



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE MEDICINA

# TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

## “CARACTERÍSTICAS CLINICOEPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON CÁNCER DE LARINGE EN UN HOSPITAL NIVEL III DE LIMA”

Nombre del Autor: Ericka Andrea Rodríguez Cabrera

Nombre del Asesor: Dr. Luis Cano Jon

LIMA – PERÚ

2020

## I. RESUMEN

La laringe corresponde a un área crítica que cumple un rol central en la coordinación de funciones importantes como la respiración, la fonación y la deglución. El cáncer de laringe representa el 3,5% de tumores diagnosticados a nivel mundial, y es responsable del 1% de muertes por cáncer. Se reporta una prevalencia del sexo masculino y en adultos mayores, con estadísticas variables según cada país.

El tabaco y el alcohol, así como la infección por el virus de papiloma humano son los principales factores asociados. Los síntomas pueden variar dependiendo de la zona afectada y el momento del diagnóstico, ya sea precoz o tardío. La evaluación clínica, laringoscópica e imagenológica definen el estadio, del cual dependerá el manejo terapéutico y el pronóstico. El tratamiento de esta patología puede conllevar a mutilaciones cosméticas y funcionales con gran impacto en la calidad de vida en los pacientes que sobrevivan.

En el 2018 se reporta en el Perú 276 casos nuevos de cáncer de laringe y 136 muertes por esta causa. En la actualidad, no se registran datos que caractericen a la población peruana y su presentación clínica y epidemiológica en el cáncer de laringe. Lo cual es imprescindible conocer y así realizar posteriormente el análisis que permita la planificación y evaluación de medidas de control.

*Palabras clave: laringe, cáncer, Perú.*

## II. INTRODUCCIÓN

La laringe cumple un rol central en la coordinación de funciones importantes del tracto aereodigestivo, tales como la respiración, la fonación y la deglución. Siendo el segundo órgano más frecuentemente afectado en carcinomas escamosos de cabeza y cuello <sup>(1)</sup>. El cáncer de laringe representa el 3,5% de tumores malignos diagnosticados anualmente a nivel mundial siendo responsable del 1% de la mortalidad por cáncer <sup>(2)</sup>. En la literatura podemos encontrar diferentes pero similares picos de incidencia que se encuentran entre la sexta y séptima década de la vida <sup>(3)</sup>, entre la quinta y la séptima <sup>(1)</sup>. Así mismo, la relación reportada entre hombres y mujeres es variable, con una relación 7:1 <sup>(4,5)</sup>. En Cuba se registra la mayor incidencia para hombres (14,2 casos por cada 100.000 habitantes), seguida de Armenia y Hungría. Mientras que en mujeres se registra una mayor incidencia en Turkmenistán (2 casos por cada 100.000 habitantes), seguida de Siria <sup>(4,5)</sup>.

Dentro de los factores de riesgo tenemos como factores principales el tabaco y el alcohol, siendo su efecto sinérgico cuando se combinan <sup>(6)</sup>. El efecto inflamatorio difuso originado por el alcohol en la vía aereodigestiva superior favorece la acción del tabaco, ocasionando la frecuente localización de tumores a nivel del vestíbulo laríngeo <sup>(7)</sup>. La infección por VPH (virus papiloma humano) ha sido ampliamente asociada al cáncer laríngeo. Los serotipos 16, 18, 31 y 33 son de mayor riesgo de malignidad, aunque su detección es variable (8- 60%) <sup>(8)</sup>. Los serotipos 16 y 33 de VPH se han detectado en el 40% de las células tumorales de laringe mediante el método de PCR <sup>(8)</sup>. Hay cierto escepticismo en relación a la ERGE (enfermedad por reflujo gastroesofágico) y el RFL (reflujo faringo laríngeo) como factores de riesgo

(3). Se reporta que el ERGE duplica el riesgo de cáncer de laringe en un estudio de análisis multifactorial<sup>(9)</sup>. Con respecto a factores ambientales y laborales, la exposición a micropartículas de metales y productos de combustión del diésel, humos de ácido sulfúrico, alquitranes y otros pueden tener mayor riesgo en ésta patología<sup>(10)</sup>. Se ha reportado que los trabajadores de la madera tendrían también un mayor riesgo<sup>(11)</sup>.

