.144.1.68:8465/cgi-bin/dh?rhc/rhc-geral.def>).

El acceso a los datos no anonimizados de A.C.Camargo Cancer Center debe solicitarse a través de un proyecto de investigación específico, previa aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEI). La solicitud debe enviarse por correo electrónico al coordinador del RHC, acompañada del dictamen de aprobación del CEI, durante el período de desarrollo del estudio.

Los datos del RHC de cualquier institución reflejan las características de los pacientes diagnosticados y tratados en dicha institución, y no representan la incidencia en el municipio. Por lo tanto, el RHC/A.C. Camargo describe exclusivamente el perfil de los pacientes tratados en A.C.Camargo Cancer Center.

Póngase en contacto con nosotros y enlaces de apoyo

1. Contacto con el RHC

Correo electrónico: diego.rodrigues@accamargo.org.br (Diego Rodrigues Mendonça e Silva)

Teléfono: (11) 2189-5010 Extensión 2942.

Dirección: Rua Taguá, 440 – 2º andar, Centro Internacional de Pesquisa, CEP 01508-010 Liberdade – São Paulo/SP

2. RHC en el sitio web de A.C.Camargo Cancer Center

<https://accamargo.org.br/pesquisa/registro-hospitalar-de-cancer>

3. Lista de estudios clínicos activos en A.C.Camargo Cancer Center

<https://accamargo.org.br/pacientes/estudos-clinicos/lista-de-estudos-clinicos>

4. Manual de oncología para no oncólogos, preparado por el A.C.Camargo Cancer Center

<https://accamargo.org.br/form/manual-de-oncologia>

Referencias

A.C. Camargo Cancer Center (org.). Manual de oncologia para não oncologistas [e-book]. 1. ed. São Paulo: A.C. Camargo Cancer Center; Fundação Antônio Prudente, 2025. 87p.

Disponível em: <https://accamargo.org.br/form/manual-de-oncologia>. Acesso em: 18 de agosto de 2025.

A.C.Camargo Cancer Center. Centro de Referência de Tumores Pediátricos, 2025. Disponível em: <https://accamargo.org.br/cancer-center/centro-de-referencia-de-tumores-pediatricos>. Acesso em: 18 de agosto de 2025.

A.C.Camargo Cancer Center; Mendonça e Silva D.R., Curado M.P., Fregnani J.H.T. Observatório do câncer: Registro Hospitalar de Câncer do A.C.Camargo Cancer Center 2000 a 2020. São Paulo: Fundação Antônio Prudente, 2023. Disponível em: https://accamargo.org.br/sites/default/files/2023/05/observatorio_cancer_v1.1.pdf.

A.C.Camargo Cancer Center; Mendonça e Silva D.R., Chaves H.V.S., Schmidt Filho J., da Silveira T.M.B., D'Almeida Costa F., Rúbia Ferreira C.R., Bezerra S.M., Curado M.P. Observatório do câncer, neoplasias hematológicas: Registro Hospitalar de Câncer do A.C.Camargo Cancer Center 2000 a 2022, volume II. São Paulo: Fundação Antônio Prudente, 2024. Disponível em: https://accamargo.org.br/sites/default/files/2024/09/observatorio_cancer_final_v2-2.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Registros hospitalares de câncer: planejamento e gestão. 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Classificação internacional do câncer na infância, 1996. Rio de Janeiro: INCA, 1999.

Fundação SEADE. Gerência Demográfica. Vinculação determinística entre bases de dados. São Paulo: Fundação Seade, 2023. Disponível em: <https://spdemografico.seade.gov.br/wp-content/uploads/sites/18/2024/03/SP-Demografico-vinculacao-bases-de-dados-marco-2024-numero-1.pdf>. Acesso em: 15 de setembro de 2025.

Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. Câncer infanto-juvenil. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/infantojuvenil>. Acesso em: 18 de agosto de 2025.

Mendonça e Silva D., Waldvogel B.C., Perdião M.L., de Freitas R.M.V., Morais L.C.C., Curado M.P. FUNDAÇÃO SEADE. Vinculação de Base de Dados [online]. Incremento no tempo de seguimento dos pacientes acompanhados no A.C.Camargo Cancer Center, por meio da vinculação entre as bases de pacientes e de óbitos. SP Demográfico março 2024;24(1). Disponível em: <https://spdemografico.seade.gov.br/wp-content/uploads/sites/18/2024/03/SP-Demografico-vinculacao-bases-de-dados-marco-2024-numero-1.pdf>

National Program of Cancer Registries. Link Plus [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2007. Disponível em: <https://www.cdc.gov/national-program-cancer-registries/registry-plus/link-plus.html>. Acesso em: 15 de setembro de 2025.

