



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**MEDICINA**

IMPACTO DE LOS MÁRGENES QUIRÚRGICOS EN LOS PACIENTES CON  
CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE LENGUA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE  
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS (INEN) DURANTE 2011 AL 2017

IMPACT OF SURGICAL MARGINS IN PATIENTS WITH SQUAMOUS CELL  
CARCINOMA OF THE ORAL TONGUE AT THE NATIONAL INSTITUTE OF  
NEOPLASTIC DISEASES (INEN) DURING 2011 TO 2017

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE  
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN CIRUGÍA DE CABEZA  
Y CUELLO**

**AUTOR**

ANDREA HELDT GAMIO

**ASESOR**

ABRAHAM EDUARDO SALAS HURTADO

LIMA - PERÚ

2023

## IMPACTO DE LOS MÁRGENES QUIRÚRGICOS EN LOS PACIENTES CON CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE LENGUA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS (INEN) DURANTE 2011 AL 2017

### INFORME DE ORIGINALIDAD



### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>pesquisa.bvsalud.org</b> Fuente de Internet	<b>3%</b>
<b>2</b>	<b>www.cancer.gov</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>3</b>	<b>repositorio.puce.edu.ec</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>4</b>	<b>repositorio.upch.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>Submitted to Universidad Europea de Madrid</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>docplayer.es</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>www.coursehero.com</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>8</b>	<b>Páez López-Bravo, David, Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de</b>	<b>1%</b>

Medicina. "Farmacogenética en el tratamiento del cáncer colorrectal", Bellaterra : Universitat Autònoma de Barcelona,, 2012

Fuente de Internet

- |    |   |     |
|----|---|-----|
| 9  | <a href="http://www.elsevier.es">www.elsevier.es</a><br>Fuente de Internet  | 1 % |
| 10 | Marta Torres del Pino, Elisabet Gómez Santos, María Luisa Domínguez Quintero, Beatriz Mendoza Murillo et al. "Steps to improve umbilical vein catheterization in neonatal care", Anales de Pediatría (English Edition), 2023<br>Publicación | 1 % |
| 11 | <a href="http://scielo.isciii.es">scielo.isciii.es</a><br>Fuente de Internet  | 1 % |
| 12 | <a href="http://www.infomediconline.com">www.infomediconline.com</a><br>Fuente de Internet  | 1 % |
| 13 | <a href="http://www.raco.cat">www.raco.cat</a><br>Fuente de Internet  | 1 % |
| 14 | Fernando López-Álvarez, Juan P. Rodrigo, José L. Llorente-Pendás, Carlos Suárez-Nieto. "Cirugía transoral LASER CO2 en tumores avanzados de faringe y laringe", Acta Otorrinolaringológica Española, 2011<br>Publicación                    | 1 % |
| 15 | Liu, S.F.. "High Value of Combined Serum C-Reactive Protein and BODE Score for  | 1 % |

## Mortality Prediction in Patients With Stable COPD", Archivos de Bronconeumologia (Internet), 201109

Publicación

16	<a href="http://pt.slideshare.net">pt.slideshare.net</a> Fuente de Internet	1 %
17	<a href="http://injepijournal.biomedcentral.com">injepijournal.biomedcentral.com</a> Fuente de Internet	1 %
18	<a href="http://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a> Fuente de Internet	1 %
19	<a href="http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov">pubmed.ncbi.nlm.nih.gov</a> Fuente de Internet	<1 %
20	<a href="http://sisbib.unmsm.edu.pe">sisbib.unmsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1 %
21	<a href="http://cancernet.nci.nih.gov">cancernet.nci.nih.gov</a> Fuente de Internet	<1 %
22	<a href="http://www.sidalac.org.mx">www.sidalac.org.mx</a> Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

## **RESUMEN**

**Introducción:** La resección del tumor primario con márgenes negativos es el tratamiento estándar para el carcinoma epidermoide de lengua. Sin embargo, el margen adecuado de resección sigue siendo controversial.

**Objetivo:** Evaluar el margen quirúrgico en la recurrencia local, supervivencia libre de enfermedad y la supervivencia general.

