



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
POSTGRADO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

**INCIDENCIA DE TUMORES DE PARTES BLANDAS EN
EL MIEMBRO SUPERIOR EN PACIENTES DEL
SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA**

**(TRABAJO ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN REQUISITO PARCIAL PARA
OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN TRAUMATOLOGÍA Y
ORTOPEDIA)**

Asesor:

Dr. Lemarx Rojas.

CO- Asesor:

Dr. Erasmo Torres.

Autor

Dra.: Centeno, Daniela.

C.I.: 23346740

Cumaná, noviembre de 2022.



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
POSTGRADO CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ”
CUMANÁ – ESTADO SUCRE

**INCIDENCIA DE TUMORES DE PARTES BLANDAS EN MIEMBRO
SUPERIOR EN PACIENTES DEL SERVICIO DE
TRAUMATOLOGÍA**

CERTIFICADO APROBATORIO DEL TRABAJO DE GRADO PRESENTADO
COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA.

Dr. Lemarx Rojas
C.I: 8.441.235
Asesor

Dra. Isabella Villalba
C.I: 10.835.266
Jurado

Dra. Daniela Centeno
C.I: 23.346.740
Autor

Dr. César Bonilla
C.I: 8.436.674
Jurado

Cumaná; 16 de noviembre de 2022



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO SUCRE
HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ”
POSTGRADO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
CUMANÁ- SUCRE
VICERRECTORADO ACADÉMICO
CONSEJO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Núcleo de: SUCRE

Postgrado en CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

CEPNS-N°

ACTA DE DEFENSA DE TRABAJO DE GRADO

Nosotros, DraLemarx Rojas, DralsabellaVillalba, Dr. Cesar Bonilla, integrantes del Jurado Principal designado por la Comisión Coordinadora del Programa de Postgrado en TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA para examinar el Trabajo de Grado titulado: **INCIDENCIA DE TUMORES DE PARTES BLANDAS EN MIEMBRO SUPERIOR EN PACIENTES DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA** Presentado por la **Dra. Daniela Alejandra Centeno Figueroa**, con cédula de identidad N° 23.346.740, para optar al grado de ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA, hacemos constar que hemos examinado el mismo e interrogado al postulante en sesión privada celebrada hoy, **16/11/2022**, a las **08:00 am**, en el Salón de Reuniones de Clínica Oriente.

Finalizada la defensa del trabajo por parte del postulante, el Jurado decidió APROBARLO, por considerar, sin hacerse solidario de las ideas expuestas por el autor, que el mismo se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado de la Institución.

En fe de lo anterior se levanta la presente Acta, que firmamos conjuntamente con el Coordinador de Postgrado en CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA.

En la ciudad de CUMANÁ a los DIECISEIS días del mes de NOVIEMBRE del DOSMIL VEINTIDOS.

Jurado Examinador:

Prof. Dr. Lemarx Rojas (Asesor) _____

Prof. IsabellaVillalba. _____

Prof. Cesar Bonilla _____

Coordinador de Programa de Postgrado:
DR. Franklim Rivero

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
POSTGRADO CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ”
CUMANÁ – ESTADO SUCRE

ABSTRACT

Upper limb tumors, despite being an infrequent pathology; represent a challenge for health personnel in any area or specialty. It is important to know the type of tumor when defining behavior and marking the prognosis, which is why various protocols must be taken into account that allow us to stage the lesion, decide the treatment to apply, as well as the possible consequences in terms of the functionality of the upper limb. It is notorious that the location of such lesions; It occurs in the interphalangeal joints of the fingers, the distal third of the forearm, and the wrist. **OBJECTIVE:** To determine the incidence of soft tissue tumors in the upper limb in patients from the traumatology service **Methods:** Prospective, cross-sectional, experimental study type, Made up of 15 patients with a clinical and imaging diagnosis of a soft tissue tumor of the upper limb. Taking into account histological variants, race, sex, age and location of tumors. **Results:** Predominantly female sex, predominance was observed between 40-60 years of age, correlating the race with the tumor pathologies of the upper limbs, it showed a much higher incidence in the white race, as far as the location of the tumors was determined. that these have a predominance in the interphalangeal joints, in addition to the forearm in its distal third. **Conclusion:** Tumors of the upper limbs with characteristics of neovascularization were the most frequent in this study, in their benign and malignant variants. This study established that soft tissue tumors with malignant characteristics are the most significant. The outstanding histological variant was the giant cell tumor of the tendon sheaths, both extensor; as flexor. Upper limb soft tissue tumors are predominant between the fourth and sixth decades of life. The gender with the highest

number of cases of upper limb tumors was female, although the difference was insignificant. The white race had a higher number of cases of tumors in the upper limb. The distal forearm and the interphalangeal joints are the frequent sites of tumor pathologies of the upper limb.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
POSTGRADO CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ”
CUMANÁ – ESTADO SUCRE

INCIDENCIA DE TUMORES DE PARTES BLANDAS EN EL MIEMBRO SUPERIOR EN PACIENTES DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

RESUMEN

Los tumores de miembro superior, a pesar de ser una patología infrecuente; representan un reto para el personal de salud en cualquier área o especialidad. Es importante conocer el tipo de tumoración a la hora de definir conducta y marcar el pronóstico, es por esto que se deben tomar en cuenta diversos protocolos que nos permitan estadificar la lesión, decidir el tratamiento aplicar, así como las posibles consecuencias en cuanto a la funcionalidad del miembro superior. Es notorio, que la ubicación de tales lesiones; se presenta en las articulaciones interfalángicas de los dedos, antebrazo en su tercio distal, y la muñeca. **OBJETIVO:** Determinar incidencia de tumores de partes blandas en el miembro superior en pacientes del servicio de traumatología **Métodos:** Tipo estudio prospectivo, transversal de tipo experimental, Constituida por 15 pacientes con diagnóstico clínico e imagenológicos de tumor de partes blandas de miembro superior. Tomando en cuenta, variantes histológicas, raza, sexo, edad y localización de las tumoraciones. **Resultados:** Sexo predominante femenino, se observó predominio entre los 40-60 años de edad, correlacionando la raza con las patologías tumorales de miembros superiores arrojó, mucha mayor incidencia en la raza blanca, en cuanto, a la ubicación de los tumores, se determinó que estos tienen predominio en las articulaciones interfalángicas, además de antebrazo en su tercio distal. **Conclusión:** Los tumores de miembros superiores con características de neovascularización, fueron lo más frecuentes en este estudio, en sus variantes benignos y malignos. Este estudio, estableció que los tumores de partes blandas con características malignas, son los de mayor significancia. La variante histológica, resaltante fue el tumor de células gigantes de las vainas tendinosas, tanto extensora; como flexora. Los tumores de partes blandas de miembro superior, son

predominantes entre la cuarta y sexta décadas de la vida. El género, con mayor número de casos de tumores de miembro superior fue el femenino, aunque la diferencia fue insignificante. La raza blanca, tuvo mayor número de casos de afecciones tumorales en el miembro superior. El antebrazo distal, y las articulaciones interfalángicas, son los sitios de asiento frecuente de las patologías tumorales de miembro superior.

ÍNDICE

ABSTRACT	iii
RESUMEN.....	v
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vii
AGRADECIMIENTO	viii
DEDICATORIA	ix
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	9
Objetivo General	9
Objetivos Específicos.....	9
METODOLOGÍA	11
Diseño de Investigación:	11
Tipo de Investigación:	11
Población:.....	11
Muestra:.....	11
Criterios de Exclusión:	12
Técnicas e instrumentos de recolección de datos:.....	12
Materiales	12
Métodos.....	13
Técnica Quirúrgica.....	13
Análisis estadístico de los datos	15
Sistemas informáticos empleados para el manejo y análisis de los datos	15
TABLAS Y GRÁFICOS	16
RESULTADOS	25
DISCUSIÓN	26
CONCLUSIONES	28

RECOMENDACIONES	29
ANEXOS	30
BIBLIOGRAFÍA	33
HOJAS DE METADATOS	37

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Distribución de las características histológicas de los tumores benignos de partes blandas en miembro superior	16
Tabla N° 2: Distribución de las características histológicas de tumores malignos de partes blandas en miembro superior.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla N° 3: Distribución de acuerdo a benignidad y malignidad, según género, de Tumores de partes blandas en Miembro Superior.....	18
Tabla N° 4: Distribución de las variantes histológicas más frecuentes, según género (femenino) de los Tumores de Partes Blandas en el Miembro Superior.....	19
Tabla N° 5: 5 Distribución de las variantes histológicas más frecuentes, según género (masculino) de los Tumores de Partes Blandas en el Miembro Superior..	20
Tabla N° 6: Distribución según grupo etarios, de pacientes con Tumores de Partes Blandas en el Miembro Superior.	21
Tabla N° 7: 7 Distribución según el género, de los pacientes con Tumores de partes blandas en Miembro superior.....	22
Tabla N° 8: Distribución según la raza, de los pacientes con Tumores de partes blandas en Miembro superior.....	23
Tabla N° 9: Distribución por género, de zona más afectada por tumores de partes blandas en miembro superior.	24

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Distribución de las características histológicas de los tumores benignos de partes blandas en miembro superior.	16
Gráfico N° 2: Distribución de las características histológicas de tumores malignos de partes blandas en miembro superior.	¡Error! Marcador no definido.
Gráfico N° 3: Distribución de acuerdo a benignidad y malignidad, según género, de Tumores de partes blandas en Miembro Superior.	18
Gráfico N° 4: Distribución de las variantes histológicas más frecuentes, según género (femenino) de los Tumores de Partes Blandas en el Miembro Superior.	19
Gráfico N° 5: Distribución de las variantes histológicas más frecuentes, según género (masculino) de los Tumores de Partes Blandas en el Miembro Superior.	20
Gráfico N° 6: Distribución según grupo etarios, de pacientes con Tumores de Partes Blandas en el Miembro Superior	¡Error! Marcador no definido.
Gráfico N° 7: Distribución según el género, de los pacientes con Tumores de partes blandas en Miembro superior.	¡Error! Marcador no definido.
Gráfico N° 8: Distribución según la raza, de los pacientes con Tumores de partes blandas en Miembro superior.	¡Error! Marcador no definido.
Gráfico N° 9: <u>Distribución por género, de zona más afectada por tumores de partes blandas en miembro superior.</u>	¡Error! Marcador no definido.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme la fuerza, la perseverancia y la sabiduría para la realización de este trabajo, por llevarme por el camino de la confianza y no dejarme caer.