Organização Mundial da Saúde. CID-O Classificação internacional de Doenças para Oncologia. 3ª Ed. EDUSP. São Paulo, 2012.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SESSP). Fundação Oncocentro de São Paulo. Resolução SS-15, de 27 de janeiro de 2000. Disponível: <https://fosp.saude.sp.gov.br/fosp/diretoria-adjunta-de-informacao-e-epidemiologia/rhc-registro-hospitalar-de-cancer/resolucao-ss-15/>. Acesso em: 16 de setembro de 2025.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SESSP). Fundação Oncocentro de São Paulo. Registro Hospitalar de Câncer: conceitos, rotinas e instruções de preenchimento. 2ª ed. São Paulo, 2013. Disponível em: https://fosp.saude.sp.gov.br/wp-content/uploads/ManualRHC_2013.pdf. Acesso em: 16 de setembro de 2025.

Steliarova-Foucher E., Stiller C., Lacour B., Kaatsch P. International Classification of Childhood Cancer, third edition. Cancer. 2005 Apr 1;103(7):1457-67.

WHO Classification of Tumours Editorial Board. Paediatric tumours [Internet]. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2022. (WHO classification of tumours series, 5th ed.; vol. 7). Disponível em: <https://tumourclassification.iarc.who.int/chapters/44>. Acesso em: 03 de setembro de 2025.



Secretaria de Estado da Saúde
Fundação Oncocentro de São Paulo
Registro Hospitalar de Câncer

FICHA DE ADMISSÃO

Data : 20/02/2013
pág.: 1 / 2

Instituição: _____ Número RHC: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Prontuário: _____ Categoria Atend.: ☐ 1. SUS / 2. Convênio / 3. Particular Data de Nascimento: ____ / ____ / ____
Sexo: ☐ 1. Masculino / 2. Feminino Documento: ☐ 1. PIS/PASEP / 2. RG / 3. Certidão de Nascimento 4. CPF / 5. Cartão SUS Nº: _____ Idade: _____
Nome: _____
Nome da mãe: _____
Escolaridade: ☐ 1. Analfabeto / 2. Ens. Fundamental incompleto / 3. Ens. Fundamental completo / 4. Ensino Médio completo / 5. Superior completo / 9. Ignorado
Estado/País de nascimento: _____

Residência atual

Logradouro: _____ Nº: _____
Complemento: _____ Tel.: _____ CEP: _____
Cidade: _____ UF: _____

SITUAÇÃO DO PACIENTE À ADMISSÃO

Data da primeira consulta: ____ / ____ / ____ Clínica de atendimento: _____
Diagnóstico/tratamento anterior: 1. sem diagnóstico/sem tratamento / 2. com diagnóstico/sem tratamento / 3. com diagnóstico/com tratamento / 4. outros
Instituição de origem: _____

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

Data do 1º diagnóstico: ____ / ____ / ____
Base para realização do diagnóstico: 1. exame clínico / 2. recursos auxiliares não microscópicos / 3. confirmação microscópica / 9. sem informação

Caracterização do tumor principal

Localização primária: _____ Lateralidade : ☐ 0 - Não se aplica
1 - Direita
2 - Esquerda

Tipo histológico: _____
Estadio clínico:

S:			

 T:

G:			

 N:

--	--	--	--

 M:

--	--	--	--

 Outro estadiamento: _____
Fatores de Risco :

--	--	--	--	--	--

Estadio pós-cirúrgico: PT:

--	--	--	--

 pN:

--	--	--	--	--	--

 pM: _____
Metástases:



Secretaria de Estado da Saúde
Fundação Oncocentro de São Paulo
Registro Hospitalar de Câncer

FICHA DE ADMISSÃO

Data : 20/02/2013
pág.: 2 / 2

Instituição: _____ Número RHC: _____

EVENTOS DESSE ATENDIMENTO

Data de início do tratamento no hospital: ____ / ____ / ____

Tratamento recebido no Hospital:

- ☐ Nenhum ☐ Cirurgia
☐ Radioterapia ☐ Quimioterapia
Hormonioterapia ☐ TMO
Imunoterapia ☐ Outros

Fora do hospital antes da admissão:

- ☐ Nenhum ☐ Cirurgia
☐ Radioterapia ☐ Quimioterapia
Hormonioterapia ☐ TMO
Imunoterapia ☐ Outros
☐ Sem informação

Fora do hospital durante e/ou após admissão:

- ☐ Nenhum ☐ Cirurgia
☐ Radioterapia ☐ Quimioterapia
Hormonioterapia ☐ TMO
Imunoterapia ☐ Outros
☐ Sem informação

Razão para não realização do tratamento no hospital :

- ☐ 1. Recusa do tratamento/ 2. Doença avançada, Falta de condições clínicas/ 3. Outras doenças associadas
4. Abandono tratamento/ 5. Óbito por câncer/ 6. Óbito por outras causas, SOE/ 7. Outras/ 8. Não se aplica
9. Sem informação

Estado da doença ao final do tratamento:

- ☐ 1. Sem evidência da doença / 2. Remissão parcial / 3. Doença estável/ 4. Doença em progressão
5. Fora de possibilidade/ 6. Óbito por câncer/ 7. Óbito por outras causas, SOE/ 8. Tratamento não concluído
9. Não se aplica/ 10. Sem informação

Data do óbito: ____ / ____ / ____ Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Registrador: _____

OBSERVAÇÕES



Secretaria de Estado da Saúde
Fundação Oncocentro de São Paulo
Registro Hospitalar de Câncer

Data : 20/02/2013

FICHA DE SEGUIMENTO

Instituição:

Número RHC:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Prontuário: _____ Documento: ☐ 1. PIS/PASEP / 2. RG / 3. Certidão de Nascimento N°: _____
4. CPF / 5. Cartão SUS
Dt. Nascimento: ____ / ____ / ____ Sexo: ☐ 1. Masculino / 2. Feminino
Nome: _____

ÚLTIMA INFORMAÇÃO DO PACIENTE

Situação Atual: ☐ 1. Vivo com câncer / 2. Vivo, SOE / 3. Óbito por câncer / 4. Óbito, SOE

Data da Informação: ____ / ____ / ____

Tratamento Realizado no hospital: Nenhum Cirurgia Radioterapia Quimioterapia
Hormonioterapia TMO Imunoterapia Outros

Tratamento Realizado fora do hospital: ☐ Nenhum ☐ Cirurgia ☐ Radioterapia ☐ Quimioterapia ☐ Hormonioterapia
☐ TMO ☐ Imunoterapia ☐ Outros ☐ Sem informação

Recidiva: ☐ 1. Local / 2. Regional / 3. Não / 9. Sem Informação

Data da Recidiva/Metástase: ____ / ____ / ____

Metástase:

Data do Óbito: ____ / ____ / ____

Data do Preenchimento: ____ / ____ / ____

Registrador: _____

OBSERVAÇÕES



GABARITO DO ARQUIVO DBF

CAMPO	DESCRIÇÃO
IBGE	Código do município brasileiro, segundo o IBGE, onde reside o paciente
ESCOLARI	Escolaridade: 1 – Analfabeto 2 – Ensino Fundamental Incompleto 3 – Ensino Fundamental completo 4 – Ensino Médio Completo 5 – Ensino Superior 9 – Ignorado
IDADE	Idade do paciente
DTNASC	Data de nascimento
SEXO	Sexo do paciente: 1 – Masculino 2 – Feminino
UFNASC	Estado (UF) de nascimento
UFRESID	Estado (UF) da residência
DTOBITO	Data do óbito
DIAGPREV	Diagnóstico e tratamento anterior: 1 – Sem diagnóstico e sem tratamento 2 – Com diagnóstico e sem tratamento
CATATEND	Categoria de atendimento à admissão: forma do atendimento realizado no hospital, no momento da admissão, de acordo com: SUS Convênio Particular
(a partir de março/2013)	
SITUACAO	Estado atual após o primeiro tratamento: 01 – Sem evidência da doença 02 – Remissão parcial 03 – Doença estável 04 – Doença em progressão 05 – Fora de possibilidades terapêuticas 06 – Óbito por câncer 07 – Óbito por outras causas 08 – Tratamento não concluído 09 – Não se aplica 10 – Sem informação
NAOTRAT	Razão para a não realização do tratamento: 1 – Recusa do tratamento 2 – Doença avançada, falta de condições clínicas 3 – Outras doenças associadas 4 – Abandono do tratamento 5 – Óbito por câncer 6 – Óbito por outras causas 7 – Outras razões 8 – Não se aplica 9 – Sem informação
BASEDIAG	Base utilizada para o diagnóstico: 1 – Exame clínico 2 – Recursos auxiliares não microscópicos 3 – Confirmação microscópica 9 – Sem informação
TOPO	Topografia. Localização do tumor primário (CID-O, 2ª e 3ª edições)
MORFO	Morfologia. Tipo histológico do tumor primário (CID-O, 2ª e 3ª edições)
DTCONSULTA	Data da primeira consulta
DTDIAg	Data do diagnóstico do tumor
EC	Estádio clínico (TNM, 5ª e 6ª edições)
T	Código T (TNM, 5ª e 6ª edições)