**Diseño del estudio:** Estudio retrospectivo es observacional, descriptivo y longitudinal.

**Población y muestra:** Pacientes mayores de 18 años, diagnosticados con carcinoma epidermoide de lengua intervenidos quirúrgicamente de forma inicial (con intención curativa) en nuestra institución entre 2011 y 2017. Los pacientes excluidos son aquellos con tratamiento previo en otra institución. Se estima que existen un total de  $588 \pm 84$  pacientes en siete años.

**Procedimientos y técnicas:** Estudio anatomopatológico de la pieza operatoria y clasificación TNM 8va edición.

**Análisis estadístico:** Análisis de Kaplan-Meier y la prueba de rango logarítmico para evaluar las diferencias en la recurrencia y la supervivencia entre los grupos. Las características asociadas con la recurrencia o la supervivencia se incluirán en un modelo de regresión de riesgos proporcionales de Cox. Análisis se realizarán con el software STATA versión 14.

**Palabras clave:** Margen; Lengua; Carcinoma epidermoide; Recurrencia.

## **INTRODUCCIÓN:**

Los pacientes con carcinoma epidermoide de lengua (CEL) representan aproximadamente el 40 – 50 % de todos los carcinomas epidermoides de la cavidad oral (1) y cuya incidencia va en aumento sostenido (2, 3, 4). La resección

quirúrgica del tumor primario es el estándar de oro, incluyendo también los focos de malignidad microscópicos o subclínicos (5). Un margen libre de células cancerosas es un factor independiente esencial para el control local y la supervivencia libre de enfermedad (6, 7).

La guía de la Red Nacional Integral del Cáncer (*National Comprehensive Cancer Network*) define como margen adecuado a un ancho mayor de 5mm (8), sin tener claro cómo se determinó esta distancia (9, 10). Liao et al. encontraron que los márgenes menores de 7,0 mm se asocian con recurrencia local (RL), supervivencia específica de la enfermedad (SEE) y la supervivencia general (SG) en el CEL (11). Otros autores consideraron un margen de 5mm como adecuado con una RL de 17% - 18%, respectivamente (12, 13).

En la serie de Zaroni et al. Los márgenes menores a 2,2 mm se asociaron significativamente a una RL alta (14). Barry et al. Estudiaron el CEL en estadio I-II y no encontraron asociación entre el tamaño del margen y la RL o SEE (15). Sin embargo, otros autores han demostrado que los márgenes cercanos (<5mm) por sí solos no son determinantes en el resultado clínico ni deben tener un peso importante en la indicación para RT adyuvante (16).

Existe una falta de consistencia del margen quirúrgico adecuado para interpretarlo como resección tumoral completa. El objetivo de este estudio retrospectivo, es evaluar el impacto de los márgenes quirúrgicos en la tasa de RL, SEE y SG en pacientes con carcinoma epidermoide de lengua tratados quirúrgicamente en el INEN durante los años 2011 a 2017.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Evaluar el impacto de los márgenes quirúrgicos en los pacientes con el diagnóstico de carcinoma epidermoide de lengua, tratados quirúrgicamente en el INEN durante los años 2011-2017.

### **Objetivos específicos**

- Evaluar la asociación entre el margen quirúrgico y la tasa de recurrencia local
- Evaluar la asociación entre el margen quirúrgico y la sobrevida libre de enfermedad a los 5 años de seguimiento
- Evaluar la asociación entre el margen quirúrgico y la sobrevida global a los 5 años de seguimiento

## **MATERIAL Y MÉTODO**

### **a) Diseño del estudio**

Estudio analítico observacional, tipo cohorte retrospectivo.

### **b) Población**

Pacientes con diagnóstico de carcinoma epidermoide de lengua que fueron intervenidos quirúrgicamente de forma inicial (con intención curativa) en nuestra institución entre 2011 y 2017. Los criterios de selección son:

### **Criterios de inclusión**

1. Carcinoma epidermoide de lengua resecable quirúrgicamente (estadios I, II, III y IV).

2. Sin tratamiento previo
3. Cirugía inicial con intención curativa sin tratamiento neoadyuvante
4. Disponibilidad de informes patológicos sobre el estado del margen quirúrgico.
5. Pacientes con 18 años de edad o mayores.