A el Dr Erasmo Torres, mi primer tutor y motivador, por guiarme en este proyecto, por su paciencia, exigencia, sus recomendaciones y por las enseñanzas más allá de las líneas de este trabajo.

A el DrLemarx Rojas, mi tutor, por su colaboración y ayuda en la realización de este proyecto, por su paciencia, y por siempre estar allí en los momentos más complejos, con la mejor disposición.

Al Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá Centeno”, y todo el personal que en ella labora, quienes con dedicación y esfuerzo forjan profesionales con valores y sentido de pertenencia. Especial mención a nuestros profesores quienes nos impartieron la enseñanza necesaria para concluir este proyecto.

A la Universidad de Oriente la Casa más alta, la que se convirtió en nuestra casa por 3 años más, que nos acogió como jóvenes con sueños, y que ahora nos entrega al mundo como profesionales responsables del futuro del país.

A los pacientes, por su amable colaboración, en la realización de esta investigación, su receptividad y disposición, fueron las piezas clave para lograr el objetivo. Por último, a todas las personas que indirecta o directamente en algún momento colaboraron con este proyecto, ya sea con compañía, consejos o ánimos, les estamos infinitamente agradecidas.

Autora

DEDICATORIA

A Dios pilar fundamental de todos mis logros, por demostrarme que la fe es el más grande acto de amor, que las victorias a veces están disfrazadas de derrotas, por darme la sabiduría, la fortaleza y la paciencia necesaria para culminar este proyecto.

A mi madre, por ser mi apoyo incondicional, todo lo que soy es gracias a ti, por los valores que siempre me has inculcado, por poner todo tu empeño y esfuerzo en que yo llegara a este lugar, por sostenerme cuando desmaye y retarme cada vez que caía, por creer siempre en mí, incluso más que yo misma, por las palabras de aliento, por enseñarme a ser valiente a pesar de las adversidades, por tus consejos vida y por escuchar con atención mil veces lo mismo, por la paciencia, por todo, Gracias mamá. Te amo. A mi padre por ser mi mayor motivo para entrar a la carrera y convertirme en lo que soñamos juntos, sé que desde el cielo enviabas las fuerzas y bendiciones que me permitieron continuar y lograr mis objetivos, un abrazo infinito Papi.

A mi hermano gracias por ofrecerme ayuda y darme palabras de aliento cuando fueron necesarios, por alentarme e instarme a superarme a mí misma. A mí cuñada Jormery y mis sobrinos Daniel Rafael, Alejandro y José Daniel gracias por enseñarme a combatir con sonrisas y amor todos los males, por convertirse en una fuente de apoyo que me permitió seguir pese a lo difícil de la situación en qué vivíamos.

A la Familia Galvis Márquez, gracias por aceptarme en su familia como hija y hermana, se convirtieron en fuerza y voluntad que me impulsaron a seguir cada día, enseñándome que hay más en dar que en recibir, sin ustedes no hubiese sido posible continuar, los quiero.

A mis amigos, Christian, Elda, Johelen; han sido fundamentales, por ayudarme a mantenerme siempre humilde, y a que no importa que tan distantes estemos nunca

estaremos ausentes por siempre ser la barrera que está detrás, en el éxito y en la derrota, Gracias.

A mis compañeras de compañeros de postgrado, Xavier, Paola, Dayris y Carlos Javier, por acompañarme en esta travesía más allá de las páginas de este trabajo; me llevo sin duda los más valiosos recuerdos, gracias por acompañarme a través de alegrías y tristezas, desvelos, de proyectos y de sueños, por las anécdotas, por tanto, los quiero.

Al DrLemarx Rojas, quién en todo momento nos impartía sus conocimientos, sin ningún tipo de reticencia, quién nos llevó a explorar nuestras habilidades más allá de lo que podíamos imaginar, muy exigente y crítico; siempre gracias Doc, personas cómo usted son ideales para estudiantes en formación, por eso de ahora en adelante lo mantendré orgulloso “Paíto”.

Y a todas esas personas que conocí a lo largo de la carrera y de la vida, profesores, compañeros, residentes, personal del Hospital, tantas personas, cada una de ellas dejó una huella imborrable en mi vida, enseñándome que cada individuo que se cruza en tu camino lo hace más llevadero, te deja enseñanzas, conocimientos, anécdotas, frases y hasta nuevas costumbres, lo que te conlleva a ser mejor cada día.

Daniela A. Centeno F

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas las enfermedades relacionadas con respuesta humoral, incluyendo los tumores, se han manifestado como uno de los problemas médicos , que más han llamado la atención en lo que a materia de salud pública se refiere, lo que ha devenido en el alto auge de afección que ha impactado a los habitantes del globo terráqueo, sin diferenciar entre grupos etarios, género, estatus socioeconómico, entre otros; problemática que ha contribuido, de manera significativa, a la carga global de enfermedad, afectando a personas en todas las comunidades del mundo, constituyéndose, según informe elaborado en el año 2014 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), “en la principal causa de enfermedad y discapacidad entre los adultos de ambos sexos, de edades comprendidas entre los 45 y los 68 años”¹. “Actualmente se estima que afecta a 3 millones de personas”².

Especialistas en el área de oncológica, tanto médica como quirúrgica, en los últimos años, han mostrado especial interés ante la presencia de problemas de salud de este tipo, en adultos a tempranas edades, los cuales se ven sometidos a distintos estímulos ambientales, genéticos, entre otros, que lo hacen más propensos a sufrir este tipo de manifestaciones, de enfermedades tumorales, volviéndose, con el transcurrir de los años, en afecciones, cada vez más frecuentes.

El cáncer, o la aparición de lesiones de aspecto tumoral, se originan cuando las células comienzan a crecer sin control. Casi cualquier célula del cuerpo puede convertirse en una neoformación, y crear tumores, y éstos, a propagarse a otras áreas.

Existen muchos tipos de tumores de los tejidos blandos, pero no todos son cancerosos. En los tejidos blandos se descubren muchos tumores benignos. “La palabra “benigno” significa que no se ha comprobado un potencial que sea nocivo al huésped que lo desarrolla. Estos tumores no se pueden propagar a otras partes del

cuerpo”³. Algunos tumores de tejidos blandos se comportan de maneras que están entre un tumor canceroso, y uno no canceroso. A éstos se les llama tumores de tejidos blandos intermedios.

Cuando la palabra sarcoma es parte del nombre de una enfermedad, esto significa que el tumor es maligno (canceroso). Un sarcoma es un tipo de cáncer que se origina en tejidos, como los huesos o los músculos. Los sarcomas de tejidos óseos y blandos son tipos principales de sarcoma. Los sarcomas de tejidos blandos se originan en tejidos blandos, como los tejidos adiposos, musculosos, nerviosos y fibrosos, así como en los vasos sanguíneos, o los tejidos profundos de la piel. Éstos, pueden encontrarse en cualquier parte del cuerpo. “La mayoría de los sarcomas se originan en los brazos o en las piernas. Además, se pueden encontrar en el tronco, la cabeza y el área del cuello, los órganos internos y el área trasera de la cavidad abdominal (conocida como retro peritoneo). Los sarcomas no son tumores comunes”⁴.

Los tumores de la extremidad superior suponen un bajo porcentaje dentro de los tumores en general del cuerpo humano. “Las características anatómicas de las extremidades superiores representan un reto quirúrgico a la hora de conjugar la radicalidad con la preservación funcional de la extremidad”⁵.

Por el contrario, la estructura proximal del miembro superior presenta otras características anatómicas y dimensiones, que permite extirpaciones más amplias y es, además, asiento favorito de tumores de poca malignidad o benignos. “Con estas premisas, es de suponer que el pronóstico global de esta localización sea más favorable que el del resto de la extremidad”⁶.

Existe una variada serie de patologías de tipo cancerosa que afectan los miembros superiores, y dentro de ellas abarcan patologías que se evidencian también a nivel de distintos tejidos ya sea: piel, hueso, articulaciones, músculos.

El melanoma es un tipo de cáncer de piel que se origina cuando los Melanocitos, las células que dan color característico de cada persona a la piel, una vez que éstas comienzan a crecer fuera de control. El melanoma es mucho menos frecuente que otros tipos de cánceres de piel. Pero es de sumo cuidado, porque es mucho más probable que se propague a otras partes del cuerpo, si no se descubre y se trata a tiempo.

La mayoría de los cánceres de piel comienzan en la capa superior de la piel, llamada epidermis. Existen tres tipos principales de células en esta capa:

- Células escamosas: éstas son células planas localizadas en la parte más superficial (externa) de la epidermis, que se desprenden constantemente a medida que las nuevas células se forman en las capas más profundas.
- Células basales: estas células están en la parte inferior de la epidermis, llamada capa de células basales. Estas células se dividen constantemente para reemplazar las células escamosas que se descaman de la superficie de la piel. A medida que estas células se desplazan hacia la epidermis se vuelven más planas, y con el tiempo se convierten en células escamosas.
- Melanocitos: éstas son las células que se pueden convertir en melanoma. Normalmente producen el pigmento marrón llamado melanina, lo que hace que la piel tenga un color moreno o bronceado. La melanina protege las capas más profundas de la piel contra los efectos nocivos del sol.

La epidermis está separada de las capas más profundas de la piel por la membrana basal. Cuando un cáncer de piel se vuelve más avanzado, por lo general atraviesa esta barrera e invade las capas más profundas.

