



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y
TRATAMIENTO DEL TUMOR FIBROSO SOLITARIO
PLEURAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL
2008 AL 2018”**

**“EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS
AND TREATMENT OF SOLITARY PLEURAL FIBROUS
TUMOR AT THE NATIONAL INSTITUTE OF NEOPLASTIC
DISEASES OF THE 2008 TO 2018”**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO
DE ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA**

AUTOR:

JORGE WIDER AYALA GONZALES

ASESOR:

EDGAR AMORIN KAJATT

LIMA – PERÚ

2020

TRABAJO ACADEMICO PARA TITULACIÓN

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Europea de Madrid Trabajo del estudiante	7%
2	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	4%
3	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	3%
4	s3-eu-west-1.amazonaws.com Fuente de Internet	1%
5	ejrnm.springeropen.com Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%
7	www.ncbi.nlm.nih.gov Fuente de Internet	1%
8	actamedicacolombiana.com Fuente de Internet	1%

9 Nuno Almeida Costa, Diogo Fonseca, João Santos. "Extra-pleural solitary fibrous tumors: a review", Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine, 2019 1 %
Publicación

10 Submitted to Universidad Católica de Santa María 1 %
Trabajo del estudiante

11 Churg, Andrew M., Jeffrey L. Myers, Henry D. Tazelaar, and Joanne L. Wright. "Localized Tumors of the Pleura", Thurlbeck's Pathology of the Lung, 2005. <1 %
Publicación

12 M. Congregado, J. Loscertales, R. Jiménez Merchán, A. Arroyo Tristán, J.C Girón Arjona, C. Arenas Linares. "Tumor fibroso solitario gigante de pleura: un caso tratado por cirugía videoasistida", Archivos de Bronconeumología, 2004 <1 %
Publicación

13 SAYNAK, Mert, VEERAMACHANENI, Nirmal K., HUBBS, Jessica L., OKUMUŞ, Dilruba and MARKS, Lawrence B.. "Solitary Fibrous Tumors of Chest: Another Look with the Oncologic Perspective", Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2017. <1 %
Publicación

14	nou-rau.uem.br Fuente de Internet	<1 %
15	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	<1 %
16	David Creytens, Liesbeth Ferdinande, Jo Van Dorpe. "Multifocal Cytokeratin Expression in a Dedifferentiated Solitary Fibrous Tumor With Heterologous Rhabdomyosarcomatous Differentiation: A Challenging Diagnosis!", International Journal of Surgical Pathology, 2018 Publicación	<1 %
17	Mimi J. Yao, Li Ding, Scott M. Atay, Omar Toubat, Peggy Ebner, Elizabeth A. David, P. Michael McFadden, Anthony W. Kim. "A modern reaffirmation of surgery as the optimal treatment for solitary fibrous tumors of the pleura", The Annals of Thoracic Surgery, 2018 Publicación	<1 %
18	Submitted to Universidad de Salamanca Trabajo del estudiante	<1 %
19	archbronconeumol.org Fuente de Internet	<1 %
20	www.pharmamar.com Fuente de Internet	<1 %

21 www.psiquiatria.org.co <1 %
Fuente de Internet

22 gird.cn <1 %
Fuente de Internet

23 www.nature.com <1 %
Fuente de Internet

24 Cardillo, Giuseppe, Filippo Lococo, Francesco Carleo, and Massimo Martelli. "Solitary fibrous tumors of the pleura :", Current Opinion in Pulmonary Medicine, 2012.
Publicación

25 Matthias Brock, Selma Hottinger, Matthias Diebold, Alex Soltermann et al. "Low tissue levels of miR-125b predict malignancy in solitary fibrous tumors of the pleura", Respiratory Research, 2017
Publicación

Excluir citas Apagado Excluir coincidencias Apagado
Excluir bibliografía Apagado

2.- RESÚMEN:

El siguiente estudio buscará determinar las características epidemiológicas, clínicas y el tratamiento del tumor fibroso solitario pleural en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas del 2008 al 2018. Este tumor es poco frecuente a nivel mundial y representa solo el 5% de todos los tumores pleurales pero por razones aún desconocidas, tiene una alta incidencia en nuestro país, por ello se planteó identificar y analizar las características presentes en un paciente con este tumor y así determinar posibles factores predisponentes. Método: estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. La muestra estará conformada por pacientes que se atendieron en el servicio de tórax oncológico del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el año 2008 hasta el año 2018, con diagnóstico de tumor fibroso solitario pleural mediante examen tomográfico. Además en la historia clínica deberá constar el resultado de biopsia y tratamiento quirúrgico realizado. La información que se consignará en la ficha de recolección de datos con las características epidemiológicas, características clínicas y el tratamiento que recibieron los pacientes, a partir de ello se resolverá la estadística en SPSS Statistics donde se obtendrá valores descriptivos por frecuencias; los inferenciales por el método de Chi cuadrado y la presentación de los resultados se realizarán en tablas y gráficos.

Palabras Claves: Tumor Fibroso Solitario Pleural, Mesotelioma, Tumores fibrosos solitarios

3.- INTRODUCCIÓN:

El primer informe de un tumor pleural primario localizado se atribuye a Wagner en 1870. Sin embargo, fue solo en 1931 que Klemperer y Rabin publicaron la primera descripción patológica precisa y clasificaron el mesotelioma como "localizado" o "difuso". En 1942 alegó que el mesotelioma localizado tenía un origen mesotelial. Sin embargo, otros investigadores demostraron que la capa mesotelial que cubre el tumor estaba intacta, y postularon que las células epiteliales observadas podrían haber quedado atrapadas dentro de los tumores mesenquimatosos fibrosos en crecimiento. La controversia sobre el origen de estos tumores persistió durante varias décadas y se refleja en la variedad de términos dados a dicha neoplasia [1].

Los tumores primarios de la pleura se dividen comúnmente en dos categorías principales: tumores difusos y localizados. Si bien el patrón difuso es conocido por su asociación con el asbesto y su mal resultado, el patrón localizado es raro y sigue siendo un tema de controversia. Últimamente, la microscopía electrónica y la inmunohistoquímica han demostrado que estos tumores tienen un origen mesenquimal en lugar de mesotelial. Por lo tanto, el término "mesotelioma localizado" se abandonó, y estos tumores ahora se llaman "tumores fibrosos solitarios de la pleura"[2].

Los tumores fibrosos solitarios (TFS) son de origen mesenquimal, rara vez hacen metástasis, incluyen hemangiopericitoma y actualmente, la mayoría de los patólogos la denominan TFS. Según la clasificación de la OMS, los TFS tienen potencial maligno intermedio con bajo riesgo de metástasis [7].

Los tejidos blandos profundos de las extremidades proximales, cavidad abdominal, la cabeza (órbitas) y el cuello son las ubicaciones extratorácicas informadas con mayor frecuencia [4].

Gran parte de los pacientes con TFS son asintomáticos en el momento del diagnóstico; por lo que en mayor proporción estos tumores se descubren de forma rutinaria, o pueden estar relacionado con el efecto de masa en la totalidad de los casos reportados. Dos tercios de las TFS pleurales se producen en la pleura visceral, donde el tumor suele estar unido al pulmón por un pedículo estrecho, y una tercera parte se presenta en la pleura parietal, donde los tumores suelen ser más grandes, con una unión amplia. En algunos casos, las imágenes pueden no ser capaces de determinar si la masa surge de la pleura o del mediastino, además, el lugar de origen real puede no ser evidente hasta la cirugía. Un diagnóstico preoperatorio del tumor no siempre es posible y el diagnóstico definitivo requiere la evaluación histológica del espécimen resecado. La inmunohistoquímica juega un papel clave en términos de distinción de TFS de mesoteliomas y sarcomas.

El potencial maligno de TFS extrapleural es similar a los tumores pleurales, con características malignas detectadas en el examen patológico en hasta el 20%. Por lo tanto, la mayoría de los TFS extrapleurales se comportan de manera benigna.