**Criterios de exclusión:**

1. Pacientes con carcinoma epidermoide de lengua recurrente
2. Segunda neoplasia maligna primaria
3. Neoplasia maligna primaria sincrónica
4. Tratamiento quirúrgico primario previo
5. Tratamiento primario no quirúrgico
6. Resección quirúrgica que no ha sido realizada en bloque, o con intento curativo o del tipo paliativo.
7. Reporte patológico con informe de enfermedad macroscópica remanente.

**c) Muestra**

El cáncer oral afecta aproximadamente del 3-5% de la población mundial. EN el Perú, la prevalencia del cancer oral es el sexto mas frecuente entre el sexo masculino. Este muestreo es no-probabilístico del tipo muestreo por conveniencia ya que no contamos con una fuente confiable de la incidencia del Carcinoma Epidermoide de Lengua. Se estima que cada mes, en el INEN se atienden un promedio de 6 a 8 pacientes con el



diagnóstico Carcinoma Epidermoide de Lengua en estadio clínico I, II, III o IV. En un año se estima la atención de  $84 \pm 12$  pacientes. Por lo tanto, en nuestro estudio de 7 años estimamos un total de  $588 \pm 84$ .

#### d) Definición operacional de variables

Variable	Definición	Tipo	Escala	Forma de registro
<b>Epidemiológico</b>				
Edad	Tiempo de vida desde su nacimiento al momento del diagnóstico	Cuantitativa	De razón	Números
Sexo	Personas con cromosomas XX o XY	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> </ul>
Área lengua oral	Nombre del área.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cara ventral</li> <li>• Dorsal</li> <li>• Punta</li> </ul>
<b>Anatomía patológica</b>				
Tamaño del tumor	Describe el tamaño y la ubicación del tumor según sistema TNM	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• T1</li> <li>• T2</li> <li>• T3</li> <li>• T4a</li> </ul>
Ganglios linfáticos	Describe el estadio en los ganglios linfáticos según sistema TNM.	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N0</li> <li>• N1</li> <li>• N2a y N2b</li> <li>• N3</li> </ul>
Estadio clínico	Asignado a partir del sistema TNM	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I</li> <li>• II</li> <li>• III</li> <li>• IV</li> </ul>
Dissección cervical	Técnica quirúrgica que implica a la cadena linfática cervical	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
Cirugía reconstructiva	Cirugía que recrea o reconstruye una parte alterada por una cirugía previa	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colgajo pediculado</li> <li>• Colgajo libre de tejido blando</li> <li>• Colgajo libre osteomiocutáneo</li> </ul>
Mandibulectomía	Extracción de una parte del hueso de la mandíbula	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No</li> <li>• Marginal</li> <li>• Segmentaria</li> </ul>
Extensión extracapsular	Cáncer que invade al menos la cápsula del ganglio linfático	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
Invasión perineural	Invasión neoplásica de los nervios	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
Grado de diferenciación tumoral	Indica cuán anormales se observan las células cancerosas al microscopio.	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Microinvasivo</li> <li>• Bien diferenciado</li> <li>• Moderadamente diferenciado</li> <li>• Poco diferenciado</li> </ul>
Estado del margen quirúrgico final	El margen de la distancia entre las células tumorales y el borde marcado con tinta de la pieza extirpada	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negativo</li> <li>• Positivo</li> <li>• Displasia severa o carcinoma in Situ</li> <li>• Displasia leve o moderada</li> </ul>
Ancho del margen libre	Medición del borde al inicio del borde de las células cancerosas	Cuantitativa	De razón	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 - &lt;1mm</li> <li>• 1 - 5mm</li> <li>• &gt;5 mm</li> </ul>
<b>Tratamiento complementario</b>				
Tratamiento adyuvante	Tratamiento administrado después del primario	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No</li> <li>• Radiación</li> <li>• Quimiorradiación</li> </ul>