Otros cánceres de piel de tipo no melanoma son mucho menos comunes que los cánceres de células basales y escamosas, y se tratan de maneras diferentes. Algunos de estos son: Carcinoma de células de Merkel, Sarcoma de Kaposi, Linfoma cutáneo (piel), Tumores de los anexos de la piel (tumores que se originan en los folículos pilosos o en las glándulas de la piel) En conjunto, estos tipos representan menos de 1% de todos los casos de cáncer de piel.

“Cuando el paciente concurre a la consulta médica, ya está anexado al cuadro clínico, la aparición sostenida y en dependencia del tipo de tumor existente se incluirán otros síntomas. Se solicitan estudios de acuerdo a la sospecha, ya que en el Servicio de traumatología se tomará un especial énfasis en la presencia de afectación ósea, ya las lesiones que se estarán desplazando hacia musculatura, fascia entre otros”⁷. Para esto:

Tabla VI. Criterios de masa sospechosa

• Masa mayor de 5 cm. • Localización profunda (subfascial). • Dolorosa. • Crecimiento rápido.
--

Generalmente, si la lesión existente en piel no está friable o extendida se solicitan estudios de imagen: rayos x del segmento, ecosonograma, inclusive en casos que se ameriten, GAMMAGRAFÍA, para descartar la existencia de agresividad del tumor existente, si se considera el primario.

A los pacientes que carecían de biopsia previa se les realizó biopsia con aguja gruesa (BAG) ciegas, o En caso de información insuficiente se practicó biopsia incisional con las consiguientes precauciones situada en el eje mayor de la futura extirpación, lo más atraumática posible evitando hematomas, en caso de drenaje su trayecto debe ser también extirpado y obtenida de la zona más representativa).

Radiológicamente las lesiones primarias fueron estudiadas con ecografía y, prácticamente, de manera obligatoria, con resonancia magnética nuclear (RMN) de la zona afecta. En ocasiones radiografía (Rx) simple o tomografía axial computarizada (TAC). Para los estudios de extensión se realizó TAC total body (cérvico-tóraco-abdomino-pélvico). “Cuando se evidencia en alguno de estos estudios una lesión, se procederá a tomar en cuenta sus características y el sustento es la clínica asociada. Se decidirá la conducta en consonancia de los hallazgos clínicos, imagenológicos, biopsias, entre otros”⁸.

Tabla III. Indicaciones de amputación

- Afectación severa de ejes vasculares.
- Afectación severa de ejes nerviosos. El sacrificio de 1 nervio mayor es aceptable, el de 2 es tolerable, y con 3 ejes nerviosos sacrificados la amputación es la mejor solución.
- Fractura patológica con grave contaminación tumoral de partes blandas.
- Infección peritumoral o en el abordaje de biopsia que no pueda ser controlable o desbridable.

El objetivo quirúrgico perseguido fue garantizar al máximo la radicalidad quirúrgica necesaria, preconizando, en lo posible, la cirugía conservadora del miembro. Los márgenes quirúrgicos obtenidos se clasificaron siguiendo a Enneking.

Tabla IV. Márgenes quirúrgicos (Enneking)

- Compartimentales: resección en bloque de todo el compartimento muscular implicado.
- Amplios: >2.5 cm o barrera anatómica intacta.
- Marginales: <2.5 cm sin afectar pseudocápsula.
- Intralesionales: márgenes quirúrgicos positivos.

En cuanto a los protocolos posteriores de manejo, pues se solicita ayuda multidisciplinaria a través de las distintas ramas como lo son: la cirugía oncológica y

médica, para evaluar tanto los márgenes de resección, como los pasos que se deben seguir, ya una vez se realice la cirugía en el miembro superior.

Tabla VII. Requisitos para cirugía conservadora de miembros

- Misma posibilidad de recidiva local que una amputación.
- La supervivencia no debe verse afectada.
- Funcionalidad conservada, evitando múltiples intervenciones y periodos de rehabilitación prolongados.

Establecimiento de la continuidad del tratamiento, que, de forma certera, ameritan pacientes con éste tipo de lesiones.

Tabla V. Indicación de radioterapia externa o braquiterapia (GEIS)*

1. Después de la extirpación de recidiva local independientemente del tamaño de la lesión o de los márgenes obtenidos.
2. Re-escisiones tras intervenciones quirúrgicas no planificadas, independientemente de que exista o no tumor en la pieza quirúrgica.
3. Tumores primarios de tamaño igual o superior a 5 cm y de alto grado (G3), aun obteniendo márgenes de cirugía amplia.
4. En piezas quirúrgicas con bordes afectos o insuficientes y en los que la reintervención no puede plantearse (infiltración de estructuras vitales adyacentes, negativa del paciente).

**Grupo Español de Investigación en Sarcomas. Oncología 2006; 29(6) 238 - 244*

En América Latina el estudio de esta problemática consideró, desde diversas aristas, no obstante, se torna complejo, hacer una descripción de manifestaciones tumorales en miembros superiores en pacientes adultos, debido a que muchos de los casos no reciben asistencia terapéutica pertinente, o no son diagnosticados fehacientemente, lo que abre un abanico de posibilidades para que éstas existan, presentándose, desde las más leves, a moderadas, y de éstas a severas, y que conducen en el peor de los casos al deceso del paciente, aseveración que se corresponde con lo expresado por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), “señalándolo como una

de las primeras diez causas de muerte a nivel mundial”⁹, según Micin “et al”, el 30% está dado por adultos mayores¹⁰

En Venezuela existe un sub-registro de Patologías tumorales, en vista del poco seguimiento o pérdida de secuencia por parte de los pacientes, a los diagnósticos ya establecidos por un profesional de salud, sin contar la numerosa población a la cual no se llegó a diagnosticar, en vista de los pocos recursos tanto institucionales como humanos, que difícilmente permitieron descubrir el caso de forma precoz. En nuestros hospitales existen equipos multidisciplinarios que funcionan a medias, esto debido a que en grandes hospitales en centros de ciudades no se encuentran los equipos e instrumentos para diagnóstico.

Por esto en Hospitales Venezolanos, se han realizado pequeños estudios en cuanto a tumoraciones en miembro superior, como el realizado en el Hospital Universitario de Caracas por Berreiros y Vásquez García, en el que indicaron: “que esta clase de patología que se consideró muy poco frecuente, es sumamente infra-diagnosticada y que cuando lo hace, se pueden establecer protocolos de tratamientos multidisciplinarios, pero lo fundamental es la correcta resolución quirúrgica con márgenes adecuados y tratamiento coadyuvante óptimo”¹¹.

En nuestro Hospital, no se han realizado protocolos de manejo que permitan obtener y facilitar: los hallazgos, diagnóstico y tratamiento de enfermedades tumorales en miembros superiores.

En sintonía con lo expuesto, no cabe duda de la gran importancia que tuvo el estudio de las patologías tumorales, y en específico, las de miembros superiores, haciendo especial énfasis en las manifestaciones más frecuentes, como población susceptible a dicha afección, con la finalidad de abordar el fenómeno en dicho contexto, por lo que analizar los factores socio demográficos de edad, género, sexo y raza de estos pacientes, resulta relevante y reviste un alto potencial, tanto por la

trascendencia que tienen estos problemas de salud, como para la institución, dadas las implicaciones prácticas y la pertinencia que esta temática representó, sobre todo en los actuales momentos, que requiere de instituciones más humanas, identificadas con la realidad en la que están inmersos sus pacientes, “las cuales no sólo tengan como prioridad, la calidad de la salud, sino la capacidad que tengan para dar respuestas satisfactorias que garanticen, no solo el acceso, sino el tratamiento, recuperación y rehabilitación necesarias”¹².

Desde estos basamentos, y en respuesta a una problemática de salud que afecta a pacientes que acuden al servicio de Traumatología del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, se planteó como propósito estudiar: INCIDENCIA DE TUMORES EN MIEMBRO SUPERIOR EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PATRICIO ALCALÁ AGOSTO 2020- AGOSTO 2022 CUMANÁ EDO. SUCRE

La incidencia de tumores de partes blandas en el miembro superior, es relativamente baja; sin embargo, las consecuencias del mal diagnóstico o tratamiento no oportuno, pueden ser catastróficas. Asimismo, la incidencia de lesiones malignas es muy baja. En nuestro país, no existe un registro formal, ni estadística, acorde, de estas lesiones y nuestro Estado no se escapa de esta situación; de allí la necesidad de estudiar las lesiones a fin de conocer su comportamiento

OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar incidencia de tumores de partes blandas en el miembro superior en pacientes del Servicio de Traumatología Hospital Universitario ANTONIO PATRICIO ALCALÁ Periodo Agosto 2020- Agosto 2022 Cumaná Edo. Sucre

Objetivos Específicos

1. Determinar las características histológicas de los tumores de partes blandas en el miembro superior en el Servicio de Traumatología Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá.
2. Clasificar, de acuerdo a benignidad y malignidad los Tumores de partes blandas en el Miembro Superior del Servicio Traumatología Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá.
3. Identificar la variable histológica más frecuente de los Tumores de Partes Blandas en el Miembro Superior del Servicio de Traumatología Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá.
4. Correlacionar la edad de los pacientes con tumores de partes blandas Miembro Superior del Servicio de Traumatología Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá.
5. Evidenciar el sexo de los pacientes con Tumores de partes blandas en el Miembro superior, del Servicio de Traumatología Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá.

6. Conocer la raza de los pacientes con Tumores de partes blandas en el Miembro superior del Servicio de Traumatología Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá
7. Constatar la zona del Miembro Superior más afectada por Tumores de partes blandas en pacientes del Servicio de Traumatología Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá.

METODOLOGÍA

Diseño de Investigación:

El diseño fue de campo, pues la información estuvo basada en hechos reales, tomados en el lugar donde se efectuó la investigación, en la sede del HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ” CUMANÁ, ESTADO SUCRE, EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA.