La verdadera incidencia es difícil de determinar, puesto que los TFS son raros en general y representan menos del 2 % de todos los tumores de tejidos blandos que aparecen. Se ha estimado que las TFS derivadas de la pleura, el sitio más común, ocurren con una frecuencia de 2.8 por 100,000 individuos, y solo se informaron 900 casos en la literatura hasta 2005, representando menos del 5 % de todos los tumores que surgen en la pleura [10].

En la tomografía computarizada, el TFS de la pleura aparece típicamente como una masa bien delineada y ocasionalmente lobulada de la atenuación de los tejidos blandos que surge de la pleura. Los tumores grandes pueden alcanzar un diámetro superior a 20 cm; estos suelen aparecer en contacto con la superficie pleural y muestran desplazamiento o, con menos frecuencia, invasión de las estructuras circundantes. Un pedículo está presente en el 40 % de los casos, lo que resulta en una marcada movilidad tumoral, cambio de forma o cambio de ubicación en imágenes secuenciales y puede haber un derrame pleural [11]

La resección quirúrgica es el pilar de tratamiento con buen pronóstico en los pacientes; por tanto, completada la cirugía y resección, se recomienda un seguimiento cuidadoso a largo plazo. Como ya mencionamos, la TFS tiene un riesgo muy bajo de recurrencia o metástasis; generalmente suele ser benigno, pero puede agrandarse rápidamente y transformarse en variantes malignas hasta en un 20%. [3].

Objetivamente, los criterios de riesgo más validados para la recurrencia/metástasis en TFS de cualquier sitio son: resección quirúrgica

incompleta, enfermedad metastásica en el momento de la presentación, tamaño del tumor > 10 cm, alta tasa mitótica, y presencia de necrosis tumoral [15]. También la recurrencia puede deberse a la siembra de tumores dentro de la pleura, el peritoneo o las meninges, o la diseminación hematogena a distancia. Para los tumores pleuropulmonares, las recurrencias se localizan con mayor frecuencia en el hemitórax ipsilateral. Los sitios más comunes de metástasis a distancia de TFS son pulmones, hígado, huesos y cerebro [14].

La recurrencia después de la resección quirúrgica suele estar localizada en el mismo hemitórax y puede ocurrir hasta 17 años después de la cirugía [8]. La recurrencia intratorácica puede ser fatal debido a la compresión mediastínica y la obstrucción de la vena cava inferior. La metástasis, si está presente, generalmente es transmitida por la sangre y se ubican, por orden de frecuencia, en el hígado, el sistema nervioso central, el bazo, el peritoneo, la glándula suprarrenal, el tracto gastrointestinal, los riñones y los huesos [9].

El uso de RT adyuvante para TFS resecaadas de forma incompleta o recurrente se decide mejor caso por caso en el contexto de una discusión multidisciplinaria. Se desconoce el papel de la quimioterapia adyuvante para la TFS resecaada. Dada la rareza de este tumor, los ensayos exhaustivos que estudian el uso de la quimioterapia adyuvante para tumores resecaables no han sido posibles. Sin embargo, incluso para los sarcomas de extremidades grandes y de alto grado, que tienen un resultado peor que los TFS malignos, el beneficio de la quimioterapia adyuvante es controvertido, y los datos de los ensayos individuales y los metanálisis sugieren que el beneficio de supervivencia.

En la enfermedad avanzada el manejo óptimo de TFS no resecaable o metastásico localmente avanzado no se ha establecido. La terapia definitiva no debe seguir reflexivamente los paradigmas habituales para el tratamiento del sarcoma de tejidos blandos con agentes de quimioterapia tradicionales (es decir antraciclina, ifosfamida). Las respuestas objetivas son infrecuentes y la duración del beneficio es corta. El seguimiento continuo a largo plazo es necesario para los individuos de alto riesgo por una historia natural indolente y la posibilidad de recurrencia tardía hasta 20 años después del tratamiento inicial.