Abandono del tratamiento	No completar el tratamiento o haberlo perdido durante 4 semanas de forma consecutiva.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
<b>Seguimiento a los 5 años</b>				
Tratamiento adyuvante	Tratamiento administrado después del primario	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No</li> <li>• Radiación</li> <li>• Quimiorradiación</li> </ul>
Recurrencia local	Significa que el cáncer está en el mismo lugar al cáncer original o muy cerca de él.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
Recurrencia regional	Se refiere al crecimiento del tumor en los ganglios linfáticos o en tejidos cercanos al cáncer original.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
Metástasis distancia	Diseminación de células cancerosas a diferentes partes al inicial.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
Supervivencia a los 5 años	El porcentaje de personas en un estudio o grupo de tratamiento que están vivas c5 años después del diagnóstico o comienzo del tratamiento	Cuantitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
Estatus	La situación de un paciente con cáncer después de terminar un tratamiento primario	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NEE: No evidencia de enfermedad.</li> <li>• VCE: Vivo con enfermedad.</li> <li>• PS: Pérdida de seguimiento</li> <li>• ME: Muerte por enfermedad.</li> </ul>
Causa de muerte	Cuando una muerte se da es el resultado de una enfermedad o un mal funcionamiento interno del cuerpo, causado por fuerzas externas, o por enfermedades infecciosas	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relacionada a la enfermedad</li> <li>• Relacionada a complicaciones del tratamiento</li> <li>• Desconoce</li> </ul>

**e) Procedimientos y técnicas**

Para llevar a cabo este estudio, identificaremos los casos de Carcinoma Epidermoide de Lengua en la base de datos de patología. Esto nos permitirá acceder a las historias clínicas de cada paciente. Una vez que hayamos recopilado los números de identificación correspondientes, examinaremos las historias clínicas de aquellos pacientes cuyo diagnóstico fue confirmado en el INEN en el quirófano entre 2011 y 2017, siempre que cumplan con los criterios mencionados anteriormente. La revisión de las historias clínicas estará a cargo de la investigadora principal, quien registrará los nombres de los pacientes en la base de datos utilizando únicamente las iniciales. Solo la investigadora principal tendrá conocimiento de la identidad real de cada paciente. El instrumento utilizado para recopilar los datos será una ficha diseñada para recabar información demográfica, características clínicas, resultados de anatomía patológica, tratamientos complementarios y el seguimiento a lo largo de 5 años.

**f) Aspectos éticos del estudio**

Debido al enfoque retrospectivo de esta investigación, será necesario revisar las historias clínicas de los pacientes que recibieron atención en el Departamento de Cabeza y Cuello del INEN entre enero de 2011 y diciembre de 2017. Como investigadora principal, asignaré un código de identificación a los casos que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. Estos códigos serán diferentes a los números de historias

clínicas, documentos de identidad o iniciales. Únicamente yo, como investigadora principal, conoceré la lista de códigos y su correspondiente identificación. El resto del equipo de investigación utilizará únicamente el código asignado por mí para identificar cada caso. De esta manera, aseguramos al máximo la protección de la identificación de los pacientes.

La recopilación de datos de cada caso se realizará considerando las variables necesarias para cumplir con los objetivos de esta investigación. Las fichas recolectadas y la base de datos resultante serán manejadas exclusivamente por el equipo de investigación y se almacenarán en la oficina del Departamento de Cabeza y Cuello del INEN. Además, este protocolo será presentado al Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del INEN, quienes verificarán que este protocolo cumpla con los principios de confidencialidad, beneficencia, no maleficencia y justicia. La protección de los datos se mantendrá incluso en caso de que se publique el trabajo.

**g) Plan de análisis**

La prueba de t-student se usará para analizar datos continuos de distribución simétrica y la prueba U de Mann-Whitney para comparar datos con distribuciones asimétricas; los datos categóricos se compararán usando la prueba de chi-cuadrado. La SG a cinco años es el intervalo entre la fecha de la cirugía y la fecha de la muerte (un evento) o el último seguimiento (censura); La SG se informan como medianas con intervalos