Tipo de Investigación:

Se realizó un estudio de tipo prospectivo, corte transversal y descriptivo, con la finalidad establecer la incidencia de tumores en miembro superior en pacientes del Hospital Universitario “Antonio Patricio De Alcalá” de Cumaná a cargo del servicio de cirugía ortopédica y traumatología.

Población:

En atención los lineamientos, la población de esta investigación estuvo integrada por los pacientes con patología tumoral en miembro superior en el servicio de Traumatología, HUAPA CUMANÁ. Es decir, se trabajó con una población finita, de 45 pacientes con esas características.

Muestra:

Estuvo representada por 15 pacientes con diagnóstico de tumor de partes blandas en miembro superior, a los cuales se les realizó exéresis del mismo; toma de biopsia y comprobación de su variante histológica

Criterios de Exclusión:

Se consideraron criterios de exclusión, los siguientes:

- Población pediátrica (ambos sexos)
- Tumores de partes óseas y otros
- Pacientes tratados anteriormente por la patología tumoral de miembro superior, pacientes en otros servicios del HUAPA.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

La selección de técnicas e instrumentos de recolección de información para la realización de estudios de este tipo, constituyen un factor determinante, y contribuyen en buena medida para que estos sean exitosos, por lo que tienen que ser lo más pertinentes e idóneos posibles. El método hace referencia al medio o camino a través del cual se establece la relación entre el investigador y el consultado, mientras que el instrumento es el mecanismo para recolectar y registrar la información. Para Puerta¹⁹, el término técnica implica la definición de una serie de pasos coherentes y

ientes pueden oscilar entre 0 y 1. Es importante señalar, que el coeficiente de 0 significa nula confiabilidad y 1 representa un máximo de confiabilidad (confiabilidad total).

Materiales

Historia Clínica Anexo 1

Consentimiento informado Anexo 2

Listado realizado por historias médicas de pacientes con Patología tumoral de miembro superior.

Instrumental quirúrgico.

Personal enfermería.

Personal médico.

Material descartable para toma de muestra.

MédicoAnatomopatólogo

Microsoft Word

Microsoft Excel

Microsoft Power Point.

Métodos

Consistió en la captación de pacientes con tumoraciones de miembro superior, con diagnóstico presuntivo, realizado por médicos del Servicio de Traumatología, Hospital Antonio Patricio de Alcalá.

Pacientes a los cuáles por hallazgos tanto, clínicos, como imagenológicos, se le diagnosticó presuntivamente, tumoración de partes blandas de miembro superior. Con adecuada, elaboración de historia clínica, tomando en cuenta antecedentes personales, familiares. Además, tomando en cuenta género, edad y raza.

Consentimiento informado realizado, antes de la intervención terapéutica, que denota compromiso con el estudio.

Decisión Terapéutica

Se tomó en consideración, el tamaño de la lesión, y la ubicación de la misma de para la exéresis y toma de biopsia, además de respetar márgenes de acuerdo al comportamiento invasivo

Técnica Quirúrgica

Bajo anestesia regional o e general inhalatoria, según sea el caso. Sin monitoreo neuromuscular, con monitoreo cardiorrespiratorio, con utilización de torniquete (depende de la ubicación), previo vaciado de retorno venoso de la extremidad, se efectúa abordaje.

Se procede a disección de plano adiposo y epidermis (FIGURA 1), se aborda lesión con exéresis parcial o total, acorde a requerimientos, con borde de seguridad de 5 y 6 (FIGURA 2) mm, se toma muestra para biopsia(FIGURA 3) y curetean bordes. Se comprueba, se realiza lavado y sutura por planos con Vycril 1,0mm para plano profundo y Nylon 3,0 mm para piel

Se envían muestras anatomía Patológica, y se obtienen resultados en 15 días hábiles, que corroboran diagnósticos plateados(FIGURA 4).



Figura 1

Técnica abordaje de tumor



Figura 2

Disección y exéresis de tumor



Figura 3

Lesión tumoral, amarillenta, bilobulada, células G.

Contenido tendinoso, aproximadamente 1,9cm

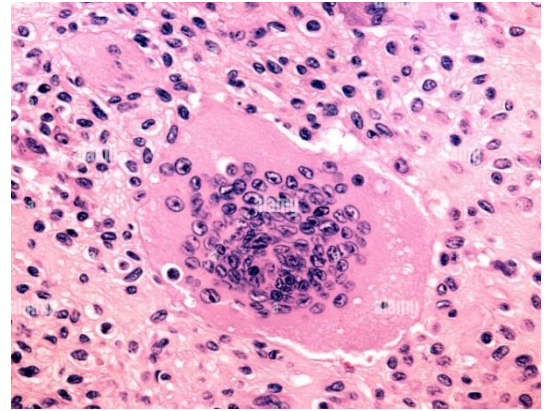


Figura 4

Mitosis activa, múltiples

Análisis estadístico de los datos

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante estadística descriptiva, determinando las frecuencias absolutas y relativas, relacionadas con los diferentes aspectos contemplados en los formularios aplicados como instrumentos de recolección de datos.

Sistemas informáticos empleados para el manejo y análisis de los datos

Una vez aplicados los instrumentos, los datos serán vaciados en el programa SPSS-22.0, para crear los datos de asociación y de cifras absolutas. Una vez organizada y jerarquizada toda la información obtenida, se procederá a tabularla y posteriormente presentarla en cuadros con sus respectivas representaciones gráficas, elaborados a través del programa de Microsoft Office Excel 2010.

TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla N° 1 Distribución de las características histológicas de los tumores benignos de partes en blandas en miembro superior

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS	FRECUENCIA (N)	P CENTAJE (%)
MITOSIS ACTIVA	3	42,9
NEOVASCULARIDAD	4	57,1
INVASIÓN A TEJIDO CIRCUDANTE	0	0
TOTAL	7	100%

Gráfico N° 1 Distribución de las características histológicas de los tumores benignos de partes en blandas en miembro superior

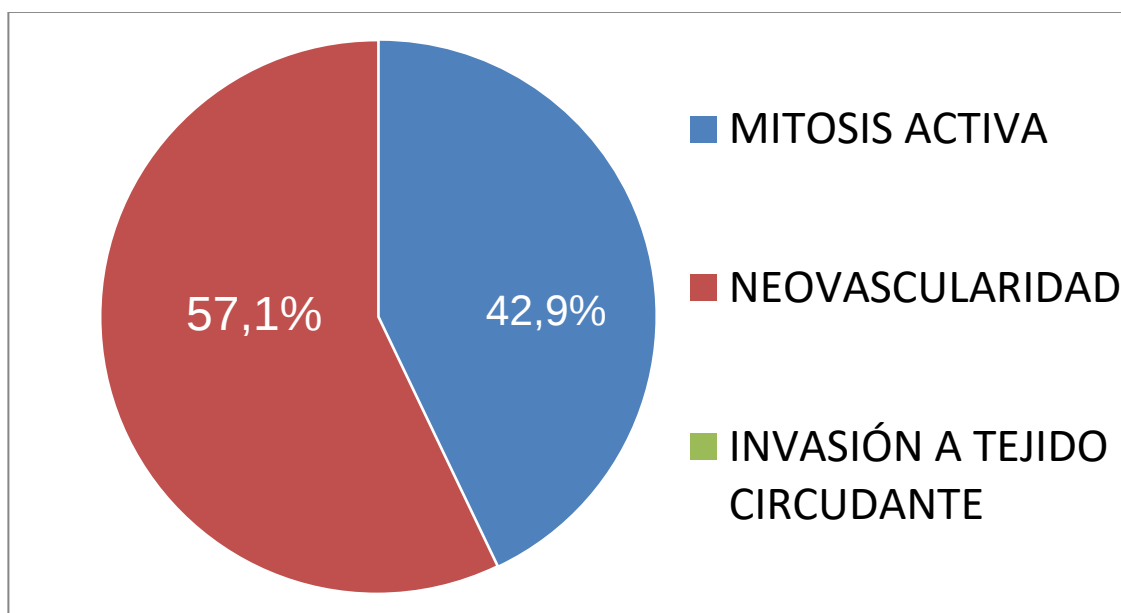


Tabla N° 2 Distribución de las características histológicas de los tumores malignos de partes en blandas en miembro superior

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS	FRECUENCIA (N)	P CENTAJE (%)
MITOSIS ACTIVA	3	37,5%
NEOVASCULARIDAD	4	50,0%
INVASIÓN A TEJIDO CIRCUDANTE	1	12,5%
TOTAL	8	100%

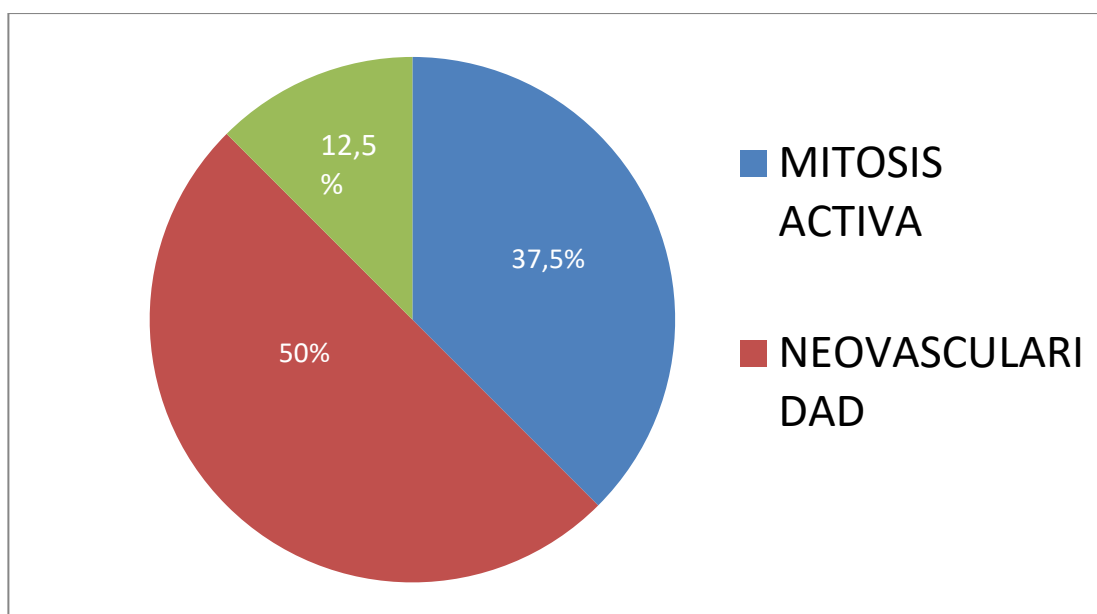


GRAFICO 2. Distribución de las características histológicas de los tumores de partes en blandas en el miembro superior, en pacientes masculinos.