La TFS es muy rara a nivel mundial y representa solo el 5% de todos los tumores pleurales. Solo 800 casos fueron reportados en la literatura entre 1931 y 2002 [2]. Sin embargo, por razones aún desconocidas, este tumor tiene una alta incidencia en nuestro país, por ello se planteó identificar la epidemiología y poder determinar una relación con la enfermedad. No se conoce ninguna asociación con la exposición ambiental a la radiación, el tabaco, el asbesto u otros tóxicos, asimismo se desconoce factores de riesgos hereditarios y predisponentes. Asimismo la TFS no tiene predilección de género, manifestándose como un asintomático o masa de crecimiento lento en adultos de mediana edad [6]. Los tumores fibrosos solitarios de la pleura se han descrito en todos los grupos de edad de 5 a 87 años, pero alcanzan su punto máximo en la sexta y séptima década de la vida; tienen una distribución uniforme entre hombres y mujeres [8].

La mayoría de los pacientes con TFS maligno son sintomáticos y presentan tumores grandes. Los síntomas generalmente incluyen tos, dolor en el pecho y disnea. Más

raramente, se observa hemoptisis y neumonitis obstructiva como resultado de la obstrucción de las vías respiratorias. Se han descrito las discotecas digitales (uñas de palo) y la osteoartropatía pulmonar hipertrófica (síndrome de Pierre-Marie-Bamberg) en 10 a 20% de los pacientes con TFS benigna o maligna. Estas características clínicas generalmente se resuelven dentro de 2 a 5 meses o a veces más tiempo después de la extirpación del tumor, pero pueden reaparecer con la recurrencia del tumor. Las causas de las discotecas digitales (uñas de palo) y de la osteoartropatía pulmonar hipertrófica podrían ser, respectivamente, una producción anormal de factor de crecimiento de hepatocitos o una liberación excesiva de ácido hialurónico por el tumor. En menos del 5% de los pacientes, el TFS también puede secretar un factor de crecimiento similar a la insulina II, que causa hipoglucemia refractaria (síndrome de Doege-Potter). Un nivel sérico alto de factor de crecimiento similar a la insulina II se asocia típicamente con niveles bajos de insulina y factor de crecimiento similar a la insulina I, que regresan a los valores normales dentro de 3 a 4 días después de la resección del tumor. Las características clínicas evaluadas en pacientes con tumor fibroso nos ayudarán a documentar información científica relevante sobre la enfermedad desarrollada en el Perú.

En TFS localizada, la resección quirúrgica completa en bloque es la primera elección de terapia. Los análisis de estratificación de riesgo pueden categorizar algunos TFS potencialmente más malignos, el estándar de atención es la resección quirúrgica completa a márgenes negativos (resección R0) incluso para los tumores clasificados como de alto riesgo, dado el bajo potencial metastático general y la falta de terapia adyuvante eficaz. La cirugía en tumores pleurales y pedunculados generalmente pueden ser resecados con una resección en cuña, pero grandes tumores sésiles y aquellos con metástasis intrapleurales ipsilaterales de vez en cuando puede requerir una lobectomía, neumonectomía, una pared del pecho o la resección de diafragma para lograr márgenes negativos (R0) [16]. La revisión del manejo para el tratamiento del tumor fibroso nos amplía los recursos de los que podemos hacer uso, describiendo un protocolo para solucionar un problema de salud pública.

El siguiente estudio, buscará determinar las características epidemiológicas, clínicas así como el tratamiento que recibieron los pacientes diagnosticados con tumor fibroso solitario pleural, atendidos en el Instituto Nacional de enfermedades Neoplásicas desde el año 2008 hasta el año 2018.

4.- OBJETIVOS:

OBJETIVOS GENERAL

Determinar las características epidemiológicas, clínicas y tratamiento del tumor fibroso solitario pleural en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas del 2008 al 2018.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar las características epidemiológicas en pacientes con tumor fibroso solitario pleural, en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas del 2008 al 2018.
- Analizar las características clínicas en pacientes con tumor fibroso solitario pleural, en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas del 2008 al 2018.
- Analizar el tratamiento en pacientes con tumor fibroso solitario pleural, en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas del 2008 al 2018.

