

CODIFICACIÓN EN CIE-9-MC. Edición 2012

**ENFERMEDADES DE LA PIEL
Y TEJIDO SUBCUTÁNEO
Y DE LA MAMA**



JUNTA DE ANDALUCÍA

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

CODIFICACIÓN EN CIE-9-MC. EDICIÓN 2012

C
M
-
9
-
E
C
I
E

**ENFERMEDADES DE LA PIEL
Y TEJIDO SUBCUTÁNEO
Y DE LA MAMA**



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Editoras:

Yolanda Fornieles García

Araceli Díaz Martínez

Autores:

M^a José Ferreras Fernández

Eloisa Casado Fernández

M^a Mercedes López Torné

Antonio Romero Campos

Javier Irala Pérez

Yolanda Fornieles García

Araceli Díaz Martínez

Leonardo Calero Romero

Jesús Pena González

M^a Jesús Linares Navarro

María Ana Ramos Vázquez

Andrés del Águila González

Alfonso Martínez Reina

Carolina Conejo Gómez

Javier Delgado Alés

Edita:

Servicio de Producto Sanitario. Subdirección de Análisis y Control Interno. Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía

Coordinación de la Edición:

Área de Conocimiento Gestión Sanitaria. Escuela Andaluza de Salud Pública

DL: GR 2426-2012

Diseño e impresión: Gráficas Alhambra

Todos los derechos reservados

ÍNDICE

PRIMERA PARTE: ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO

INTRODUCCIÓN	11
CONCEPTOS GENERALES.....	12
ESTRUCTURA Y PRINCIPIOS DE CODIFICACIÓN	14
INFECCIONES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	15
I. FOLICULITIS, FORÚNCULOS Y CARBUNCOS	16
1. Folliculitis.....	16
2. Forúnculo y carbunco	16
II. CELULITIS	17
1. Celulitis asociada a heridas	18
2. Celulitis asociada a laceración crónica	19
3. Celulitis con necrosis y gangrena	20
3.a. Celulitis anaeróbica crepitante	21
3.b. Gangrena bacteriana progresiva	21
3.c. Fascitis necrotizante.....	21
3.d. Gangrena de Fournier	21
3.e. Mionecrosis clostridial	22
3.f. Mionecrosis no clostridial (celulitis necrotizante sinérgica) o gangrena de Meleney	22
4. Celulitis debida a complicación de procedimiento quirúrgico	23
5. Celulitis tras infección de terapia endovenosa	23
6. Erisipela o celulitis estreptocócica	24
III. ABSCESO	24
IV. PIODERMITIS	24
V. LINFADENITIS AGUDA	25
VI. LINFANGITIS AGUDA.....	26
VII. IMPÉTIGO.....	26
VIII. SÍNDROME DE LA PIEL ESCALDADA	27
IX. HIDRADENITIS SUPURADA.....	28

X. DACTILITIS AMPOLLOSA DISTAL.....	28
XI. ECTIMA.....	28
XII. PARONIQUIA Y PANADIZO.....	29
XIII. QUISTE PILONIDAL	30
INFLAMACIONES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	32
I. DERMATITIS	32
1. Dermatitis seborreica	32
1.a. Dermatitis seborreica en la infancia	32
1.b. Dermatitis seborreica en el adulto	32
1.c. Dermatitis seborreica en enfermos inmunocomprometidos	33
2. Dermatitis atópicas y otros estados relacionados	33
2.a. Dermatitis irritativa del pañal	33
2.b. Dermatitis por contacto o sustancias ingeridas	33
3. Quemaduras de la piel	35
3.a. Quemaduras solares	35
3.b. Otras quemaduras de la piel.....	35
4. Dermatitis por radicación solar	35
5. Dermatitis numular	36
II. DERMATOSIS AMPOLLOSAS.....	36
III. ENFERMEDADES ERITEMATOSAS.....	39
1. Eritema tóxico	39
2. Eritema multiforme.....	39
3. Dermatitis exfoliativa generalizada	41
4. Lupus eritematoso discoide	41
5. Psoriasis.....	42
OTRAS ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	43
I. ÚLCERAS DE DECÚBITO	43
II. ÚLCERAS EN MIEMBROS INFERIORES, EXCEPTO DECÚBITO	44
1. Úlceras venosas o por estasis	45
2. Úlceras arteriales o isquémicas	46
3. Úlceras mixtas.....	47
III. ÚLCERAS DIABÉTICAS	47
IV. CICATRICES Y OTROS ESTADOS CICATRICIALES	49

NEOPLASIAS DE PIEL	50
I. NEOPLASIA MALIGNA DE PIEL	50
1. Melanoma de piel	50
2. Otras neoplasias malignas de piel (no melanoma)	51
II. NEOPLASIA BENIGNA DE PIEL.....	53
III. ENFERMEDADES PRECANCEROSAS Y CARCINOMA IN SITU	53
CÓDIGOS «DE ESTADO» DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCÚTANEO	54
I. ESTADO DE INJERTO DE PIEL	54
II. HISTORIA PERSONAL DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS DE LA PIEL	54
III. HISTORIA DE NEOPLASIA DE PIEL	54
PROCEDIMIENTOS SOBRE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	55
I. INTRODUCCIÓN.....	55
II. BIOPSIA DE PIEL.....	56
III. CIERRE DIRECTO O SUTURA DE LA HERIDA CON AFRONTAMIENTO DE BORDES	56
IV. DESBRIDAMIENTO DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	56
1. Desbridamiento quirúrgico	56
2. Desbridamiento mediante técnica de Friedrich	58
3. Escarotomía.....	58
4. Desbridamiento cortante	58
5. Desbridamiento enzimático.....	58
6. Desbridamiento autolítico	59
7. Desbridamiento osmótico	59
8. Terapia larval.....	59
9. Desbridamiento mecánico.....	59
10. Desbridamiento láser de herida	60
V. OTROS DESBRIDAMIENTOS	60
VI. DESBRIDAMIENTO DE TEJIDOS BLANDOS.....	62
VII. ESCISIÓN DE LESIÓN CUTÁNEA	63
VIII. INJERTO DE PIEL	65
1. Injerto libre o inmediato.....	65
2. Injerto pediculado, mediato o colgajo	66

IX. INJERTO DE GRASA DÉRMICA.....	67
X. INJERTO AUTÓLOGO DE PLAQUETAS	68
XI. NEUROESTIMULADOR GENERADOR DE PULSOS.....	69
1. Codificación	69
1.a. Creación de la cavidad	69
1.b. Implantación del generador	70
1.c. Implantación del electrodo	71
2. Tipos de neuroestimuladores	71
2.a. Neuroestimulador intracraneal	71
2.b. Neuroestimulador medular.....	73
2.c. Neuroestimulador periférico	73
XII. EXTERNALIZACIÓN DE LA DERIVACIÓN VENTRÍCULOPERITONEAL	74
XIII. RETIRADA DE SUTURAS.....	74
XIV. OCLUSIÓN ASISTIDA POR VACÍO	74
XV. COMPLICACIONES DE PROCEDIMIENTOS.....	75

SEGUNDA PARTE: ENFERMEDADES DE LA MAMA

ANATOMÍA DE LA MAMA	79
PATOLOGÍA DE LA MAMA DE LA MUJER	80
I. ANOMALÍAS DEL DESARROLLO.....	80
1. Alteraciones en el número	80
1.a. Anomalías del desarrollo por defecto	80
1.b. Anomalías del desarrollo por exceso	81
2. Alteraciones en el tamaño	82
2.a. Anomalías del desarrollo por defecto.....	82
2.b. Anomalías del desarrollo por exceso	82
II. ALTERACIONES INFLAMATORIAS Y LESIONES RELACIONADAS	82
1. Mastitis.....	82
1.a. Mastitis aguda.....	82
1.b. Mastitis granulomatosa idiopática	84
1.c. Mastitis de células plasmáticas.....	85
1.d. Reacción a cuerpo extraño	85
1.e. Absceso subareolar recurrente.....	86
2. Ectasia de ductos mamarios	86
3. Necrosis grasa.....	86
4. Galactoforitis	86

III. MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA	87
IV. NEOPLASIAS DE MAMA	87
1. Clasificación de las neoplasias	87
1.a. Neoplasias benignas	87
1.b. Carcinoma in situ	87
1.c. Neoplasia maligna	88
1.d. Neoplasias de evolución incierta y neoplasias de naturaleza no especificada	89
1.e. Clasificación de expresiones diagnósticas inespecíficas.....	89
2. Características de las neoplasias malignas	90
2.a. Diferenciación celular	90
2.b. Crecimiento celular	91
2.c. Metástasis	91
2.d. Extensión	92
3. Normas de codificación de las neoplasias de mama.....	93
3.a. Receptores hormonales	93
3.b. Neoplasias con carácter hereditario	94
3.c. Uso profiláctico de fármacos que afectan a los receptores estrogénicos ...	94
3.d. Cribaje de neoplasia maligna de mama	95
3.e. Recidiva de neoplasia de mama	96
3.f. Ingresos para reconstrucción mamaria.....	98
3.g. Extirpación profiláctica de mama	98
3.h. Estados posquirúrgicos.....	99
PROCEDIMIENTOS SOBRE LA MAMA.....	100
I. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS NEOPLASIAS MAMARIAS	100
1. Cirugía conservadora	101
2. Cirugía radical	102
II. EXTIRPACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS	104
1. Biopsia del ganglio centinela	104
2. Linfadenectomía	105
III. BIOPSIA INTRAOPERATORIA DE MAMA	106
IV. SEGUNDOS ACTOS QUIRÚRGICOS	107
V. CIRUGÍA RADIOGUIADA	107
VI. RECONSTRUCCIÓN MAMARIA.....	108
1. Reconstrucción total de mama	109
1.a. Reconstrucción total de mama mediante colgajo miocutáneo.....	110
1.b. Reconstrucción total de mama mediante colgajo de perforante	110

2. Reconstrucción de pezón y areola	111
3. Prótesis o implante mamario	111
4. Expansor más prótesis mamaria	112
VII. TRATAMIENTO DE LA MAMA CONTRALATERAL	112
VIII. ANGIOGRAFÍA VASCULAR NO CORONARIA INTRAOPERATORIA POR FLUORESCENCIA.....	113
IX. INJERTO DE GRASA	114
X. MAMOPLASTIA DE RECONSTRUCCIÓN	114
XI. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE MAMA EN EL HOMBRE.....	115
COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS.....	116
I. LINFEDEMA POSTMASTECTOMÍA.....	116
II. COMPLICACIONES DE LA MAMA RECONSTRUIDA.....	116
III. OTRAS COMPLICACIONES DE CUIDADOS QUIRÚRGICOS Y MÉDICOS NO CLASIFICADOS BAJO OTROS CONCEPTOS	116
REFERENCIAS	119

**PRIMERA PARTE:
ENFERMEDADES DE LA PIEL
Y TEJIDO SUBCUTÁNEO**

INTRODUCCIÓN

Las patologías que afectan a la piel y tejido celular subcutáneo clasificadas en el capítulo 12 de la CIE-9-CM quedan divididas en las siguientes secciones¹:

- **Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (680-686).**
- **Otros estados inflamatorios de la piel y de los tejidos subcutáneos (690-698).**
- **Otras enfermedades de piel y del tejido subcutáneo (700-709).**

En este capítulo se clasifican casi todas las alteraciones de la piel y del tejido subcutáneo (uñas, glándulas sudoríparas, pelo y folículos pilosos). Sin embargo otros procesos dermatológicos se encuentran clasificados en otros capítulos, por ejemplo:

- Capítulo 1: algunas infecciones de piel como **078.0 Molluscum contagiosum** o **053.9 Herpes zoster sin complicación**.
- Capítulo 2: se clasifican las neoplasias cutáneas como **214.0 Lipoma. Piel y tejidos subcutáneos de la cara**.
- Capítulo 3: el xantoma tuberoso, **272.2 Hiperlipidemias mixtas**.
- Capítulo 5: prurito neurógeno, **306.3 Disfunción fisiológica con origen en factores mentales. Piel**.
- Capítulo 6: el vitíligo palpebral, **374.53 Trastornos degenerativos del párpado y de la zona periocular. Hipopigmentación del párpado**.
- Capítulo 7: la telangiectasia verrugosa, **448.9 Otras enfermedades de capilares y enfermedades de capilares no especificadas**.
- Capítulo 9: el absceso perianal, **566 Absceso de las regiones anal y rectal**.
- Capítulo 14: se clasifican las alteraciones congénitas de la piel, el cabello y las uñas, en la categoría **757 Anomalías congénitas del tegumento**.
- Capítulo 15: la urticaria del recién nacido, **778.8 Otras enfermedades especificadas que implican al revestimiento cutáneo del feto y del recién nacido**.
- Capítulo 17: se clasifican las quemaduras y otras lesiones.

CONCEPTOS GENERALES

La piel se considera el órgano de mayor superficie (puede alcanzar entre 1,2 – 2 m²) y es también el órgano de mayor peso (puede llegar a pesar hasta 4 kg). Su función primordial es la adaptación y la conexión del individuo con el medio ambiente. Está compuesta por tres capas:

- **Epidermis**

Es la capa más superficial y delgada. Está constituida histológicamente por cuatro estratos:

- Estrato basal o germinativo: formado por queratinocitos que suelen estar intercalados con los melanocitos.
- Estrato espinoso o escamoso: compuesto por células epiteliales.
- Estrato granuloso: formado por células aplanadas que participan en el proceso de queratinización.
- Estrato córneo: compuesto por células que solo poseen en su interior fibras de queratina y son elementos que están continuamente desprendiéndose.

Las células que forman la epidermis son:

- Los **queratinocitos**: fabrican queratina y citocinas que son moléculas con funciones de regulación de las células epiteliales y dérmicas que protegen de las agresiones y abrasiones externas.
- Los **melanocitos**: son de origen nervioso, poseen prolongaciones dendríticas que se sitúan en la capa más profunda de la epidermis y fabrican melanina.
- Las **células de Langelhans**: son células procedentes de la médula ósea que migran hasta la epidermis y tienen una función fagocitaria. Se dice también que son presentadoras de los antígenos a los linfocitos, participando en reacciones de hipersensibilidad. Se sitúan habitualmente en los estratos espinoso, granuloso y basal.
- Las **células de Merkel**: son células que actúan como receptores del tacto y se sitúan en las capas basales de la epidermis.

- **Dermis**

Se ubica debajo de la epidermis y contiene las terminaciones nerviosas, glándulas sebáceas, sudoríparas y vasos sanguíneos. Aporta colágeno y elastina, sustancias que dan resistencia y flexibilidad a la piel.

Está compuesta por fibroblastos, fibras de colágeno y elastina, terminaciones nerviosas, arteriolas, vénulas, capilares linfáticos, glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas ecrinas y glándulas sudoríparas apocrinas.

- **Hipodermis**

Es la capa más profunda y está constituida por tejido adiposo (también conocido como tejido subcutáneo graso).

ESTRUCTURA Y PRINCIPIOS DE CODIFICACIÓN

La CIE-9-MC presenta algunos problemas para la clasificación de las enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo en el capítulo 12 como son:

- La inclusión dentro de un mismo código de diferentes patologías, por ejemplo:
 - **709.0 Otros trastornos de la piel y de los tejidos subcutáneos. Discromia** incluye patologías como el vitiligo, el cloasma, el léntigo o la pigmentación anómala en su sentido amplio, sin diferenciarlos.
 - **701.1 Otros procesos hipertróficos y atróficos de la piel. Queratodermia adquirida** que engloba el queratoacantoma, la ictiosis adquirida o la elastosis perforante serpiginosa.
- La clasificación de **patologías sistémicas** con afectación cutánea que no hace distinción de la misma. Por ejemplo, la amiloidosis, clasificada en la subcategoría **277.3 Otros trastornos y trastornos no especificados del metabolismo. Amiloidosis**, donde el eje de clasificación hace referencia a la etiología, pero sin poderse distinguir que es sistémica o localizada, con participación cutánea o sin ella.
- No toda la patología dermatológica tiene entrada en el Índice Alfabético, teniendo que buscar o conocer sinónimos para llegar a una correcta clasificación, como es el caso del botriomicoma (pequeño tumor benigno pediculado, no tratándose de una neoplasia sino de una proliferación vascular reactiva ante diferentes estímulos), cuyos sinónimos son²:
 - **Otras infecciones locales de la piel y de los tejidos subcutáneos. Granuloma piógeno (piel) 686.1**
 - **Otras infecciones locales de la piel y de los tejidos subcutáneos. Granuloma telangiectásico (piel) 686.1**

En determinadas situaciones la búsqueda en el Índice Alfabético es dificultosa, precisando de entradas alternativas. Por ejemplo, la infiltración linfocitaria de Jessner se clasifica en **709.8 Otros trastornos especificados de la piel**³.

La entrada en el Índice Alfabético es:

Infiltración

- piel, linfocítica (benigna) 709.8

INFECCIONES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO

Son entidades muy frecuentes que incluyen una amplia variedad en su presentación clínica y gravedad; desde procesos banales hasta letales, como son la foliculitis y la gangrena de Fournier.

La mayoría de las infecciones de la piel y tejido celular subcutáneo se clasifican en el capítulo 12, aunque determinadas infecciones como el carbunco y los forúnculos de ciertas localizaciones se codificarán en otros capítulos, como por ejemplo, el forúnculo del párpado que se asigna al código **373.13 Inflamación de los párpados. Absceso en párpado**.

CLASIFICACIÓN DE LAS INFECCIONES DE LA PIEL ⁴	
PRIMARIAS	
Foliculares	Superficiales
	Impétigo de Bockhart
	Profundas
	Foliculitis de la barba
	Furúnculo
	Ántrax
	Foliculitis hipertrófica de la nuca
	Foliculitis decalvante
Extrafoliculares	Superficiales
	Impétigo contagioso
	Profundas
	Hidrosadenitis
	Perionixis piógena o paroniquia
Ectima	
SECUNDARIAS A OTRAS DERMATOSIS	
Dermatitis atópica	
Dermatitis de contacto	
Escabiosis	
Pediculosis	
Micosis superficiales	

I. FOLICULITIS, FORÚNCULOS Y CARBUNCOS^{5,6}

1. Folliculitis

La foliculitis es una inflamación de los folículos pilosos causada por una infección por estafilococo. Tiende a volverse crónica donde los folículos pilosos se encuentran profundamente arraigados en la piel, como en la zona de la barba.

Se clasificará en el código **704.8 Otras enfermedades especificadas del pelo y de los folículos pilosos**, al que se añadirán los códigos correspondientes al agente etiológico, si se conoce:

- Frecuentemente la infección es bacteriana producida por estafilococos **041.1 Infección bacteriana en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos y las de sitio no especificado. Estafilococo** o por pseudomonas **041.7 Infección bacteriana en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos y las de sitio no especificado. Pseudomonas**.
- También puede ser causado por una infección fúngica, que clasificaremos dependiendo de la localización anatómica afectada.

Ejemplo:

Foliculitis fúngica en la barba.

704.8 Otras enfermedades especificadas del pelo y de los folículos pilosos

110.0 Dermatofitosis. Del cuero cabelludo y barba

- En algunas ocasiones para recoger el agente etiológico existen códigos de combinación, como es el caso de la foliculitis gonorreica que se codificará en la categoría **098 Infecciones gonocócicas**.

2. Forúnculo y carbunco

Un **forúnculo** (o furúnculo) es una infección cutánea que compromete todo el folículo piloso y el tejido subcutáneo adyacente. Muchas veces es la evolución de una foliculitis no tratada. Los forúnculos son áreas grandes, dolorosas, inflamadas y sobreelevadas originadas por una infección por estafilococos alrededor de los folículos pilosos. En algunas personas se forman forúnculos recurrentes (furunculosis).

El **carbunco** es un grupo de forúnculos que produce grandes escaras en la piel y finalmente cicatrices.

Ambos se clasifican en la categoría **680 Carbunco y forúnculo**, excluyéndose los forúnculos localizados en ojos y áreas genitales (masculinas o femeninas).

El **forúnculo maligno, pústula maligna o carbunco maligno**, se clasifica en el código **022.0 Antrax cutáneo**.

El **ántrax** es una enfermedad infecciosa aguda causada por la bacteria *Bacillus anthracis*. Afecta comúnmente a animales, pero también puede afectar a humanos cuando se exponen a animales o tejidos de animales infectados. La infección produce heridas o úlceras de un color negruzco. Algunos defienden que «ántrax» es una foliculitis, llamada en inglés «carbuncle», mientras que la traducción correcta de «anthrax» es «carbunco».

II. CELULITIS

La **celulitis** es una inflamación difusa, sobre todo del tejido celular subcutáneo y capa profunda de la dermis, que puede coexistir con fascitis, por lo que a veces es difícil distinguirlas. Cursa con fiebre y manifestaciones sistémicas.

Clínicamente, la celulitis suele presentarse como una brusca aparición de enrojecimiento, hinchazón, dolor y calor en la zona infectada.

El código de celulitis incluye el absceso o la linfangitis aguda que pudiera presentarse, requiriéndose un código adicional para identificar el germen responsable de la infección:

- Los agentes etiológicos más frecuentes son los *Streptococcus* del grupo A o *Staphylococcus aureus*.
- También se han descrito casos producidos por *Streptococcus* del grupo B y *Streptococcus* no-A, no-B, así como *Haemophilus influenzae*, *Pseudomonas*, *Proteus* gram negativos y *Bacteroides* (menos frecuentes).

Desde el punto de vista práctico interesa distinguir entre:

- Celulitis sin necrosis, que requiere tratamiento médico.
- Celulitis con necrosis, que requiere tratamiento quirúrgico urgente.

La celulitis y el absceso se clasifican en el capítulo 12 en dos categorías:

- **681 Celulitis y absceso de los dedos de la mano y del pie.** Para clasificar las celulitis y absceso de los dedos tanto de las manos como de los pies.
- **682 Otra celulitis y absceso.** Clasifica otras celulitis localizadas en otra parte del cuerpo.

No debemos olvidar que existen celulitis de localizaciones diferentes, que se clasificarán en otros capítulos, como por ejemplo:

- Canal auditivo (externo) (380.1)
- Mama (611.0)
- Órgano genital: femenino (616.4) y masculino (608.4)
- Párpado (373.13)
- Nariz, excepto externa (478.19)
- Órbita (376.01)
- Ombligo en recién nacido (771.4)
- Pelvis: femenina (614.4) y masculina (567.21)
- Región anal o rectal (566)

El término celulitis puede abarcar otros tejidos celulares distintos a la piel y tejido celular subcutáneo, como ocurre con la celulitis pélvica en mujeres que se clasificará en el código **614.3 Enfermedad inflamatoria de ovario, trompa de Falopio, tejido celular pélvico y peritoneo. Parametritis y celulitis pélvicas agudas** o **614.4 Enfermedad inflamatoria de ovario, trompa de Falopio, tejido celular pélvico y peritoneo. Parametritis y celulitis pélvicas crónicas o no especificadas**, y en hombres se codificará en **567.21 Otras peritonitis supurativas. Peritonitis (aguda) generalizada**.

1. Celulitis asociada a heridas

Si una herida se complica y presenta una celulitis asociada se codificará en primer lugar la herida complicada seguida de la celulitis (que identifica el tipo de complicación), acompañándose además del código del germen causante si se conoce.

Ejemplo:

Un paciente sufrió herida de la parte inferior de la pierna durante una excursión. A los dos días acude a urgencias donde se le diagnostica de celulitis. La herida fue limpiada realizándose desbridamiento no escisional e iniciándose el tratamiento antibiótico para la celulitis.

- 891.1 Herida abierta de rodilla, pierna [salvo muslo] y tobillo. Complicada**
- 682.6 Otra celulitis y absceso. Pierna, salvo pie**
- E928.9 Otras causas ambientales y accidentales y causas ambientales y accidentales no especificadas. Accidentes no especificados**
- E849.4 Lugar de acontecimiento. Lugar de recreo y deporte**
- 86.28 Desbridamiento no escisional de herida, infección o quemadura**

Cuando la herida en sí es trivial o se trató anteriormente y el paciente es ingresado de nuevo para el tratamiento de la celulitis, el código de celulitis puede ser secuenciado en primer lugar, con un código adicional para la herida abierta, complicada o no, dependiendo de si ésta aun está presente.

Ejemplo:

Un paciente sufrió una lesión por punción en el dedo al retirar un elemento en la oficina. Cinco días más tarde, acudió al hospital diagnosticándose de celulitis del dedo de la mano y fue tratado con antibióticos intravenosos.

- 681.00 Celulitis y absceso de los dedos de la mano y del pie. Celulitis y absceso no especificado**
- E928.9 Otras causas ambientales y accidentales y causas ambientales y accidentales no especificadas. Accidentes no especificados**
- E849.6 Lugar de acontecimiento. Edificio público**

La herida no requirió tratamiento al ser una herida por punción inapreciable en estos momentos, y por tanto, no se asigna código de ésta.

2. Celulitis asociada a laceración crónica

Con frecuencia se desarrolla una celulitis como una complicación de las úlceras crónicas de piel, que necesitará de codificación múltiple:

- código de la categoría **707 Úlcera crónica de la piel**,
- código de la celulitis **681 Celulitis y absceso de los dedos de la mano y del pie** o **682 Otra celulitis y absceso** y
- código del germen si se conoce.

La secuencia de códigos dependerá de las circunstancias del ingreso.

Ejemplo:

Hombre de 89 años ingresa con las piernas hinchadas, celulitis, úlceras drenantes y escaras. El paciente tuvo un traumatismo previo que originó la celulitis. El dermatólogo diagnosticó celulitis y úlcera de estasis.

682.6 Otra celulitis y absceso. Pierna, salvo pie

459.81 Otros trastornos especificados del sistema circulatorio, Insuficiencia venosa (periférica), no especificada

707.10 Úlcera de miembros inferiores, excepto úlcera por presión. Úlcera de miembros inferiores, no especificada

Aunque el Índice Alfabético envía directamente al código 454.0, al no estar contrastada la existencia de venas varicosas ha de seleccionarse el código 459.81 del modificador esencial «sin venas varicosas»⁷.