Los signos y síntomas varían según la localización, el tamaño y la profundidad de invasión. En comparación con las lesiones glóticas, las tumoraciones supraglóticas son relativamente indolentes por lo que se diagnostican en una fase más avanzada de la enfermedad<sup>(12)</sup>. Los tumores supraglóticos presentan inicialmente disfagia, odinofagia, otalgia refleja (lesión del nervio de Arnold, rama vagal) y parestesias faríngeas; causando tardíamente disnea y esputos hemoptoicos<sup>(7)</sup>. Los tumores glóticos presentan precozmente disfonía y voz irritativa; y más tardíamente disnea, disfagia y odinofagia<sup>(7)</sup>. Mientras que en los subglóticos se obstruye la luz traqueal causando disnea o, más tardíamente, afecta la cuerda vocal produciendo disfonía<sup>(7)</sup>. Los tumores transglóticos no presentan signos precoces y su sintomatología corresponden a los tardíos de cualquier localización<sup>(7)</sup>.

Para clasificar el cáncer laríngeo, se debe determinar su extensión topográfica: supraglótico, glótico, subglótico o transglótico. Este último es aquel que inicia en la supraglotis o en la subglotis y se extiende luego al área glótica, o inicia en la glotis y se extiende a la supraglotis o subglotis o ambas.

Con respecto a la estadificación de tumores laríngeos, la evaluación rutinaria incluye la laringoscopia para definir la localización y afectación funcional. Además, la evaluación imagenológica permite determinar el grado de afectación condral y evaluar la posible extensión a otras estructuras. El sistema de clasificación TNM (tumor-ganglios- metástasis) del *American Joint Committee for Cancer* (AJCC) y el reagrupamiento por estadios constituyen un indicador pronóstico (Anexo 1)<sup>(13)</sup>.

Al momento de diagnóstico, el 51% se encuentra localizado, el 29% con propagación regional mientras que un 15% presenta metástasis a distancia<sup>(14)</sup>. Se reportan diferencias con respecto a la a distribución topográfica del cáncer laríngeo. En Estados Unidos y Reino Unido, con mayor asociación al tabaquismo, es más frecuente la ubicación glótica en un 69%, supraglótica un 27% y subglótica un 4%<sup>(15)</sup>. Mientras que en Francia y en Europa del Sur, con mayor consumo de alcohol por habitante, predomina la ubicación supraglótica (60%), frente a los de la glotis (30%)<sup>(15)</sup>.

La biopsia es necesaria para confirmar el diagnóstico. El 95% son carcinomas escamosos, constituyendo el resto los tumores de glándulas salivales menores, neuroepiteliales, tumores de tejidos blandos y más raro del esqueleto cartilaginoso laríngeo<sup>(1)</sup>. Según su grado de diferenciación, histológicamente pueden ser de dos tipos: diferenciados, con tendencia a producir más queratina formando característicamente globos córneos; o indiferenciados, donde las células tumorales no producen queratina y se organizan cordialmente<sup>(7)</sup>.

*National Cancer Institute* reporta en EEUU una sobrevivencia a los 5 años según estadio al diagnóstico de 60,6% en todos los estadios combinados, 77,7% en estadios localizados, 45,4% en propagación regional y 33,8% en metástasis a distancia <sup>(16)</sup>. Existen factores que influyen en la decisión terapéutica: la extensión del tumor, afectación de la comisura anterior, nódulos metastásicos, así como la edad, ocupación, preferencias y compliance del paciente<sup>(17)</sup>.

En el Perú, *Globocan* reporta que en el 2018 se diagnosticaron 276 casos nuevos de cáncer de laringe y se registraron 136 muertes por esta causa. No existen datos locales acerca de la caracterización de los pacientes con cáncer de laringe, las cuales pueden variar según de un país a otro. Variando así el manejo y el pronóstico. Esta patología suele estar asociada a un contexto socioeconómico desfavorable, donde la atención sanitaria se vea mermada y los hábitos alimentarios, el alcoholismo y la exposición al tabaco y otros carcinógenos ambientales prevalezcan <sup>(18)</sup>. El manejo de las tumoraciones a este nivel puede conllevar a mutilaciones cosméticas y funcionales afectando la calidad de vida en los que sobrevivan.