5. MATERIAL Y MÉTODO

a) Diseño del estudio

Es un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal.

b) Población

Todos los pacientes que se atendieron en el servicio de tórax oncológico en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas desde el año 2008 hasta el año 2018.

c) Muestra

De la población se seleccionará por muestreo probabilístico aleatorio, cuyo total será lo hallado desde el 2008 hasta el 2018. La selección será según los criterios de inclusión.

Los criterios son:

- Diagnóstico de tumor fibroso solitario pleural según tomografía de tórax con/sin contraste.
- Con biopsia de tumor pulmonar y/o pleural.
- Con tratamiento quirúrgico del tumor fibroso solitario

d) Definición operacional de variables

VARIABLES		CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	VALOR
DEPENDIENTE	Tumor fibroso solitario pleural	Es la presencia de una neoplasia en el tórax	Examen tomográfico	Tomografía de tórax	Nominal	- Si hay neoplasia - No hay neoplasia
INDEPENDIENTE	Características epidemiológicas	Son los rasgos y propiedades de una persona relacionado con su estado de salud	Edad	Fecha de nacimiento	Razón	- < 40 años - 40 a 49 - 50 a 59 - 60 a 70 - > 70
			Género	Sexo	Nominal	- Femenino - Masculino
			Procedencia	Lugar de nacimiento	Nominal	- Lima - Provincias
			Grado de instrucción	Nivel de estudios	Nominal	- Primaria - Secundaria - Técnico - Universitario
			Ocupación	En que trabaja	Nominal	- Soldador - Minero - Constructor - Trabajador agrícola - Oficinista - Otros

			Hábitos nocivos	Consumir alcohol, cigarro, tabaco, sedentarismo, otros hábitos	Nominal	- Tabaco - Cigarro - Alcohol - Cocina a leña - Sedentarismo
			Frecuencia de cigarrillos	Cuantos cigarrillos consume al día	Razón	- 1 a 2 - Más de 5 - 10
			Hábitos alimenticios	Mantiene un horario regular de comida	Nominal	- Nunca - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre
			Enfermedades previas	Si tiene hipertensión, diabetes, enfermedades reumatoideas	Nominal	- Hipertensión - Diabetes - Enf. Reumatoideas
			Tuberculosis pulmonar	Si tuvo o tiene tuberculosis pulmonar	Nominal	- TBC actual - TBC antes - No TBC actual - No TBC antes
			Antecedentes familiares de cáncer	Relación de consanguinidad familiar	Nominal	Si/ No
	Características clínicas	Es la relación entre signos y síntomas que se presentan en	Tos	Presenta tos	Nominal	Si/ No
Fiebre			Presenta fiebre	Nominal	Si/ No	
Dolor de espalda			Presenta dolor de espalda	Nominal	Si/ No	

		una determinada enfermedad	Dificultad respiratoria	Hay dificultad respiratoria	Nominal	Si/ No
			Neumonía	Presenta Neumonía	Nominal	Si/ No
			Derrame pleural	Hubo derrame pleural	Nominal	Si/ No
			Saturación de oxígeno	Medida de cantidad de oxígeno en torrente sanguíneo	Nominal	%
			Pérdida de peso	Presenta pérdida de peso	Nominal	Si/ No
	Tratamiento	Conjunto de medios cuyo objetivo es la curación de los signos y síntomas del tumor	Fecha de cirugía	Fecha	Nominal	- Día/mes/año
			Tipo de cirugía	Resección tumor Neumonectomía parcial Neumonectomía total	Nominal	- Resección tumor - Neumonectomía parcial - Neumonectomía total - Otras
			Patología de pieza quirúrgica	Tipo histológico, grado y	Nominal	- Tipo histológico - Grado