3. Celulitis con necrosis y gangrena

En la celulitis con necrosis o celulitis gangrenosa se compromete tejido subcutáneo profundo y fascia muscular con necrosis extensa de la piel y tejidos subyacentes. Los signos locales y generales se agravan rápidamente.

La celulitis gangrenosa se clasificará como **785.4 Síntomas que afectan al aparato cardiovascular. Gangrena**, no siendo necesario el código de celulitis.

Si como resultado de una úlcera o lesión se desarrolla una gangrena se clasificará en primer lugar la úlcera y en segundo lugar el código de gangrena.

Entre las infecciones necrotizantes de la piel y el tejido celular subcutáneo se distinguen 6 síndromes clínicos^{8,9}:

3.a. Celulitis anaeróbica crepitante

Se codificará como **040.0 Otras enfermedades bacterianas. Gangrena gaseosa**, al que se añadirá código para el agente etiológico. Los gérmenes causantes son los anaerobios no esporulados (Peptostreptococcus o Bacteroides, Escherichia coli, etc.) y pueden estar presentes los aerobios Streptococcus y Staphylococcus

3.b. Gangrena bacteriana progresiva

Es una úlcera subaguda en la pared abdominal o torácica después de cirugía. La fascia profunda no está involucrada. La etiología es microaerofílicos con los anaerobios obligados no hemolíticos, Streptococcus y Staphylococcus aureus o Proteus.

Se clasificará en **785.4 Síntomas que afectan al aparato cardiovascular. Gangrena**, más un código del agente etiológico.

3.c. Fascitis necrotizante

Se codificará como **728.86 Otros trastornos de músculos, ligamentos, y fascia. Fascitis necrotizante**, añadiendo el código **785.4 Síntomas que afectan al aparato cardiovascular. Gangrena** y un código del germen etiológico. La etiología incluye Streptococcus pyogenes (grupo A beta hemolítico), Staphylococcus aureus y Enterobacteriaceae. Pueden estar presentes los anaerobios tipo Bacteroides, Peptostreptococcus y Fusobacterium.

3.d. Gangrena de Fournier

La gangrena de Fournier es una fascitis necrotizante sinérgica, multimicrobiana, de origen infeccioso, que produce gangrena de piel en la región genital, perineal, o perianal. Los microorganismos causantes son: Bacteroides, Enterobacteriaceae, etc. La infección se propaga rápidamente. Se clasificará en:

- Hombres en el código **608.83 Otros trastornos especificados de los órganos genitales masculinos. Trastornos vasculares**, seguido de un código del germen etiológico.
- Mujeres en el código **728.86 Otros trastornos de músculos, ligamentos, y fascia. Fascitis necrotizante** más el código del germen etiológico.

La entrada en el Índice Alfabético es:

Enfermedad

- Fournier

Fournier, enfermedad de (gangrena idiopática)

Ejemplos:

- Hombre con un absceso perianal que progresa durante la hospitalización a gangrena de Fournier. Cultivo de la herida positivo para *Corynebacterium*.

566 Absceso de las regiones anal y rectal

608.83 Otros trastornos especificados de los órganos genitales masculinos, Trastornos vasculares

041.89 Infección bacteriana en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos y las de sitio no especificado. Otras bacterias especificadas

- Mujer con antecedentes de esfinterotomía lateral interna que acude a urgencias por intenso dolor en hipogastrio y en región perineal con endurecimiento del glúteo izquierdo. En el TAC se observa una colección abscesificada en el espacio rectovaginal y gas en músculos elevadores del ano, fosa isquiorrectal izquierda y en raíz del muslo izquierdo. Es diagnosticada de gangrena de Fournier.

728.86 Otros trastornos de músculos, ligamentos, y fascia. Fascitis necrotizante

3.e. Mionecrosis clostridial

La mionecrosis clostridial se debe a una infección anaeróbica del músculo, generalmente secundaria a trauma o a intervenciones sobre el intestino. Se acompaña de tremenda toxicidad sistémica, con fenómenos tales como coagulación diseminada intravascular, hemólisis e hipocalcemia. Los microorganismos causantes son los clostridios. Esta entidad se denomina también **gangrena gaseosa** codificándose como **040.0 Otras enfermedades bacterianas. Gangrena gaseosa** más el código **041.84 Otras infecciones bacterianas especificadas. Otros anaerobios**.

3.f. Mionecrosis no clostridial (celulitis necrotizante sinérgica) o gangrena de Meleney

Se clasificará en **686.09 Otras infecciones locales de piel y de los tejidos subcutáneos. Otras piodermatitis**, más el germen etiológico. La mayoría son personas mayores y/o diabéticos.

Sus entradas en el Índice Alfabético son:

Gangrena

- Meleney, de (cutánea)

Meleney, de

- gangrena (cutánea)
- úlcera (crónica subcutánea)

4. Celulitis debida a complicación de procedimiento quirúrgico

La celulitis secundaria a un procedimiento quirúrgico se clasificará con la siguiente secuencia, código de la subcategoría **998.5 Otras complicaciones de procedimientos, no clasificadas bajo otros conceptos. Infección postoperatoria**, más el código de celulitis y el del germen causante.

Ejemplo:

Paciente que fue intervenida de apendicectomía hace seis días y reingresa por infección de la herida y absceso de pared. Se aísla Estafilococo en cultivo de la herida.

998.59 Otras complicaciones de procedimientos, no clasificadas bajo otros conceptos. Otras infecciones postoperatorias

682.2 Otra celulitis y absceso. Tronco

041.10 Infección bacteriana clasificada en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos y las de sitios no especificados, Estafilococo, inespecífico

E878.8 Intervención quirúrgica y otros procedimientos quirúrgicos como causa de reacción anormal del paciente, o de complicación posterior, sin mención de accidente en el momento de realizarse la intervención. Otras intervenciones y técnicas quirúrgicas especificadas

5. Celulitis tras infección de terapia endovenosa¹⁰

- Si la celulitis se produce tras la infección de un catéter central se codificará:
 - **999.31 Complicaciones de cuidados médicos, no clasificadas bajo otros conceptos. Infección por catéter venoso central.**
 - **682.2 Otra celulitis y absceso. Tronco.**
 - Código del germen causante.
 - Código E.

- Si la celulitis se produce tras la infección de catéter periférico se codificará:
 - **996.62 Reacción infecciosa e inflamatoria por dispositivo protésico interno, implante e injerto. Por otros dispositivos, implantes e injertos vasculares.**
 - **682 Otra celulitis y absceso.**
 - Código del germen causante.
 - Código E.

6. Erisipela o celulitis estreptocócica

Se trata de una dermo-hipodermatitis infecciosa aguda por *Streptococcus pyogenes*, con compromiso linfático, que se manifiesta con fiebre elevada, presentando el cuadro clásico de la gruesa pierna roja aguda febril. Se clasifica en el código **035 Erisipela**.

III. ABSCESO

El absceso cutáneo es una acumulación de material purulento, localizado y rodeado por tejido inflamatorio. Habitualmente está situado en profundidad y el pus no es visible a través de la piel. Es rojo, caliente y doloroso. El *Staphylococcus aureus* es el agente causal más común, aunque hay otros microorganismos que también lo pueden producir como el *Streptococcus*, gramnegativos y anaerobios. La infección puede diseminarse de forma local o sistémica y, si llega al torrente sanguíneo, puede ocasionar complicaciones graves¹¹.

Los abscesos pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo. Los localizados en piel y tejido celular subcutáneo se clasificarán en las categorías **681 Celulitis y absceso de los dedos de la mano y del pie** y en **682 Otra celulitis y absceso**, para la clasificación de diferentes localizaciones anatómica que no sean dedos.

El eje de clasificación es por estructura anatómica, por lo que la entrada en el Índice Alfabético será por **Absceso**, buscando posteriormente un subtérmino correspondiente a la estructura anatómica que debamos clasificar.

IV. PIODERMITIS

Son aquellas enfermedades cutáneas causadas por microorganismos piógenos, siendo la infección por estafilococos y estreptococos la más frecuente. Puede ser primaria si aparece en piel sana y secundaria si lo hace sobre una dermatosis preexistente.

Se clasifican en la subcategorías **686.0 Otras infecciones locales de la piel y de los tejidos subcutáneos. Piodermis** y **686.8 Otras infecciones locales especificadas de la piel y de los tejidos subcutáneos**. La categoría 686 establece la obligatoriedad de emplear código adicional para identificar cualquier organismo infeccioso (041.0-041.8).

Las entradas en el Índice Alfabético se realizaran por:

Pioderma, piodermia 686.00

- gangrenoso 686.01

- tipo especificado NCO 686.09

- vegetante 686.8

Piodermatitis 686.00

- vegetante 686.8

V. LINFADENITIS AGUDA

La linfadenitis es la inflamación de uno o más ganglios linfáticos y generalmente es consecuencia de una infección. La infección puede ser causada por cualquier clase de microorganismo (bacterias, virus, protozoos, rickettsias u hongos). Lo normal es que la infección se extienda hasta un ganglio linfático a partir de una infección localizada en piel, oído, nariz u ojos.

Se clasifica en la categoría **683 Linfadenitis aguda**. Quedan excluidas de esta categoría y de este capítulo:

- **289.1 Linfadenitis crónica.**
- **289.2 Linfadenitis mesentérica no especificada.**
- **289.3 Linfadenitis no especificada, salvo la mesentérica.**
- Linfadenitis generalizadas, que se clasifican en la subcategoría **289.3 Linfadenitis no especificada, salvo la mesentérica.**
- Otras linfadenitis asociadas a procesos infecciosos sistémicos, donde codificaremos la enfermedad infecciosa sistémica como la linfadenitis chancroideas **099.0 Chancroide** y venérea **099.1 Linfogramuloma venéreo.**

Ejemplo:

Paciente que presenta linfadenitis, se realiza biopsia y se diagnostica de gonorrea.

098.89 Infección gonocócica de otros sitios especificados. Otras

VI. LINFANGITIS AGUDA

La linfangitis aguda es la inflamación de uno o más vasos linfáticos, y generalmente es consecuencia de una infección estreptocócica. Se clasifica en **682 Otra celulitis y absceso**.

Puede extenderse desde la zona infectada hasta un grupo de ganglios linfáticos, como los de la ingle o la axila y producir linfadenitis, además pueden formarse úlceras cutáneas que cubren los vasos linfáticos infectados. En estos casos se acompañarán de los códigos correspondientes de linfadenitis y/o úlceras.

Quedan excluidas:

- Las linfadenitis que acompañan a infecciones sistémicas, debiéndose codificar la infección sistémica.
- Las no especificadas o especificadas como crónicas, que se clasificarán en el código **457.2 Trastornos no infecciosos de los canales linfáticos. Linfangitis**.

VII. IMPÉTIGO

Es una infección cutánea contagiosa que generalmente cursa con ampollas o úlceras en cara, cuello, manos y área del pañal. Es una de las infecciones cutáneas más frecuentes en la población infantil. Generalmente está provocado por las bacterias *Staphylococcus aureus* o *Streptococcus* del grupo A.

Puede presentarse:

- De forma localizada: impétigo ampolloso.
- De forma generalizada: síndrome de Von Rittershein o impétigo contagioso del recién nacido, con afección del estado general o complicación de glomerulonefritis¹².

En ambos casos se clasificará en **684 Impétigo**, donde se incluyen el impétigo ampolloso, circinado, simple, contagioso, del recién nacido y de cualquier localización.

Cuando el impétigo se localiza en oído, se añadirá además el código **380.13 Otitis externa infecciosa. Otras infecciones agudas del oído externo**. Si la localización es en párpado se añadirá además el código **373.5 Inflamación de los párpados. Otra dermatitis infecciosa del párpado**.

La CIE-9-MC tiene para el impétigo los siguientes modificadores esenciales:

- Impetigo Bockhart o foliculitis superficial, **704.8 Otras enfermedades especificadas del piel y de las folículos pilosos**.
- Impétigo herpetiforme, **694.3 Dermatitis ampollosas. Impétigo herpetiforme**.
- Impétigo ulcerativo, **686.8 Otras infecciones locales especificadas de la piel y de los tejidos subcutáneos**.

VIII. SÍNDROME DE LA PIEL ESCALDADA

Es una enfermedad cutánea grave provocada por la exotoxina exfoliativa del *Staphylococcus aureus* grupo II, que afecta fundamentalmente a niños menores de 5 años, aunque también se ha descrito en adultos inmunodeprimidos.

Aparecen grandes ampollas que se rompen, dejando grandes áreas exulceradas similares a la piel escaldada o quemada.

Debido a la intensa exfoliación, la regulación de la temperatura y el balance de líquidos, son problemas de particular importancia en el neonato. Debe hacerse diagnóstico diferencial con la necrosis epidérmica tóxica o síndrome de Lyell de origen medicamentoso¹².

Para su clasificación se necesitan dos códigos:

- El primero **695.81 Otros estados eritematosos especificados. Enfermedad de Ritter**.
- Un segundo código de la subcategoría **695.5 Exfoliación por enfermedades eritematosas según la extensión de superficie corporal afectada**, para especificar qué cantidad de superficie corporal ha sido afectada.

IX. HIDRADENITIS SUPURADA

Es una infección piógena de las glándulas sudoríparas apocrinas. Se localiza en axila, ingle, escroto, labios o pubis. La etiología es el *Staphylococcus aureus* y secundariamente se infecta con bacilos gran negativos (*Proteus*, *Klebsiella*, *Escherichia coli*), diseminándose y extendiéndose a zonas vecinas, con formación de abscesos más profundos, muy dolorosos, que forman plastrones duros, inflamados y crónicamente recidivantes.

Se clasifica en las enfermedades inflamatorias de la piel, en el código **705.83 Otros trastornos especificados de las glándulas sudoríparas. Hidradenitis.**

X. DACTILITIS AMPOLLOSA DISTAL

Es una infección ampollosa superficial de los pulpejos de los dedos. Está ocasionada más frecuentemente por *Streptococcus* del grupo A, aunque también por *Staphylococcus aureus*. Afecta principalmente al pulgar, pero puede afectar a cualquier dedo de la mano y de los pies.

Las lesiones consisten en una ampolla (pueden ser múltiples), rellena de material acuoso purulento, asentada sobre una base eritematosa¹³.

Se clasificará en el código **694.8 Dermatitis ampollosas. Otras dermatosis ampollosas especificadas**, debiendo añadir el código del microorganismo.

XI. ECTIMA

El ectima es una infección bacteriana profunda o ulcerosa de la piel, y está producida por *Streptococcus*, *Staphylococcus* o la asociación de ambos. Se codificará en **686.8 Otras infecciones locales especificadas de la piel y tejidos subcutáneos.**

Sin embargo, el **ectima contagioso** es una enfermedad de origen viral, que afecta al hombre que trabaja con animales enfermos o sus productos contaminados. Se asignará en **051.2 Viruela vacuna y paravaccinia, Dermatitis pustular contagiosa.**

Cuando la infección del ectima está causada por *Pseudomona aeruginosa*, recibe el nombre de **ectima gangrenoso**, que por lo general se presenta en personas inmunodeprimidas. Se codificará en **686.09 Otras infecciones locales de la piel y de los tejidos subcutáneos. Otras piodermitis.**

XII. PARONQUIA Y PANADIZO

La **perionixis** o **paroniquia aguda** es la infección que se produce en los tejidos blandos adyacentes a la uña, zona del pliegue ungueal proximal o lateral.

El **panadizo** es una de las lesiones infecciosas más frecuentes en la mano, es una infección de los tejidos blandos del pulpejo de los dedos. Generalmente la infección comienza después de una herida en la zona o por diseminación de una paroniquia.

La etiología más frecuente son heridas, mordeduras ungueales y otras lesiones cutáneas (pa-drastrós). El agente que más frecuentemente la produce es *Staphylococcus aureus*, seguido del virus del herpes simple. Si se cronifica la lesión se debe pensar en *Candida albicans*¹⁴.

Cuando asientan en dedos de la mano se codificará en **681.02 Celulitis y absceso de los dedos de la mano y del pie. Oniquia y paroniquia de dedo de mano**, y cuando lo hacen en dedos de los pies como **681.11 Celulitis y absceso de los dedos de la mano y del pie. Oniquia y paroniquia de dedo de pie**.

Si la etiología es el virus del herpes se clasificará en **054.6 Herpes simples. Panadizo herpético**.

La entrada en el Índice Alfabético se puede realizar por:

Paroniquia

- dedo de
- - mano 681.02
- - pie 681.11

Panadizo (con linfangitis) 681.9

- dedo de
- - mano 681.02
- - pie 681.11
- herpético 054.6

Pueden complicarse con infección de las vainas tendinosas de los flexores de los dedos (tenosinovitis) y puede existir compromiso óseo (osteítis), en cuyo caso se añadirán los códigos correspondientes.

Ejemplo:

Varón de 45 años, con lesión inflamatoria periungueal en 3^{er} dedo mano izquierda, tratada mediante drenaje y antibióticos en el servicio de urgencias con el diagnóstico clínico de panadizo. Ingresa y tras varios días de evolución de la lesión, se objetiva en RX imagen lítica en sacabocados compatible con osteomielitis.

681.02 Celulitis y absceso de los dedos de la mano y del pie. Oniquina y paroniquia de dedo de mano

730.04 Osteomielitis aguda. Mano

XIII. QUISTE PILONIDAL

Un quiste o seno pilonidal es un absceso (colección localizada de pus) o un seno de drenaje crónico (un canal o conducto que va a un absceso) ubicado en la abertura entre los músculos glúteos. Este quiste puede tener una cavidad profunda que contiene pelo y puede no presentar síntomas a menos que se infecte.

Se clasifica en la categoría **685 Quiste pilonidal**, utilizando el 4º dígito para diferenciar el quiste pilonidal con absceso o sin absceso.

Las sinonimias con las que podemos encontrarnos el quiste pilonidal son absceso o fístula pilonidal.

No hay que confundirlo con el **sinus neurodérmico** llamado también sinus o seno dérmico, o sinus pilonidal por los neurocirujanos pediátricos. Externamente se asocia a alteraciones cutáneas regionales: pilosidad, nevus vasculares planos o retracciones en forma de fosillas. Consisten en un pequeño orificio en la piel en continuidad con un canalículo que, a su vez, puede atravesar la duramadre constituyendo una puerta de entrada para aquellas bacterias causantes de meningitis. Destacamos que los signos cutáneos se localizan por encima del surco interglúteo, mientras que si son inferiores pensaremos en una entidad benigna, y extraneurológica, tal es el caso del sinus pilonidal. Estos casos no se codificarán como sinus pilonidales sino como **756.17 Anomalías de la columna vertebral. Espina bífida oculta**.

El **quiste pilonidal maligno** se clasificará como **173.5 Otras neoplasias malignas de la piel. Piel del tronco, con excepción del escroto**.

Los procedimientos asociados a esta patología son el **86.03 Incisión de piel y tejido subcutáneo. Incisión de seno o quiste pilonidal, 49.12 Operaciones sobre ano. Incisión o extirpación de fístula anal. Fistulectomía anal y 86.21 Extirpación o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo. Extirpación de quiste o seno pilonidal.**

INFLAMACIONES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO

I. DERMATITIS

Los términos dermatitis y eczema (o eccema) se utilizan frecuentemente como sinónimos para referirse a una inflamación de la piel. La inflamación puede tener un curso clínico agudo, subagudo o crónico. Las lesiones primarias son máculas, pápulas y vesículas; las secundarias son exudación, costras, fisuras, liquenificación y cicatrices. El prurito es común a todas las dermatitis de este grupo.

1. Dermatitis seborreica¹⁵

Es una dermatosis eritemato-descamativa de evolución crónica y recurrente que se localiza en cara, cuero cabelludo, pliegues y regiones medio-torácicas e interescapulares. También se conoce como eczema seborreico o pitiriasis seca y esteatoide.

La dermatitis seborreica se puede clasificar en:

1.a. Dermatitis seborreica en la infancia

- **Costra láctea.** Clasificada en el **690.11 Dermatitis seborreica. Seborrea capitis.**
- **Dermatitis seborreica infantil.** Se codificará en el **690.12 Dermatitis seborreica. Dermatitis seborreica infantil.**
- **Eritrodermia descamativa de Leiner-Mousses.** Fue descrita inicialmente como una dermatitis seborreica extensa que se acompaña de fiebre, anemia, diarrea y vómitos. No suele producir prurito. Se considera asociada a una batería de alteraciones inmunológicas tales como déficit de C5, C4 y C3, aumento de la IgE, déficit de IgA, etc. Se codificará en el **695.89 Otros estados eritematosos especificados. Otros.**

1.b. Dermatitis seborreica en el adulto

- **Pitiriasis capitis.** Se asignará al código **690.11 Dermatitis seborreica. Seborrea capitis.**
- **Pitiriasis esteatoide,** también llamada eczemátide seborreica. Se clasificará en el código **690.18 Dermatitis eritematoescamosa. Otra dermatitis seborreica.** La entrada en el Índice Alfabético se hará por:

Eczema - seborreico

- Dermatitis seborreica facial, mediotóraca y medioescapular y púbica. Se clasificará en el **690.10 Dermatitis seborreica no especificada**.

1.c. Dermatitis seborreica en enfermos inmunocomprometidos

En pacientes HIV(+) las manifestaciones clínicas de la dermatitis seborreica son mucho más intensas. Se codificará en el **690.10 Dermatitis seborreica no especificada**.

2. Dermatitis atópicas y otros estados relacionados

2.a. Dermatitis irritativa del pañal

Es la forma más común y representa una dermatitis de contacto irritativa, que dependiendo de la cronicidad y severidad de la irritación, determinará varios subtipos clínicos¹⁶:

- Escaldadura.
- Dermatitis pápulo-pustulosa del pañal.
- Dermatitis erosiva de Jacquet.
- Granuloma glúteo infantum.

Se clasificará en el código **691.0 Dermatitis atópica y estados relacionados. Dermatitis del pañal**.

Los bebés son particularmente susceptibles a la infección por cándida. La dermatitis del pañal por cándidas se codificará en la categoría **112 Candidiasis**^{17,18}.

2.b. Dermatitis por contacto o sustancias ingeridas

- Si la dermatitis se debe al **contacto directo** con la piel por determinadas sustancias se clasifica en la categoría **692 Dermatitis, eczema de contacto y otros eczemas**, que se dividen en subcategorías según el agente irritante que las produce: detergentes, aceites y grasas, disolventes, medicamentos, otros productos químicos, alimentos y plantas.
- Si la dermatitis se produce por **sustancias ingeridas** se asignará en la categoría **693 Dermatitis por sustancias ingeridas**, que se dividen en subcategorías según el agente irritante: fármacos, alimentos, etc.

En la codificación de la **dermatitis por medicamentos**, tanto las causadas por contacto como por medicamentos ingeridos, se debe determinar primero si la manifestación (dermatitis) se debe a un efecto negativo debido a la correcta administración de un fármaco (RAM) o es debido a la incorrecta utilización del fármaco (envenenamiento o intoxicación):

- Cuando la dermatitis se debe a RAM se secuenciará en primer lugar la dermatitis añadiendo un código E (E930- E949) para indicar la medicación responsable.
- Cuando la dermatitis se debe a una intoxicación se codificará en primer lugar la intoxicación (categorías 960-979), más código adicional para la dermatitis. Se deberá añadir el código E para indicar la forma en que se produjo la intoxicación y el tipo de droga¹⁹.

Ejemplos:

- Dermatitis debida a la reacción alérgica a la penicilina en comprimidos, tomados según la prescripción médica.

693.0 Dermatitis por sustancias ingeridas. Por fármacos y drogas
E930.0 Antibióticos. Penicilinas

- Dermatitis debida a sobredosis accidental de penicilina.

960.0 Envenenamiento por antibióticos. Penicilinas
693.0 Dermatitis por sustancias ingeridas. Por fármacos y drogas
E856 Envenenamiento accidental por antibióticos

La **Eritrodisestesia Palmo Plantar (PPE)** es una dermatitis que cursa con inflamación y entumecimiento de las manos y los pies; y que se produce por reacción adversa a antineoplásicos o tratamientos biológicos utilizados para el tratamiento del cáncer. La zona afectada toma aspecto semejante a una quemadura solar. Asignaremos para su clasificación los siguientes códigos²⁰:

- **693.0 Dermatitis por sustancias ingeridas. Por fármacos y drogas.**
- **E930.7 Antibióticos. Antibióticos antineoplásicos** o **E933.1 Fármacos anti-neoplásicos e inmunosupresores.**

3. Quemaduras de la piel

3.a. Quemaduras solares

Las quemaduras solares se clasifican atendiendo al grado en:

- Quemaduras de primer grado o epidérmicas o no especificada, **692.71 Dermatitis, eczema de contacto y otros eczemas. Quemadura solar**.
- Quemaduras de segundo grado o dérmicas, **692.76 Dermatitis, eczema de contacto y otros eczemas. Quemadura solar de segundo grado**.
- Quemaduras de tercer grado o espesor total, **692.77 Dermatitis, eczema de contacto y otros eczemas. Quemadura solar de tercer grado**.

3.b. Otras quemaduras de la piel^{21,22}

Se producen por contacto de calor seco habitualmente, llamas o radiación no solar.

Las quemaduras producidas por rayos ultravioletas de fuente no solar o cualquier otro tipo de radiación se clasificarán en el código **692.82 Dermatitis, eczema de contacto y otros eczemas. Dermatitis por otras radiaciones**.

Las quemaduras producidas por llamas, así como las quemaduras eléctricas o químicas se codificarán atendiendo las normas generales de quemaduras del **Capítulo 17 Lesiones y Envenenamientos**, como se recoge a continuación¹⁹:

- La **localización** anatómica de la quemadura, se identificará en códigos de las categorías 940-946, donde además de la localización se recogerá el grado de afectación de la piel.
- La **extensión** de superficie corporal quemada y la afectación de tercer grado se clasificará mediante códigos de la categoría **948 Quemaduras clasificadas según la extensión de la superficie corporal implicada**.
- El **agente causal** y el **lugar** se identificará mediante los códigos E correspondientes.