La importancia de los tumores de cabeza y cuello, principalmente de la laringe que es un área crítica, hace necesario contar con información completa y actualizada de nuestra población. Así, realizar posteriormente el análisis que permita la planificación y evaluación de medidas de control. Se estima una reducción en la mortalidad por cáncer, en países como Francia, en la última década. Esto asociado al impacto conjunto de políticas de prevención y diagnóstico más precoces, así como de una optimización del tratamiento<sup>(19)</sup>.

Por lo expuesto, se decide realizar el trabajo de investigación en el Hospital Cayetano Heredia, que es un establecimiento de salud de Nivel III y centro de referencia a nivel nacional. Siendo el propósito caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes con cáncer de laringe.

### **III. OBJETIVOS**

Planteamiento del problema:

¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer de laringe en el Hospital Cayetano Heredia en el periodo marzo 2017 – febrero 2020?

Objetivos generales:

- Conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer de laringe en el Hospital Cayetano Heredia en el periodo marzo 2017 – febrero 2020?

#### Objetivos específicos:

- Describir la presentación clínica, signos y síntomas, más prevalentes en pacientes con cáncer de laringe en el Hospital Cayetano Heredia en el periodo marzo 2017 – febrero 2020.
- Identificar los factores de riesgo más frecuentes de los pacientes con diagnóstico de cáncer de laringe en el Hospital Cayetano Heredia en el periodo marzo 2017 – febrero 2020.
- Determinar la media del tiempo de enfermedad hasta su visita al hospital en pacientes con cáncer de laringe en el Hospital Cayetano Heredia en el periodo marzo 2017 – febrero 2020.
- Establecer estadio y localización más frecuente en cáncer de laringe en el Hospital Cayetano Heredia en el periodo marzo 2017 – febrero 2020.
- Establecer el tipo histológico más frecuentes en cáncer de laringe en el Hospital Cayetano Heredia en el periodo marzo 2017 – febrero 2020.

#### **IV. MATERIAL Y MÉTODO**

##### 1. Diseño del estudio

Es un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal.

Es descriptivo, ya que el factor de estudio no es controlado por el investigador, ya que éste se limita a observar y registrar.

Retrospectivo, porque el inicio del estudio es posterior a los hechos estudiados y los datos son recogidos de archivos (historias clínicas).

Transversal, debido a que el sujeto en investigación representa un momento en el tiempo.

##### 2. Población

Pacientes con diagnóstico de cáncer laríngeo atendidos en el servicio de Oncología y Cirugía Oncológica del Hospital Cayetano Heredia de Lima, desde el 01 de Marzo del 2017 hasta el 29 de Febrero de 2020.

##### Criterios de Selección:

- Pacientes mayores de 18 años
- Datos completos en la historia clínica para la Ficha de Recolección de Datos: edad, sexo, factores de riesgo, síntomas de ingreso, reporte tomográfico, diagnóstico histopatológico.

### 3. Muestra

Se incluirán todos los casos que cumplan con los criterios de selección durante el periodo de tres años. No se recurrirá al muestreo.

#### 4. Definición operacional de variables

<b>VARIABLE</b>	<b>DESCRIPCIÓN OPERACIONAL</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>REGISTRO</b>
Sexo	Sexo genético	Independiente	Cualitativa, categórica, nominal	Masculino Femenino
Edad	Edad del paciente en la primera consulta	Independiente	Cualitativa, ordinal	≤40 41-49 50-59 60-69 70-79 ≥80
Tiempo de enfermedad	Tiempo desde el inicio de síntomas hasta la primera consulta en el servicio	Dependiente	Cuantitativa, continua	En meses
Signos/Síntomas	Manifestaciones que motivaron la consulta según lo registrado en la historia clínica en las consultas y/o historia de hospitalización	Dependiente	Cualitativa, nominal	Disfonía Disfagia Disnea Odinofagia Otalgia Nódulos cervicales Otro
Factores de riesgo	Según lo registrado en la historia clínica en las consultas y/o historia de hospitalización	Independiente	Cualitativa, nominal	Tabaco Alcohol Diagnóstico previo papilomatosis laríngea Diagnóstico previo de leucoplasia/eritroplasia laríngea

