

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SEGUNDA ESPECIALIZACION EN MEDICINA HUMANA



MODALIDAD: RESIDENTADO MÉDICO

**PARA OBTENER EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL DE MEDICO ESPECIALISTA EN
ENDOCRINOLOGÍA**

TÍTULO:

**Valor diagnóstico de la clasificación Bethesda en pacientes
con nódulo de tiroides del Hospital Almanzor Aguinaga
Asenjo de Chiclayo.**

AUTOR:

PONCE VARGAS, ALDO

ASESOR:

MC. BURGOS HERRERA, HAROLD

Trujillo - 2019

A.- PRESENTACIÓN GENERAL:

1. Título del Proyecto:

Valor diagnóstico de la clasificación Bethesda en pacientes con nódulo de tiroides del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo.

2. - Autor:

Nombre: Aldo Ponce Vargas.

Facultad de Medicina Humana.

Unidad de Segunda Especialización.

DNI N° 43432608

Celular: 938120874

3.- Área de Investigación

Ciencias Clínicas

4.- Tipo de Investigación

Analítico, observacional, seccional transversal, de pruebas diagnósticas.

5.- Institución Y Lugar Donde Se Desarrollará El Proyecto:

Departamento de Medicina Interna – Servicio de especialidades médicas, Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo.

6.- Resumen del Proyecto:

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo determinar el valor diagnóstico de la clasificación Bethesda en pacientes con sospecha de cáncer de tiroides del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo.

Se realizará un estudio retrospectivo que valorará la clasificación Bethesda en pacientes con nódulo de tiroides del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo. La muestra está constituida por 60 pacientes, todos atendidos en el servicio de endocrinología durante el periodo del 2018 - 2019 y que cumplían los siguientes criterios de

inclusión : Pacientes mayores de 18 años, pacientes que tengan ecografía de tiroides realizada en el hospital, pacientes que se les realizó biopsia con aguja fina de tiroides de forma satisfactoria y pacientes que han sido sometidos a tratamiento quirúrgico y cuenten con resultado anatomopatológico. Asimismo los criterios de exclusión son: pacientes menores de edad y pacientes que tengan historia clínica incompleta con la ecografía de tiroides o no tengan resultado de biopsia de tiroides o no tengan el resultado de anatomía patológica.

El método de recolección de la muestra será constituido por la revisión de la historia clínica de pacientes con nódulo tiroideo atendidos en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo durante el periodo del 2018 - 2019 que cumplan los criterios de selección. Asimismo para determinar el tamaño muestral se aplicó la fórmula para estudios de prueba diagnóstica. Revisar las historias clínicas sirvió para definir la presencia del resultado satisfactorio de la BAAF de tiroides y el resultado anatomopatológico luego de la cirugía. Se precisó la presencia de variables del estudio en de la hoja de recolección de datos (anexo 1) la que fue llenada hasta completar el tamaño de la muestra y se recogió la información de estas a fin de elaborar la base de datos para proceder a realizar el análisis respectivo.

8. DURACION DEL ESTUDIO:

- Inicio : 01 de Noviembre del 2018.
- Fin : 30 de Octubre del 2019

B.- DETALLES DEL PROYECTO

1.- Descripción del Proyecto

- Planteamiento del problema:

De todas las neoplasias endocrinológicas, la más frecuente es el cáncer de tiroides, distinguiéndose 2 grupos principales: Cáncer diferenciado de tiroides que tiene su origen en las células foliculares, siendo este el más frecuente (aproximadamente el 90%). Mientras el cáncer no diferenciado de tiroides es el menos frecuente pero el de peor pronóstico. ¹.

En las últimas décadas la prevalencia del cáncer de tiroides ha aumentado en todas las regiones, siendo el cáncer de tiroides diferenciado el que tiene el mayor aumento. Los estudios reportan que este incremento ha sido a expensas del microcarcinoma papilar de tiroides (menores de 1 cm) y se ha explicado por el uso rutinario de la ecografía de tiroides que en los últimos décadas es más accesible. ².

Sin embargo es de resaltar que las tasas de mortalidad por cáncer de tiroides no han tenido un aumento debido al diagnóstico en estadios iniciales donde el tratamiento quirúrgico ha sido eficaz. ³.

Algunos autores han cuestionado el sobre diagnóstico principalmente en aquellos tumores menores de 1 cm que representan bajo riesgo de recidiva y también han cuestionado el sobretratamiento poniendo en consideración el riesgo beneficio de los tratamientos quirúrgicos empleados. ⁴.

Los nódulos de rápido crecimiento y la presencia de síntomas compresivos como disfonía, disfagia, disnea son asociados a riesgo de malignidad del nódulo de tiroides.