DTTRAT	Data de início do primeiro tratamento
TRATAMENTO	Tipo(s) de tratamento(s) proposto(s): A – Cirurgia B – Radioterapia C – Quimioterapia D – Cirurgia + Radioterapia E – Cirurgia + Quimioterapia F – Radioterapia + Quimioterapia G – Cirurgia + Radio + Químio H – Cirurgia+Radio+Químio+Hormônio I – Outras combinações de tratamento J – Nenhum tratamento realizado K – Sem informação do tratamento
META01	Localização da metástase (CID-O, 2ª e 3ª edições)
META02	Localização da metástase (CID-O, 2ª e 3ª edições)
META03	Localização da metástase (CID-O, 2ª e 3ª edições)
META04	Localização da metástase (CID-O 2ª e 3ª edições)
DTULTSEG	Data do último seguimento informado
A) SITULTSEG (até dez/2011)	Situação do paciente no último seguimento informado: 1 – Vivo com câncer 2 – Vivo, SOE 3 – Óbito por câncer 4 – Óbito, SOE 5 – Liberado de seguimento 9 – Sem informação
B) SITULTSEG (a partir de mar/2012)	Situação do paciente no último seguimento informado: 1 – Vivo com câncer 2 – Vivo, SOE 3 – Óbito por câncer 4 – Óbito, SOE 5 – Perda de seguimento
ANODIAG	Ano do diagnóstico do tumor
ECGRUP	Estadiamento TNM agrupado
TOPOGRUP	Topografia. Localização do tumor primário (CID-O, 2ª e 3ª edições), com 3 dígitos
CICI	Estadiamento Infantil – Grupo + Subgrupo
CICIGRU	Descrição do Estadiamento Infantil (CICI) – Grupo
CICISUBGRU	Descrição do Estadiamento Infantil (CICI) – Subgrupo
FAIXAETARI	Faixa etária (de 10 em 10 anos)
A) LATERALI	Localização (lateralidade) de tumores em órgãos, glândulas e cavidades em pares 1 – Direita 2 – Esquerda 3 – Indiferente
B) LATERALI (a partir de set/2011)	Localização (lateralidade) de tumores em órgãos, glândulas e cavidades em pares 1 – Direita 2 – Esquerda 3 – Não se aplica
DSCTOPO	Descrição da topografia. Localização do tumor primário (CID-O, 2ª e 3ª edições)
DSCMORFO	Descrição da morfologia. Tipo histológico do tumor primário (CID-O, 2ª e 3ª edições)



Desafiar los límites de la medicina y la ciencia en busca de nuevos tratamientos es lo que hacemos en la Investigación Clínica.

Acceda al QRCode para obtener información sobre la investigación en curso y cómo remitir pacientes.



A.C. Camargo
Cancer Center

Usted en el centro, la ciencia a su lado.

Acceda al Observatório do Câncer de A.C.Camargo de forma gratuita

Este es un informe que recopila datos de las últimas dos décadas del Registro Hospitalario de Cáncer (RHC) de A.C.Camargo Cancer Center para transformar la información en atención médica. Es una plataforma que contribuye a la mejora continua del tratamiento oncológico a través de indicadores epidemiológicos y tasas de curación.



Descargue aquí el Observatório 2000-2020 y el Volumen II – Neoplasias Hematológicas 2000 – 2022



Usted en el centro, la ciencia a su lado.



**Observatório
do câncer**