				RFL/ERGE Exposición a sustancias irritantes
Localización de la lesión	Según informe de laringoscopia	Dependiente	Cualitativa, nominal	Subglótico Glótico Supraglótico Transglótico Indeterminado
Variedad histológica	Según informe de patología	Dependiente	Cualitativa, nominal	Carcinoma escamoso Adenocarcinoma Carcinoma quístico adenoideo Carcinoma mucoepidermoide Otro
Grado de diferenciación	Según informe de patología	Dependiente	Cualitativa, ordinal	Bien diferenciado Moderadamente diferenciado Poco diferenciado Indiferenciado
Estadaje	Según categorización por Oncología	Dependiente	Cualitativa, ordinal	0 I II III IV

## 5. Procedimientos y técnicas

Se revisarán las historias clínicas tanto físicas como virtuales: controles por consultorio externo, historia clínica de hospitalización, pruebas diagnósticas de imágenes, informes de patología, informes de procedimientos (laringoscopias), reportes de cirugía (laringoscopia de suspensión), informes de hospitalización.

Se incluirá a toda la población en el estudio que cumplan los criterios de selección. Una vez identificadas las historias clínicas se aplicará la ficha de recolección de datos, a través del Formulario del Google Drive (Anexo 2). Dicho formulario alimentará una Hoja de Cálculo de Google Drive (Anexo 3) donde posteriormente será procesado estadísticamente.

## 6. Aspectos éticos del estudio

Antes de ejecutarse este proyecto debe ser aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Además, debe contar con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Cayetano Heredia para solicitar el acceso a las Historias Clínicas físicas y digitales.

La identificación del paciente permanecerá en el anonimato.

Se declara que no hay conflicto de intereses.

## 7. Plan de análisis

La información obtenida de las historias clínicas y procesadas estadísticamente obteniendo las variables: las frecuencias relativas y absolutas, la media y la razón.

Los datos serán sometidos a un análisis estadístico bajo los siguientes procedimientos:

- Almacenamiento en una Hoja de Cálculo de Google Drive
- Procesamiento con el programa estadístico SPSS, versión 22.0.0

## V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shah J, Patel S, Sinh B, Wong R, Jatin Shah's Head and neck surgery and oncology. Larynx and Trachea. 5th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier. 2020; p. 365-439.
2. Cantrell RW. **The current status of laryngeal cancer.** En: Inouye T, Fukuda H, Sato T, Hinohara T, editores. Recent advances in bronchoesophagology. Amsterdam: Excerpta Medica; 1990. p. 3–12.
3. Myers J, Hanna E. **Cancer of the Head and Neck.** 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2016.
4. World Health Organization (WHO). GLOBOCAN, International Agency for Research on Cancer (IARC); 2014.  
Disponibile en:  
[\[https://gco.iarc.fr/\]](https://gco.iarc.fr/)
5. Wunsch V. **The epidemiology of laryngeal cancer in Brazil.** Sao Paulo Med J 2004; 122(5): 188-94.
6. Watkinson J, Gilbert RW. **Stell & Maran's Textbook of Head and Neck Surgery and Oncology.** London: Hodder Arnold; 2012.
7. Basterra J. **Otorrinolaringología y patología cervicofacial.** 22.<sup>a</sup> edición. Elsevier España, S.L.U. 2015; p. 307-311.
8. Torrente MC, Rodrigo JP, Maigentz M. **Human papillomavirus infections in laryngeal cancer.** Head Neck. 2011; 33:581–6.
9. Vaezi MF, Quaddeer MA, Lopez R. **Laryngeal cancer and gastroesophageal reflux disease: a case-control study.** Am J Med 2006; 119:768–76.
10. Elwood JM, Pearson JC, Skippen DH, Jackson SM. **Alcohol, smoking, social and occupational factors in the etiology of cancer of the oral cavity, pharynx and larynx.** Int J Cancer 1984; 34:603–12.
11. Pollan M, Lopez Abente G. **Wood-related occupations and laryngeal cancer.** Cancer Detect Prev 1995; 19:250–7
12. Townsend C, Beauchamp R, Evers B, Mattox K. **Sabiston Tratado de Cirugía.** Fundamentos Biológicos de la Práctica Quirúrgica moderna. 20.<sup>a</sup> edición. Elsevier España, S.L.U. 2018; p. 789-818.