4. Dermatitis por radiación solar

La **fotodermatosis** es un trastorno dermatológico provocado, inducido y/o agravado por radiación ultravioleta UVA, UVB o luz visible. Desde el punto de vista clínico se clasifican según su etiología en cuatro grupos:

- Fotodermatosis idiopáticas

FOTODERMATOSIS IDIOPÁTICA	CÓDIGO CIE
Prurigo actínico	692.72 Dermatitis aguda por luz solar (fotodermatosis aguda)
Erupción polimorfa lumínica	
Hidroa vacciniforme	
Urticaria solar	
Dermatitis actínica crónica	692.74 Otra dermatitis crónica por luz solar

- Fotodermatosis secundaria a agentes exógenos, como la fototoxicidad y la fotoalergia, tanto de contacto como sistémica.
- Fotodermatosis secundarias a agentes endógenos como es el caso de las porfirias, que empeoran con la exposición solar.
- Dermatitis fotoexacerbadas, cuyo origen puede ser autoinmune, infeccioso etc.

Tanto las fotodermatosis secundarias como las fotoexacerbadas se clasifican en el código **692.72 Dermatitis aguda por luz solar (fotodermatosis aguda)**. Si están producidas por drogas o fármacos lo identificaremos mediante un código E.

5. Dermatitis numular

La dermatitis numular es una erupción persistente que por lo general produce picor unido a una inflamación caracterizada por manchas con forma de moneda que presentan diminutas ampollas, costras y escamas. Se codificará como **692.9 Dermatitis, eczema de contacto y otros eczemas. Causa no especificada**.

La entrada en el Índice Alfabético es por:

Eczema
- numular

II. DERMATOSIS AMPOLLOSAS

Semiológicamente se define una ampolla como una lesión primaria llena de líquido de más de 1 cm, y una vesícula cuando es de menor tamaño.

Dentro de las enfermedades ampollosas se engloban aquellas entidades que se caracterizan por una alteración en la cohesión entre las estructuras cutáneas independientemente de

que se expresen clínicamente como ampollas, vesículas u otro tipo de lesiones clínicas. Las ampollas pueden desarrollarse en piel y mucosas, pueden ser localizadas o generalizadas y situarse en cualquier nivel cutáneo (epidérmico, unión dermo-epidérmica, dérmica).

Se clasifican desde el punto de vista clínico e histológico en intraepidérmicas y subepidérmicas²³:

ENFERMEDADES AMPOLLOSAS	Código CIE
INTRAEPIDÉRMICAS	
Pénfigo vulgar o Pénfigo vegetante	694.4 Dermatitis ampollosas. Pénfigo
Pénfigo foliáceo o Pénfigo herpetiforme	
Pénfigo IgA	
Pénfigo paraneoplásico	
SUBEPIDÉRMICAS	
Penfigoide ampolloso	694.5 Dermatitis ampollosas. Penfigoide
Herpes gestacional	646.8 Otras complicaciones especificadas del embarazo
Penfigoide de mucosas (cicatricial)	694.6 Dermatitis ampollosas. Penfigoide benigno de las mucosas
Dermatitis IgA lineal infantil	694.8 Dermatitis ampollosas. Otras dermatitis ampollosas especificadas
Dermatitis IgA lineal del adulto	
Epidermolisis ampollosa adquirida	
Dermatitis herpetiforme	694.0 Dermatitis ampollosas. Dermatitis herpetiforme
Dermatitis herpetiforme juvenil	694.2 Dermatitis ampollosas. Dermatitis herpetiforme juvenil
Dermatitis herpetiforme senil	694.5 Dermatitis ampollosas. Penfigoide

La epidermolisis ampollosa o bullosa puede ser congénita o adquirida.

La epidermolisis ampollosa adquirida o epidermolisis bullosa adquirida (Epidermolysis Bullosa Acquisita -EBA-), es una enfermedad ampollosa subepidérmica, no hereditaria y polimórfica. Es un trastorno autoinmunitario que aparece en adultos de más de 50 años, aunque puede ocurrir en niños. Está ligada a la enfermedad de Crohn y posiblemente a lupus. Las lesiones suelen producirse en lugares expuestos a traumatismos menores²⁴. No existe entrada en la CIE-9-MC, la única entrada para la epidermolisis bullosa nos dirige a la forma congénita.

La codificación de epidermolisis bullosa adquirida se realizará en el código **694.8 Dermatitis ampollas. Otras dermatosis ampollas especificadas**. La entrada en el Índice Alfabético se hará por:

Dermatitis

- ampollas
- - tipo especificado NCOC

La forma hereditaria de epidermolisis se clasificará en el código **757.39 Otras anomalías especificadas de la piel. Otras**. La entrada en el Índice Alfabético es por:

Epidermolisis

- bullosa

Enfermedad

- Goldscheider, enfermedad de (epidermolisis bullosa) 757.39
- Köbner (epidermolisis bullosa) 757.39

Goldscheider, enfermedad de (epidermolisis bullosa) 757.39

El **flictena** es una lesión cutánea que consiste en una ampolla o vesícula formada por la epidermis levantada llena de suero, como las producidas en quemaduras o rozaduras, que no se codifican si es manifestación inherente de una enfermedad. Cuando son entidades independientes se clasificarán en el código **709.8 Otros trastornos especificados de la piel**.

Ejemplos:

- Quemadura con flictenas del dorso de la mano por agua caliente en residencia de ancianos.

944.26 Quemadura de muñeca(s) y mano(s). Ampollas, pérdida epidérmica [segundo grado]. Dorso de la mano

E924.0 Accidente causado por sustancias u objetos calientes, material cáustico o corrosivo y vapor. Líquidos y vapores calientes, incluido el vapor de agua

E849.7 Lugar de acontecimiento. Institución residencial

- Paciente que ingresa por flictenas secundarias a traumatismo curado.

709.8 Otros trastornos especificados de la piel

908.9 Efecto tardío de lesión no especificada

E929.9 Efectos tardíos de accidente no especificado

III. ENFERMEDADES ERITEMATOSAS

1. Eritema tóxico

El eritema tóxico del recién nacido es la erupción más frecuente en el neonato y consiste en parches eritematosos con protuberancias elevadas y claras en el centro. Esta condición puede presentarse al nacer o aparecer un poco más tarde y, generalmente, dura varios días y desaparece sin tratamiento.

Ha recibido nomenclaturas muy diversas tales como exantema toxoalérgico, urticaria neonatal, dermatitis por picadura de pulga, etc.

Se clasifica en el código **778.8 Otras enfermedades especificadas que implican al revestimiento cutáneo del feto y del recién nacido**.

Si aparece fuera del periodo perinatal se codificará en **695.0 Afeciones eritematosas. Eritema tóxico**.

2. Eritema multiforme

El eritema multiforme²⁵ o eritema polimorfo es una reacción aguda que afecta a la piel y, a veces, a las mucosas; es autolimitada, en ocasiones recurrente y con lesiones características en forma de diana.

Para la correcta codificación necesitaremos de codificación múltiple:

- Un **primer código** para especificar el tipo de eritema multiforme:
 - Eritema multiforme maculopapuloso o eritema polimorfo menor, se clasifica en **695.11 Afeciones eritematosas. Eritema multiforme menor**. Representa el 80% de los casos.
 - Eritema multiforme vesiculoampoloso o eritema polimorfo mayor, presenta mayor intensidad en los cambios anatomopatológicos y frecuente participación mucosa. Se codificará en **695.12 Afeciones eritematosas. Eritema multiforme mayor**.
 - Las formas más graves, con afectación del estado general y posible participación de órganos internos correspondería al síndrome de Steven-Johnson clasificado en el código **695.13 Afeciones eritematosas. Eritema multiforme. Síndrome de Stevens-Johnson**.

- La necrolisis tóxica epidérmica o síndrome de Lyell se asigna al código **695.15 Afeciones eritematosas. Eritema multiforme. Necrolisis epidérmica tóxica.**
- Un **segundo código** para indicar el porcentaje de superficie afectada por la exfoliación de la piel.
 - Se empleará un código de la subcategoría **695.5 Afeciones eritematosas. Exfoliación por enfermedades eritematosas según extensión de superficie corporal afectada.** Para la utilización de este código hay que conocer el porcentaje de superficie corporal afectada. En el caso de que el clínico no especifique el porcentaje de superficie corporal afectada, utilizaremos la regla de los nueves.

A continuación se presenta una tabla donde aparecen las diferentes áreas del cuerpo con los porcentajes según edad.

PORCENTAJES RELATIVOS DE ÁREAS CORPORALES SEGÚN EDAD						
Área Corporal	Nac.-1 año	1-4 años	5-9 años	10-14 años	15 años	Adulto
Cabeza	19	17	13	11	9	7
Cuello	2	2	2	2	2	2
Tronco anterior	13	13	13	13	13	13
Tronco posterior	13	13	13	13	13	13
Glúteo derecho	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Glúteo izquierdo	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Genitales	1	1	1	1	1	1
Antebrazo derecho	4	4	4	4	4	4
Antebrazo izquierdo	4	4	4	4	4	4
Brazo derecho	3	3	3	3	3	3
Brazo izquierdo	3	3	3	3	3	3
Mano derecha	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Mano izquierda	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Muslo derecho	5,5	6,5	8	8,5	9	9,5
Muslo izquierdo	5,5	6,5	8	8,5	9	9,5
Pierna derecha	5	5	5,5	6	6,5	7
Pierna izquierda	5	5	5,5	6	6,5	7
Pie derecho	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5
Pie izquierdo	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5

- Se acompañará de códigos adicionales para identificar las manifestaciones asociadas tales como conjuntivitis, mucositis y otros eritemas.

La **etiología** del eritema multiforme puede ser, entre otras, por infección (herpes simple y micoplasma) en cuyo caso se le añadirá un código correspondiente al germen, o por medicamentos (antibióticos, analgésicos, etc.), debiéndose seguir la secuencia de envenenamiento o RAM según corresponda.

3. Dermatitis exfoliativa generalizada

La dermatitis exfoliativa generalizada es una grave inflamación que afecta a toda la superficie de la piel y evoluciona hacia un enrojecimiento extremo acompañado de una gran descamación.

Ciertos medicamentos (en especial la penicilina, la sulfamida, la isoniacida, la fenitoína y los barbitúricos) pueden causar esta enfermedad. Ciertos linfomas también pueden producir dermatitis exfoliativa generalizada.

Se codificará como **695.89 Otros estados eritematosos especificados. Otros**, más un código de la subcategoría **695.5 Afecciones eritematosas. Exfoliación por enfermedades eritematosas según extensión de superficie corporal afectada**, para especificar la cantidad de superficie corporal afectada.

4. Lupus eritematoso discoide

El Lupus Eritematoso Discoide (LED) o de Cazenave es una afectación de la piel que se caracteriza por manchas rojas, como brotes, que aparecen sobre ambas mejillas y el puente de la nariz, dando la impresión de una mariposa con las alas abiertas. Algunas de las lesiones más severas dejan cicatrices y cambian la pigmentación de la piel. Estas manchas pueden aparecer en otras partes del cuerpo, especialmente en las partes expuestas al sol.

El LED se clasifica en la subcategoría **695.4 Afecciones eritematosas. Lupus eritematoso**. Quedan excluidos de ésta el lupus vulgar o lupus de Hilliard que se codificarán en la subcategoría **017.0 Tuberculosis de otros órganos. Piel y tejido celular subcutáneo** y el lupus eritematoso disseminado en el código **710.0 Enfermedades sistémicas del tejido conjuntivo. Lupus eritematoso sistémico**.

Existen determinados fármacos que pueden dar lugar a LED por lo que deberá clasificarse dependiendo de si es debido a envenenamiento o RAM:

- **Envenenamiento:** se asignará código de envenenamiento más el **695.4 Afecciones eritematosas. Lupus eritematoso**, además del código E correspondiente al fármaco.

Los fármacos más frecuentes que inducen el LED:

- Procainamida y quinidina: **972.0 Envenenamiento agentes que afectan primordialmente al aparato cardiovascular. Reguladores del ritmo cardiaco.**
 - Isoniazida: **961.8 Envenenamiento por otros antiinfecciosos. Otros fármacos de acción contra las micobacterias.**
 - Fenitoina: **966.1 Envenenamiento por anticonvulsivos y fármacos antiparkinsonianos. Derivados de hidantoína.**
 - Hidralazina: **972.6 Envenenamiento por agentes que afectan primordialmente al aparato cardiovascular. Otros agentes antihipertensivos.**
- **RAM:** Se asignará el código **695.4 Afecciones eritematosas. Lupus eritematoso** y código E correspondiente para especificar el fármaco.

5. Psoriasis

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria de la piel que se presenta con escamas plateadas sobre placas de color rojo brillante con predilección por las rodillas, codos y el cuero cabelludo. La psoriasis es de causa desconocida, aunque parece ser una enfermedad hereditaria, y estar relacionada con la respuesta inmune y la inflamación.

Según la extensión de las placas se puede clasificar en psoriasis leve, moderada y grave. Existen muchas formas clínicas de psoriasis todas ellas clasificadas en el código **696.1 Psoriasis y trastornos similares. Otras psoriasis**, a excepción de:

- Psoriasis bucal, **528.6 Enfermedades de los tejidos blandos de la boca, salvo lesiones específicamente de la encía y de la lengua. Leucoplasia de la mucosa oral, incluyendo la lengua.**
- Artritis psoriásica, **696.0 Psoriasis y trastornos similares. Artropatía psoriásica.**
- Psoriasis psicógena, clasificada en el código **316 Factores psíquicos asociados a enfermedades clasificadas bajo otros conceptos** debiendo añadir el código **696.1 Psoriasis y trastornos similares. Otras psoriasis.**

OTRAS ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO

I. ÚLCERAS DE DECÚBITO

Una úlcera de decúbito es una lesión localizada de la piel y/o tejido circundante que normalmente cubre una prominencia ósea, como resultado de presión o presión en combinación con corte y/o fricción.

Las úlceras de decúbito son también conocidas como úlceras por presión o úlceras por encamamiento. Las zonas especialmente susceptibles son los tejidos de los codos, sacro, isquion, tobillos y talones. Pueden llegar a afectar al músculo y al hueso.

Para la correcta clasificación de las úlceras de decúbito se necesita codificación múltiple:

- En primer lugar, se secuenciarán los códigos relativos a la localización de la úlcera en la subcategoría **707.0 Úlcera crónica de la piel. Úlcera de presión**.
- En segundo lugar, informaremos del estadio de la úlcera mediante códigos de la subcategoría **707.2 Úlcera crónica de la piel. Estadios de la úlcera de presión**.

Cuando el paciente tiene úlceras en más de una localización, se asignarán tantos códigos de la subcategoría **707.0 Úlcera crónica de la piel. Úlcera por presión**, como localizaciones afectadas, junto con un código adicional para recoger el grado de cada una de las úlceras.

En **úlceras por presión bilaterales en diferentes estadios**, por ejemplo ambas nalgas, se codificarán con un solo código de localización **707.05 Úlcera de presión. Nalga** y los códigos necesarios de la subcategoría 707.2 para recoger los estadios de las úlceras²⁶.

La **úlcera infectada** se codificará igual que la no infectada, quedando incluido el concepto de infección en el de úlcera. Se añadirá código para el germen responsable de la infección, si se conocen.

Ejemplo:

Paciente con úlcera de decúbito en nalgas grado I, sobreinfectada por estafilococo aureus.

707.05 Úlcera por presión. Nalga

041.11 Infección bacteriana en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos y las de sitio no especificado. Estafilococo aureus sensible a meticilina

707.21 Estadios de la úlcera por presión. Úlcera por presión estadio I

La infección dificulta la curación de la úlcera que puede llegar a ser grave dando lugar a osteomielitis, bacteriemia y celulitis. Si esto ocurre se añadirán los códigos correspondientes a las complicaciones y el diagnóstico principal vendrá condicionado por el motivo de ingreso.

II. ÚLCERAS EN MIEMBROS INFERIORES, EXCEPTO DECÚBITO

Las úlceras se originan por un deterioro de la microcirculación cutánea. La causa más frecuente de úlceras cutáneas, especialmente en las piernas, son las enfermedades venosas en un 70%, arteriales en un 15% y mixtas en un 10%. La mayoría de las úlceras crónicas en miembros inferiores son secundarias a estasis venoso crónico²⁷.

Se codificarán en la subcategoría **707.1 Úlcera crónica de la piel. Úlcera de miembros inferiores, excepto presión.**

Existe una instrucción para codificar la enfermedad subyacente si está especificada debiendo establecer el facultativo la relación entre la úlcera y la enfermedad subyacente.

Ejemplo:

Úlcera diabética de miembro inferior izquierdo.

250.80 Diabetes mellitus. Tipo II o de tipo no especificado, no establecida como incontrolada

707.19 Úlcera de miembros inferiores, excepto úlcera por presión. Úlcera de otra parte de miembro inferior.

Las úlceras de miembros inferiores se clasifican según su etiología en:

1. Úlceras venosas o por estasis

Son úlceras debidas a una pérdida de sustancia que asienta sobre la piel dañada por una dermatitis secundaria a una hipertensión venosa. Están producidas por insuficiencia venosa crónica, antecedentes de varices o trombosis venosa profunda y superficial.

Estas úlceras también cursan con estadios, aunque la CIE-9-MC no asigna códigos específicos para diferenciarlos.

Se clasifican en la subcategoría **707.1 Úlcera crónica de la piel. Úlceras de miembros inferiores, excepto úlcera por presión.**

No existe entrada en el Índice Alfabético para «úlcera venosa». Sin embargo, sí que existe para **Úlcera de estasis**, apareciendo los términos «venas» y «piernas», como modificadores no esenciales en el marco del subtérmino «estasis», clasificándose en el código **454.0 Venas varicosas de las extremidades inferiores. Con úlcera**. No obstante, este código no debemos emplearlo a no ser que quede especificada la existencia de venas varicosas asociadas a la úlcera de estasis⁷.

Emplearemos pues las entradas siguientes para las úlceras venosas:

Úlcera

- piel

- - extremidad inferior

Úlcera

- extremidad inferior

Las úlceras por estasis se codificarán de forma diferente dependiendo de la presencia o ausencia de venas varicosas y la presencia o no de inflamación²⁸.

- Úlcera por estasis con venas varicosas, **454.0 Venas varicosas de las extremidades inferiores. Con úlcera**.
- Úlcera por estasis con inflamación, **454.1 Venas varicosas de las extremidades inferiores. Con inflamación**.
- Úlcera por estasis con venas varicosas e inflamación, **454.2 Venas varicosas de las extremidades inferiores. Con úlcera e inflamación**.
- Úlcera por estasis sin venas varicosas, **459.81 Otros trastornos especificados del sistema circulatorio. Insuficiencia venosa (periférica) no especificada** mas el código correspondiente a la úlcera **707 Úlcera crónica de la piel**.

Cuando la úlcera está producida por hipertensión venosa se clasificará con el código **459.31 Otros trastornos del sistema circulatorio. Hipertensión venosa crónica (idiopática). Hipertensión venosa crónica con úlcera** y un código adicional de la subcategoría **707.1 Úlcera crónica de la piel. Úlcera de miembros inferiores, excepto úlcera por presión.**

La **dermatitis de estasis** es un enrojecimiento crónico con descamación, calor y tumefacción (inflamación) que afecta a la parte inferior de las piernas, cuya piel al final adquiere un color marrón oscuro.

Esta clase de dermatitis se produce a partir de una acumulación de líquido y sangre bajo la piel, por lo que tiende a afectar a las personas con varices e hinchazón de las piernas (edema). La entrada en el Índice Alfabético remite al código **454.1 Venas varicosas de las extremidades inferiores. Con inflamación**, pero al igual que ocurre en la úlcera, no se debe asignar este código si no se especifica la existencia de varices, asignándose el código **459.81 Hipertensión venosa crónica (idiopática). Insuficiencia venosa periférica**, si no existe más especificación.

2. Úlceras arteriales o isquémicas²⁹

Son úlceras secundarias a un déficit de aporte sanguíneo en una extremidad, secundaria a una enfermedad arterial periférica.

La **enfermedad arterial periférica** es un trastorno circulatorio que provoca disminución del flujo sanguíneo a las extremidades. El síntoma más común es la claudicación intermitente o dolor al caminar que se resuelve después de unos minutos de descanso. Puede estar producida por una arteriopatía generalmente crónica, arteriosclerosis obliterante, vasculitis, tromboangeitis obliterante, enfermedad de Raynaud, tabaquismo discreto, dislipemia, hipertensión arterial, etc.

- Cuando solo se documente una úlcera arterial, isquémica o vasculopatía periférica con úlcera, **sin mayor especificación**, se deberán asignar los siguientes códigos:
 - **443.9 Otra enfermedad vascular periférica. Enfermedad vascular periférica no especificada.**
 - **707.1X Úlceras de miembros inferiores, excepto úlcera por presión.**
- La enfermedad vascular periférica puede estar ocasionada por **diabetes mellitus** y cursar con úlceras en los miembros inferiores. Se codificará en estos casos con los códigos:

- **250.7X Diabetes mellitus. Diabetes con trastornos circulatorios periféricos.**
 - **443.81 Otras enfermedades vasculares periféricas especificadas. Angiopatía periférica en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos.**
 - **707.1X Úlcera crónica de la piel. Úlcera de miembros inferiores, excepto úlcera por presión.**
- La enfermedad vascular periférica puede también estar originada por **aterosclerosis** de las extremidades. Cuando en este contexto se especifique la aparición de úlcera en miembros inferiores se clasifican con:
 - **440.23 Aterosclerosis. De arterias nativas de las extremidades. Aterosclerosis de las extremidades con ulceración.**
 - **707.1X Úlcera crónica de la piel. Úlcera de miembros inferiores, excepto úlcera por presión.**
 - Si el paciente además de tener la úlcera, desarrolla una **gangrena** se clasificará con:
 - **440.24 Aterosclerosis. De arterias nativas de las extremidades. Aterosclerosis de las extremidades con gangrena.**
 - **707.1X Úlcera crónica de la piel. Úlcera de miembros inferiores, excepto úlcera por presión.**
 - Si la úlcera se desarrolla en un paciente con **arteriosclerosis en un injerto** de derivación de las extremidades, se clasificará en:
 - **440.3X Aterosclerosis. De injerto de las extremidades.**
 - **707.1X Úlcera crónica de la piel. Úlcera de miembros inferiores, excepto úlcera por presión.**

3. Úlceras mixtas

Las úlceras mixtas suelen combinar características tanto de las úlceras venosas como de las arteriales.

III. ÚLCERAS DIABÉTICAS

En la diabetes mellitus pueden aparecer complicaciones cutáneas relacionadas con alteraciones por macroangiopatía, microangiopatía y neuropatía.

Las úlceras del pie diabético que se documentan como resultado de la neuropatía diabética o la angiopatía diabética periférica se codificarán siguiendo la secuencia:

- Primero código de la diabetes.
- Códigos adicionales para identificar la neuropatía y/o angiopatía.
- Códigos de la subcategoría **707.1 Úlcera crónica de la piel. Úlcera de miembros inferiores, excepto úlcera por presión**, para especificar el sitio de la úlcera en el pie.

ÚLCERAS DIABÉTICAS	CODIFICACIÓN		
Neuropatía diabética	<ul style="list-style-type: none"> - 250.6 Diabetes mellitus. Diabetes con manifestaciones neurológicas - 249.6 Diabetes mellitus secundaria con manifestaciones neurológicas 	Código específico de neuropatía	707.1 Úlcera crónica de la piel. Úlcera de miembros inferiores, excepto úlcera por presión
Angiopatia diabética	<ul style="list-style-type: none"> - 250.7 Diabetes mellitus. Diabetes con trastornos circulatorios periféricos - 249.7 Diabetes mellitus secundaria con trastornos circulatorios periféricos 	443.81 Angiopatia periférica en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos	
No especificada	<ul style="list-style-type: none"> - 250.8 Diabetes mellitus. Diabetes con otras manifestaciones especificadas - 249.8 Diabetes mellitus secundaria con otras manifestaciones especificadas 		

Si no existe documentación de si la úlcera se debe a la neuropatía o enfermedad vascular periférica, se asignará un código de la subcategoría **250.8 Diabetes mellitus. Diabetes con otras manifestaciones especificadas** o **249.8 Diabetes mellitus secundaria con otras manifestaciones especificadas** más **707.1 Úlcera crónica de la piel. Úlcera de miembros inferiores, excepto úlcera por presión**.

No todas las úlceras de la piel en un paciente con diabetes son una complicación de la diabetes y puede ser debido a otras causas, como úlceras por presión. El médico debe documentar que la úlcera se debe a la diabetes no pudiéndose asumir esa relación^{30,31}.

Ejemplo:

Paciente ingresado por sangrado continuo de una úlcera de decúbito crónica del talón izquierdo grado IV. Antecedentes diabetes no insulino dependiente con enfermedad vascular periférica. El paciente fue sometido a una amputación por debajo de la rodilla.

707.07 Úlcera por presión. Talón

707.24 Estadios de la úlcera por presión. Úlcera por presión, estadio IV

250.70 Diabetes con trastornos circulatorios periféricos. Tipo II o de tipo no especificado, no establecida como incontrolada

443.9 Enfermedad vascular periférica no especificada

84.16 Amputación de miembro inferior. Desarticulación de rodilla

IV. CICATRICES Y OTROS ESTADOS CICATRICIALES

La cicatriz y otros estados cicatriciales, como la fibrosis o la piel retráctil, suelen ser secuelas de las heridas, quemaduras, etc.

Cuando se trata de secuelas de lesiones (quemaduras, heridas, etc.) deberán codificarse como efecto tardío de estas lesiones.