Tabla N° 3 Distribución de acuerdo a benignidad y malignidad los Tumores de partes blandas en Miembro Superior

	PACIENTES FEMENINOS		PACIENTES MASCULINOS			
CLASIFICACIÓN	N	%	N	%	TOTAL	%
MALIGNOS	3	22,86	4	30,47	7	53,3
BENIGNOS	5	29,17	3	17,5	8	46,6
TOTAL	8	52,03	7	47,97	15	100

GRAFICO° 3 Distribución de acuerdo a benignidad y malignidad los Tumores de partes blandas en Miembro Superior.

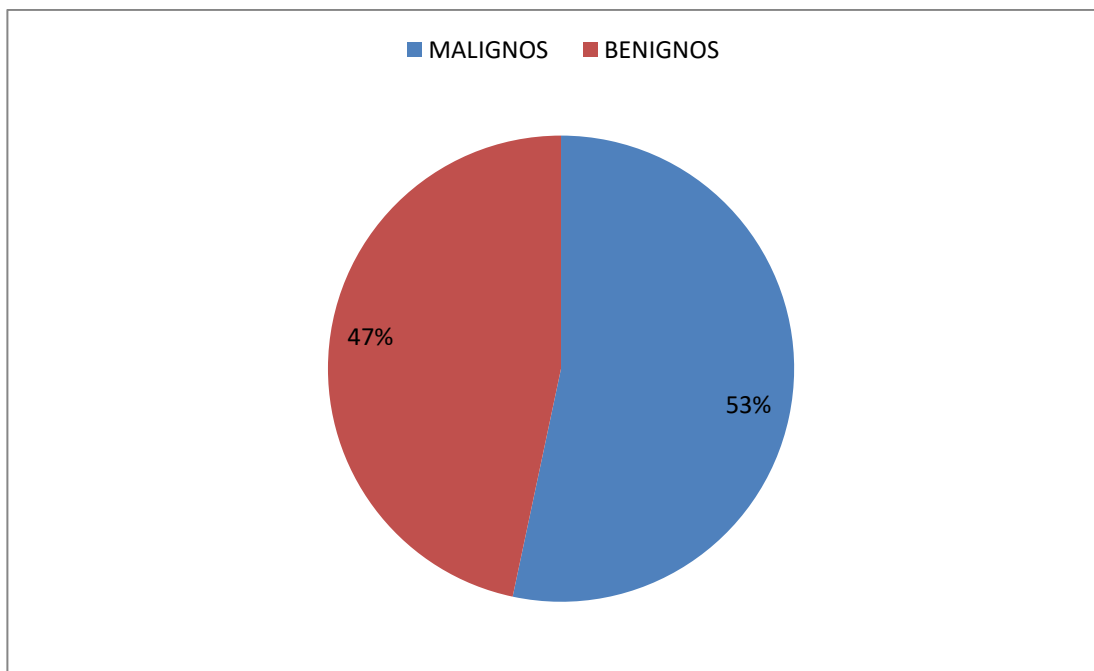


Tabla N° 4 Distribución de las variables histológicas más frecuentes, según género (femenino) de los Tumores de Partes Blandas en el Miembro Superior

VARIANTES HISTOLOGICAS	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
MELANOMA	2	25,0%
CARCINOMA BASOCELULAR	1	12,5%
CARCINOMA EPIDERMOIDE	1	12,5%
ARTROSINOVIOMAS	3	37,5%
TU CELULAS GIGANTES	2	25,0%
TOTAL	8	100%

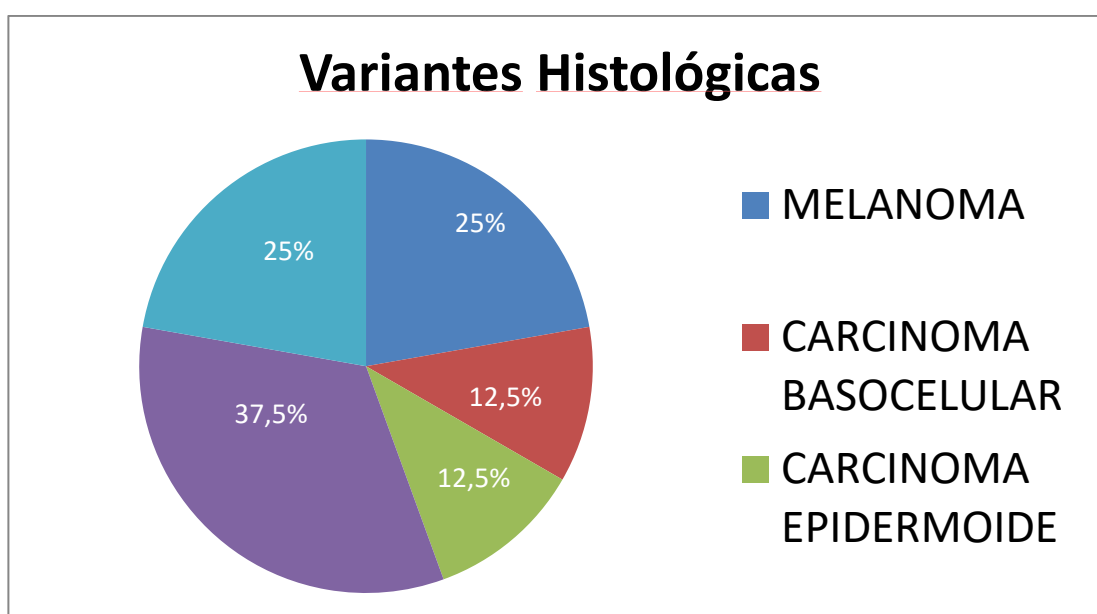


GRÁFICO N° 4 Distribución de las variantes histológicas más frecuentes, según género (femenino) de los Tumores de Partes Blandas en el Miembro Superior

Tabla N° 5 Distribución de las variables histológicas más frecuentes, según género (masculino) de los Tumores de Partes Blandas en el Miembro Superior

VARIANTES HISTOLOGICAS	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
MELANOMA	2	28,5%
CARCINOMA BASOCELULAR	1	14,3%
CARCINOMA EPIDERMOIDE	1	14,3%
ARTROSINOVIOMAS	1	14,3%
TU CELULAS GIGANTES	2	28,5%
TOTAL	7	100%

Gráfico N° 5 Distribución de las variables histológicas más frecuentes, según género (masculino) de los Tumores de Partes Blandas en el Miembro Superior

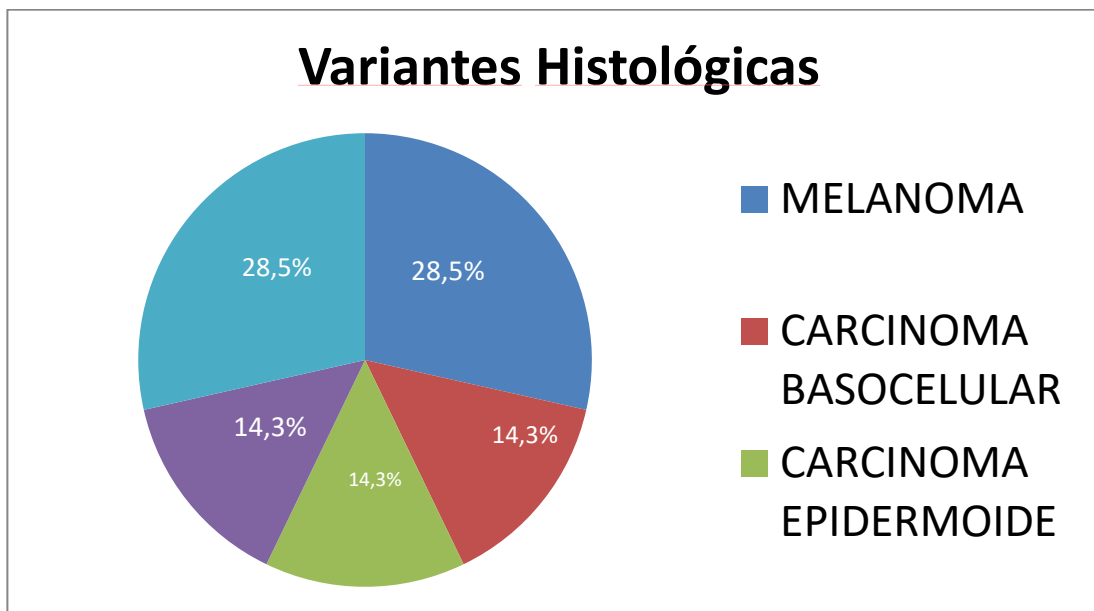


Tabla N° 6 Distribución por grupos etarios de los pacientes con tumores de partes blandas en Miembro Superior.