13. Barnes L, Tse LY, Hunt JL. World Health Organization. Classification of Tumors. Tumors of the hypopharynx, larynx and trachea: introduction. En: **Pathology and Genetics of Head and Neck Tumors**. Lyon: IARC Press; 2005. p. 111–62.
14. Harrison LB, Sessions RB, Kies MS. **Head and Neck Cancer - A multidisciplinary approach**. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015
15. Robin PE, Powell J, Holme GM. Incidence. En: **Cancer of the larynx** (clinical cancer monographs). New York: Stockton Press; 1989. p. 64–5.
16. Surveillance, Epidemiology, and En Results. National Cancer Institute. SEER 18; 2010-2016.  
Disponible en:  
[\[https://seer.cancer.gov/statfacts/html/laryn.html \]](https://seer.cancer.gov/statfacts/html/laryn.html)
17. Horn S, Ozsahin M, Lefèbvre J-L, Horiot J-C, Lartigau E. **Larynx preservation: what is the standard treatment?** Crit Rev Oncol Hematol 2012; 84: e97–e105.
18. Maier M, Tisch M. **Epidemiology of laryngeal cancer: results of the Heidelberg case control study**. Acta Otolaryngol [suppl] 1997; 527:160–4.
19. Marninchi D, Cerf N, Bousquet PH. **Dynamique d'évaluation des taux de mortalité des principaux cancers en France**. Plan Cancer 2009–2013. Institut National du Cancer, 2010; p. 62.

## **VI. PRESUPUESTO**

La recolección de datos se realizará en formato digital por lo que se reducirán los gastos en papelería al mínimo.

<b>ITEM</b>	<b>TOTAL (SOLES)</b>
Equipos, software y servicios técnicos	100
Transporte	200
Materiales de papelería y escritorio	50
Material bibliográfico y fotocopias	50
Refrigerios	100
Varios e imprevistos	100
<b>TOTAL</b>	<b>600 SOLES</b>

Los recursos ascienden a un monto de seiscientos soles. La presente investigación será autofinanciada por del mismo investigador.

## VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	TIEMPO ESTIMADO					
	M A Y O	J U N I O	J U L I O	A G O S T O	S E P T I E M B R E	O C T U B R E
Elección del tema	X					
Diagnóstico del problema	X					
Planteamiento del problema	X					
Formulación de objetivos	X					
Justificación	X					
Fundamentación teórica	X					
Diseño de instrumentos de recolección de información	X					
Cronograma y recursos	X					
Aprobación del proyecto de investigación		X				
Solicitud de aprobación al Comité de Ética de la UPCH			X			
Solicitud de aprobación al Comité del HCH			X			
Solicitud de Acceso a Historias Clínicas				X		
Recolección de datos				X		
Evaluación y análisis de resultados				X	X	
Retroalimentación y ajustes finales					X	
Revisión del proyecto final					X	
Presentación y difusión de resultados						X

## VIII. ANEXOS

### 1. Clasificación TNM de la American Joint Committee for Cancer Staging and End Results Reporting (AJCC) del cáncer de laringe.

#### a. Estadíos T de los carcinomas supraglóticos.

Tx: el tumor no se puede evaluar
T0: ausencia de tumor primario demostrado
T1: tumor limitado a una localización supraglótica con laringe móvil
T2: tumor extendido a la mucosa de más de una localización supraglótica, o de la supraglotis y de la glotis, o de la supraglotis y de otra localización (por ejemplo, vallécula) con laringe móvil
T3: tumor limitado a la laringe con cuerda vocal fija y/o afectación de la región retrocricóidea y/o del espacio preepiglótico
T4: T4a, tumor extendido al cartílago tiroideo y/o a los tejidos del cuello, a la glándula tiroidea o al esófago; T4b, tumor extendido al espacio prevertebral, al mediastino o al eje carotídeo