			márgenes de pieza operatoria		- Márgenes de pieza operatoria	
			Requiere tratamiento complementario	Quimioterapia Radioterapia Inmunoterapia	Nominal	- Quimioterapia - Radioterapia - Inmunoterapia
			Control tomográfico	A los 6 meses post cirugía	Nominal	- Si hay recurrencia - No hay recurrencia
			Control médico	A la semana y luego cada 3 meses el primer año	Nominal	- Si hay recurrencia - No hay recurrencia

e) Procedimientos y técnicas

A partir de la base de datos de pacientes que se atendieron en el servicio de tórax oncológico en el INEN desde del 2008 hasta el 2018; se seleccionará a los que tengan el diagnóstico “tumor fibroso solitario pleural” mediante examen tomográfico con presencia de la neoplasia, también deberán tener entre sus exámenes una biopsia y haber recibido tratamiento quirúrgico. Toda esta información será recopilada de las historias clínicas de los pacientes de forma anónima, los datos se podrán vaciar en una ficha de recolección de datos, que fue elaborada de acuerdo a la operacionalización de variables

f) Aspectos éticos del estudio

Los aspectos éticos del estudio pasarán por la evaluación del comité de ética del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, y de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

e) Plan de análisis

Los datos serán procesados en el paquete estadístico IBM SPSS Statistics. El análisis descriptivo de las variables cuantitativas se hallará usando la tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar) previa evaluación de la distribución de valores. Las variables cualitativas se analizarán mediante el cálculo de sus frecuencias absolutas (conteo) y relativas (porcentaje). Y para determinar la presencia de tumor fibroso solitario pleural según las variables dependientes se empleará la prueba estadística Chi cuadrado. Para la presentación de resultados se construirán tablas y gráficos estadísticos en la herramienta Excel.

6. -REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Scharifker D y Kaneko M. Mesotelioma fibroso localizado de pleura (fibroma submesotelial). México. *El cáncer* 1979; 43: 627–635
2. De Perrot M, Fischer S, Bründler MA, Sekine Y, Keshavjee S: Solitary fibrous tumors of the pleura. *Ann Thorac Surg* 2002; 1: 285-93.
3. Hashmi et al. Cureus, Tumor fibroso solitario de pleura que invade el atrio izquierdo a través de la vena pulmonar. *Cureus* 2018; 10.
4. Morimitsu Y, Nakajima M, Hisaoka M, Hashimoto H. Extrapleural solitary fibrous tumor: clinicopathologic study of 17 cases and molecular analysis of the p53 pathway. 2000; 108 (9):617–25.
5. Ronchi A, et al. Extrapleural solitary fibrous tumor: a distinct entity from pleural solitary fibrous tumor. An update on clinical, molecular and diagnostic features. *Ann Diagn Pathol* 2018; 9 (34):142–50.
6. Levy AD, Rimola J, Mehrotra AK, Sobin LH. From the archives of the AFIP: benign fibrous tumors and tumorlike lesions of the mesentery: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 2006; 26 (1):245–64.
7. Fletcher CDM, Bridge JA, Hogendoorn P, Mertens FWHO. Classification of Tumours of Soft Tissue and Bone. Lyon IARC 2013: 4.
8. Okike, n, bernatz, pe y woolner, lb. Mesotelioma localizado de la pleura (variantes benignas y malignas). *J thorac cardiovasc surg* 1978; 75: 363–372.
9. Dalton WT, Zolliker AS, McCaughey WTE, Jacques J y Kannerstaein M. Tumores primarios localizados de la pleura. México. *El cáncer* 1979; 44 : 1465–1475
10. Chick JF, Chauhan NR, Madan R. Tumores fibrosos solitarios del tórax: nomenclatura, epidemiología, hallazgos radiológicos y patológicos, diagnósticos diferenciales y manejo. *Am J Roentgenol* 2013; 200: W238.
11. Desser TS, Stark P. Ensayo pictórico: tumor fibroso solitario de la pleura. *J Thorac Imaging* 1998; 13:27
12. Doyle LA, Tao D, Mariño-Enríquez A. STAT6 se amplifica en un subconjunto de liposarcoma desdiferenciado. *Mod Pathol* 2014; 27: 1231.
13. Vivero M, Doyle LA, Fletcher CD, et al. GRIA2 es un nuevo marcador de diagnóstico para el tumor fibroso solitario identificado a través del perfil de expresión génica. *Histopatología* 2014; 65:71.
14. Constantinidou A, Jones RL, Olmos D, et al. La quimioterapia convencional basada en antraciclina tiene una eficacia limitada en tumores fibrosos solitarios. *Acta Oncol* 2012; 51: 550.
15. Suter M, Gebhard S, Boumghar M, et al. Tumores fibrosos localizados de la pleura. *Eur J Cardiothorac Surg* 1998; 14: 453.
16. Lahon B, Mercier O, Fadel E, et al. Tumor fibroso solitario de la pleura. *Ann Thorac Surg* 2012; 94: 394.
17. Tapias LF, Mino-Kenudson M, Lee H, et al. Análisis de factores de riesgo para la recurrencia de tumores fibrosos solitarios resecaados de la pleura. *Eur J Cardiothorac Surg* 2013; 44: 111.
18. Lococo F, Cesario A, Cardillo G, et al. Tumores fibrosos solitarios malignos de la pleura. *J Thorac Oncol* 2012; 7: 1698.

7. - PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

PRESUPUESTO

CONCEPTO		MONTO (SOLES)
Asesoría	Estadista	500
Utilería	Papel	50
	Tinta	100
	Lapiceros	15
	Folder	10
	Corrector	10
	Resaltadores	20
	Servicios	Internet
Imprenta		200
Anillado		20
Mantenimiento	Impresora	50
	PC	100
	TOTAL	1275

CRONOGRAMA

Pasos	2020											
	Mayo			Junio			Julio			Agosto		
Presentación del Proyecto de Investigación	x	x										
Investigación bibliográfica			x									
Solicitud de historias clínicas			x									
Recolección de muestras y llenado de fichas				x	x	x						
Procesamiento de datos							x	x	x			
Análisis estadístico									x	x		
Elaboración del informe final										x		
Presentación del trabajo de investigación												x

8. - ANEXO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N°:

I. Características epidemiológicas

Edad	- < 40 años - 40 a 49 - 50 a 59 - 60 a 70 - > 70
Género	- Femenino - Masculino
Procedencia	- Lima - Provincias
Grado de instrucción	- Primaria - Secundaria - Técnico - Universitario
Ocupación	- Soldador - Minero - Constructor - Trabajador agrícola - Oficinista - Otros
Hábitos nocivos	- Tabaco - Cigarro - Alcohol - Cocina a leña - Sedentarismo
Frecuencia de cigarrillos	- 1 a 2 - Más de 5 - 10
Hábitos alimenticios	- Nunca - Algunas veces - Frecuentemente - Siempre
Enfermedades previas	- Hipertensión - Diabetes - Enf. Reumatoideas
Tuberculosis pulmonar	- TBC actual - TBC antes - No TBC actual - No TBC antes
Antecedentes familiares de cáncer	Si No

--	--

2. Características clínicas

Tos	Si No
Fiebre	Si No
Dolor de espalda	Si No
Dificultad respiratoria	Si No
Neumonía	Si No
Derrame pleural	Si No
Saturación de oxígeno	%
Pérdida de peso	Si No

3. Tratamiento

Fecha de cirugía	- Día/mes/año
Tipo de cirugía	- Resección tumor - Neumonectomía parcial - Neumonectomía total - Otras
Patología de pieza quirúrgica	- Tipo histológico - Grado - Márgenes de pieza operatoria
Requiere tratamiento complementario	- Quimioterapia - Radioterapia - Inmunoterapia
Control tomográfico	- Si hay recurrencia - No hay recurrencia
Control médico	- Si hay recurrencia - No hay recurrencia