Ejemplo:

Paciente que ingresa para cirugía programada por cicatriz retráctil en la mano producida por quemadura.

709.2 Otros trastornos de la piel y de los tejidos subcutáneos. Estados cicatriciales y fibrosis de piel

906.6 Efectos tardíos de lesiones de la piel y tejidos subcutáneos. Efecto tardío de quemadura de muñeca y mano

E929.4 Efectos tardíos de lesión accidental. Efectos tardíos de accidentes causados por incendio

En el caso de ser secuelas de heridas quirúrgicas se clasificarán como **709.2 Estados cicatriciales y fibrosis de la piel**.

El queloide es un crecimiento excesivo de tejido cicatricial en el sitio de una lesión de piel que ha sanado. Se codifica en **701.4 Otros procesos hipertróficos y atróficos de la piel. Cicatriz queloide**.

NEOPLASIAS DE PIEL

Las neoplasias de piel se clasifican siguiendo las normas generales de codificación del **Capítulo 2 Neoplasias**³².

I. NEOPLASIA MALIGNA DE PIEL

Para fines prácticos el cáncer cutáneo se ha dividido en dos grandes grupos, melanoma de piel y cáncer de piel no melanoma.

1. Melanoma de piel

Es un tumor maligno de los melanocitos. Aunque representa solo un pequeño porcentaje de los casos de cáncer de piel, causa el mayor número de muertes en comparación con otros tipos de cáncer cutáneo.

El melanoma puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, pero se encuentra más a menudo en áreas que tienen mayor exposición al sol, como la espalda, piernas, brazos y cara. Su afectación de las capas más profundas de la piel le confiere un mayor potencial para desarrollar metástasis.

Se clasifica en la categoría de **172 Melanoma maligno de piel**, identificándose con el 4º dígito de clasificación la localización anatómica del tumor.

El melanoma puede tener una afectación anatómica distinta a la piel, en cuyo caso se codificará como neoplasia maligna del lugar afectado, y no en la categoría **172 Melanoma maligno de piel**.

Ejemplos:

- Melanoma de retina.

190.5 Neoplasia maligna en el ojo. Retina

- Melanoma hepático.

197.7 Neoplasia maligna secundaria de los aparatos respiratorio y digestivo. Hígado, especificado como secundario

Existen cuatro tipos básicos de melanoma que tienen características histológicas, clínicas y de comportamiento biológico diferentes entre sí, y que son aceptados internacionalmente³³:

- **M8742/3 Melanoma maligno en mancha (efélide) melanótica de Hutchinson.**
- **M8743/3 Melanoma de extensión superficial.**
- **M8721/3 Melanoma nodular.**
- **M8744/3 Melanoma lentiginoso acral, maligno.**

2. Otras neoplasias malignas de piel (no melanoma)

Las neoplasias malignas de piel (no melanoma) más frecuentes son:

- **Carcinoma de células basales o basocelular**
Representa la mayoría de los cánceres de piel. Se origina en la capa inferior de la epidermis. Los tumores suelen ser superficiales y de crecimiento lento, y raramente hacen metástasis. Se localizan principalmente en la cara, el cuello y las orejas.
- **Carcinoma de células escamosas**
Se origina en la capa media de la epidermis. Suelen ser superficiales y de crecimiento lento, localizados principalmente en la cara, manos y orejas.
- **Tumor de células de Merkel**
Es un tumor neuroendocrino de la piel que normalmente aparece en la cara o el cuero cabelludo. Es de crecimiento rápido y, por lo general, se propaga antes de la detección. El carcinoma de células de Merkel se desarrolla a partir de las células endocrinas de la piel. A menudo reaparecen después del tratamiento y se extienden a los ganglios linfáticos cercanos. También pueden propagarse a los órganos internos³⁴.
- **Carcinoma de la glándula sebácea**
Se origina en las glándulas sebáceas de la piel y aparece como nódulo indoloro duro, con mayor frecuencia en el párpado.

Cuando la localización del tumor sea la piel de los **órganos genitales** se clasificará en las categoría **184 Neoplasia maligna de otros órganos genitales femeninos y de los no especificados**, en el caso de que la afectación sea en mujeres y en la **187 Neoplasia maligna del pene y de otros órganos genitales masculinos**, cuando el afectado sea hombre.

- **Sarcoma**

Se desarrollan a partir de las células del tejido conectivo. Existen varios tipos de sarcoma que pueden desarrollarse en la piel, incluyendo el dermatofibrosarcoma protuberans y el angiosarcoma, codificándose ambos en la categoría **173 Otras neoplasias malignas de piel**; puede añadirse código de morfología **M9120/3 Hemangiosarcoma**.

El sarcoma de Kaposi se clasificará en el código **176.0 Sarcoma de Kaposi. Piel** y código de morfología **M9140/3 Sarcoma de Kaposi**. Es una forma rara de cáncer de piel que se traduce en manchas rojas o moradas en la piel o en las membranas mucosas. Se observa principalmente en pacientes con sistemas inmunes debilitados (por ejemplo, las personas con sida).

- **Linfoma cutáneo**

Aunque la mayoría de estos tipos de cáncer parecen originarse en los ganglios linfáticos o en los órganos internos, existen ciertos tipos de linfomas que se originan en la piel. El término médico linfoma cutáneo primario significa que es un linfoma que se ha originado en la piel. El tipo de linfoma cutáneo más común es el linfoma cutáneo de células T, también llamado micosis fungoide y que se codificará en el **202.1 Otras neoplasias malignas de tejidos linfoides e histiocíticos. Micosis Fungoide**. Se puede añadir código de morfología **M9700/3 Micosis fungoide**.

NEOPLASIAS MALIGNAS DE PIEL (no melanoma)	CODIFICACIÓN	
Carcinoma de células basales o basocelular	173 Otras neoplasias malignas de la piel	M8090/3 Carcinoma basocelular NEOM
Carcinoma de células escamosas		M8070/3 Carcinoma de células escamosas (epidermoide) NEOM
Carcinoma de la glándula sebácea		M8410/3 Adenocarcinoma sebáceo.
Tumor de células de Merkel	209.3 Tumores neuroendocrinos malignos pobremente diferenciados	
Sarcoma	173 Otras neoplasias malignas de la piel	M9120/3 Hemangiosarcoma.
Sarcoma de Kaposi	176.0 Sarcoma de Kaposi. Piel.	M9140/3 Sarcoma de Kaposi
Linfoma	202.1 Otras neoplasias malignas de tejidos linfoides e histiocíticos. Micosis Fungoide	M9700/3 Micosis fungoides.

II. NEOPLASIA BENIGNA DE PIEL

- **Nevus**

La mayoría de los nevus se clasifican como neoplasias benignas de piel en la categoría **216 Neoplasia benigna de la piel**.

Otros nevus como el capilar o el cavernoso se asignan en el código **228.00 Hemangioma, cualquier sitio. De sitio no especificado**.

El nevus linfático se codifica en la categoría **228.1 Linfagioma, cualquier sitio**.

Algunos nevus como el nevus fresa, se clasifican en la subcategoría **757.3 Anomalías congénitas del tegumento. Otras anomalías especificadas de la piel**.

- **Lipoma**

Se recoge en las subcategorías **214.0 Lipoma. Piel y tejidos subcutáneos de la cara** y **214.1 Lipoma. Piel y tejidos subcutáneos de otros sitios**.

- **Queratoacantoma**

Se asigna a **238.2 Neoplasia de evolución incierta de otros sitios y tejidos y de los no especificados. Piel**.

III. ENFERMEDADES PRECANCEROSAS Y CARCINOMA IN SITU

La **queratosis actínica** es una condición precancerosa de la piel causada por la exposición a los rayos solares. Se codificará como **702.0 Otras dermatosis. Queratosis actínica**. Es posible, aunque no común, que las queratosis actínicas se conviertan en carcinoma de células escamosas.

El **carcinoma de células escamosas in situ** o **enfermedad de Bowen** se clasifica en la categoría **232 Carcinoma in situ de piel**. Las células cancerígenas de este tumor se encuentran dentro de la epidermis y no se han extendido a la dermis. Se manifiesta en forma de manchas rojizas.

CÓDIGOS «DE ESTADO» DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCÚTANEO

I. ESTADO DE INJERTO DE PIEL

El código **V43.83 Órgano o tejido sustituido por otro medio. Piel artificial** (código de estado), se asigna para indicar que el paciente tiene un injerto de piel artificial en cualquier otra situación diferente a la complicación del mismo.

II. HISTORIA PERSONAL DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS DE LA PIEL

Se recogerá mediante el código **V13.68 Historia personal de otras enfermedades. Historia personal de malformaciones congénitas (corregidas) de tegumentos, extremidades y sistema osteomuscular.**

El modificador no esencial «corregidas» es para informar que las malformaciones congénitas que estamos codificando pueden estar aún presentes pero que no requieren cuidados adicionales, así como las malformaciones corregidas que ya no están presentes.

III. HISTORIA DE NEOPLASIA DE PIEL

Para describir que el paciente ha tenido un melanoma de piel, extirpado y que ya no recibe tratamiento dirigido a éste, se asignará el código **V10.82 Historial personal de neoplasia maligna de otros sitios. Melanoma maligno de la piel.**

Si el melanoma estaba localizado en otro lugar anatómico diferente de la piel se clasificará en la categoría **V10 Historia personal de neoplasia maligna**, según el lugar anatómico afectado.

Para recoger los antecedentes de haber tenido otra neoplasia de piel que no sea melanoma se empleará el código **V10.83 Historia personal de neoplasia maligna de otros sitios. Otra neoplasia maligna de la piel.**

PROCEDIMIENTOS SOBRE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO

I. INTRODUCCIÓN

Los procedimientos sobre piel y tejido celular subcutáneo se clasifican en el **Capítulo 15 Operaciones sobre el Aparato Tegumentario**, en la categoría **86 Operaciones sobre la piel y tejido subcutáneo**, y en los códigos a que remiten las múltiples notas de exclusión que aparecen a lo largo de esta categoría.

La curación de las heridas y quemaduras se produce por la cicatrización de las mismas, que es el conjunto de procesos biológicos que utiliza el organismo para recuperar su integridad y arquitectura, y que tiene 3 fases:

- inflamatoria que es inmediata y forma la costra que sella la herida,
- fibroplásica que es intermedia y forma el tejido de granulación y recanalización de vasos linfáticos y capilares sanguíneos, y
- maduración que logra la cicatrización completa por un proceso de epitelización y aumento de la fuerza tensil de la piel, con posterior remodelación del colágeno y regresión endotelial.

La actuación terapéutica sobre el proceso biológico de la cicatrización de las heridas es de 3 tipos dependiendo del período y la forma en que ésta ocurra:

- **Cicatrización primaria o por primera intención**
Los tejidos cicatrizan por unión primaria. Hay un mínimo edema y cicatriz, y no hay reparación de los bordes. Son heridas incisas y asépticas, no complicadas, con poca pérdida de sustancia. La unión inmediata de los bordes es mediante puntos de sutura o cierre directo.
- **Cicatrización secundaria o por segunda intención**
Cuando la herida no se afronta por falta de atención o por indicación médica (heridas muy sucias o con pérdida de sustancia), se lleva a cabo un proceso de cicatrización más prolongado y complicado. La herida cicatriza desde las capas profundas y desde sus bordes. Generalmente deja una cicatriz poco estética.
- **Cicatrización terciaria o por tercera intención (cierre primario diferido)**
Es el método seguro de reparación de heridas muy contaminadas o de tejidos muy traumatizados. El cirujano realiza un aseo prolijo de la herida y deja crecer el tejido

de granulación y difiere el cierre para un período posterior (3^{er} al 7^o día), de acuerdo a la evolución local, asegurando un cierre sin complicaciones.

También se produce en suturas por primera intención en las que se ha producido dehiscencia o infección posterior, en estos casos hay que esperar a que granule. Estos cierres diferidos deben considerarse desbridamientos escisionales para su correcta codificación.

II. BIOPSIA DE PIEL

La Punción Aspiración con Aguja Fina (PAAF) se codificará como **86.11 Procedimientos diagnósticos sobre piel y tejido subcutáneo. Biopsia cerrada de piel y tejido celular subcutáneo.**

III. CIERRE DIRECTO O SUTURA DE LA HERIDA CON AFRONTAMIENTO DE BORDES

Se clasifica en el código **86.59 Operaciones sobre piel y tejido subcutáneo. Cierre de piel y tejido subcutáneo de otros sitios.**

IV. DESBRIDAMIENTO DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO

El desbridamiento es un procedimiento médico o quirúrgico que consiste en la eliminación de tejidos muertos de las heridas o quemaduras para acelerar el proceso de cicatrización que incluye la extirpación de tejidos alrededor de la herida, cuerpos extraños y bolsa infectada. A veces es necesario realizarlo antes de suturar la herida.

Existen diversas técnicas de desbridamiento médicas o quirúrgicas, que implican codificación diferenciada:

1. Desbridamiento quirúrgico

Es una técnica que consiste en la eliminación de tejido esfacelado o necrótico, cuerpos extraños de una herida o quemadura por medios quirúrgicos, con bisturí, para favorecer la posterior aproximación y unión de los bordes de la herida. Normalmente son resecciones amplias que implican la retirada de tejido necrótico y parte del tejido sano.

El desbridamiento escisional puede realizarse en el quirófano o junto a la cama del paciente dependiendo de las circunstancias³⁵.

El uso de un instrumento cortante en el desbridamiento no siempre indica que el desbridamiento es escisional. El facultativo debe expresarlo de esa forma o bien hay que revisar en la documentación, para comprobar cómo se ha llevado a cabo el procedimiento de desbridamiento escisional, si se ha realizado un corte definitivo del tejido desvitalizado, y que éste incluye una zona alejada de tejido sano del borde de la herida³⁵.

Se clasifican en el código **86.22 Operaciones sobre piel y tejido subcutáneo. Desbridamiento escisional de herida, infección o quemadura.**

El desbridamiento de heridas o quemaduras que afectan a tejidos más profundos que la piel y el tejido celular subcutáneo, se codificarán de acuerdo al tejido profundo desbridado; este tratamiento lleva implícito el desbridamiento de piel, por lo que éste no se deberá codificar³⁶.

Ejemplo:

Desbridamiento de una zona de la pierna que incluye el desbridamiento de piel y tejido subcutáneo, músculo y hueso.

77.67 Escisión local de lesión o tejido de hueso. Tibia y peroné

Cuando el desbridamiento se realiza en dos sitios diferentes (por ejemplo, la nalga y la pierna) llegando cada uno a diferentes estructuras, se codificarán cada uno por separado.

Ejemplo:

Desbridamiento de una zona de la pierna que incluye el desbridamiento de piel y tejido subcutáneo, músculo y hueso y desbridamiento quirúrgico de úlcera en nalga.

77.67 Escisión local de lesión o tejido de hueso. Tibia y peroné

86.22 Operaciones sobre piel y tejido subcutáneo. Desbridamiento escisional de herida, infección o quemadura

2. Desbridamiento mediante técnica de Friedrich

La técnica de Friedrich consiste en el corte limpio, con tijera o bisturí de los tejidos avasculares, hasta lograr unos nuevos bordes limpios y vitalizados. Conviene planear previamente, e incluso pintar sobre la piel, la zona de resección prevista para evitar la eliminación excesiva de tejido sano.

Se clasificará en el código **86.22 Operaciones sobre piel y tejido subcutáneo. Desbridamiento escisional de herida, infección o quemadura.**

3. Escarotomía

Es una incisión quirúrgica de un tejido necrótico producido por una quemadura grave. A veces es necesaria para evitar que el edema aumente tanto la presión intersticial como para afectar a la replección capilar y producir isquemia.

Se codificará en **86.09 Incisión de piel y tejido subcutáneo. Otra incisión de piel y tejido subcutáneo**³⁷.

4. Desbridamiento cortante

Se reserva este concepto al procedimiento que normalmente realiza la enfermera a pie de cama, retirando de forma selectiva el tejido desvitalizado. Se efectúa en distintas sesiones y hasta el nivel de tejido viable, realizándose con instrumental estéril y extremando las medidas de asepsia. Su riesgo fundamental es el sangrado. Implica la extracción de tejido desvitalizado, necrosis o escaras por medio de cepillado, lavado, irrigación o raspado.

Se asignará en el código **86.28 Extirpación o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo. Desbridamiento no escisional de herida, infección o quemadura.**

5. Desbridamiento enzimático

Es una técnica médica que consiste en la aplicación local de pomadas de enzimas exógenas (estreptoquinasas, colagenasas, etc.) para, junto a las enzimas endógenas, degradar la fibrina, el colágeno desnaturalizado y la elastina, por la producción de enzimas proteolíticas (proteasas) que ayudan a la separación de tejido necrótico. Esta técnica no requiere codificación.

6. Desbridamiento autolítico

Ocurre de forma natural en todas las heridas, los fagocitos junto a los macrófagos y enzimas proteolíticas actúan en el lecho de la lesión licuando y separando tejido necrótico y estimulando la granulación del tejido; se propicia por apósitos e hidrogeles (cura húmeda).

La aplicación de estos apósitos en el tratamiento de heridas o quemaduras se recogerá también con el código **93.57 Otra inmovilización, compresión y cuidado de herida. Aplicación de otro vendaje de herida.**

7. Desbridamiento osmótico

Consiste en el intercambio de fluidos de distinta densidad por la aplicación de soluciones hiperosmolares o de apósitos de poliacrilato.

Se clasifica con el código **93.57 Otra inmovilización, compresión y cuidado de herida. Aplicación de otro vendaje de herida.**

8. Terapia larval

Es la terapia con larvas estériles de la mosca verde botella (*Lucilia sericata*) que produce potentes enzimas que licuan el tejido desvitalizado para posteriormente eliminarlo. Es una alternativa no quirúrgica para desbridar lesiones cavitadas y de difícil acceso quirúrgico o cortante, y con gran cantidad de tejido necrótico. No requiere codificación.

9. Desbridamiento mecánico

Consiste en la abrasión mecánica por apósitos, gasas húmedas o secas, irrigación continua a presión, etc.

El **desbridamiento con Whirlpool** es un ejemplo de desbridamiento mecánico no quirúrgico. El Whirlpool es un tipo de hidroterapia que usa una bañera especial para tratamiento de heridas y quemaduras³⁵.

El **desbridamiento digestivo** con lavado pulsado es considerado un desbridamiento mecánico no quirúrgico. No implica cortar o escindir por fuera del tejido desvitalizado. En el lavado pulsado se libera una solución irrigadora (o irrigante) bajo presión con succión. Es usado para desbridamiento de hueso y tejido en limpieza de heridas

a fin de eliminar agentes infecciosos y restos. Este método de limpieza de heridas es conocido también como lavado mecánico, lavado pulsátil, irrigación mecánica o irrigación a alta presión³⁵.

El **desbridamiento mediante dispositivo Versajet** consiste en un generador de alta presión con una consola y accesorios desechables. Un chorro de líquido crea un vacío natural que remueve los fragmentos de tejido. El dispositivo tiene características especializadas que permiten al médico desbridar heridas traumáticas, heridas crónicas u otras lesiones de tejidos blandos, aspirando y removiendo contaminantes y otros restos³⁸.

El **sistema de tratamiento de heridas Qoustic de Arobella** usa una cureta con ultrasonidos para desbridar heridas, es considerado un desbridamiento mecánico no quirúrgico³⁹.

El desbridamiento mecánico se recoge en el código **86.28 Extirpación o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo. Desbridamiento no escisional de herida, infección o quemadura**.

10. Desbridamiento láser de herida

El desbridamiento de herida o quemadura con láser se codificará en **86.22 Extirpación o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo. Desbridamiento escisional de herida, infección o quemadura**.

Cuando no hay una entrada específica para desbridamiento por láser, la técnica de láser se codifica con los códigos derivados de las diferentes entradas de **Escisión** (con excepción de las asignaciones de la fotocoagulación del ojo cuya entrada es por fotocoagulación)⁴⁰.

V. OTROS DESBRIDAMIENTOS

El desbridamiento del muñón de amputación por necrosis del tejido puede llevarse a cabo mediante:

- **86.22 Extirpación o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo. Desbridamiento escisional de herida, infección o quemadura.**
- **86.28 Extirpación o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo. Desbridamiento no escisional de herida, infección o quemadura.**

La revisión del muñón de amputación clasificada en el código de **84.3 Otros procedimientos sobre aparato musculoesquelético. Revisión de muñón de amputación**, lleva implícita la resección no solo de tejido celular subcutáneo sino también la resección de toda la circunferencia del hueso⁴¹.

Ejemplos:

- Paciente con historia de amputación del 2º, 3º y 4º dedos del pie derecho es ingresado por celulitis ascendente e infección del lugar de amputación. Las notas de evolución clínica indican un desbridamiento a pie de cama con bisturí de piel y tejido necrosado en el lugar de la amputación el tercer día de la hospitalización. En el día sexto la documentación muestra la realización de un desbridamiento menor no escisional.

997.62 Complicación tardía de muñón de amputación. Infección (crónica)

681.10 Celulitis y absceso de los dedos de la mano y del pie. Dedo de pie. Celulitis y absceso no especificados

E878.5 Intervención quirúrgica y otros procedimientos quirúrgicos como causa de reacción anormal del paciente, o de complicación posterior, sin mención de accidente en el momento de realizarse la intervención. Amputación de miembro(s)

86.22 Extirpación o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo. Desbridamiento escisional de herida, infección o quemadura

86.28 Extirpación o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo. Desbridamiento no escisional de herida, infección o quemadura

- Hombre diabético tipo II de 65 años, en postoperatorio (tres semanas) tras amputación de pierna por encima de la rodilla, fue ingresado por apertura de la herida con protusión del fémur. El paciente fue sometido a revisión de la amputación. El cirujano abrió la herida en modo elíptico, extirpando el tejido de granulación hasta llegar a bordes de piel sangrante viables. Se realizó resección del fémur de unos 5 cm, cierre de herida con drenajes.

997.69 Complicaciones que afectan a sistemas y aparatos corporales especificados, no clasificadas bajo otros conceptos. Complicación tardía de muñón de amputación. Otra.

250.00 Diabetes mellitus sin mención de complicación. Tipo II o de tipo no especificado, no establecida como

E878.5 Intervención quirúrgica y otros procedimientos quirúrgicos como causa de reacción anormal del paciente, o de complicación posterior, sin mención de accidente en el momento de realizarse la intervención. Amputación de miembro(s)

84.3 Otros procedimientos sobre aparato musculoesquelético. Revisión de muñón de amputación

Una revisión de amputación incluye la sección de la circunferencia completa del hueso. La longitud del hueso seccionado o reseado no es tan importante como el hecho de que toda la circunferencia del hueso sea cortada y se haga la revisión en lugar de la amputación.

VI. DESBRIDAMIENTO DE TEJIDOS BLANDOS

El desbridamiento de heridas o quemaduras que afectan a tejidos más profundos que la piel y el tejido celular subcutáneo, deberá codificarse de acuerdo al tejido afectado; este tratamiento lleva implícito el desbridamiento de piel, por lo que éste no se codifica.

Ejemplo:

Desbridamiento de piel que afecta al tendón.

Escisión

- lesión
- - tendón 83.39

Cuando no exista entrada en el Índice Alfabético de procedimientos para el desbridamiento de las áreas que no sean piel y tejido subcutáneo, se buscarán otros términos como extirpación o escisión de lesión por sitio⁴².

Ejemplo:

Desbridamiento de tejidos blandos o fascias.

83.39 Escisión de lesión de músculo, tendón, fascia y bolsa sinovial. Escisión de lesión de otro tejido blando

Escisión

- lesión (local)
- - fascia 83.39
- - tejido
- - - blando NCOC 83.39
- - tendón 83.39

Se clasificarán en el código **83.39 Escisión de lesión de músculo, tendón, fascia y bolsa sinovial. Escisión de lesión de otro tejido blando**, si no es de la mano o no está especificado el tejido.

Si el desbridamiento es en la mano se asignarán códigos de la subcategoría **82.3 Operaciones sobre músculo, tendón y fascia de mano. Otra escisión de tejido blando de mano**, donde se diferencian diversas estructuras como bolsa sinovial, tendones, fascia, músculos, etc.

El desbridamiento de la uña se recoge específicamente en el código **86.27 Extirpación o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo. Desbridamiento de uña, base de uña o pliegue de uña.**

En el caso de una úlcera en la que se realiza desbridamiento escisional que incluya eliminación de la piel, tejido subcutáneo, fascia, músculo y hueso, el único código a asignar será la extirpación de la lesión del hueso, al ser el tejido más profundo al que se llega⁴³.

Si el desbridamiento se realiza en diferentes lugares anatómicos, sí se deberán utilizar los códigos adecuados para su correcta identificación.

Ejemplos:

- Paciente con úlcera en zona sacra grado III que obliga a un desbridamiento hasta hueso.

77.69 Escisión local de lesión o tejido de hueso. Otros

- Paciente con úlcera en la pierna izquierda que requiere desbridamiento escisional incluyendo músculo, y úlcera en pierna derecha con desbridamiento escisional de piel y tejido subcutáneo.

83.45 Otra escisión de músculo, tendón y fascia. Otra miomectomía

86.22 Extirpación o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo. Desbridamiento escisional de herida, infección o quemadura

VII. ESCISIÓN DE LESIÓN CUTÁNEA

- **Escisión simple de piel**

Es la operación en la que se extrae la piel afectada junto con parte del tejido sano situado alrededor de éste.

Se codificarán en el **86.3 Operaciones sobre piel y tejido subcutáneo. Otra extirpación local o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo** y en el **86.4 Operaciones sobre piel y tejido subcutáneo. Extirpación radical de lesión cutánea.**

La escisión simple de las lesiones de la piel puede realizarse mediante cauterización, criocirugía, fulguración o láser, recogiendo también en el código **86.3 Operaciones sobre piel y tejido subcutáneo. Otra extirpación local o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo.**

- **Escisión radical de piel**

La escisión radical de piel es aquella en que la extirpación va más allá de la piel e implica tejido subyacente y/o los tejidos adyacentes.