	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
GRUPO ETARIO	N	%	N	%	N	%
20-30	1	7,14	0	0	1	7,14
31-40	2	14,29	1	7,14	3	21,43
41-50	1	7,13	3	21,43	4	28,57
51-60	0	0	2	14,29	2	14,29
61-70	3	21,43	1	7,13	4	28,57
TOTAL	8		7		15	100%

GRAFICO N° 6 Distribución por grupos etarios, de los pacientes con tumores de partes blandas Miembro Superior

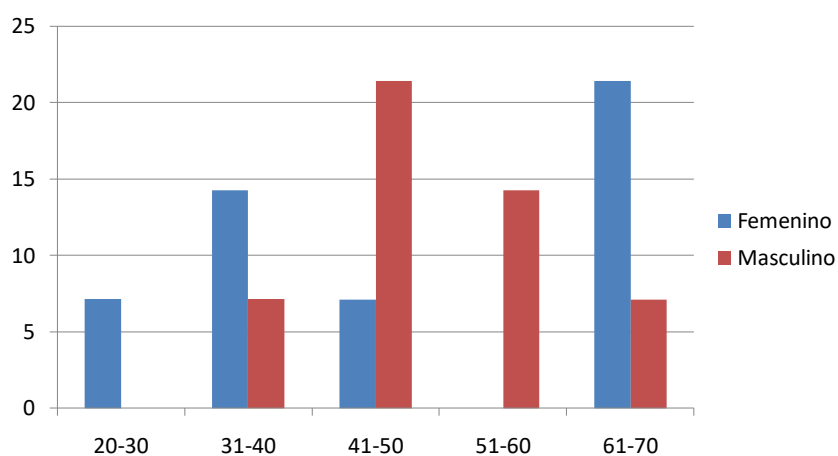


Tabla N° 7 Distribución según el género, de los pacientes con Tumores de partes blandas en Miembro superior.

GÉNERO	PACIENTES	
	N	%
FEMENINOS	8	53,33
MASCULINOS	7	46,67
TOTAL	15	100

GRÁFICO N° 7 Distribución según el género, de los pacientes con Tumores de partes blandas en Miembro superior.

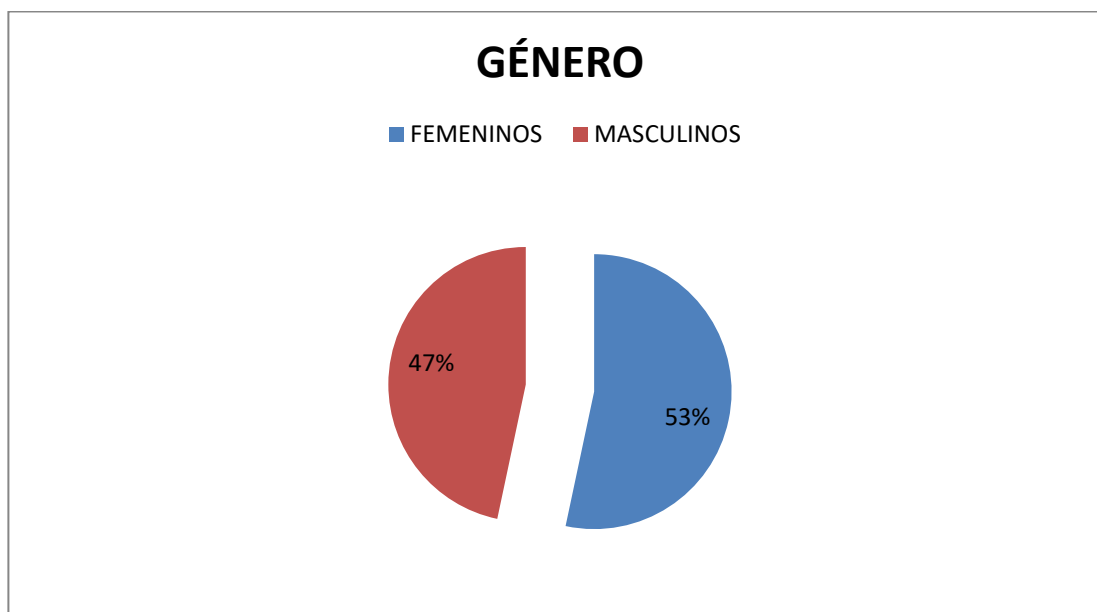


Tabla N°8 Distribución según la raza, de los pacientes con Tumores de partes blandas en Miembro superior.

RAZA	PACIENTES		TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
BLANCA	3	5	8	53,33
NEGRA	1	1	2	13,33
MESTIZA	3	2	5	33,33
TOTAL	7	8	15	100

GRAFICO N° 8 Distribución según la raza, de los pacientes con Tumores de partes blandas en Miembro superior.

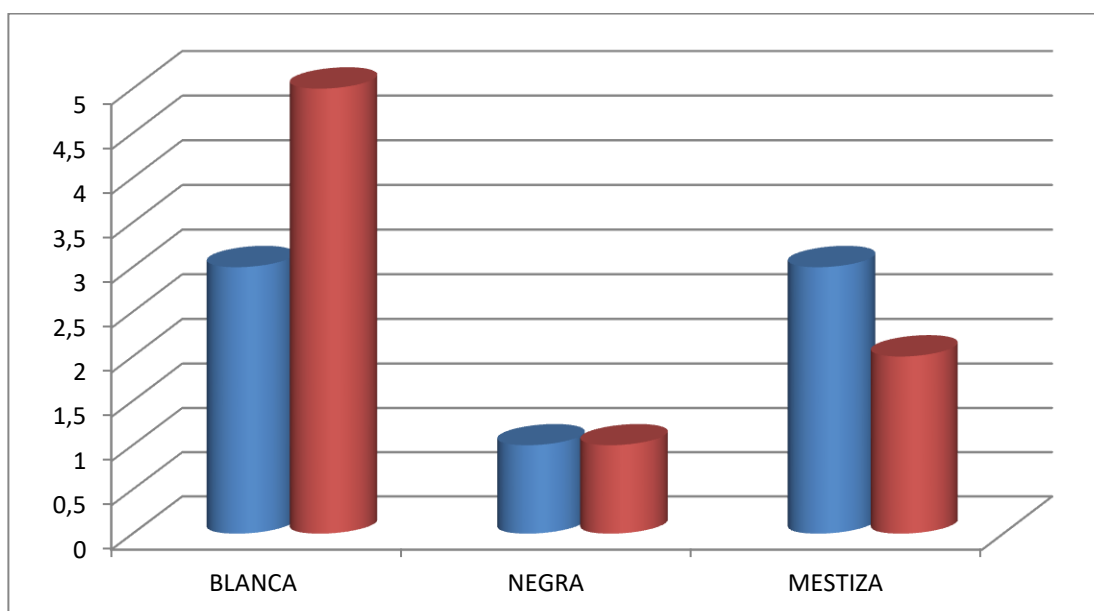
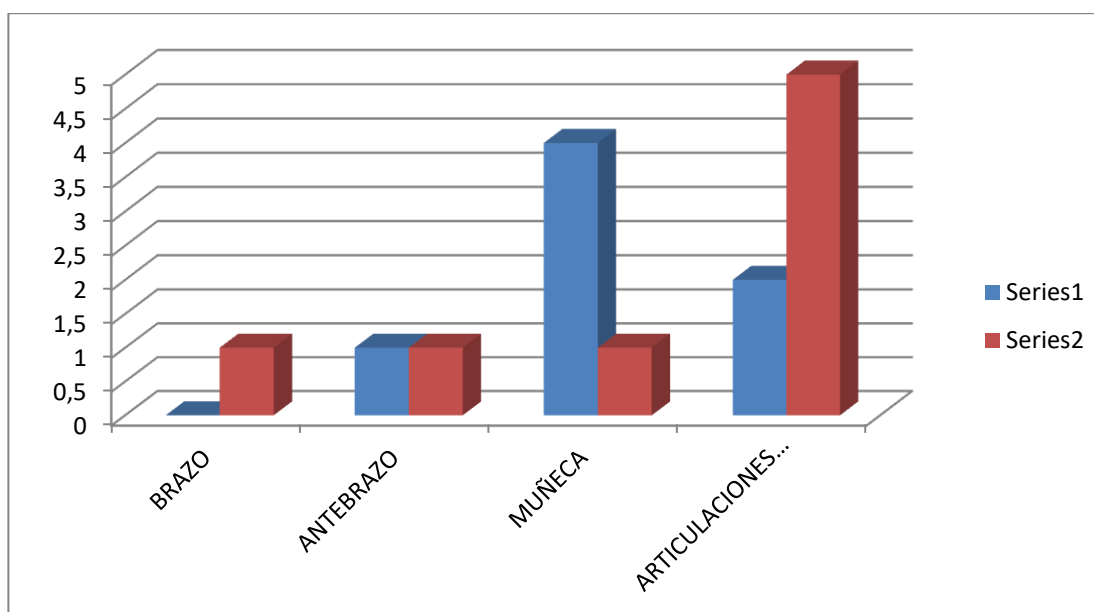


Tabla N° 9 Distribución según la zona del Miembro Superior más afectada por Tumores de partes blandas en miembro superior.

LOCALIZACIÓN	PACIENTES		TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
BRAZO	0	1	1	6,68
ANTEBRAZO	1	1	2	13,33
MUÑECA	4	1	5	33,33
ARTICULACIONES INTERFALGICAS	2	5	7	46,67
TOTAL	7	8	15	100

GRAFICO N° 9 Distribución según zona, del Miembro Superior más afectada por Tumores de partes blandas.



RESULTADOS

De acuerdo con los datos obtenidos, se pudo determinar que, para los tumores de partes blandas de miembro superior estudiados en el presente estudio, los cuales fueron 15, se determinó que estos son más frecuentes en el sexo femenino que masculino, sin embargo; no existió un predominio claro, además se obtuvo que de estos la mayor parte tienen características histológicas que los califican como benignos, aunque en ciertos casos se tengan patrones mixtos

En cuanto, a la ubicación de los tumores, se determinó que estos tienen predominio en las articulaciones interfalángicas, además de antebrazo en su tercio distal, siendo importante correlacionar esto con la variante histológica, más frecuente que fue tumor de células gigantes de la vaina tendinosa. La raza, sobre la que obtuvo con mayor frecuencia tumores de partes blandas fue la blanca, con un predominio entre la cuarta y quinta década de la vida para el sexo masculino y entre la quinta y sexta década para el femenino.