de confianza del 95 %. La RL a cinco años es el tiempo entre la fecha de la cirugía y la fecha del diagnóstico de recidiva locorregional. El tiempo total hasta la recurrencia es el intervalo entre la fecha de la cirugía y la primera recurrencia (locorregional o una metástasis a distancia). Si un paciente fallece sin evidencia de recurrencia (censurado), se usaba la fecha de la última imagen de seguimiento o del último seguimiento sin signos clínicos de enfermedad recurrente. La SEE es el tiempo que pasa desde la fecha del diagnóstico o el comienzo del tratamiento de una enfermedad, durante el cual los pacientes con la enfermedad siguen vivos. Se utilizará el análisis de Kaplan-Meier y la prueba de rango logarítmico para evaluar las diferencias en la recurrencia y la supervivencia entre los grupos. Las características asociadas con la recurrencia o la supervivencia se incluirán en un modelo de regresión de riesgos proporcionales de Cox. El valor de  $p < 0,05$  es considerado estadísticamente significativo. Todos los análisis se realizarán con el software STATA versión 14 (Stata Corp. College Station, Tx, USA).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Li R, Koch WM, Fakhry C, Gourin CG. Distinct epidemiologic characteristics of oral tongue cancer patients. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013;148(5):792-6.
2. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer Statistics, 2021. *CA: A Cancer Journal for Clinicians.* 2021;71(1):7-33.
3. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. *CA Cancer J Clin.* 2016;66(1):7-30.
4. Ng JH, Iyer NG, Tan MH, Edgren G. Changing epidemiology of oral squamous cell carcinoma of the tongue: a global study. *Head & neck.* 2017;39(2):297-304.
5. Shah AK. Postoperative pathologic assessment of surgical margins in oral cancer: A contemporary review. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2018;22(1):78-85.
6. Dik EA, Willems SM, Ipenburg NA, Adriaansens SO, Rosenberg AJ, van Es RJ. Resection of early oral squamous cell carcinoma with positive or close margins: relevance of adjuvant treatment in relation to local recurrence: margins of 3 mm as safe as 5 mm. *Oral Oncol.* 2014;50(6):611-5.
7. Chinn SB, Myers JN. Oral Cavity Carcinoma: Current Management, Controversies, and Future Directions. *J Clin Oncol.* 2015;33(29):3269-76.
8. Network. NCC. [Available from: [www.nccn.org](http://www.nccn.org).
9. Alicandri-Ciufelli M, Bonali M, Piccinini A, Marra L, Ghidini A, Cunsolo EM, et al. Surgical margins in head and neck squamous cell carcinoma: what is 'close'? *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology.* 2013;270(10):2603-9.
10. Woolgar JA, Triantafyllou A. A histopathological appraisal of surgical margins in oral and oropharyngeal cancer resection specimens. *Oral Oncology.* 2005;41(10):1034-43.

11. Liao CT, Chang JT, Wang HM, Ng SH, Hsueh C, Lee LY, et al. Analysis of risk factors of predictive local tumor control in oral cavity cancer. *Ann Surg Oncol.* 2008;15(3):915-22.
12. Chen TY, Emrich LJ, Driscoll DL. The clinical significance of pathological findings in surgically resected margins of the primary tumor in head and neck carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1987;13(6):833-7.
13. Loree TR, Strong EW. Significance of positive margins in oral cavity squamous carcinoma. *Am J Surg.* 1990;160(4):410-4.
14. Zaroni DK, Migliacci JC, Xu B, Katabi N, Montero PH, Ganly I, et al. A Proposal to Redefine Close Surgical Margins in Squamous Cell Carcinoma of the Oral Tongue. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017;143(6):555-60.
15. Barry CP, Ahmed F, Rogers SN, Lowe D, Bekiroglu F, Brown JS, et al. Influence of surgical margins on local recurrence in T1/T2 oral squamous cell carcinoma. *Head Neck.* 2015;37(8):1176-80.
16. Ch'ng S, Corbett-Burns S, Stanton N, Gao K, Shannon K, Clifford A, et al. Close margin alone does not warrant postoperative adjuvant radiotherapy in oral squamous cell carcinoma. *Cancer.* 2013;119(13):2427-37.