La extirpación amplia o radical se clasificará en **86.4 Operaciones sobre piel y tejido subcutáneo. Extirpación radical de lesión cutánea.**

- **Cirugía micrográfica de Mohs**

Es una operación en la que se extrae la piel afectada y la menor cantidad de tejido normal posible. Durante esta cirugía, se delinea microscópicamente el tumor, con una resección radial seriada hasta que se elimina completamente mediante la evaluación de secciones congeladas en tiempo real empleándose un microscopio para analizar el área afectada. Es la técnica más conveniente para el manejo de tumores en áreas cosméticamente sensibles o para tumores que recidivaron después de la escisión inicial (por ejemplo, área periorbitaria del párpado, pliegue nasolabial, ángulo nariz-mejilla, surco posterior de la mejilla, pabellón auricular, canal del oído, frente, cuero cabelludo, dedos y genitales). También se utiliza a menudo para tratar tumores con bordes clínicos pobremente definidos⁴³.

Se debe recoger además cualquier disección de nódulos linfáticos, si se realiza, con las siguientes subcategoría y códigos:

- **40.2 Operaciones del sistema linfático. Extirpación simple de estructura linfática.**
- **40.3 Operaciones del sistema linfático. Extirpación de ganglio linfático regional.**
- **40.4 Operaciones del sistema linfático. Extirpación radical de ganglios linfáticos cervicales.**
- **40.5 Operaciones del sistema linfático. Extirpación radical de otros ganglios linfáticos.**

Hay que prestar atención a las notas de exclusión para la escisión de lesiones cutáneas de ciertas localizaciones (por ejemplo, la piel de la mama, labios, párpados, nariz, oídos, periné, ano, escroto y pene) que están codificados en otras categorías y/o en otros capítulos.

Ejemplos:

- Ingreso para la corrección de una cicatriz queloide de la mama izquierda secundaria a quemadura por fuego. Se lleva a cabo una escisión radical de la cicatriz.

701.4 Otros procesos hipertróficos y atróficos de la piel. Cicatriz queloide

906.6 Efectos tardíos de lesiones de la piel y tejidos subcutáneos. Efecto tardío de quemadura de muñeca y mano

E929.4 Efectos tardíos de lesión accidental. Efectos tardíos de accidentes causados por incendio

85.21 Operaciones sobre la mama. Extirpación local de lesión de mama

- Ingreso para la corrección de una cicatriz queloide en oreja.

701.4 Otros procesos hipertróficos y atróficos de la piel. Cicatriz queloide

18.31 Operaciones sobre el oído externo. Escisión radical de lesión del oído externo

VIII. INJERTO DE PIEL

El injerto es la forma más simple de cubrir una pérdida de superficie. Consiste en la transferencia de un segmento de piel de espesor y superficie variable que es extraída de su sitio original (área donante) e implantada en la zona a reparar (área receptora)⁴⁴.

Los injertos de piel se dividen en:

1. Injerto libre o inmediato

Es un injerto con desconexión vascular brusca y aplicación a distancia en un solo acto quirúrgico. El injerto libre o inmediato puede ser a su vez parcial o total.

- **Injerto de espesor parcial (Ollier-Thiersch)**
Formado por epidermis más dermis de forma parcial. Normalmente su espesor varía entre 0,30 – 0,45 mm. Cuanto más delgado es el injerto, mayor será la posibilidad de que sobreviva en el lecho receptor, ya que el tejido que debe recibir nutrición es de bajo espesor.
- **Injerto de espesor total (Wolfe)**
Formado por epidermis más dermis de forma total. Este tipo de injerto, después de su trasplante, adquiere una textura y coloración parecida a la de la piel que

lo rodea, por lo que es usado para defectos en la cara, que generalmente son pequeños y permiten un cierre directo de la zona donante.

Según de dónde proceda la piel, los injertos pueden ser:

- **Autógeno:** la piel es tomada del mismo paciente. Se identificará con los siguientes códigos que incluyen la escisión de piel para el injerto.
 - **86.60 Operaciones sobre piel y tejido subcutáneo. Injerto cutáneo libre, no especificado de otra manera.**
 - **86.61 Operaciones sobre piel y tejido subcutáneo. Injerto cutáneo de espesor total a mano.**
 - **86.62 Operaciones sobre piel y tejido subcutáneo. Otro injerto cutáneo a mano.**
 - **86.63 Operaciones sobre piel y tejido subcutáneo. Injerto cutáneo de grosor total a otros sitios.**
- **Aloinjerto:** la piel procede de una fuente humana, como un cadáver, un donante vivo, etc., codificándose como **86.66 Injerto cutáneo libre. Homoinjerto de piel**. Se deberá añadir un código para distinguir entre vivo relacionado, vivo no relacionado o cadáver:
 - **00.91 Otros procedimientos e intervenciones. Trasplante procedente de donante vivo emparentado.**
 - **00.92 Otros procedimientos e intervenciones. Trasplante procedente de donante vivo no emparentado.**
 - **00.93 Otros procedimientos e intervenciones. Trasplante procedente de cadáver.**
- **Xenoinjerto:** la piel es tomada de una fuente animal y se clasificará en el **86.65 Injerto cutáneo libre. Heteroinjerto de piel**.
- **Tejido sintético:** se utilizan en la actualidad para el tratamiento de quemaduras graves y muy extensas. Se recogerá en el código **86.67 Injerto cutáneo libre. Injerto regenerativo de piel**.

2. Injerto pediculado, mediato o colgajo

Es un injerto cuya desconexión vascular del lugar de origen, es progresiva y se efectúa finalmente en un período de días cuando la nutrición del pedículo esté asegurada.

La cirugía de colgajos es un procedimiento más complicado, en el cual la piel es transportada junto con el tejido graso, vasos sanguíneos y, muchas veces, músculo desde una zona donadora sana, hacia el sitio de la lesión. La mayoría de las veces estos colgajos están provistos de un pedículo vascular que permanece unido al sitio donante. Otras veces el colgajo es tomado completamente junto con los vasos sanguíneos y transportado al sitio de la lesión, en donde mediante microcirugía, se anastomosan o conectan los vasos del colgajo con los vasos del área afectada.

Para la realización del colgajo se necesitarán varios **actos quirúrgicos** y, dependiendo de la fase donde se encuentre, los códigos a asignar serán:

- Para el corte y preparación del colgajo, **86.71 Operaciones sobre piel y tejido subcutáneo. Corte y preparación de injertos de pedículos o colgajos.**
- Para el avance del colgajo, **86.72 Injertos de pedículos o colgajos. Avance de pedículo o colgajo.**
- Para la fijación, **86.73 Operaciones sobre piel y tejido subcutáneo. Fijación de injerto de pedículo o colgajo a mano** o **86.74 Operaciones sobre piel y tejido subcutáneo. Fijación de injerto de pedículo o colgajo a otros sitios.**
- Y por último, para la separación del pedículo **86.75 Operaciones sobre piel y tejido subcutáneo. Revisión de injerto o colgajo.**

IX. INJERTO DE GRASA DÉRMICA

Es un procedimiento quirúrgico basado en emplear cantidades determinadas de tejido adiposo del paciente como material de injerto para rellenar áreas corporales donde el tejido adiposo existente es deficitario por causas diversas (alteraciones del desarrollo, secuelas de accidentes, iatrogenia, etc.).

Normalmente se obtiene del abdomen, flancos o muslos mediante la colocación de una cánula de liposucción subcutánea y se aspira el tejido adiposo. La grasa es filtrada por centrifugación para eliminar el exceso de líquido. Así se consigue un injerto más concentrado consistente en adipocitos con un pequeño volumen de células progenitoras.

En la reconstrucción de mama, el injerto de grasa se coloca en las capas circundantes de las glándulas mamarias para conseguir el contorno correcto y una textura similar a la mama primitiva.

El injerto de grasa en la mama puede realizarse como un procedimiento aparte o en el mismo acto operatorio, junto con otros procedimientos reconstructivos (por ejemplo, colgajo miocutáneo, revisión de mamoplastia, etc.), por lo que de ser así se añadirán los códigos correspondientes a la técnica.

El injerto de grasa se clasificará en **85.55 Mamoplastia de aumento. Injerto de grasa en mama** o en el **86.87 Otra reparación y reconstrucción de piel y tejido subcutáneo. Injerto de grasa en piel y tejido subcutáneo** para cualquier otra parte que no sea mama⁴⁵.

Cuando la extracción se realiza en el mismo acto que el injerto de grasa, solo se codificará el injerto con el **85.55 Mamoplastia de aumento. Injerto de grasa en mama**.

Si la técnica se realiza en dos tiempos se codificará de la siguiente forma:

- Primer acto quirúrgico: se realiza la extracción de grasa para uso futuro, **86.90 Otras operaciones sobre piel y tejido subcutáneo. Extracción de grasa para injerto o depósito**.
- Segundo acto quirúrgico: se realiza el injerto de grasa, **85.55 Mamoplastia de aumento. Injerto de grasa en mama**.

Ejemplo:

Mujer mastectomizada por cáncer de mama que es sometida a reconstrucción con injerto de grasa. Se extrae grasa de la cadera y del abdomen con una cánula de recogida, es transferida a una jeringa y se realiza el injerto con grasa colocándola en el área mamaria.

85.55 Mamoplastia de aumento. Injerto de grasa en mama

X. INJERTO AUTÓLOGO DE PLAQUETAS

El plasma concentrado de plaquetas autólogo puede ser usado como sellador de heridas mediante plaquetas. Contiene una alta concentración de plaquetas y de fibrinógeno obtenido por separación mediante centrifugación de sangre entera.

Estas sustancias liberan factores de crecimiento que incrementan el contenido de colágeno, aceleran la regeneración epitelial y epidérmica, promueven la angiogénesis, facilitan la

curación de las heridas, aceleran la hemostasia, proporcionan regeneración tisular, disminuyen las cicatrices dérmicas, aceleran la remodelación, disminuyen el dolor y reducen la infección⁴¹.

Estos injertos se utilizan para mejorar la cicatrización de lesiones cutáneas como úlceras de decúbito, fístulas anales, etc. Se clasificarán en el código **99.79 Aféresis terapéutica u otra inyección, administración o infusión de otra sustancia terapéutica o profiláctica. Otros.**

XI. NEUROESTIMULADOR GENERADOR DE PULSOS

Un neuroestimulador es un dispositivo implantado quirúrgicamente con el objetivo de interceptar las señales de dolor antes de que lleguen al cerebro remplazándose la sensación de dolor por una sensación más placentera. Se utiliza en el dolor crónico, dolor neuropático, parkinson, epilepsia, etc.

Los neuroestimuladores constan de dos componentes:

- El **generador de pulsos** que se inserta en una bolsa subcutánea (bajo la piel del abdomen, tórax o glúteos, etc.) o intracraneal. El generador de pulsos puede estar equipado con una batería recargable o no recargable. Las baterías recargables se descargará con el tiempo y necesitarán sustitución.
- Los **electrodos** que son cables delgados que transmiten pulsos desde el generador a los nervios. Los electrodos pueden ser de dos tipos, percutáneos o de paleta.

1. Codificación

Para codificar este procedimiento tenemos que considerar las siguientes fases:

1.a. Creación de la cavidad

La creación de una cavidad para la colocación de un generador de pulsos se clasificará dependiendo de si es a nivel subcutáneo o craneal.

- Si es a nivel **subcutáneo** se codificará como **86.09 Operaciones sobre piel y tejido subcutáneo. Otra incisión de piel y tejido subcutáneo**, mientras que su retirada se clasificará en el código **86.05 Operaciones sobre piel y tejido subcutáneo. Incisión con extracción de cuerpo extraño o dispositivo de piel y tejido subcutáneo.**

- Si es a **nivel craneal**, se omite el código de creación de la cavidad, clasificándose la inserción del generador craneal en el **01.20 Craneotomía y craniectomía. Implantación o sustitución craneal de generador de pulsos de neuroestimulador craneal**.

La entrada en el Índice Alfabético es por:

Creación

- cavidad
- generador de impulsos de estimulador talámico
- con inserción inicial de modulo de batería-omitir código
- nueva localización (piel)(subcutánea) 86.09

1.b. Implantación del generador

- La inserción o sustitución del generador de pulso se clasificará en los códigos 86.94 – 86.98, dependiendo del tipo de electrodo (simple o doble) y de si son recargables o no.

	ELECTRODO ÚNICO	ELECTRODO DOBLE
Generador no recargable o no especificado	86.94 Inserción o sustitución de generador de pulsos de neuroestimulación de un solo electrodo, no especificado como recargable	86.95 Inserción o sustitución de generador de pulsos de neuroestimulación de doble electrodo, no especificado como recargable
Generador recargable	86.97 Inserción o sustitución de neuroestimulador generador de pulsos recargable de electrodo único	86.98 Inserción o sustitución de generador de pulsos de neuroestimulación recargable de doble electrodo
Generador no especificado si recargable o no, ni si único o doble	86.96 Inserción o sustitución de otro neuroestimulador generador de pulsos	

- La implantación o sustitución craneal de neuroestimulador generador de pulso se clasifica en el código **01.20 Craneotomía y craniectomía. Implantación o sustitución craneal de generador de pulsos de neuroestimulador craneal**.
- La retirada craneal de neuroestimulador generador de pulso se codificará en el **01.29 Craneotomía y craniectomía. Extracción de generador de pulsos de neuroestimulador craneal**.

1.c. *Implantación del electrodo*

La asignación de código dependerá de la situación anatómica donde se coloque:

- electrodos intracraneales, **02.93 Otras operaciones sobre cráneo, cerebro y meninges cerebrales. Implantación o sustitución de electrodo(s) de neuroestimulador intracraneal.**
- electrodos medulares, **03.93 Otras operaciones sobre la médula espinal y estructuras del conducto espinal. Colocación o sustitución de electrodo(s) de neuroestimulador medular.**
- electrodos en nervio periférico, **04.92 Otras operaciones sobre nervios craneales y periféricos. Colocación o sustitución de electrodo(s) de neuroestimulador periférico.**

2. Tipos de neuroestimuladores

Hay tres tipos de neuroestimuladores intracraneal, espinal y periférico. La diferencia entre ellos es la localización de los electrodos: en los intracraneales los electrodos están insertados en el cerebro, los espinales en la médula espinal y los periféricos en el nervio sacro.

2.a. *Neuroestimulador intracraneal*

Los neuroestimuladores intracraneales pueden tener el generador en una zona subcutánea o bien intracranealmente.

- **Neuroestimuladores intracraneales con generador subcutáneo**
También llamada Estimulación Cerebral Profunda (ECP) del globo pálido, estimulación cerebral profunda del subtálamo o estimulación cerebral profunda del tálamo.

La implantación de un neuroestimulador intracraneal se realiza en 2 etapas:

- En la **primera etapa** se coloca la cabeza en un marco esterotáxico y se perfora una pequeña abertura en el cráneo y coloca la derivación en un área específica del cerebro. Se asignarán los siguientes códigos:

02.93 Otras operaciones sobre cráneo, cerebro y meninges cerebrales. Implantación o sustitución de electrodo(s) de neuroestimulador intracraneal.

93.59 Fisioterapia, terapia respiratoria, rehabilitación y procedimientos relacionados. Otra inmovilización, compresión y cuidado de herida, para la aplicación del marco estrotáxico.

- En la **segunda etapa** se coloca el neuroestimulador de forma subcutánea conectándose el cable de extensión a la derivación, la piel se cierra y el dispositivo y los cables no se pueden ver por fuera del cuerpo. Una vez conectados, los impulsos eléctricos viajan desde el neuroestimulador, a lo largo del cable de extensión, hasta la derivación y hacia el cerebro. Estos diminutos impulsos interfieren y bloquean las señales eléctricas. Se asignará un código de entre 86.94 – 86.98 para la inserción subcutánea del generador de pulsos de neuroestimulación, dependiendo de si es recargable y de la existencia de uno o más electrodos.

En el caso de que se realice todo en una etapa se clasificarán todos los procedimientos mencionados en el mismo episodio.

- **Neuroestimuladores intracraneales con generador intracraneal**

El sistema RNS® (Responsive Neurostimulation System NT) es un dispositivo diseñado para el tratamiento de la epilepsia (parcial o focal) médicamente intratable. El sistema incluye un neuroestimulador craneal que tiene capacidad de reaccionar, de detectar nuevos ataques y aplicar estimulación en el foco del ataque para suprimir el mismo. Para el funcionamiento del sistema implantable se incluye el neuroestimulador RNS, así como electrodos profundos y una tira de electrodos corticales. El neuroestimulador es un dispositivo controlado mediante microprocesador, programable y con alimentación por batería, que libera un tren corto de pulsos eléctricos en el cerebro mediante los electrodos implantados. El neuroestimulador es implantado en el cráneo y conectado a uno o dos electrodos que se implantan cerca del foco que produce los ataques.

La implantación del generador de pulsos de neuroestimulador craneal se codificará en **01.20 Craneotomía y craniectomía . Implantación o sustitución craneal del generador de pulsos de neuroestimulador craneal** y la implantación de electrodos en el código **02.93 Otras operaciones sobre cráneo, cerebro y meninges cerebrales. Implantación o sustitución de electrodo(s) de neuroestimulador intracraneal**⁴⁵.

Además se deberá asignar el código de la inmovilización mediante marco estrotáxico **93.59 Fisioterapia, terapia respiratoria, rehabilitación y procedimientos relacionados. Otra inmovilización, compresión y cuidado de herida.**

Para la retirada del generador se empleará el código **01.29 Craneotomía y craniectomía. Extracción de generador de pulsos de neuroestimulador craneal.**

2.b. Neuroestimulador medular

La técnica consiste en implantar un pequeño electrodo en la columna cercano a la médula espinal que va conectado a un generador de impulsos (estimulador) que produce una corriente eléctrica que estimula la zona donde se ha instalado el electrodo.

Para implantar el electrodo y el generador de impulsos son necesarias, normalmente, dos intervenciones, aunque en casos especiales el procedimiento se puede realizar en una intervención:

- La primera intervención quirúrgica consiste en introducir el electrodo a nivel epidural que se conectará a un estimulador externo. Se clasifica en **03.93 Otras operaciones sobre la médula espinal y estructuras del conducto espinal. Colocación o sustitución de electrodo(s) de neuroestimulador medular.**
- En la segunda intervención quirúrgica se implanta el generador de impulsos (estimulador) definitivo debajo de la piel. Se clasificará con códigos de entre 86.94 – 86.98 para la inserción subcutánea del generador de pulsos de neuroestimulación, dependiendo de si es recargable y de la existencia de uno o más electrodos⁴⁶.

2.c. Neuroestimulador periférico

Este sistema de estimulación de nervio periférico se puede emplear de forma permanente o durante determinados procedimientos quirúrgicos, como prueba de estimulación intraoperatoria y/o monitorización intraoperatoria, para asegurarse que no se está dañando el nervio. En estos casos se clasificará en **00.94 Otros procedimientos e intervenciones. Monitorización neurofisiológica intraoperatoria.**

En los casos de la neuroestimulación no intraoperatoria se clasificará la puesta del generador con los siguientes códigos:

- **86.09 Operaciones sobre piel y tejido subcutáneo. Otra incisión de piel y tejido subcutáneo** para la realización de la bolsa donde ira el generador,
- un código de entre 86.94 – 86.98 y
- el código de la implantación del electrodo **04.92 Otras operaciones sobre nervios craneales y periféricos. Colocación o sustitución de electrodo(s) de neuroestimulador periférico.**

XII. EXTERNALIZACIÓN DE LA DERIVACIÓN VENTRÍCULOPERITONEAL

Las derivaciones externas de líquido cefalorraquídeo son catéteres que ponen en comunicación el espacio subaracnoideo o ventricular con el exterior. Se suele llevar a cabo en determinadas situaciones donde el sistema de derivación deba ser recambiado de forma temporal. Se clasificará en el código **86.09 Operaciones sobre piel y tejido subcutáneo. Otra incisión de piel y tejido subcutáneo.**

XIII. RETIRADA DE SUTURAS

Se localizan en el Índice Alfabético de procedimientos por el término principal **Extracción**, con el modificador esencial de sutura.

Extracción

- sutura (s) NCOC 97.89
- cabeza y cuello 97.38
- pared abdominal 97.83
- - por incisión – veáse Incisión, por sitio

XIV. OCLUSIÓN ASISTIDA POR VACÍO

La terapia de Cierre Asistido por Vacío (VAC) es un sistema no invasivo y dinámico que ayuda a promover la cicatrización mediante la aplicación de presión negativa en el lugar de la herida, favoreciendo la reducción del área de la herida, eliminando el exceso de fluidos y estimulando la angiogénesis.

Si al paciente se le realiza un desbridamiento escisional y se le coloca VAC, se codificará solo el **86.22 Extirpación o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo. Desbridamiento escisional de herida, infección o quemadura** y no se deberá codificar el VAC por ser parte del procedimiento de cierre. Sin embargo, si únicamente se le coloca un VAC, al no existir código específico, se utiliza el código **93.59 Fisioterapia, terapia respiratoria, rehabilitación y procedimientos relacionados. Otra inmovilización, compresión y cuidado de herida**, como código de procedimiento⁴⁷.

Ejemplo:

Paciente con una úlcera no curada en la parte medial de la pantorrilla izquierda. Está actualmente con un sistema VAC. Se colocó un Apligraf®.

86.67 Injerto cutáneo libre. Injerto regenerativo de piel

Para la colocación del sistema de reparación de herida Apligraf®. El Apligraf® es un tratamiento biológico de la piel usado en úlceras persistentes no curadas. Libera células vivas, proteínas reconstruidas y factores de crecimiento similares a la piel humana en forma permanente cuando hay una tendencia a producirse una úlcera debida a una curación interrumpida en pacientes con diabetes y pobre circulación. Se coloca directamente en la herida que es cubierta con un apósito no adhesivo.

XV. COMPLICACIONES DE PROCEDIMIENTOS

Para la codificación del fracaso o rechazo de injertos de piel artificial o alodermis descelularizada se asignará el código **996.55 Complicación mecánica de otro dispositivo, implante e injerto protésico especificado. Por injerto de piel artificial o alodermis descelularizada.**

En las complicaciones de otro tipo de injerto emplearemos el código **996.52 Complicaciones propias de ciertos procedimientos especificados. Complicación mecánica de otro dispositivo, implante e injerto protésico especificado. Por injerto de otro tejido, no clasificado bajo otro concepto.**

El injerto fallido mediante colgajo de músculo se clasificará como complicación mecánica asignándole el código **996.49 Complicación mecánica de dispositivo ortopédico interno, implante, e injerto. Otra complicación mecánica de dispositivo ortopédico interno, implante e injerto**⁴⁸.

**SEGUNDA PARTE:
ENFERMEDADES DE LA MAMA**

ANATOMÍA DE LA MAMA

Las mamas son glándulas exocrinas con capacidad de producir leche en la mujer. En la parte central de la superficie anterior de la mama se encuentra el pezón rodeado por una superficie anular llamada areola.

Consta de dos elementos fundamentales:

- Acinos glandulares: donde se encuentran las células productoras de leche, que constituyen los lobulillos mamarios y se agrupan en lóbulos mamarios.
- Ductos: conjunto de estructuras tubulares, ramificados en forma de árbol, y que confluyen en los canalículos cada vez más y más gruesos hasta terminar en los galactóforos.

La linfa procedente de las mamas pasa a los ganglios linfáticos axilares del mismo lado y, a los ganglios paraesternales de la otra mama o ganglios linfáticos abdominales. Este drenaje es de gran importancia para la oncología mamaria.

El desarrollo mamario durante la pubertad en la mujer depende de las hormonas ováricas.

En el hombre las mamas no están completamente desarrolladas aunque pueden desarrollarse en determinadas anomalías congénitas. Los hombres tratados con estrógenos debido al consumo de ciertas drogas u obesos, pueden desarrollar acúmulos de grasa que toman la forma de mamas (pseudoginecomastia) que pueden segregar fluidos, aunque sin contenido lácteo. El desarrollo de verdaderas mamas en el hombre se denomina ginecomastia.

PATOLOGÍA DE LA MAMA DE LA MUJER

I. ANOMALÍAS DEL DESARROLLO

1. Alteraciones en el número

1.a. Anomalías del desarrollo por defecto

- **Atelia o athelia**

Se trata de una malformación donde falta uno o los dos pezones y/o areolas. Se asocia con malformaciones de la pared torácica, miembros superiores y otros órganos. Se clasifica en el código **757.6 Anomalías congénitas del tegumento. Anomalías congénitas especificadas de la mama.**

La entrada en el Índice Alfabético se realiza por **Athelia**.