#### b. Estadíos T de los carcinomas glóticos.

T1: tumor limitado al plano glótico móvil (pero puede alcanzar la comisura anterior o posterior)
T1a: tumor limitado a una cuerda vocal; T1b: tumor que afecta a las dos cuerdas vocales
T2: tumor extendido a la supraglotis y/o a la subglotis y/o con movilidad alterada
T3: tumor limitado a la laringe con cuerda vocal fija
T4: T4a, tumor extendido al cartílago tiroideo y/o fuera de la laringe (tráquea, glándula tiroidea, etc.); T4b, ídem a nivel supraglótico

#### c. Estadíos T de los carcinomas subglóticos.

Tx, T0, Tis: ídem a los carcinomas glótico y supraglótico
T1: tumor limitado a la subglotis
T2: tumor extendido al plano glótico, con movilidad cordal alterada o normal
T3: tumor limitado a la laringe con fijación de la cuerda vocal
T4: T4a, tumor extendido a los cartílagos cricoides o tiroideos y/o fuera de la laringe; T4b: ídem a nivel supraglótico

d. Estadíos N de las adenopatías cervicales metastásicas.

Nx: las adenopatías cervicales no se pueden evaluar
N0: ausencia de adenopatía cervical demostrada (clínica y pruebas de imagen)
N1: adenopatía cervical única homolateral $\leq 3$ cm de diámetro mayor (las adenopatías de la línea media se consideran homolaterales)
N2: adenopatía cervical de 3-6 cm
N2a: adenopatía cervical única homolateral
N2b: adenopatías cervicales múltiples homolaterales
N2c: adenopatías cervicales múltiples contralaterales o bilaterales
N3: adenopatía cervical de más de 6 cm de diámetro mayor

e. Estadíos M de las metástasis a distancia.

Mx: las metástasis a distancia no se pueden evaluar
M0: ausencia de metástasis a distancia
M1: presencia de metástasis a distancia

f. Clasificación por grupos de estadíos.

<b>Estadio 0</b>	Tis	N0	M0
<b>Estadio I</b>	T1	N0	M0
<b>Estadio II</b>	T2	N0	M0
<b>Estadio III</b>	T1, T2	N1	M0
	T3	N0N1	M0
<b>Estadio IV<sub>A</sub></b>	T1, T2, T3	N2	M0
	T4a	N0, N1, N2	M0
<b>Estadio IV<sub>B</sub></b>	T4b	Cualquier N	M0
	Cualquier T	N3	M0
<b>Estadio IV<sub>C</sub></b>	Cualquier T	Cualquier N	M1

## 2. Formulario

### Cáncer de laringe

Número de Registro

Tu respuesta

Sexo

- M  
 F

Edad

- ≤40 años  
 41-50 años  
 51-60 años  
 61-70 años  
 71-80 años  
 ≥ 80 años

Factores de Riesgo

- Tabaco  
 Alcohol  
 Diagnóstico previo de papilomatosis laríngea  
 Diagnóstico previo de leucoplasia, eritroplasia laríngea  
 Reflujo faringo laríngeo / ERGE  
 Exposición a sustancias irritantes

Síntomas/Signos

- Disfonia  
 Disfagia  
 Disnea  
 Odinofagia  
 Otagia  
 Nódulos cervicales  
 Otro: \_\_\_\_\_

Localización de la lesión

- Subglótico  
 Glótico  
 Supraglótico  
 Transglótico  
 Indeterminado

Variedad histológica

- Carcinoma escamoso  
 Adenocarcinoma  
 Carcinoma quístico  
 Carcinoma mucoepidermoide  
 Otro: \_\_\_\_\_

Grado de diferenciación

- Bien diferenciado  
 Moderadamente diferenciado  
 Poco diferenciado  
 Indiferenciado

3. Ficha de recolección de datos.

*fx* |

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Número de Registro	Sexo	Edad	Tiempo de enf.	Factores de Riesgo	Síntomas/Signos	Localización	Variedad histológica	Grado de diferenciación	Estadio
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										