## **PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA**

Personal con participación directa en la investigación:

Nombre del investigador	Actividad de participación	Costo S/.	Financiadora
Andrea Held Gamio	Investigador principal	0	Propia
	Asesor	0	Propia
Total		0	

Servicios e insumos para la investigación

Insumos	Tipo de servicio	Costo S/.	Financiadora
---------	------------------	-----------	--------------



Librería	Fotocopias e impresiones	200	Propia
Asesor de estadística	Asesoría	400	Propia
Útiles de escritorio	Recopilación de datos en fichas	200	Propia
Total		800	

## Resumen económico

Ítem	Monto total (S/.)	Financiadora
Pago a personas	400	Propia
Servicios e insumos	400	Propia
Total	800	

El cronograma del desarrollo de la investigación es:

CRONOGRAMA ACTIVIDADES	DE	2022					
		Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Revisión bibliográfica		X					
Elaboración del proyecto		X					
Revisión del proyecto		X					
Revisión de instrumentos		X					
Reproducción de los instrumentos			X				
Preparación del material de trabajo			X				
Selección de la muestra				X			
Recolección de datos				X	X	X	
Control de calidad de datos						X	
Tabulación de datos						X	X
Codificación y preparación de datos para análisis							X
Análisis e interpretación							X
Redacción informe final							X
Presentación del informe final							X

## ANEXOS

### Anexo 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**Código:** \_\_\_\_\_

#### Datos

1. Edad (años) \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino ( ) Femenino. ( )
2. Tabaco: Si ( ) No ( ) Alcohol: Si ( ) No ( )
3. Lugar de procedencia del paciente: Prov: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_
4. Diagnóstico de Cáncer: Subsitio lengua: \_\_\_\_\_ Tipo histológico: \_\_\_\_\_

#### Características clínicas

5. Disección cervical: Disección. supraomohioidea ( ) Disección radical clásica ( ) Disección radical modificada tipo I ( ) II ( ) III ( )
6. Cirugía reconstructiva: Si ( ) No; ( ) Colgajo local; ( ) Colgajo libre microvascular ( )
7. Mandibulectomía: Si ( ) No; ( ) Marginal; ( ) Segmentaria Hemimandibulectomía ( )
8. Fecha de primera consulta (día/mes/año): \_\_\_\_ Fecha de la cirugía (día/mes/año): \_\_\_\_\_

#### Anatomía patológica

9. Tamaño tumoral (mm): \_\_\_\_\_ Profundidad de invasión (mm): \_\_\_\_\_ W-POI: \_\_\_\_\_
10. Grado de diferenciación tumoral: microinvasivo ( ) Bien diferenciado ( ) mod diferenciado ( ) pobremente diferenciado ( ) IPN ( ) ILV ( ) Ulceración ( ) Queratinización ( )
11. Margen más cercano en (mm): 0 - <1mm; ( ) 1 - 5mm; ( ) >5 mm  
Margen: lateral ( ) Medial ( ) Posterior ( ) Anterior ( ) Profundo ( ) Otro ( )
12. Tumor primario: T1 ( ) T2 ( ) T3 ( ) T4a ( )
13. Ganglios linfáticos regionales: N0 ( ) N1 ( ) N2a ( ) N2b ( ) N2c ( ) N3a ( ) N3b ( )  
Número ganglios comprometidos: \_\_\_\_\_ Número ganglios resecaados \_\_\_\_\_  
Tamaño mayor de la metástasis (mm) \_\_\_\_\_ Extensión extranodal: Si ( ) No ( )
14. Estadío clínico: I ( ) II ( ) III ( ) IVA ( ) IVB ( )

#### Tratamiento complementario

15. Tratamiento adyuvante: ( ) No; ( ) Radiación; ( ) Quimio + Radiación
16. Abandono del tratamiento ( ) Si; ( ) No Fecha del abandono: (día/mes/año): \_\_\_\_\_

#### Seguimiento

17. Status: No evidencia de enfermedad ( ) Vivo con enfermedad ( ) Pérdida de seguimiento ( ) Muerte por enfermedad ( )
18. Recurrencia local: Si ( ) No ( ) Recurrencia regional: Si ( ) No Metástasis a distancia: Si ( ) No ( )
19. Fecha de recurrencia local de la enfermedad (día/mes/año): \_\_\_\_\_
20. Fecha de la últimas evaluación (día/mes/año): \_\_\_\_\_
21. Fecha de fallecimiento (día/mes/año): \_\_\_\_\_
22. Fecha de la última vez en que se supo que estaba vivo (día/mes/año): \_\_\_\_\_