- **Pezón invaginado**

También llamado pezón invertido, es una alteración donde el pezón no solo no protruye, sino que queda hacia dentro de la areola. Se codificará como **757.6 Anomalías congénitas del tegumento. Anomalías congénitas especificadas de la mama.**

La entrada en el Índice Alfabético se realizará por:

Anomalías
- pezón

- **Hipomastia o hipoplasia de la glándula mamaria**

Puede tener una etiología variada:

- Anomalías congénitas como el síndrome de Poland caracterizado por alteraciones a nivel de pared torácica (hipomastia, deficiencia del músculo pectoral mayor, pectum excavatum, e incluso ausencia o hipoplasia de la parrilla costal), vertebral (escoliosis) y de extremidades superiores (sindactilia, braquidactilia). Se clasifica mediante **756.9 Otras anomalías musculoesqueléticas congénitas. Otras anomalías y anomalías no especificadas del aparato musculoesquelético** más códigos de las diferentes anomalías acompañantes, que en nuestro caso es la hipomastia clasificada en **757.6 Anomalías congénitas del tegumento. Anomalías congénitas especificadas de la mama.**
- Alteración del desarrollo puberal o debida a alteraciones genéticas como en el síndrome de Turner **758.6 Anomalías cromosómicas. Disgenesia gonadal.**

- Puede ser debida a que la mama reciba un estímulo hormonal insuficiente o que la mama responda inadecuadamente a un estímulo hormonal normal. Se clasifica en **611.82 Otros trastornos mamarios especificados. Hipoplasia de mama.**
- Puede ser secundaria a daño del tejido mamario por traumatismos. En este caso se clasificará siguiendo la secuencia de codificación de efectos tardíos de traumatismos¹⁹.
- También puede ser secundaria a la reconstrucción de mama y se codificará en **612.1 Deformidad y desproporción de mama reconstruida. Desproporción de mama reconstruida.**

- **Amastia**

Es una ausencia de todo el tejido mamario. En el caso de existir solo el mame-lón, se denomina amazia. Ambas circunstancias se codificarán en **611.89 Otros trastornos mamarios especificados.**

- **Agenesia mamaria**

Falta completa de todos los componentes de la mama (unilateral o bilateral), existiendo en su lugar solo la piel de la pared torácica. Se clasificará en el código **757.6 Anomalías congénitas del tegumento. Anomalías congénitas especificadas de la mama.**

La entrada en el Índice Alfabético se realizara por **Ausencia.**

1.b. Anomalías del desarrollo por exceso

- **Polimastia**

También llamada hipermastia, mamas supernumerarias o mamas accesorias. Consiste en más de dos mamas o tejido mamario en algún punto de la línea mamaria.

- **Mamas ectópicas**

Mamas supernumerarias, pero fuera de la línea mamaria, aunque en su vecindad.

- **Mamas aberrantes**

Mamas que aparecen alejadas de la línea mamaria y tienen mayor predisposición a la degeneración maligna.

- **Politelia**

La politelia o hipertelia consiste en un exceso de pezones, en la areola, cerca de ella (accesorios) o lejos de ella (aberrantes).

Todas estas anomalías del desarrollo por exceso se codificarán en **757.6 Anomalías congénitas del tegumento. Anomalías congénitas especificadas de la mama.**

2. Alteraciones en el tamaño

2.a. Anomalías del desarrollo por defecto

- **Hipoplasia mamaria o micromastia**
Consiste en una mama pequeña unilateral o bilateral. La anisomastia, es una forma extrema de cierto grado fisiológico de asimetría mamaria. Se codificará en **611.82 Otros trastornos mamarios especificados. Hipoplasia de mama.**
- **Microtelia**
Pezón anormalmente pequeño. Se denomina anisotelia si es unilateral. Ambas situaciones se codificarán en **757.6 Anomalías congénitas del tegumento. Anomalías congénitas especificadas de la mama.**

2.b. Anomalías del desarrollo por exceso

- **Hipertrofia mamaria**
También llamada macromastia. Se recogerá en el código **611.1 Otros trastornos mamarios. Hipertrofia mamaria.**
- **Macrotelia**
Es el pezón anormalmente grande. Se asignará el código **757.6 Anomalías congénitas del tegumento. Anomalías congénitas especificadas de la mama.**

Dentro de las alteraciones congénitas de la mama también pueden darse alteraciones de la forma tanto de la mama como del pezón y/o areola.

II. ALTERACIONES INFLAMATORIAS Y LESIONES RELACIONADAS

1. Mastitis

1.a. Mastitis aguda

Se caracteriza por una reacción exudativa (edema e infiltración leucocitaria). Su frecuencia máxima se da en la lactancia, en primíparas.

Pueden presentar dos formas:

- **Mastitis puerperal o lactacional**

Puede ser causada por estancamiento o retención de la leche dando lugar a mastitis no purulentas que se clasificará en el código **676.2 Otros trastornos de la mama asociados con el parto y trastornos de la lactancia. Congestión de mamas.**

Cuando en la expresión diagnóstica de mastitis puerperal no se especifique que sea debida a retención o estancamiento lácteo se codificará como **675.2 Infecciones de la mama y del pezón asociadas con el parto. Mastitis no purulenta.**

Si a una mastitis por estancamiento se asocia una puerta de entrada de gérmenes, puede presentarse la forma purulenta clasificándose en **675.1 Infecciones de la mama y del pezón asociadas con el parto. Absceso de mama.** Esto puede dar lugar a celulitis de mama, en cuyo caso no se añadirán códigos correspondientes a la celulitis quedando recogida en el código 675.1 dicha condición. Sí deberá añadirse códigos para recoger el microorganismo responsable de la infección.

La entrada en el Índice Alfabético se realiza por:

Celulitis

- mama
- - posparto

En el caso de que la expresión diagnóstica no se especifique como mastitis sino como infección de la mama puerperal se clasificará en **675.2 Infecciones de la mama y del pezón asociadas con el parto. Mastitis no purulenta** y si existe implicación de pezón se recogerá en el código **675.9 Infecciones de la mama y del pezón asociadas con el parto. Infección no especificada de la mama y del pezón**, para los casos de infecciones no especificadas.

Las infecciones especificadas puerperales de la mama y pezón se clasificarán en el **675.8 Infecciones de la mama y del pezón asociadas con el parto. Otras infecciones especificadas de la mama y del pezón.**

La entrada en el Índice Alfabético se realizará por:

Puerperal, puerperio

- infección
- - glándula mamaria 675.2
- - - con pezón 675.9
- - - - tipo especificado NCOC 675.8

El estímulo endocrino materno puede ingurgitar la mama del recién nacido incluso con producción de leche, codificándose dicha circunstancia en **778.7 Enfermedades que afectan al revestimiento cutáneo y a la regulación de la temperatura del feto y del recién nacido. Congestión de mama en el recién nacido**. Esta ingurgitación puede producir una infección en cuyo caso se clasificará en **771.5 Infecciones propias del período perinatal. Mastitis infecciosa neonatal**.

- **Mastitis no puerperales**

Pueden estar causadas por hematomas secundarios a traumatismos mamarios, infecciones de las glándulas de Montgomery, lesiones supuradas cutáneas, quistes subcutáneos, picaduras de insectos, forúnculos, eczema de pezón y areola, intertrigo mamario, etc. Frecuentemente presentan condiciones predisponentes, como la diabetes mellitus o la inmunosupresión por terapia esteroidal.

Se clasificarán en el código en **611.0 Otros trastornos mamarios. Enfermedad inflamatoria de la mama**.

ALTERACIONES INFLAMATORIAS AGUDAS DE LA MAMA			CÓDIGO CIE
Puerperal o lactacional	Mastitis puerperal o lactacional	Especificada como por estancamiento lácteo	676.2 Congestión de mamas
		No especificada como por estancamiento lácteo	675.2 Mastitis no purulenta
		Forma purulenta	675.1 Absceso de mama
	Infeción de la mama		675.2 Mastitis no purulenta
	Infeción de la mama y pezón		675.9 Infección no especificada de la mama y del pezón
No puerperal	Mastitis no puerperal		611.0 Enfermedad inflamatoria de la mama.

1.b. Mastitis granulomatosa idiopática

Es una mastitis crónica que cursa con masas mamarias debidas a una lobulitis granulomatosa, en parte necrotizante, que no está asociada a trauma, infección ni a cuerpo extraño y que presentan características clínicas similares a las de un carcinoma mamario.

No existe entrada en el Índice Alfabético. Se codificará en **611.0 Otros trastornos mamarios. Enfermedad inflamatoria de la mama**.

1.c. Mastitis de células plasmáticas

También llamada comedomastitis. Es una mastitis crónica que compromete en mayor grado el estroma de la glándula mamaria y con frecuencia se abscesifican y fistulizan. Se clasifica en **610.4 Displasias mamarias benignas. Ectasia de conducto mamario.**

1.d. Reacción a cuerpo extraño

Las prótesis mamarias de silicona son materiales aloplásticos empleados frecuentemente en la cirugía estética y reconstructiva de la mama. Las siliconas pueden ser preparadas con formas estructurales diversas, permitiendo la obtención de fluidos, geles y elastómeros. Una vez puesta la prótesis se produce la encapsulación para aislar completamente el cuerpo extraño dentro una cámara. La cápsula periprotésica es considerada un proceso reparativo local, en el que la cavidad para alojar la prótesis se comportaría como una herida quirúrgica que tiene que cicatrizar. El tejido cicatricial avanzaría rodeando el cuerpo extraño, formando así una envoltura fibrosa llamada cápsula. En determinadas prótesis se ha comprobado una biodegradación de esta cobertura, manifestada por fisuración y fragmentación, dando lugar a reacciones fibrosas alrededor de los fragmentos desprendidos formando microcápsulas o granulomas.

El llamado «siliconomas» es un granuloma a cuerpo extraño y puede aparecer después de la inyección directa en el tejido mamario de silicona o después de la fisura extracapsular del implante.

La presencia de cuerpo extraño en la mama se clasifica:

- Cuando es debido a la presencia de prótesis de mama, **996.54 Complicación mecánica de otro dispositivo, implante e injerto protésico especificado. Por prótesis mamaria.**
- Cuando es debida a un granuloma por silicona u otro objeto dejado inadvertidamente en la mama durante una intervención, **998.4 Otras complicaciones de procedimientos, no clasificadas bajo otros conceptos. Cuerpo extraño dejado accidentalmente durante un procedimiento.**
- En el caso de que se formen granulomas o reacción a cuerpos extraños no relacionados con actividad quirúrgicas ni con complicación de implantes mamaris, **709.4 Otros trastornos de la piel y de los tejidos subcutáneos. Granuloma de cuerpo extraño en la piel y tejidos subcutáneos**, más un código adicional de la categoría **V90 Cuerpo extraño retenido**, para identificar el material o tipo de cuerpo extraño retenido.

1.e. Absceso subareolar recurrente

También llamada enfermedad de Zuska. La presentación es en forma de fístula cutánea que drena desde el tejido subareolar. Está causada por metaplasia escamosa de uno o más ductos lactíferos en su paso a través del pezón, probablemente inducida por el tabaquismo. Se codificará también en **611.0 Otros trastornos mamarios. Enfermedad inflamatoria de la mama.**

2. Ectasia de ductos mamarios

La ectasia ductal es el taponamiento inflamatorio y a veces doloroso del conducto mamario, justo por detrás del pezón, produciendo expulsión de líquido de color gris a verde por el pezón. Se clasifica en **610.4 Displasias mamarias benignas. Ectasia de conducto mamario.**

3. Necrosis grasa

Corresponde a tumoraciones redondeadas, duras, indoloras compuestas por tejido graso lesionado. Se presenta usualmente en mujeres obesas, o con grandes senos, o después de traumatismos.

Se codifica en **611.3 Otros trastornos mamarios. Necrosis grasa de la mama.**

Si es debida a injerto mamario, debe ir precedido de código de complicación postquirúrgica, **996.79 Otras complicaciones de dispositivo protésico, implante e injerto internos (biológico)(sintético). Por dispositivo, implante e injerto protésico interno de otro tipo.**

4. Galactoforitis

Es la inflamación de los conductos galactofóricos. Puede ser aguda o crónica.

Como en las mastitis la CIE distingue entre las de causa puerperal y las de otra etiología:

- **Galactoforitis no puerperal** se clasifica en **611.0 Otros trastornos mamarios. Enfermedad inflamatoria de la mama.**
- **Galactoforitis puerperal** se clasifica en **675.2 Infecciones de la mama y del pezón asociadas con el parto. Mastitis no purulenta.**

III. MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA

Se desarrolla a partir de una proliferación epitelial de tejido lobulillar y conductos lobulillares y una proliferación fibrosa de estroma especializado, dando origen a una masa de espacios quísticos (macro y microquistes) y tejido fibroso. Predispone en algunos casos al carcinoma, y el riesgo se asocia principalmente con el grado de hiperplasia epitelial y antecedente familiar de cáncer mamario.

Se codifica en **610.1 Displasias mamarias benignas. Mastopatía quística difusa.**

IV. NEOPLASIAS DE MAMA

1. Clasificación de las neoplasias

La patología neoplásica de la mama se clasifica en la CIE en el **Capítulo 2 Neoplasias**³² que identifica las neoplasias malignas primarias o secundarias, in situ, benignas, de evolución incierta o sin especificar de partes blandas, tejido conjuntivo o tejido glandular de la mama, tanto en mujeres como en hombres.

1.a. Neoplasias benignas

Se clasifican en:

- **Tumores no epiteliales:** lipoma, fibroma, angioma, neurofibroma, etc.
- **Tumores epiteliales:** papiloma (adenoma) de los grandes conductos que es un tumor subareolar.
- **Tumores mixtos:** fibroadenoma, que es la lesión tumoral más frecuente de la mama.

Las neoplasias benignas de mama se clasificarán en la categoría **217 Neoplasia benigna de la mama.**

1.b. Carcinoma in situ

El carcinoma in situ, denominado también no infiltrante, no invasivo o intraepitelial se codificará en la subcategoría **233.0 Carcinoma in situ de mama y del aparato genitourinario. Mama.**

1.c. Neoplasia maligna

El carcinoma de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer occidental y es raro en los hombres. El tipo de neoplasia maligna que se desarrolla con más frecuencia es el ductal, que asienta en los conductos, y el lobulillar o lobular, que asienta en los lóbulos.

El carcinoma de la mama en el hombre es muy poco frecuente. Llama la atención que en los países donde el cáncer mamario en la mujer es más frecuente, la tasa en el hombre también es mayor. La ginecomastia no es factor favorecedor del carcinoma. El compromiso cutáneo, ganglionar linfático y las metástasis son semejantes a lo observado en la mujer.

La neoplasia maligna primaria es la única que presenta en la CIE distintas categorías para diferenciar el sexo del paciente, clasificándose:

- Categoría 175, cuando afecta al hombre
 - **175.0 Neoplasia maligna de la mama masculina. Pezón y areola.**
 - **175.9 Neoplasia maligna de la mama masculina. Otros sitios o sitios no especificados de la mama masculina** que identifica al resto de localizaciones, incluidas las ectópicas.
- Categoría 174 cuando afecta a la mujer, **174 Neoplasia maligna de la mama femenina**, diferenciando en sus distintas subcategorías la localización de la misma:
 - **174.0 Neoplasia maligna de la mama femenina. Pezón y areola.**
 - **174.1 Neoplasia maligna de la mama femenina. Porción central.**
 - **174.2 Neoplasia maligna de la mama femenina. Cuadrante súpero-interno.**
 - **174.3 Neoplasia maligna de la mama femenina. Cuadrante ínfero-interno.**
 - **174.4 Neoplasia maligna de la mama femenina. Cuadrante súpero-externo.**
 - **174.5 Neoplasia maligna de la mama femenina. Cuadrante ínfero-externo.**
 - **174.6 Neoplasia maligna de la mama femenina. Prolongación axilar.**
 - **174.8 Neoplasia maligna de la mama femenina. Otros sitios especificados de la mama femenina.**

El código residual (8) se utiliza para identificar otras localizaciones: externa, interna, inferior, superior, ectópicas, sitio de mastectomía previas o de localizaciones de contigüidad sin poder especificar el sitio origen en el momento del diagnóstico.

- **174.9 Neoplasia maligna de la mama femenina. Mama (femenina), parte no especificada.**

La neoplasia maligna de la piel y del tejido subcutáneo de la mama se clasifica en la categoría de neoplasias de la piel.

Los linfomas de la mama se clasifican en las categorías específicas de las neoplasias malignas de los tejidos linfáticos y hematopoyéticos.

1.d. Neoplasias de evolución incierta y neoplasias de naturaleza no especificada

Cuando no se puede determinar histológicamente el comportamiento maligno o benigno de un tumor mamario se recogerá como neoplasia de evolución incierta codificándose en **238.3 Neoplasia de evolución incierta de otros sitios y tejidos y de los no especificados. Mama.**

Cuando se desconoce tanto la morfología como el comportamiento de la neoplasia se clasifica en el código **239.3 Neoplasias de naturaleza no especificada. Mama.**

1.e. Clasificación de expresiones diagnósticas inespecíficas

Las expresiones clínicas «bulto», «masa», «quiste», etc. se clasificarán en el **Capítulo 10 Enfermedades del Aparato Genitourinario**, en la subcategoría **611.7 Otros trastornos mamarios. Signos y síntomas mamarios.**

Los hallazgos anormales y no específicos de exámenes radiológicos, por ejemplo, termográfico o ecográfico, deberán recogerse con códigos del **Capítulo 16 Síntomas, Signos y Estados Mal Definidos**, categoría **793 Hallazgos anormales y no específicos de exámenes radiológicos y de otro tipo de la estructura corporal:**

- **793.80 Mama. Mamografía anormal, no especificada.**
- **793.81 Mama. Microcalcificación mamográfica.**
- **793.89 Mama. Otros hallazgos (anormales) en examen radiológico de mama, como la calcificación y el cálculo o nódulo mamario.**

A continuación se recogen los tipos de neoplasias de mama junto con su codificación según su comportamiento y localización, incluyéndose también el código morfológico.

NEOPLASIAS MAMARIAS			CIE-9-MC		
BENIGNOS	Fibroadenomas		217	M8810/0	
	Tumores epiteliales	Papiloma intraductal		M8050/0	
		Adenoma del pezón		M8506/0	
		Papilomatosis del pezón	610.1 M8060/0		
	Tumor filoides o fibroadenoma intracanalicular hiperce-lular		217	M9020/0	
IN SITU	Carcinoma ductal in situ (CDIS)	Comedocarcinoma no infiltrante	233.0	M8501/2	
		Carcinoma papilar in situ	233.0	M8503/2	
		Carcinoma ductal in situ microinvasivo	233.0	M8503/2	
		Carcinoma lobular in situ (CLIS)		233.0	M8520/2
MALIGNOS	Enfermedad de Paget de la mama		174.0	M8540/3	
	Sarcomas	Angiosarcoma	174.X	M9120/3	
		Rabdomiosarcoma		M8900/3	
		Leiomiomasarcoma		M8890/3	
		Condrosarcoma		M9220/3	
		Osteosarcoma		M9180/3	
	Carcinomas invasivos	Carcinoma ductal infiltrante			M8500/3
		Carcinoma lobular invasivo			M8520/3
		Carcinoma medular amiloide			M8511/3
		Carcinoma medular filoide			M8512/3
		Carcinoma mucinoso y coloide			M8480/3
		Carcinoma papilar infiltrante			M8050/3
		Carcinoma tubular			M8211/3

2. Características de las neoplasias malignas

2.a. Diferenciación celular

Indica el grado en que las células tumorales remedan a las normales (morfológicamente) y conservan la actividad funcional (funcionalmente). Los grados de diferenciación son:

- Bien diferenciados (G-I).
- Moderadamente diferenciados (G-II).
- Poco diferenciados (G-III).
- Anaplasia o ausencia de diferenciación.

A mayor diferenciación celular, mayor conservación de la actividad funcional.

En las neoplasias de mama los tumores más diferenciados muestran una mayor supervivencia.

2.b. Crecimiento celular

Los tumores malignos tienen un crecimiento invasivo e infiltrante sin respetar los límites anatómicos, mientras que las neoplasias benignas tienen un crecimiento expansivo y lento, con tendencia a la formación de una cápsula.

Mientras más grande es la lesión, peor es el pronóstico, siempre que se mantengan comparables las demás variables. También se observa que a mayor tamaño es más frecuente la existencia de metástasis ganglionares linfáticas y a distancia.

2.c. Metástasis

Es la extensión, sin relación de contigüidad, de una neoplasia primaria, formándose una neoplasia secundaria cuyas células son semejantes a las del tumor de origen y no a las del órgano en que se asienta la metástasis.

Metástasis ganglionares axilares: existe un cierto paralelismo entre supervivencia y el grado de compromiso de estos órganos. Los ganglios linfáticos axilares se dividen en niveles según su distancia desde la mama. La inserción del músculo pectoral mayor limita el nivel I. Los ganglios situados bajo el músculo pectoral corresponden al nivel II y el resto, hacia la profundidad de la axila, al nivel III. Mientras más niveles estén comprometidos, peor es el pronóstico. También se ha observado una correlación directa con el número de ganglios metastásicos.

Las lesiones ubicadas en los cuadrantes externos de la mama dan sus metástasis en los ganglios axilares; las lesiones de los cuadrantes internos lo hacen en los ganglios de la cadena mamaria interna, de difícil examen.

La afectación ganglionar se codifica en **196 Neoplasia maligna secundaria y no especificada de los nódulos (ganglios) linfáticos.**

La segunda vía más frecuente de **metástasis** es la **hematógena**: en estos casos las metástasis tumorales se ubican de preferencia en pulmones y huesos, pero pueden encontrarse en hígado, cerebro, suprarrenales, etc. Se codificaran como neoplasias secundarias.

2.d. Extensión

La extensión del cáncer de mama, se expresa a través de la clasificación TNM:

- Afectación local del tumor (T), tamaño del tumor.
- Afectación regional de ganglios linfáticos (N), metástasis ganglionares.
- Afectación a distancia o metástasis a distancia (M).

T — Tamaño tumoral

- Tx: Sin evidencia de tumor primario.
- Tis: Carcinoma in situ.
- T1: Tumor infiltrante de tamaño menor de 2 cm.
- T2: Tumor infiltrante de 2 a 5 cm de tamaño.
- T3: Tumor infiltrante de tamaño mayor de 5 cm.
- T4: Tumor infiltrante de cualquier tamaño con extensión directa a piel o pared torácica:
 - T4a: Tumor con afectación de pared torácica.
 - T4b: Tumor con afectación de piel: piel naranja (edemas), ulceraciones o nódulos cutáneos.
 - T4c: Afectación combinada de T4a y T4b.
 - T4d: Cáncer inflamatorio de la mama.

N — Metástasis ganglionares

- NX: no se tiene información sobre si los ganglios linfáticos están afectados o no.
- N0: No se palpan ganglios axilares.
- N1: Se palpan ganglios axilares del mismo lado y no están fijados entre sí o a otras estructuras.
- N2: Se palpan ganglios axilares del mismo lado y están fijados entre sí o a otras estructuras.
- N3: Afectación de ganglios de la cadena mamaria del mismo lado del tumor.

M — Metástasis a distancia

- MX: No se conoce la existencia de metástasis.
- M0: Ausencia de metástasis.
- M1: Presencia de metástasis.

Esta clasificación permite estadiar el carcinoma de mama en:

- Estadio 0: Tis N0 M0.
- Estadio I: T1 N0 M0.
- Estadio II A: (T0-T1) N1 M0.
T2 N0 M0.
- Estadio II B: T2 N1 M0.
T3 N0 M0.
- Estadio III A: (T0-T1-T2) N2 M0.
T3 (N1-N2) M0.
- Estadio III B: T4 (N0-N1-N2-N3) M0.
(T0-T1-T2-T3-T4) N3 M0.
- Estadio IV: (T0-T1-T2-T3-T4) (N0-N1-N2-N3) M1.

Después de la cirugía, la extensión del cáncer se somete a una nueva clasificación TNM que dependerá de los hallazgos quirúrgicos y se simboliza anteponiendo la letra «p» (pTNM).

3. Normas de codificación de las neoplasias de mama

Las neoplasias de mama siguen las reglas generales de codificación de Neoplasias³².

3.a. Receptores hormonales

Las células tumorales mamarias tienen **receptores** en su superficie que son sensibles a estrógenos (RE+), progesterona (RP+) y al oncogen (HER2+). Esta información, que se obtiene mediante un análisis inmunohistoquímico es fundamental para el abordaje terapéutico.

Los carcinomas de mama RE+ o sensibles a los estrógenos, ya que favorecen su crecimiento, pueden ser tratados con medicamentos que bloquean la acción de los estrógenos, como es el caso del tamoxifeno.

Los tumores HER2+ son sensibles a los anticuerpos monoclonales en combinación con la quimioterapia convencional.

Para recoger estas características de los tumores malignos de mama emplearemos adicionalmente al código que identifica la neoplasia maligna primaria del hombre o de la mujer, un código de la categoría **V86 Estado de los receptores estrogénicos**.

El carácter de positividad o no a receptores hormonales solo se documenta en los tumores de la glándula mamaria, no en los de la piel de la mama.

3.b. Neoplasias con carácter hereditario

De un 5%-10% de los cánceres de mama pueden ser atribuibles a una alteración en los genes del BRCA1 o del BRCA2. Se recomienda realizar estudio genético en personas con una fuerte historia familiar de cáncer o en aquellos casos en que la aparición del mismo ha sido en edades precoces, pero sobre todo cuando estos datos puedan influir en el manejo clínico. Cuando existe esta susceptibilidad genética se recoge mediante el código **V84.01 Susceptibilidad genética a la enfermedad. Susceptibilidad genética a neoplasia maligna de mama.**

3.c. Uso profiláctico de fármacos que afectan a los receptores estrogénicos

Cuando la paciente está recibiendo tratamiento profiláctico para actuar en los receptores estrogénicos, bien para prevenir recurrencias o bien porque presenta factores de riesgo como historia familiar de carcinoma de mama o susceptibilidad genética, se deberá recoger esta condición con el código **V07.5 Necesidad de aislamiento y otras medidas profilácticas o terapéuticas. Uso de fármacos que afectan a los receptores y niveles de estrógenos.**

Los códigos de la subcategoría V07.5 deben asignarse únicamente si el medicamento es administrado de manera profiláctica. No debe asignarse si el medicamento es administrado como parte del tratamiento de un cáncer actual. En este caso, el cáncer actual y el código **V58.69 Uso prolongado (actual) de otros medicamentos** de larga duración son los que deben asignarse en lugar del código de la subcategoría V07.5³⁴.

Los códigos de la subcategoría V07.5 sólo deben asignarse como diagnósticos secundarios. Si el motivo del contacto es iniciar la terapia que incluye el uso de un agente que afecta a receptores y niveles de estrógenos con una historia previa de cáncer o un alto riesgo de cáncer, se asignará el código **V65.49 Otros consejos, no clasificados bajo otros conceptos. Otro consejo especificado** como diagnóstico principal y el código adecuado de la subcategoría V07.5 como diagnóstico secundario.