Algunos tumores localmente agresivos representan la característica histológica más frecuente en tumores malignos, mientras que la mitosis activa se obtuvo en la mayoría de los tumores clasificados benignos. Siendo importante destacar, que si bien son una patología poco frecuente en nuestro medio, suele ser limitante por lo tanto su adecuada diagnosis, nos permite establecer guías y protocolos para la correcta resolución y reintegración a la vida activa en la mayor parte de nuestros pacientes.

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio realizado, se pudo obtener que las patologías tumorales de miembro superior representan una serie de entidades que son más frecuentes, de lo que se registra. Estas tienen un patrón de mitosis activa importante en la histología, y con neovascularización establecida. Esto difiere de lo expresado por Lomer y Trent²⁷, en 2016, cuando en su estudio sobre tumores en antebrazo, hacen mención que la presencia de células tri y tetra nucleadas es la características más importante y resaltante de los tumores a este nivel.

Además en cuanto a su potencial maligno, fue más frecuente en el sexo femenino en relación a los estudiados masculinos. En relación a la benignidad, fue desplazada por los tumores con características malignas, siendo opuesto a lo expuesto por Piamon²⁸, en 2013 en Chile, quién describió que los tumores de partes blandas, son de características benignas; ya sea clínica e histológicamente.

Incluyendo estudios realizados en España, por Ninmer²⁹, en 2015, se obtuvo que un elevado porcentaje histológico de estos sean artrosinoviomas, que en este presente estudio fueron desplazados por los tumores de células gigantes de las vainas tendinosas, haciendo especial énfasis en las vainas extensoras de dedos de la mano.

Además, se obtuvo que los grupos etarios más comúnmente afectados son los que incluyen la cuarta y quinta década de la vida, para el género masculino; y quinta y sexta década de la vida para el femenino. Esto, en relación, a lo planteado por Sutrán³⁰, en su estudio sobre tumoraciones de partes blandas en adultos en 2017, difiere, debido a que ese estudio reportó, un rango etario que desde la tercera quinta década de la vida, para ambos géneros.

Los tumores de partes blandas, presentan un mayor frecuencia en el género femenino, según Sánchez³¹ en 2009, lo que tuvo concordancia con nuestro estudio, ya que el género más afectado fue el femenino.

Correlacionando la raza con las patologías tumorales de miembros superiores arrojó, mucha mayor incidencia en la raza blanca. Su preferencia por la raza también estuvo relacionada con la variante histológica más estudiada, que fueron en igual frecuencia los lipomas y tumor de células gigantes de las vainas tendinosas. Lo cual comparado con los estudios realizados por García M³², en 2012, se contradice ya que en cuanto a incidencia se describió preferentemente la raza negra, acompañado de un elevado porcentaje de concurrencia en el dedo índice mano no dominante, y en grupos etarios muy por debajo de los que se obtuvieron en el presente estudio.

Destacando en los resultados la ubicación anatómica de preferencia fue el tercio distal del antebrazo, muñeca y articulaciones interfalángicas de los dedos, teniendo un promedio más elevado de incidencia, cuando se trataba de dedo anular de la mano dominante del individuo estudiado. En contraparte, con lo estudiado por Kellam³³ en 2018, dónde arrojó, que los tumores de partes blandas de miembro superior de predilección en muñeca y articulaciones interfalángicas de dedos: índice, medio y pulgar en su zona palmar.

CONCLUSIONES

Luego del análisis de cada uno de los resultados se puede concluir:

- Los tumores de miembros superiores con características de neovascularización, fueron lo más frecuentes en este estudio, en sus variantes benignos y malignos.
- Este estudio, estableció que los tumores de partes blandas con características malignas, son los de mayor significancia.
- La variante histológica, resaltante fue el tumor de células gigantes de las vainas tendinosas, tanto extensora; como flexora.
- Los tumores de partes blandas de miembro superior, son predominantes entre la cuarta y sexta décadas de la vida.
- El género, con mayor número de casos de tumores de miembro superior fue el femenino, aunque la diferencia fue insignificante.
- La raza blanca, tuvo mayor número de casos de afecciones tumorales en el miembro superior.
- El antebrazo distal, y las articulaciones interfalángicas, son los sitios de asiento frecuente de las patologías tumorales de miembro superior.

RECOMENDACIONES

- Realizar un protocolo de manejo de pacientes con tumor de miembro superior, que incluya estudios de laboratorio, imágenes, además de un seguimiento interdisciplinarios,
- Basar las sospechas diagnósticas como servicio quirúrgico tanto en la clínica, como en la toma de biopsia.
- Estudiar las diferentes causas de este tipo de patologías, su etiología, en vista de que la funcionalidad del miembro superior se vería afectada, si no cumplimos la correcta y estadificación de lesiones.
- Fomentar a la institución y otros servicios, al correcto manejo de las lesiones ya sea en miembro superior, o cualquier segmento anatómico.

ANEXOS

Anexo I

Historia Clínica

Ficha de Identificación.

Nombre: (utilizar solo las iniciales del nombre a manera de abreviatura). _____

Registro # _____

Sexo _____ Edad _____ Cuarto _____ Sala _____

Ocupación _____

Motivo de Consulta _____

Antecedentes Personales Patológicos. (Detallará los antecedentes de importancia clínica, así como el tratamiento que recibe para cada situación comórbida y su duración)

Cardiovasculares _____ Pulmonares _____ Digestivos _____ Diabetes _____

Renales _____ Quirúrgicos _____ Alérgicos _____ Transfusiones _____

Medicamentos _____

Especifique _____

Antecedentes Personales No Patológicos (se anotará aquí lo relacionado a tabaquismo, uso de alcohol, así como diferentes adicciones y su duración, de igual forma se anotarán aquí, de requerirse, los antecedentes sexuales del paciente.)

Alcohol: _____

Tabaquismo: _____

Drogas: _____

Inmunizaciones: _____

Otros. _____

Antecedentes Familiares:

Padre: Vivo Si _____ No _____

Enfermedades que padece: _____

Madre: Viva Si _____ No _____

Enfermedades que padece: _____

Exploración física.

Signos Vitales. T.A. _____ (brazo derecho) T.A. (brazo izquierdo) _____ F.C. _____
Frec. Resp. _____ Temp. _____ Peso _____ Talla _____ IMC _____
(IMC= Índice de Masa Corporal)(la Tensión arterial deberá de ser tomada en 2 posiciones ej.: acostado y sentado)

Cabeza y Cuello _____

Tórax _____

Abdomen.

Extremidades.

Neurológico y Estado Mental

_____.

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado paciente, queremos invitarte a responder en forma voluntaria y por escrito, los procedimientos que realizaremos en beneficio de tu salud e investigación, la cual forma parte del estudio que realizamos, el cual lleva por título **Incidencia de tumores de partes blandas en el miembro superior, en pacientes del servicio de Traumatología Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá” período agosto 2020- agosto2022 Cumaná Edo. Sucre**, cuyo objetivo primordial, es la detección de manifestaciones tumorales en el miembro superior.

Toda la información derivada de tu participación en este estudio, tendrá un carácter eminentemente confidencial, de tal manera que tu identidad no se hará pública en ningún medio, ni aparecerá en la base de datos que utilizaremos. Los datos obtenidos serán utilizados, única y exclusivamente para los fines de la presente investigación, por lo cual te rogamos la mayor veracidad posible en tus respuestas.

En consideración de lo anterior, agradecemos tu valiosa colaboración para la realización de esta investigación. Si aceptas, por favor, marca tus datos personales y firma en la parte inferior de la hoja.

Firma

Yo, paciente del Hospital _____ Traumatología _____ expreso voluntaria y conscientemente mi deseo de participar en la realización de esta prueba.

Género: Femenino _____ Masculino _____ Edad: _____

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización mundial de la salud (O.M.S). New york: O.M.S; 1946.
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. (citado 20 de agosto de 2015)
2. Organización mundial de la salud. *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. New York: O.M.S; 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>. (Citado 6 de septiembre de 2015).
3. Rojas G y cols. Tratamiento de Sarcomas en pacientes adultos inmunodeficientes . Medigraphic. [Internet]. 2006. [Consultado May.-Jun 2014]. p. 97-101. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2006/or063c.pdf>.
4. Hungre D. Tumores en miembro superior, pacientes Trabajadores de Malum C.A Puerto, Príncipe Edición 1ª. Editorial Masson; 2003. p. 345 – 359
5. Caballo, V. y Simón, M. (2014). Manual de Tumores de Partes blandas. Trastornos generales. 1ra. Edición, Ediciones Pirámide. Madrid
6. Davis AM, Kandel RA, Wunder JS., et al. The impact of residual disease on local recurrence in patients treated by initial unplanned resection for soft tissue sarcoma of the extremity. J Surg Oncol 1997; 66:81-87.
7. Escobar, G. 2017. En Cea, K. Detección de tumores de partes blandas, hasta delimitar abordaje multidisciplinario facultad de medicina, Universidad Austral de Chile, primer semestre año 2017. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2006/fmc387d/doc/fmc387d.pdf>
8. Haseeb M y cols. Abordaje de pacientes con tumores de partes blandas, sin diagnóstico contemporizado. [Internet]. OrthopSurg (Hong Kong); 2018. [Consultado May-Aug 2018]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29890885/>.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). Health for the world's adolescents and adults Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/es/>