Junto a este código se puede emplear códigos tales como: **V10.3 Historia personal de neoplasia maligna. Mama, V86 Estado de los receptores estrogénicos** y **V84.01 Susceptibilidad genética a la enfermedad. Susceptibilidad genética a neoplasia maligna de mama.**

Ejemplo:

Mujer de 30 años mastectomizada por cáncer ductal infiltrante moderadamente diferenciado con dos focos de carcinoma invasor, receptores de estrógeno y progesterona positivos, receptores HER-2/neu negativos y estudio BRCA 1 positivo con mutación en la base 4,182. Actualmente no recibe tratamiento para su neoplasia, solo tamoxifeno. Ingresa para inicio de terapia estrogénica.

V65.49 Otros consejos, no clasificados bajo otros conceptos. Otro concepto especificado

V07.51 Uso de fármacos que afectan a los receptores y niveles de estrógenos. Uso de moduladores selectivos de los receptores estrogénicos (SERMs)

V86.0 Estado de los receptores estrogénicos. Receptores estrogénicos positivos [ER+]

V84.01 Susceptibilidad genética a la enfermedad. Susceptibilidad genética a neoplasia maligna de mama

V10.3 Historia personal de neoplasia maligna. Mama

V45.71 Otros estados posteriores a un procedimiento. Ausencia de mama y pezón, adquiridas

3.d. Cribaje de neoplasia maligna de mama

El cribaje se realiza a personas aparentemente sanas que no presentan síntomas de enfermedad, con objeto de realizar un diagnóstico precoz.

Para el cribaje de esta patología mamaria⁴⁹ se emplearán códigos de la subcategoría **V76.1 Cribaje especial para neoplasias malignas. Mama**, con 5º dígito de subclasificación que especifique el tipo de cribaje, independientemente del resultado.

Al diagnóstico principal de cribaje pueden acompañarle códigos adicionales de:

- Historia familiar de cáncer de mama: **V16.3 Historia familiar de neoplasias malignas. Mama.**
- Susceptibilidad genética: **V84.01 Susceptibilidad genética a la enfermedad. Susceptibilidad genética a neoplasia maligna de mama.**

Cuando el motivo de ingreso es el cribaje de patología neoplásica mamaria el V76.1 será diagnóstico principal, independientemente del resultado de las pruebas realizadas⁵⁰.

Ejemplo:

Mujer de 30 años con antecedentes familiares de cáncer de mama. Ingresa para cribaje de neoplasia de mama. Se realiza mamografía y ecografía. Se detecta nódulo en cuadrante infero-interno que se biopsia mediante aspiración. Resultado de AP: Carcinoma ductal infiltrante.

- V76.1 Cribaje especial para neoplasias malignas. Mama**
- 174.3 Neoplasia maligna de la mama femenina. Cuadrante ífero-interno**
- V16.3 Historial familiar de neoplasias malignas. Mama**
- 85.91 Otras operaciones sobre la mama. Aspiración de mama**
- 88.73 Otras técnicas de radiodiagnóstico y técnicas conexas. Ecografía diagnóstica de otras áreas del tórax**
- 87.37 Radiografías de tejidos blandos del tórax. Otras mamografías**

No se debe confundir ingreso para cribaje con ingreso por sospecha de neoplasia de mama, donde existen síntomas o hallazgos radiológicos de una patología que, de ser confirmada, se deberá codificar como diagnóstico principal. Si se descarta, se utilizará como diagnóstico principal **V71.1 Observación y evaluación por sospecha de enfermedades, no encontradas. Observación por presunta neoplasia maligna.**

Ejemplo:

Mujer de 30 años con antecedentes familiares de cáncer de mama y estudio de susceptibilidad genético positivo. Ingresa para biopsia percutánea por sospecha de neo de mama. Se realiza biopsia siendo negativa para células sospechosas de malignidad.

- V71.1 Observación y evaluación por sospecha de enfermedades, no encontradas. Observación por presunta neoplasia maligna**
- V16.3 Historial familiar de neoplasias malignas. Mama**
- V84.01 Susceptibilidad genética a la enfermedad. Susceptibilidad genética a neoplasia maligna de mama**
- 85.91 Otras operaciones sobre la mama. Aspiración de mama**

3.e. Recidiva de neoplasia de mama

Se define la **recidiva local** como la reaparición del cáncer ya sea en la mama operada, en la cicatriz operatoria o en la piel que recubre la parrilla costal después de realizada la cirugía⁵¹.

La recidiva local de mama en una neoplasia de mama se codificará como neoplasia primaria, aunque el órgano hubiese sido extirpado.

Ejemplo:

Paciente mastectomizada por carcinoma de mama sin tratamiento actual que ingresa para estudio de nódulo cutáneo en la zona del cierre de mastectomía que se diagnostica de recidiva de neo de mama sin afectación de restos ganglionares mamarios. Se le realiza tumorectomía.

174.8 Neoplasia maligna de la mama femenina. Otros sitios especificados de la mama femenina

V45.71 Ausencia de mama y pezón, adquiridas

85.21 Extirpación local de lesión de mama

La recidiva local cutánea en la piel restante o zona de cicatriz se codificará como neoplasia secundaria de piel.

Ejemplo:

Paciente mastectomizada por carcinoma de mama sin tratamiento actual que ingresa para estudio de nódulo cutáneo en la zona del cierre de mastectomía que se diagnostica de recidiva cutánea sin afectación de restos ganglionares mamarios que se extirpa.

198.2 Neoplasia maligna secundaria de otros sitios especificados. Piel

V10.3 Historia personal de neoplasia maligna. Mama

V45.71 Ausencia de mama y pezón, adquiridas

86.3 Otra extirpación local o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo

La **recidiva regional** se define como la situación anatómica en la cual el compromiso tumoral se presenta invadiendo los ganglios de la axila, infraclaviculares, supraclaviculares ipsilaterales o los de la cadena mamaria interna⁵¹.

Las recidivas regionales se codifican como neoplasia secundaria de ganglios linfáticos en la categoría **196 Neoplasia maligna secundaria y no especificada de los nódulos (ganglios) linfáticos**.

La **recidiva sistémica** se refiere a la comprobación de células metastásicas en cualquier localización distinta de la local o la regional (ósea, pulmonar, hepática, etc.)⁵¹. Las recidivas sistémicas se clasifican como neoplasia secundarias según el órgano afectado.

3.f. Ingresos para reconstrucción mamaria

En el ingreso para la reconstrucción de mama, pueden darse dos casos:

- Reconstrucción después de mastectomía: si la paciente ingresa para reconstrucción mamaria después de mastectomía por neoplasia mamaria, el diagnóstico principal se codificará en **V51.0 Asistencia posterior que implica el uso de cirugía plástica. Contacto para reconstrucción de mama después de mastectomía**.
- Reconstrucción de mama sin que previamente haya existido mastectomía: si el ingreso es para colocación de implantes mamarios por cuestiones estéticas, se codifica como diagnóstico principal en el **V50.1 Cirugía electiva para propósitos que no sean los de remediar estados de salud. Otra cirugía plástica para corregir aspecto estético no aceptable**.

El ingreso hospitalario para recambio del material de prótesis de mama, cambio de implante por talla diferente o material distinto, o para extracción del expansor, etc., sin que exista patología o complicación postquirúrgica se codifica en **V52.4 Colocación y ajuste de dispositivo protésico e implante. Prótesis e implante de mama**.

3.g. Extirpación profiláctica de mama

La mastectomía profiláctica o preventiva consiste en la extirpación de todo o la mayoría del tejido mamario, en una mama sana.

Este tipo de intervención está indicado en pacientes que tienen un riesgo más alto de desarrollar cáncer de mama que el resto de mujeres (por ejemplo, pacientes con estudios genéticos positivos para BRCA1 o BRCA2, con lesiones mamarias premalignas, etc.). También puede estar indicado, en algunas circunstancias, para reducir el riesgo de aparición de un cáncer de mama en la mama contralateral.

Existen dos tipos de mastectomía profiláctica:

- La **mastectomía simple profiláctica**: se extirpa la glándula mamaria, la areola y el pezón, pero se preserva el resto de la piel de la mama.

- La **mastectomía subcutánea**: se preserva además de la piel, la areola y el pezón. Con esta técnica no se extirpa completamente la glándula mamaria, por lo que su efecto preventivo es menor que en la mastectomía simple.

En los ingresos para la extirpación profiláctica de la mama sana el diagnóstico principal es **V50.41 Extirpación profiláctica de órganos. Mama**.

3.h. Estados posquirúrgicos

Para recoger determinadas circunstancias relacionadas con los estados posquirúrgicos de la mama existen códigos V que son:

- **V43.82 Órgano o tejido sustituido por otro medio. Mama**. Identifica a las portadoras de prótesis o implantes mamarios realizadas en anteriores episodios.
- **V45.71 Ausencia de órganos adquirida. Ausencia de mama y pezón, adquiridas**. Identifica la situación de ausencia de mama por mastectomía previa al episodio actual.
- **V45.83 Otros estados posteriores a un procedimiento. Estado de extracción de implante de mama**. Identifica la situación de cirugía previa con implante mamario que fue posteriormente extraído.
- **V50.1 Cirugía electiva para propósitos que no sean los de remediar estados de salud. Otra cirugía plástica para corregir aspecto estético no aceptable**. Se utiliza para cuando el ingreso se realiza para colocarse implantes mamarios por cuestión estética.
- **V51.0 Asistencia posterior que implica el uso de cirugía plástica. Contacto para reconstrucción de mama después de mastectomía**. Se utiliza en los casos de ingresos para reconstrucción mamaria después de mastectomía por carcinoma de mama.
- **V52.4 Colocación o ajuste de dispositivo protésico e implante. Prótesis e implante de mama**. Código empleado para identificar ingreso hospitalario para el cambio de implante por talla diferente o material distinto, o para extracción del expansor, etc. Implica la no existencia de patología o complicación postquirúrgica.

PROCEDIMIENTOS SOBRE LA MAMA

Los procedimientos de la cirugía de mama están incluidos en el **Capítulo 15 Operaciones sobre el Aparato Tegumentario** de la Lista Tabular de Procedimientos de la CIE-9-MC, en la categoría **85 Operaciones sobre la mama**.

Se clasificará en esta categoría cualquier intervención sobre la mama, piel y tejido subcutáneo, tanto de la mama femenina como de la masculina, así como reintervenciones en el lugar de mastectomía anterior o revisión de mastectomía previa.

El tratamiento de las neoplasias de mama depende del tipo de tumor, de la extensión, edad, antecedentes familiares, predisposición genética, etc. Suelen ser combinación de tratamientos locales, quirúrgicos, radioterapia, sistémicos, quimioterapia, terapias biológicas y hormonoterapia.

I. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS NEOPLASIAS MAMARIAS

La cirugía en el cáncer de mama es el eje fundamental del tratamiento y, generalmente, es el primer tratamiento que se aplica.

Sus objetivos son:

- Eliminar el tumor, bien mediante una tumorectomía, o bien mediante una mastectomía.
- Alcanzar un diagnóstico histológico preciso, determinar índices pronósticos (tamaño, tipo, grado, afectación de vasos y ganglios linfáticos intramamarios e índice mitótico) y practicar el estudio biológico del tumor (receptores hormonales, marcadores de proliferación celular y HER-2).
- Analizar los ganglios axilares, bien mediante la Biopsia Selectiva del Ganglio Centinela (BSGC) o bien mediante la linfadenectomía axilar. La extirpación de los ganglios axilares mejora el control local de la enfermedad y orienta sobre tratamientos complementarios.
- Minimizar las secuelas estéticas, asociando cuando sea necesario a la cirugía conservadora una técnica de cirugía plástica para mejorar el resultado, o realizar una reconstrucción mamaria inmediata o diferida en los casos de mastectomía.

La **cirugía oncoplástica** de la mama es el término empleado para definir el abordaje quirúrgico oncológico de la mama, manteniendo la integridad estética: incisiones más estéticas (ocultas), conservación de la forma mamaria, simetrización contralateral, y evitando reconstrucciones secundarias^{52,53}.

Una vez eliminado el tumor, la reconstrucción de la mama puede realizarse de forma **inmediata** al momento de extirpar la mama completa, o **tardía**, una vez que el paciente termina sus tratamientos oncológicos (quimioterapia, radioterapia o ambas).

Este tipo de cirugía puede producir ciertas deformidades en la mama enferma o la contralateral que también deben tratarse⁵⁴:

- Tipo I: mama operada con apariencia normal sin deformidad, pero hay asimetría en el volumen o aspecto respecto a la mama contralateral.
- Tipo II: mama operada presenta una deformidad que puede ser corregida con una reconstrucción parcial de la mama a partir de su propio tejido.
- Tipo III: deformidad importante o fibrosis difusa dolorosa de la mama operada que debe ser corregida mediante mastectomía.

1. Cirugía conservadora

Son técnicas quirúrgicas que evitan la resección completa de la mama. Puede consistir en:

- **Tumorectomía, lumpectomía o tilectomía**: se elimina el tumor más un área circundante de tejido normal o margen de seguridad⁵⁵. Se codificará en **85.21 Extirpación o destrucción de tejido de la mama. Extirpación local de lesión de mama**. Este código también incluye la extirpación en cuña o segmentaria de las lesiones.
- **Segmentectomía**: Extirpación de un segmento de la mama. Aquí la zona resecada es mayor, además de la lesión se extrae parte del tejido de la mama que rodea el tumor, y del recubrimiento de los músculos del pecho debajo del tumor⁵⁸.

Hay diferencias entre:

- la escisión segmentaria o mastectomía segmentaria que se codifica en **85.23 Extirpación o destrucción de tejido de la mama. Mastectomía subtotal**, y

- la escisión de lesiones segmentarias de la mama en caso de lesiones multifocales o multicéntricas, que se codifica en **85.21 Extirpación o destrucción de tejido de la mama. Extirpación local de lesión de mama.**

La entrada en el Índice Alfabético para ambas es:

Escisión

- lesión
 - - mama (segmentaria) (cuña) 85.21
 - mama (veáse además Mastectomía) 85.41
 - - segmentaria 85.23
- **Cuadrantectomía:** extirpación de un cuadrante de la mama incluyendo el segmento de piel correspondiente y la aponeurosis del pectoral mayor. Se recogerá en el código **85.22 Extirpación o destrucción de tejido de la mama. Resección de cuadrante de mama.**
 - **Mastectomía subcutánea:** resección de toda la glándula mamaria preservando la piel: el pezón y la areola⁵⁶. Es una variedad de la mastectomía simple. Se codificará en **85.34 Mamoplastia de reducción y mastectomía subcutánea. Otra mastectomía subcutánea unilateral o 85.36 Mamoplastia de reducción y mastectomía subcutánea. Otra mastectomía subcutánea bilateral.**
 - **Extirpación del pezón:** se identifica por un código específico en **85.25 Extirpación o destrucción de tejido de la mama. Extirpación de pezón**, excepto que se trate de pezón accesorio que se codifica en **85.24 Extirpación o destrucción de tejido de la mama. Extirpación de tejido mamario ectópico.** No se usarán estos códigos cuando la extirpación forme parte de un acto quirúrgico que ya incluya el Complejo Areola Pezón (CAP), por ejemplo, en una mastectomía. Se usan cuando independientemente de que se extirpe una porción mamaria más o menos extensa, se realiza además la extirpación específica del CAP⁵⁷.

Todas estas técnicas pueden ir acompañadas de biopsia de ganglio centinela por lo que de ser así se le añadirá el código **40.23 Extirpación simple de estructura linfática. Extirpación de ganglio linfático axilar o 40.22 Extirpación simple de estructura linfática. Extirpación de ganglio linfático mamario interno**, según corresponda.

2. Cirugía radical

Son aquellas técnicas quirúrgicas que implican una resección completa de la mama. Comprende:

- **Mastectomía simple:** resección completa de la mama y la piel alrededor de la areola. Puede ser:
 - Unilateral: la extirpación de una mama se recoge en el código **85.41 Mastectomía. Mastectomía simple unilateral.**
 - Bilateral: la extirpación de las dos mamas se recoge en el código **85.42 Mastectomía. Mastectomía simple bilateral.**
- **Mastectomía radical modificada o simple ampliada:** Resección completa de la mama y la piel alrededor de la areola con extirpación de ganglios linfáticos regionales axilares. Puede ser:

- Unilateral: **85.43 Mastectomía. Mastectomía simple ampliada unilateral.**
- Bilateral: **85.44 Mastectomía. Mastectomía simple ampliada bilateral.**

No se deberá añadir código para la extirpación de ganglios linfáticos, pues está implícito en esta técnica.

- **Mastectomía radical:** Resección completa de la mama y piel alrededor de la areola, con extirpación de ganglios linfáticos regionales axilares, claviculares y supraclaviculares; y resección de músculos pectorales. Puede ser:
 - Unilateral: **85.45 Mastectomía. Mastectomía radical unilateral.**
 - Bilateral: **85.46 Mastectomía. Mastectomía radical bilateral.**
- **Mastectomía radical ampliada:** incluye la extirpación de mama, ganglios linfáticos regionales axilares, claviculares, supraclaviculares, mamarios internos y mediastínicos además de los músculos pectorales y tejidos adyacentes. Puede ser:
 - Unilateral: **85.47 Mastectomía. Mastectomía radical ampliada unilateral.**
 - Bilateral: **85.48 Mastectomía. Mastectomía radical ampliada bilateral.**

Todas estas técnicas pueden ir acompañadas de biopsia de ganglio centinela por lo que de ser así se le añadirá el código **40.23 Extirpación simple de estructura linfática. Extirpación de ganglio linfático axilar** o **40.22 Extirpación simple de estructura linfática. Extirpación de ganglio linfático mamario interno**, según corresponda.

En el caso de extirpación profiláctica de la mama, la codificación será equivalente a lo descrito, dependiendo solo del tipo de cirugía realizado.

La extirpación de mama no especificada o mastectomía NEOM, se clasificará en el código **85.41 Mastectomía. Mastectomía simple unilateral**. Si además se realiza extirpación de ganglios linfáticos se añadirá un código de la subcategoría **40.2 Operaciones del sistema linfático. Extirpación simple de estructura linfática**.

En las siguientes tablas se presenta un resumen con la codificación de los distintos tipos de mastectomías.

MASTECTOMÍA PARCIAL	CÓDIGO CIE
Tumorectomía	85.21
Cuadrantectomía	85.22
Subtotal	85.23
Tejido ectópico	85.24
Resección de pezón	85.25

MASTECTOMÍA TOTAL	CÓDIGO CIE	
	UNILATERAL	BILATERAL
Subcutánea	85.34	85.36
Simple	85.41	85.42
Simple ampliada / Radical modificada	85.43	85.44
Radical	85.45	85.46
Radical ampliada	85.47	85.48

II. EXTIRPACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS

Cualquier procedimiento de extirpación mamaria puede acompañarse de extirpación más o menos amplia de los ganglios linfáticos de drenaje mamario.

1. Biopsia del ganglio centinela

La Biopsia Selectiva de Ganglio Centinela (BSGC)³² es una técnica que ayuda a determinar si el cáncer se ha diseminado o está limitado localmente. Se denomina ganglio centinela al primer ganglio que drena el área cancerosa y por ello se afecta tempranamente. En el caso de la mama suele situarse en los ganglios linfáticos axilares. Su

análisis anatomopatológico permite conocer si existe o no diseminación linfática y evitar la realización de linfadenectomías.

Se clasificará como escisión simple de ganglio, con el código correspondiente a la zona donde éste asiente:

- **40.23 Extirpación simple de estructura linfática. Extirpación de ganglio linfático axilar.**
- **40.22 Extirpación simple de estructura linfática. Extirpación de ganglio linfático mamario interno.**

La entrada en el índice alfabético se realizará por:

Escisión

- linfático
- ganglio (simple) NCOG 40.29
- axilar 40.23

2. Linfadenectomía

Independientemente de la biopsia intraoperatoria del ganglio centinela, durante la resección tumoral y/o mastectomía puede realizarse la extirpación linfática o linfadenectomía que será:

- Escisión simple de los ganglios linfáticos axilares: es la extirpación de uno o más ganglios linfáticos, codificándose como **40.23 Extirpación simple de estructura linfática. Extirpación de ganglio linfático axilar.**
- Escisión de los ganglios linfáticos regionales: es la extirpación de uno o más ganglios linfáticos regionales con extirpación del área de drenaje linfático, incluyendo piel, tejido subcutáneo y grasa. Se clasificará en **40.3 Operaciones del sistema linfático. Extirpación de ganglio linfático regional.**
- Escisión o la extirpación radical de los ganglios linfáticos axilares: resección de ganglios linfáticos con extirpación del área de drenaje linfático, incluyendo piel, tejido subcutáneo y grasa hasta músculo y fascia profunda. Se codificará en **40.51 Operaciones del sistema linfático. Extirpación radical de ganglios linfáticos axilares.**

En el caso de que se realice mastectomía radical no se deberá añadir el código de linfadenectomía radical, ya que está incluida en la técnica.

Ejemplos:

- Tumorectomía mamaria y biopsia de ganglio centinela.

85.21 Operaciones sobre la mama. Extirpación local de lesión de mama

40.23 Extirpación simple de estructura linfática. Extirpación de ganglio linfático axilar

- Mastectomía radical modificada con disección axilar.

85.43 Mastectomía. Mastectomía simple ampliada unilateral

- Mastectomía simple unilateral y escisión-biopsia abierta ganglio axilar.

85.41 Mastectomía. Mastectomía simple unilateral

40.23 Extirpación simple de estructura linfática. Extirpación de ganglio linfático axilar

- Extirpación nódulo en mama derecha y vaciamiento axilar.

85.21 Operaciones sobre la mama. Extirpación local de lesión de mama

40.51 Operaciones del sistema linfático. Extirpación de ganglio linfático axilar

III. BIOPSIA INTRAOPERATORIA DE MAMA

La biopsia intraoperatoria de mama, realizada previamente a la extirpación de la lesión, se recogerá como código adicional siempre y cuando quede expresamente recogida en la documentación clínica. Se clasificará en el código **85.12 Procedimientos diagnósticos sobre mama. Biopsia abierta de mama**.

No hay que confundir esta biopsia con el envío de la pieza quirúrgica a anatomía patológica para su análisis.

Ejemplo:

Escisión cuadrante inferointerno de mama derecha, extirpación de ganglio centinela axilar (BGC) y biopsia intraoperatoria del cuadrante superoexterno.

85.22 Operaciones sobre la mama. Resección de cuadrante de mama

40.23 Extirpación simple de estructura linfática. Extirpación de ganglio linfático axilar

85.12 Procedimientos diagnósticos sobre mama. Biopsia abierta de mama

IV. SEGUNDOS ACTOS QUIRÚRGICOS

Los segundos actos quirúrgicos de «ampliación de bordes» en extirpaciones locales anteriores se identifican en función de la resección realizada o, por defecto, si se desconoce se clasificará en el código **85.21 Operaciones sobre la mama. Extirpación local de lesión de mama**. En ocasiones se acompañan de linfadenectomía axilar.

El resultado del análisis del área reseccionada en este segundo acto quirúrgico no modificará el diagnóstico principal³².

Ejemplos:

- Paciente con cáncer de mama en cuadrante superior externo. Se realiza cuadrantectomía de mama afecta y escisión de ganglio centinela axilar.

174.4 Neoplasia maligna de la mama femenina. Cuadrante súpero-externo

85.22 Operaciones sobre la mama. Resección de cuadrante de mama

40.23 Extirpación simple de estructura linfática. Extirpación de ganglio linfático axilar

- Tras el alta de la paciente, se recibe la confirmación anatomopatológica donde se indica que uno de los bordes de resección está invadido. Ingresa de nuevo para realización de una ampliación de bordes y linfadenectomía axilar. El resultado de la anatomía patológica de la ampliación de los márgenes quirúrgico es: área libre de neoplasia.

174.4 Neoplasia maligna de la mama femenina. Cuadrante súpero-externo

85.21 Operaciones sobre la mama. Extirpación local de lesión de mama

40.51 Operaciones del sistema linfático. Extirpación radical de ganglios linfáticos axilares

V. CIRUGÍA RADIOGUIADA

La mejoría de las técnicas diagnósticas y los programas de detección precoz de cáncer de mama, han propiciado un incremento en la detección de lesiones mamarias de pequeño tamaño, incluso no palpables. La localización preoperatoria es fundamental para el manejo quirúrgico de las lesiones no palpables.

La mayor parte de estas lesiones se identifican mediante:

- **Técnica de localización mediante inyección intralesión de un radiofármaco (ROLL)**, permite la localización intraoperatoria de las lesiones no palpables de mama, mediante marcaje radioisotópico y guiada con mamografía estereotáxica o ecografía. Se codifica como **85.21 Operaciones sobre la mama. Extirpación local de lesión de mama** y si la inyección es de un radioisótopo se recoge con código adicional en **92.28 Radioterapia y medicina nuclear. Inyección o instilación de radioisótopos**.
- **Técnica asociada de cirugía radioguiada de ganglio centinela (SNOLL)**, consiste en ROLL más biopsia del ganglio centinela, y permite realizar en la misma intervención: la cirugía radiodirigida de la lesión y la biopsia selectiva del ganglio centinela. Se codifica como **85.21 Operaciones sobre la mama. Extirpación local de lesión de mama** más **40.23 Extirpación simple de estructura linfática. Extirpación de ganglio linfático axilar**.
- **Técnica del arpón**, instrumento radiopaco, que se coloca señalando el lugar que la lesión ocupa en la mama. Se inserta mediante una pequeña punción con ayuda de un ecógrafo o mamografía estereotáxica que permita la visualización del lugar correcto. Suele realizarse de forma ambulatoria días antes de la intervención. Para codificarla usamos el código **85.99 Otras operaciones sobre la mama. Otra** y el de la técnica de visualización utilizada, si es una ecografía mamaria será: **88.73 Ecografía diagnóstica. Ecografía diagnóstica de otras áreas del tórax**⁵⁸.

VI. RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

El objetivo de la reconstrucción mamaria es restablecer la anatomía normal de la superficie anterior del tronco mediante la recreación de una mama con tejidos similares a los de la mama normal⁵⁹.

El momento de la reconstrucción puede realizarse de forma inmediata al momento de extirpar la mama completa, o tardía, una vez que la paciente termina sus tratamientos oncológicos.

La cirugía oncológica es el conjunto de soluciones quirúrgicas que permiten la restitución estética de la mama tras una extirpación de parte o la totalidad de ésta, así como la corrección de las secuelas de otros tratamientos. Este concepto incluye diversas técnicas entre las que se encuentra la reconstrucción postmastectomía⁶⁰.

La clasificación en códigos CIE dependerá de la técnica y acciones quirúrgicas realizadas. Existen varias técnicas quirúrgicas para la reconstrucción de las mamas:

- **Colgajo miocutáneo.** En un 2º o 3º tiempo quirúrgico se realiza reconstrucción del complejo areola-pezones.
- **Prótesis o implante mamario.** Técnica más indicada en pacientes mayores de 65 años o no tienen tejido suficiente para obtener colgajos.
- **Prótesis o implante mamario más expansor.** En ocasiones se inicia el procedimiento con un expansor mamario, a nivel retromuscular. Paulatinamente se va inyectando suero fisiológico durante 2-3 meses, hasta lograr volumen adecuado de la piel del área mamaria. Finalmente se retira el expansor y se cambia por el implante o prótesis mamaria definitiva.

Generalmente requiere corregir estéticamente la mama sana para lograr la simetría entre ambas.

1. Reconstrucción total de mama

En la reconstrucción mamaria con tejido natural, la mama se remodela empleando músculo, piel y grasa de otra parte del cuerpo. La subcategoría **85.7 Operaciones sobre la mama. Reconstrucción total de mama** clasifica la reconstrucción total de la mama.

El diagnóstico principal dependerá de si la reconstrucción se realiza en el mismo acto que la mastectomía (al mismo tiempo de la mastectomía) o en un segundo tiempo quirúrgico. En caso de que el ingreso sea para la reconstrucción mamaria seleccionaremos el código **V51.0 Asistencia posterior que implica el uso de cirugía plástica. Contacto para reconstrucción de mama después de mastectomía.**

Existen varias técnicas quirúrgicas para la reconstrucción de la mama después de una mastectomía, dependiendo del tipo de colgajo usado. Cuando no se especifica el método empleado se codifica en **85.70 Operaciones sobre la mama. Reconstrucción total de mama, no especificada de otra manera.**

Para la reconstrucción de la mama con otra técnica que no sea la clasificada en las subcategorías entre los códigos 85.71 — 85.76 se empleará el código residual **85.79 Operaciones sobre la mama. Otra reconstrucción total de mama**, que excluye tanto la reconstrucción no especificada como cualquiera de los métodos especificados.

1.a. Reconstrucción total de mama mediante colgajo miocutáneo

La reconstrucción de la mama se puede realizar mediante tres técnicas, dependiendo del colgajo músculo-cutáneo empleado:

- **Reconstrucción con colgajo TRAM pediculado:** consiste en realizar una incisión en la parte baja del abdomen, desde una cadera hasta la otra. Se afloja y perfora la piel, grasa y músculo en esta área bajo la piel del abdomen hasta el área de la mama. Este tejido se usa para crear la nueva mama. Los vasos sanguíneos permanecen conectados al área de donde se obtiene el tejido. Se codifica en **85.72 Reconstrucción total de mama. Colgajo miocutáneo recto abdominal transverso (TRAM), pediculado.**
- **Reconstrucción con colgajo TRAM libre:** consiste en disecar piel, grasa y tejido muscular de la parte inferior del abdomen e implantarlo en el área de la mama extirpada. En este método, se cortan las arterias y las venas del tejido abdominal y se unen a los vasos sanguíneos por debajo del brazo. Con el tejido extraído se remodela la nueva mama adecuándola lo más posible a la mama natural que queda. Se codifica en **85.73 Reconstrucción total de mama. Colgajo miocutáneo recto abdominal transverso (TRAM), libre.**
- **Reconstrucción con colgajo de dorsal ancho:** en ésta técnica se utiliza el músculo dorsal ancho para obtener un colgajo de piel que se mantiene unido a su sitio de origen conservando su vascularización original. El colgajo formado de piel, grasa, y músculo con su soporte sanguíneo se pasa por un túnel subcutáneo, creado al efecto, hasta la zona de mastectomía para reconstruir la mama extirpada⁶¹. Se codifica en **85.71 Reconstrucción total de mama. Colgajo miocutáneo de dorsal ancho.**

Estas técnicas, según los requerimientos del caso, se realizan con o sin implante simultáneo de prótesis de silicona. Para la implantación de ésta en la primera parte de la intervención se crea un bolsillo retropectoral donde se va a alojar. Si la intervención se realiza con implantación simultánea de prótesis añadiremos el código **85.53 Mamoplastia de aumento. Implante mamario unilateral** o **85.54 Mamoplastia de aumento. Implante mamario bilateral.**

1.b. Reconstrucción total de mama mediante colgajo de perforante

Los colgajos de perforantes son colgajos microquirúrgicos, que transportan únicamente piel y grasa, preservando el músculo y su inervación, con lo que se mantiene la esta-

bilidad biomecánica y el balance muscular del tronco. Se utilizan para reconstrucción mamaria por la cantidad de tejido que aportan, y pueden ser de arteria epigástrica inferior profunda, epigástrica inferior superficial o arteria glútea. Se codifican en:

- **85.74 Reconstrucción total de mama. Colgajo de perforante de la arteria epigástrica inferior profunda (DIEP), libre.**
- **85.75 Reconstrucción total de mama. Colgajo de la arteria epigástrica inferior superficial (SIEA), libre.**
- **85.76 Colgajo de perforante de la arteria glútea (GAP), libre.**

2. Reconstrucción de pezón y areola

La reconstrucción del pezón y la areola es parte integral del plan quirúrgico de toda reconstrucción mamaria. Se puede llevar a cabo como cirugía independiente, pero en la mayor parte de los casos se realiza en un tercer tiempo quirúrgico, cuando es posible determinar de forma adecuada la posición más precisa del complejo areola-pezón.

Se clasificará en el código **85.87 Otras operaciones de reparación y plásticas sobre mama. Otra reparación o reconstrucción de pezón.**

La areola puede remodelarse mediante la utilización de injertos cutáneos extraídos de otras zonas del cuerpo, codificándose en la subcategoría **86.6 Operaciones sobre piel y tejido subcutáneo. Injerto cutáneo libre**, dependiendo del injerto realizado.

Otra forma de reconstrucción de la areola es mediante el tatuaje en el espesor de la dermis. Este método permite igualar el color de la areola opuesta, así como su diámetro y forma correctos. Esta técnica se clasificará en **86.02 Incisión de piel y tejido subcutáneo. Inyección o tatuaje de lesión o defecto de piel.**

3. Prótesis o implante mamario

Se clasificarán en función de que se realicen en el mismo acto quirúrgico de extirpación de la lesión o en otra intervención posterior, y según sean unilateral o bilateral:

- Implantación en el mismo acto quirúrgico de extirpación de la lesión: Se clasifica en **85.33 Mamoplastia de reducción y mastectomía subcutánea. Mastectomía subcutánea unilateral con implantación simultánea** o **85.35 Mamoplastia de reducción y mastectomía subcutánea. Mastectomía subcutánea bilateral con implantación simultánea.**

- Implantación en un acto quirúrgico posterior: **85.54 Mamoplastia de aumento. Implante mamario bilateral** o **85.53 Mamoplastia de aumento. Implante mamario unilateral**.

4. Expansor más prótesis mamaria

El implante o prótesis mamaria puede realizarse en dos fases:

- En la primera se coloca un expansor de tejidos, pequeña bolsa de silicona y posteriormente, de forma ambulatoria, se realizan inyecciones salinas sucesivas hasta llegar al tamaño adecuado.

Se clasifica en **85.95 Otras operaciones sobre la mama. Inserción de expansor del tejido mamario**, y la inyección en la mama de un agente terapéutico para aumento se clasifica en el código **85.51 Mamoplastia de aumento. Inyección unilateral en mama para aumento**.

- En una segunda intervención se retira el expansor del tejido mamario y se coloca la prótesis o implante definitivo. La retirada del expansor se codifica en **85.96 Otras operaciones sobre la mama. Extracción de expansores de tejido mamario**, y la colocación del implante definitivo en **85.54 Mamoplastia de aumento. Implante mamario bilateral** o **85.53 Mamoplastia de aumento. Implante mamario unilateral**.

Ciertas complicaciones de los implantes como ruptura, escape, contractura capsular, cicatriz retráctil, infección o deformidad del mismo, etc. harán necesaria su revisión, que se codifica en **85.93 Otras operaciones sobre la mama. Revisión de implante de mama**, o su retirada, mediante **85.94 Otras operaciones sobre la mama. Extracción de implante de mama** o con **85.96 Otras operaciones sobre la mama. Extracción de expansores de tejido mamario**.

VII. TRATAMIENTO DE LA MAMA CONTRALATERAL

Normalmente con la reconstrucción de la mama mastectomizada se intenta obtener la máxima simetría posible con la mama no afectada, pero a veces hay que tratar además la mama contralateral. Estos tratamientos pueden ser de aumento mediante prótesis, elevación mediante mastopexia o de reducción mamaria⁶².

La codificación de estas técnicas es:

- Mamoplastia de aumento mediante prótesis: **85.53 Mamoplastia de aumento. Implante mamario unilateral.**
- Mamoplastia de aumento mediante inyección en la mama: **85.51 Mamoplastia de aumento. Inyección unilateral en mama para aumento.**
- Elevación de la mama: **85.6 Operaciones sobre la mama. Mastopexia.**
- Mamoplastia de reducción de la mama: **85.31 Mamoplastia de reducción y mastectomía subcutánea. Mamoplastia de reducción unilateral.**

VIII. ANGIOGRAFÍA VASCULAR NO CORONARIA INTRAOPERATORIA POR FLUORESCENCIA

En la reconstrucción mamaria, la Angiografía Vascul ar no coronaria Intraoperatoria por Fluorescencia [IFVA] proporciona una visualización intraoperatoria y una evaluación de los colgajos de la mastectomía, perfusión de los tejidos y de las anastomosis microscópicas. Se codifica en **17.71 Otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Angiografía vascular no coronaria intraoperatoria por fluorescencia [IFVA]**⁴⁵.

Ejemplo:

Una paciente con historia de cáncer de mama y estado postmastectomía es sometida a cirugía reconstructiva de la mama con colgajo miocutáneo transverso de recto abdominal (TRAM). La reconstrucción mamaria fue realizada con angiografía vascular no coronaria intraoperatoria por fluorescencia para valorar la perfusión tisular:

- V51.0 Asistencia posterior que implica el uso de cirugía plástica. Contacto para reconstrucción de mama después de mastectomía**
- V10.3 Historia personal de neoplasia maligna. Mama**
- 85.73 Reconstrucción total de mama. Colgajo miocutáneo recto abdominal transverso (TRAM), libre**
- 17.71 Otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Angiografía vascular no coronaria intraoperatoria por fluorescencia [IFVA]**
- 85.12 Procedimientos diagnósticos sobre mama. Biopsia abierta de mama**

IX. INJERTO DE GRASA

El injerto de grasa es una técnica en la que se inyectan células grasas preparadas a fin de corregir defectos de tejidos. Se usan a menudo en procedimientos reconstructivos tras lumpectomía y como procedimiento complementario de la reconstrucción mamaria. El injerto de mama puede realizarse como un procedimiento aparte o en el mismo acto operatorio junto a otros procedimientos.

La grasa autóloga se obtiene mediante liposucción. La codificación dependerá de si se realiza en un solo tiempo o en dos tiempos:

- **En un solo tiempo:** se clasificará en **85.55 Mamoplastia de aumento. Injerto de grasa en mama**, donde se incluye la extracción de grasa para injerto autólogo y la transferencia autóloga de grasa con o sin injerto enriquecido.
- **En dos tiempos:** en el caso de que previamente se realice la extracción de grasa y posteriormente se realice el injerto graso se codificará en el primer tiempo, **86.90 Otras operaciones sobre piel y tejido subcutáneo. Extracción de grasa para injerto o depósito**, y en el segundo tiempo la inyección del injerto de grasa en la mama en **85.55 Mamoplastia de aumento. Injerto de grasa en mama**.

X. MAMOPLASTIA DE RECONSTRUCCIÓN

La mamoplastia es una cirugía estética que permite realizar mejoras en el pecho. Existen 3 tipos de mamoplastia bien definidas y diferenciadas como son:

- **Mamoplastia de aumento:** se codifican dependiendo de si se realiza mediante la implantación de prótesis en **85.53 Mamoplastia de aumento. Implante mamario unilateral** o **85.54 Mamoplastia de aumento. Implante mamario bilateral**.
- **Mamoplastia de reducción:** esta cirugía consiste en extraer volumen del pecho quitando tejidos. Se clasificará en los códigos **85.31 Mamoplastia de reducción y mastectomía subcutánea. Mamoplastia de reducción unilateral** o **85.32 Mamoplastia de reducción y mastectomía subcutánea. Mamoplastia de reducción bilateral**.
- **Mamoplastia de reconstrucción:** en la cirugía conservadora de la mama, la extirpación de más de un 20% del volumen mamario, la resección en los cuadrantes inferiores o la radioterapia adicional son factores que conllevan asimetrías o deformidades. Para minimizar las secuelas estéticas de estas intervenciones se realiza una

mamoplastia que puede ser de muchos tipos: lateral, horizontal, circular, vertical de pedículo superior con una o dos ramas, vertical de pedículo inferior, rotación, inferior⁶³, etc. Estos términos no son modificadores esenciales en la CIE. Su codificación va a depender de si se realiza con:

- **Colgajo de piel:** si es libre se codificará como **85.82 Otras operaciones de reparación y plásticas sobre mama. Injerto de grosor parcial en la piel de la mama** o **85.83 Otras operaciones de reparación y plásticas sobre mama. Injerto de grosor total en la piel de la mama**, y si es pediculado en el código **85.84 Otras operaciones de reparación y plásticas sobre mama. Colgajo sobre la mama**.
- **Colgajo de músculo:** se clasificará en **85.85 Otras operaciones de reparación y plásticas sobre mama. Colgajo muscular sobre región mamaria**.

Puede ser necesario el cambio de lugar del pezón en cuyo caso se añadirá el código **85.86 Otras operaciones de reparación y plásticas sobre mama. Transposición de pezón**.

Las revisiones de mamoplastias se recogerán en el código **85.89 Otras operaciones de reparación y plásticas sobre mama. Otra mamoplastia**.

XI. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE MAMA EN EL HOMBRE

La técnica de elección es la mastectomía radical modificada, clasificada en el código **85.43 Mastectomía. Mastectomía simple ampliada unilateral** o **85.44 Mastectomía. Mastectomía simple ampliada bilateral**.

Debe siempre realizarse una biopsia muscular del pectoral mayor en la zona más próxima a la tumoración. En caso de afectación muscular macroscópica se realiza mastectomía radical tipo Halsted-Meyer que consiste en la extirpación de la glándula mamaria, óvalo de piel que incluye el complejo pezón-areola y ambos músculos pectorales, con linfadenectomía axilar completa. Esta técnica se codificará en **85.45 Mastectomía. Mastectomía radical unilateral** o **85.46 Mastectomía. Mastectomía radical bilateral**.

COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS

I. LINFEDEMA POSTMASTECTOMÍA

El síndrome de linfedema postmastectomía o elefantiasis de miembros superiores debido a la mastectomía se clasificará en el código **457.0 Trastornos no infecciosos de los canales linfáticos. Síndrome de linfedema postmastectomía.**

II. COMPLICACIONES DE LA MAMA RECONSTRUIDA

La categoría **612 Deformidad y desproporción de mama reconstruida** clasifica las secuelas de la reconstrucción mamaria.

Las complicaciones derivadas de implantes se codificarán en **611.83 Otros trastornos mamarios especificados. Contractura capsular de implante mamario.**

III. OTRAS COMPLICACIONES DE CUIDADOS QUIRÚRGICOS Y MÉDICOS NO CLASIFICADOS BAJO OTROS CONCEPTOS

- Las complicaciones como desplazamiento, fallo, filtración, protrusión, rechazo de los implantes mamarios o de la cápsula, se consideran complicaciones mecánicas y se clasifican en el código **996.54 Complicación mecánica de otro dispositivo, implante e injerto protésico especificado. Por prótesis mamaria.**
- La infección o inflamación debida al implante mamario se identifica en **996.69 Reacción infecciosa e inflamatoria por dispositivo protésico interno, implante e injerto. Por otro dispositivo, implante e injerto protésico interno**, al que se deberá añadir el código **611.0 Otros trastornos mamarios. Enfermedad inflamatoria de la mama** para identificar la mastitis o absceso subsecuente.
- El dolor, la hemorragia o trombosis, etc., debida al implante mamario se clasifica en el código **996.79 Otras complicaciones de dispositivo protésico, implante e injerto internos (biológico) (sintético). Por dispositivo, implante e injerto protésico interno de otro tipo.** Puede añadirse segundo código de otros capítulos para especificar la complicación como por ejemplo **338.18 Dolor, no clasificado bajo otros conceptos. Dolor agudo. Otro dolor agudo postoperatorio** o **338.28 Dolor, no clasificado bajo otros conceptos. Dolor crónico. Otro dolor crónico postoperatorio.**

Cualquier otra complicación postquirúrgica no debida a implante, como el hematoma, la infección, la fistula, etc., se clasificará en la categoría **998 Otras complicaciones de procedimientos, no clasificadas bajo otros conceptos**. Puede añadirse un segundo código para especificar la complicación, como el código **611.0 Otros trastornos mamarios. Enfermedad inflamatoria de la mama** para identificar la mastitis o absceso asociada a la infección postoperatoria.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud y Consumo. Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión Modificación Clínica. 8ª ed. Madrid: Ministerio de Salud y Consumo, 2012.
2. Academia Española de Dermatología y Venereología. Codificación de enfermedades dermatológicas. Disponible en: www.aedv.es/ficheros/CIE_10.v2.1-6.pdf.
3. Izquierdo Martínez M, Avellaneda Fernandez A. Enfermedades Raras. Un enfoque práctico. Madrid: Instituto de Investigación de Enfermedades Raras, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
4. Swartz MN, Weinberg AN. Consideraciones generales de las enfermedades bacterianas. En: Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General. 5ª Ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana 2001:2297-2311.
5. Fernández Urrusuno R, Serrano Martino C, Corral Baena S. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe Sevilla: Distrito Sanitario Aljarafe y Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, 2010. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_479_Terap_antimicrobian.pdf.
6. Academia Española de Dermatología y Venereología. Foliculitis. Disponible en: <http://www.aedv.es/#1>. <http://www.scsalud.es/publicaciones/descargar.php?Id=4&Id2=16-Foliculitis>
7. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Third Quarter 2004; 21(3).
8. Asfar SK, Baraka A, Juma T, et al. Necrotizing fasciitis. Br J Surg, 1991; 78:838.
9. IntraMed. Infecciones de piel y partes blandas. Disponible en: http://www.intramed.net/sitios/librovirtual1/pdf/librovirtual1_54.pdf
10. Brown F. ICD-9-CM Coding Handbook. Chicago: AHA Press, 2005.
11. Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. Abscesos. Fichas de consulta rápida. Disponible en: <http://www.svmfyc.org/Fichas/Indice.asp>
12. Ferrándiz C. Dermatología clínica, 3ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.
13. Fitzpatrick TB. Dermatología en Medicina General, Vol. 1. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2003. Disponible en: <http://books.google.es>
14. Habif TB, et al. Enfermedades de la piel: Diagnóstico y tratamiento. Barcelona: Elsevier España; 2006. Disponible en: <http://books.google.es>
15. Kaminsky A. Temas Dermatológicos: Pautas Diagnósticas y Terapéuticas. Dermatitis Seborreica. Disponible en: http://www.cilad.org/archivos/Rondon/Pautas_Rondon.pdf

16. Magaña García M. Guía de dermatología pediátrica. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 1998.
17. Behrman RE, et al. Nelson Tratado de Pediatría. Barcelona: Elsevier España; 2004.
18. White G. Atlas a Color Levene de Dermatología. Barcelona: Elsevier España; 2004.
19. Ferreras Fernández MJ, Martínez Reina A, Romero Campos A. Lesiones y envenenamientos. Codificación CIE-9-MC. Edición 2012. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2012.
20. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Second Quarter 2007; 24(2).
21. Unidad de Quemados Francisco Lorenzo Tapia. TCAE en la Unidad de Quemados . Málaga: Publicaciones Vértice; 2008.
22. Herndon DN. Tratamiento integral de las quemaduras. Barcelona: Elsevier España; 2009.
23. Universitat de Valencia. Enfermedades ampollas autoinmunes. Disponible en: <http://www.uv.es/derma/CLindex/CLampollosas/CLampollosas.htm>
24. Kushniruk W. The immunopathology of epidermolysis bullosa acquisita. Canadian Medical Association Journal, May 5 1973; 108(9).
25. Fisterra. Eritema multiforme. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/emultiforme.asp>
26. Green MA. 3-2-1 code it! Clifton Park, NY: Delmar; 2012 Disponible en: <http://books.google.es>
27. Rodríguez Peralto JL, Saiz A, Ortiz P. Úlceras venosas y arteriales. Capítulo 150. En: Dermatopatología: Correlación clínico-patológica. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/52814834/Dermatologia-Correlacion-Clinico-patologica>
28. Board of Medical speciality coding ena compliance. Disponible en: <http://health-information.advanceweb.com/article/revisions-address-new-icd-9-cm-codes-part-1.aspx>
29. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Fourth Quarter 1992; 9(4).
30. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, First Quarter 2004; 21(1).
31. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, First Quarter 2005; 22(1).
32. Ferreras Fernández MJ, Díaz Martínez A, Fornieles García Y et al. Neoplasias, nº 2. Codificación en CIE-9-MC. Edición 2010. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2010.
33. April Fritz A, Percy C, Jack A, Shan K. Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O) 3a. ed. Washington, DC: Organización Paramericana de la Salud, 2002.
34. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Fourth Quarter 2007; 24(4).

35. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Second Quarter 2004; 21(2).
36. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, First Quarter 1999; 16(1).
37. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Fourth Quarter 2000; 17(4).
38. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, First Quarter 2007; 24(1).
39. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Second Quarter 2010; 27(2).
40. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Second Quarter 1992; 9(2).
41. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, First Quarter 2005; 22(1).
42. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Second Quarter 2005; 22(2).
43. Instituto Nacional del Cáncer de EEUU. Tratamiento del carcinoma de células basales de la piel. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/piel/HealthProfessional/page4>
44. Mackay DR, Miraliakbari R, eds. Skin grafts. Operative Techniques in General Surgery. December 2006; 8(4);197-206.
45. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Fourth Quarter 2010; 27(4).
46. Spanish Group of Neuromodulation. Guía española de neuroestimulación. En el dolor crónico. Disponible en: <http://www.esra-spain.org/public/repository/libros/neuroestimulacion.pdf>
47. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Third Quarter 2006; 23(3).
48. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, First Quarter 2010; 27(1).
49. Pena González J, Irala Pérez F, Casado Fernández E, et al. Códigos V. Codificación CIE-9-MC. Edición 2010. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2011.
50. American Hospital Association. AHA Coding Clinic for ICD-9-CM, Fourth Quarter 2009; 26(4).
51. Cáncer de mama. Recurrencias locales y regionales múltiples. Rev Venez Oncol 2009; 21(4):225-228.
52. Baildam AD. Oncoplastic surgery of the breast. Br J Surg 2002; 89: 532-3.
53. Masetti R, et al. Oncoplastic techniques in the conservative surgical treatment of breast cancer. Breast Cancer 2000; 7: 276-80.
54. Acea-Nebriil B. Cirugía oncoplástica conservadora en el cáncer de mama. Indicaciones y límites en su aplicación quirúrgica. A Coruña: Complejo hospitalario Universitario Juan Canalejo. Cir Esp. 2005; 78(1):12-8.

55. Alberro Adúriz JA. Tratamiento quirúrgico del cáncer de mama: mastectomía indicaciones, técnicas y complicaciones. Disponible en: <http://www.uninet.edu/mama/tema24/tsld018.htm>
56. MedlinePlus. Mastectomía. disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002919.htm>
57. Codificación clínica con CIE-9-MC. Boletín nº 21. Preguntas a la unidad. Pregunta nº 3. Madrid: Instituto Información Sanitaria, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Codificacion_clinica_n21_04.pdf
58. Codificación clínica con CIE – 9 MC. Boletín nº 16. Preguntas a la unidad. Pregunta nº 7. Madrid: Instituto Información Sanitaria, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Codificacion_clinica_n16_00.pdf
59. Reconstrucción mamaria con colgajo músculo-cutáneo transversal de recto abdominal (TRAM) y simetrización simultánea Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana. Cir plást ibero-latinoam abr-jun 2010; 36 (2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0376-78922010000200006&script=sci_arttext
60. Sociedad española de senología y patología mamaria. Consenso sobre Reconstrucción Mamaria. Disponible en: <http://www.sespm.es/servicios/consensos/doc/527375>
61. Instituto Dr. E. Lalinde. Reconstrucción mamaria con colgajo dorsal ancho. Disponible en: http://www.drlalinde.com/mama/rec_dorsal_ancho.htm
62. Colás C, Lozano JA, Pelay MJ. Reconstrucción mamaria mediante el colgajo musculocutáneo del dorsal ancho. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2005; 28 Supl. 2. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol28/sup2/suple6a.html>
63. Regueira FM, Rodríguez-Spiteri N, García Manero M, Zornoza G. Novedades en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. Rev Med Univ Navarra 2008; 52 (1):51-55.