10. Micin, S y Bagladi, V. (2011) Salud Pública en Estudiantes Universitarios: Incidencia de tumoraciones en miembros superiores, estudiantes de Terapia psicológica, Vol. 29, N° 1, p. 53-64. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100006
11. García, M., Barreiros, C., (2017). Caracterización tumoraciones de partes blandas, Hospital Universitario de Caracas.(Venezuela) 3(1): 17-26, enero-junio.
12. National Institute for Health and Clinical Excellence. Improving outcomes for people with sarcomas. NIHC Cancer Service Guidance 2006. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/sarcomaFullGuidance.pdf>. [Links]
13. Hernández, D. Diseño y Elaboración de Cuestionarios para la Investigación Comercial. Madrid-España: Editorial Esic; 2001
14. Méndez, C. (2004). Metodología. Diseño y desarrollo del proceso de investigación. Bogotá: McGraw Hill.
15. Arias, F., Medina R. E, Alvarez B. N., La educación superior en Venezuela, Informe 2002 a IESALC-UNESCO Caracas, 2003. Consultado el 01.05.17
16. Vidal D. Diseño y Elaboración de Cuestionarios para la Investigación Comercial. Madrid-España: Editorial Esic; 2001.
17. Sánchez J. Metodología de la Investigación Científica y Tecnológica. Madrid-España: Editorial Díaz de Santos; 2004.
18. Martins A, Estrepo G, Bohórquez A, Pinto M, Gil L, Rondón S, Granados N. Trabajos científicos y dinámica de poblaciones Revista Panam Salud Publica, 2004; 16(6). <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n6/23682.pdf>. (Citado 21 de mayo de 2017).
19. American Psychiatric Association (APA). *sobre estudios científicos actuales*. 6° Ed. Barcelona: Masson; 2016.
20. Goldman, H. Recolección de datos científicos. 5a ed. Barcelona: Manual Moderno. 2001

21. Gilman SE, Kawachi I, Fitzmaurice GM, Buka SL. Socioeconomic status, family disruption and residential stability in childhood: relation to onset, recurrence and remission of major depression. *PsycholMed.* 2003;33:1341-55. Caballo, V. y Simón, M. (2002). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. 1ra. Edición, Ediciones Pirámide. Madrid
22. Baptista T, Valero E, Novoa D, Torres R. Prevalencia de datos nominados, en encuestas de estudio clínico-patológico 1999. 45(93): 17-27.
23. Bochero P, Mata J. Capítulo 109. Elementos viables para una Investigación científica. [Internet] 2012. [Consultado 10 de Nov 2012]. p. 513-517. Disponible: https://unitia.secot.es/web/manual_residente/CAPITULO%20109.pdf
24. Contreras, J., Hernández, L. y Freire, M., (2015). Validez de constructo del Inventario e historia clínica. *Terapia psicológica*, vol.33, No.3 Santiago. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082015000300004&script=sci_arttext
25. Sanz J, García M. Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de investigación de Beck-II (BDI-II). *Anual Psicología* 2013; 29 (1): 66-75. http://scielo.iscii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO212-97282013000100008&Ing=es (citado 18 diciembre 2017)
26. Método Graffar - Méndez y Castellano. Fundacredesa (2005). [En línea]. Disponible en: [http:// fundacredesa.org/ fundacredesa/tiki-page. Php? Page name=fam-metod.graff.](http://fundacredesa.org/fundacredesa/tiki-page.php?page=fam-metod.graff) (Consultado el 10 de noviembre de 2012).
27. Lomer M y cols. Histología práctica avanzada. [Internet]. Journal of pakistanorthopaedic association. [Internet] 2014 [Consultado noviembre

2014]; vol. 26; no. 3. Disponible en:
<http://jpoa.org.pk/index.php/upload/article/view/109>.

28. Piamón J. CLASIFICACIÓN DE TUMORES EN PARTES BLANDAS 2018. J Orthop Trauma.[Internet] 2018. [Consultado January 2018]; Volume 32. p. 24-27. Disponible:
<file:///C:/Users/usuario/AppData/Local/Temp/WPDNSE/%7BFFE45F92-F100-B7D6-A3C9-2D3217E9BCDA%7D/Clasificacion%20AO-OTA%202018.pdf>.
29. Ninmer J, Barton MD Jr, Conway SA., et al. Unplanned excision of soft-tissue sarcomas: current concepts for management and prognosis. J Bone Joint Surg Am. 2015,1; 97(7):597-603.
30. Sutrán CG, Bauer HCF Alvegard TA. Surgical margins, local recurrence and metastasis in soft tissue sarcomas: 559 surgically- treated patients from the Scandinavian Sarcoma Group Register. European Journal of Cancer, 2000; 36: 710-716. [[Links](#)]
31. Sanchez, B, Navaneethan A. Género más afectado por tumores de partes blandas [Internet] 2017 [Consultado March 2017]; vol. 3 (2). p. 181-183. Disponible en: <http://oaji.net/articles/2017/1874-1499686465.pdf>.
32. García, M., Cortés, C., Goicochea, V. y Lozano, T., (2003). Caracterización de la tumoración espontanea en miembros sanos, Pontificia Universidad Javeriana-Cali. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia) 3(1): 17-26, enero-junio. Disponible
33. Kellan AM, Kandel RA, Wunder JS., et al. The impact of residual disease on local recurrence in patients treated by initial unplanned resection for soft tissue sarcoma of the extremity. J Surg Oncol 1997; 66:81-87.

HOJAS DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	INCIDENCIA DE TUMORES DE PARTES BLANDAS EN EL MIEMBRO SUPERIOR EN PACIENTES DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código CVLAC / e-mail	
CENTENO FIGUEROA, DANIELA ALEJANDRA	CVLAC	23.346.740
	e-mail	Danielacentenof@gmail.com
	e-mail	
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	

Palabras o frases claves:

Especialistas, formación, capacitación, reglamento, postgrado.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Líneas y sublíneas de investigación:

Área	Sub área
Medicina	Traumatología y Ortopedia

Resumen (abstracto):

INTRODUCCIÓN: Los tumores de miembro superior, a pesar de ser una patología infrecuente; representan un reto para el personal de salud en cualquier área o especialidad. Es importante conocer el tipo de tumoración a la hora de definir conducta y marcar el pronóstico, es por esto que se deben tomar en cuenta diversos protocolos que nos permitan estadificar la lesión, decidir el tratamiento aplicar, así como las posibles consecuencias en cuanto a la funcionalidad del miembro superior. Es notorio, que la ubicación de tales lesiones; se presenta en las articulaciones interfalángicas de los dedos, antebrazo en su tercio distal, y la muñeca. **OBJETIVO:** Determinar incidencia de tumores de partes blandas en el miembro superior en pacientes del servicio de traumatología **Métodos:** Tipo estudio prospectivo, transversal de tipo experimental, Constituida por 15 pacientes con diagnóstico clínico e imagenológicos de tumor de partes blandas de miembro superior. Tomando en cuenta, variantes histológicas, raza, sexo, edad y localización de las tumoraciones. **Resultados:** Sexo predominante femenino, se observó predominio entre los 40-60 años de edad, correlacionando la raza con las patologías tumorales de miembros superiores arrojó, mucha mayor incidencia en la raza blanca, en cuanto, a la ubicación de los tumores, se determinó que estos tienen predominio en las articulaciones interfalángicas, además de antebrazo en su tercio distal. **Conclusión:** Los tumores de miembros superiores con características de neovascularización, fueron lo más frecuentes en este estudio, en sus variantes benignos y malignos. Este estudio, estableció que los tumores de partes blandas con características malignas, son los de mayor significancia. La variante histológica, resaltante fue el tumor de células gigantes de las vainas tendinosas, tanto extensora; como flexora. Los tumores de partes blandas de miembro superior, son predominantes entre la cuarta y sexta décadas de la vida. El género, con mayor número de casos de tumores de miembro superior fue el femenino, aunque la diferencia fue insignificante. La raza blanca, tuvo mayor número de casos de afecciones tumorales en el miembro superior. El antebrazo distal, y las articulaciones interfalángicas, son los sitios de asiento frecuente de las patologías tumorales de miembro superior.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código CVLAC / e-mail	
ROJAS ACEVEDO LEMARX JOSÉ	ROL	C A T J A S U U
	CVLAC	8.434.059
	e-mail	lemarxrojas@gmail.com
	e-mail	
	ROL	C A T J A S U U x
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
	ROL	C A T J A S U U x
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	

Fecha de discusión y aprobación:

Año	Mes	Día
2022	11	16

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

Nombre de archivo	Tipo MIME
P.G. Centeno F, Daniela A	Aplication/word

Alcance:

Espacial: _____ (Opcional)

Temporal: _____ (Opcional)

Título o Grado asociado con el trabajo:

Traumatología y ortopedia

Nivel Asociado con el Trabajo: Especialización

Área de Estudio: Medicina, Postgrado Traumatología y Ortopedia

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado: Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CUN°0975

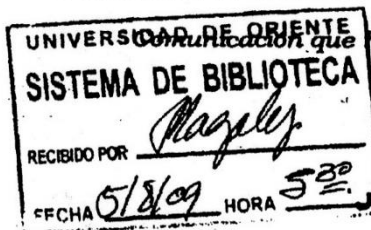
Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.



Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

JUAN A. BOLANOS CUNELA
Secretario



C.C.: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/marija

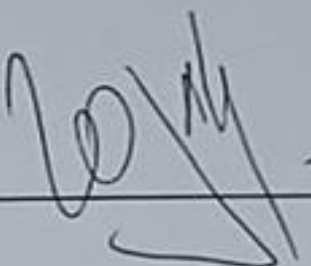
Apartado Correos 094 / Telfs: 4008042 - 4008044 / 8008045 Telefax: 4008043 / Cumaná - Venezuela

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso- 6/6

Artículo 41 del REGLAMENTO DE TRABAJO DE PREGRADO (vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009): "los Trabajos de Grado son de la exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente, y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien deberá participarlo previamente al Consejo Universitario para su autorización".

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Daniel Fenteno", written over a horizontal line.

AUTOR

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized loops and a long horizontal stroke, written over a horizontal line.

ASESOR