Teniendo el nódulo de tiroides alta prevalencia en la población general teniendo series que alcanzan hasta el 67 % de prevalencia es importante la diferenciación de aquellos nódulos con riesgo de malignidad. Ahí toma un papel fundamental la ecografía de tiroides, que es la mejor técnica radiológica para el estudio, los patrones radiológicos que dan mayor sospecha son (nódulos solidos hipoecogénicos, microcalcificaciones,

bordes irregulares, más alto que ancho, flujo intranodal y presencia de adenopatía ipsilateral sospechosa).⁵

El procedimiento gold estándar para estudio del nódulo tiroideo es la Biopsia por aspiración con aguja fina con guía ecográfica, ya que tiene eventos adversos escasos y alta correlación con los resultados anatomopatológicos, y ha permitido evitar cirugías innecesarias.⁶

Es por eso la importancia de valorar los resultados de citología de tiroides en nuestro hospital.

- **Formulación del problema:**

¿Tiene la clasificación de Bethesda valor diagnóstico en pacientes con nódulo de tiroides del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo?

- **Antecedentes del problema:**

Siendo el nódulo tiroideo una patología frecuente teniendo prevalencias muy variables que van desde 30 hasta 67 %, pero a pesar de tener una alta prevalencia solo el 4 – 6.5% son malignos por lo que es de suma importancia contar con un procedimiento óptimo para su estudio.⁴⁻⁶

La punción aspiración con aguja fina es el procedimiento estándar para el estudio del nódulo tiroideo, ya que se realiza de forma ambulatoria, no necesita anestesia, las complicaciones son mínimas, es costo efectivo, el mejor rendimiento se observa cuando se realiza con guía ecográfica

Las primeras publicaciones son a inicios del siglo pasado, descrita desde 1934 su uso se hizo popular con las publicaciones de Walfish y Gershengorn.⁷

Es realizada por radiólogo o endocrinología bajo guía ecográfica con aguja 22 a 27 G, se realizan entre 3 a 6 punciones para obtener muestras representativas de al menos 6 grupos con más de 10 células foliculares.⁸

Para el estudio citopatológico se usa el sistema de Bethesda, publicados por primera vez el 2009 con el objetivo de uniformizar los reportes de los

patólogos. Esta clasificación ha sido revisada el año 2017, las categorías continúan siendo las mismas, solo se ha agregado técnicas de biología molecular y se ha reclasificado como benigna a la variante folicular encapsulada del carcinoma papilar de tiroides.⁹

Una de las desventajas es la cantidad de informes con categoría 1 (muestra insuficiente o insatisfactoria) que incluye muestras acelulares solo coloides, frotis hemorrágicos, artefactos por desecación etc.

La prevalencia de esta categoría varía entre centros especializados (tercer nivel) entre 5 – 15 % con respecto a centros no especializados con prevalencias entre 15 – 25 %. Sin embargo hay opiniones donde la categoría 1 no debe ser mayor al 10 % incluso son más severos en situaciones especiales como seguimiento del cáncer tiroideo o en presencia de una adenopatía sospechosa.¹⁰

Hay estudios que han evaluado la curva de aprendizaje comparando a un endocrinólogo experimentado de un hospital de tercer nivel y endocrinólogo sin experiencia, concluyendo que la curva de aprendizaje podría completarse cuando se realiza mínimo 60 veces con guía ecográfica, a pesar que las guías recomiendan mínimo 3 punciones por nódulo el estudio muestra que 2 punciones son suficientes para obtener una muestra adecuada.¹¹

- **Justificación del proyecto:**

Tomando en cuenta que el nódulo de tiroides tiene una prevalencia alta en nuestra población y con el mayor acceso a la ecografía de tiroides su diagnóstico ha aumentado, es importante evaluar los criterios ecográficos para decidir que nódulos se tiene que realizar BAAF de tiroides.

Es importante primero evaluar en nuestro hospital la correcta realización del procedimiento donde el número de muestras insatisfactorias deban ser mínimas no superando el 15 % del total de punciones realizadas. Asimismo teniendo en cuenta que el resultado citológico tiene falsos positivos y falsos negativos es trascendente para el pronóstico de nuestro

paciente estudiar cuales son los porcentajes de falsos negativo y falsos positivos que nos demostrara la confianza en el resultado de la citología de tiroides y nos obligara a plantar nuevas preguntas y estrategias para alcanzar estándares internacionales.

- **Bases teóricas:**

La BAAF es aceptado internacionalmente como el mejor método para estudiar aquellos nódulos que por ecografía tengan características de malignidad. Es un método costo-efectivo y puede alcanzar una sensibilidad de 65-100% y una especificidad de 70-100%. Su correcta realización e interpretación por un citopatólogo evita la realización de cirugías innecesarias que pueden tener complicaciones permanentes en muchos casos¹².

Con el objetivo de evitar las diferencias entre patólogos y los clínicos en la comprensión de los informes de citología se ha implementado el Sistema de Clasificación de Bethesda (TBCS) ¹³.

El objetivo de TBCS es proporcionar consenso y recomendaciones para la terminología de diagnóstico y criterios morfológicos para aumentar la calidad y reproducibilidad de los informes de citología de tiroides. Consta de seis categorías: Categoría I (Insuficiente o insatisfactoria). Categoría II (benigno). Categoría III (lesión folicular de significado indeterminado o atipia de significado indeterminado). Categoría IV (neoplasia folicular o sospechosa de neoplasia folicular). Categoría V (sospechoso de malignidad). Categoría VI (maligno) ¹⁴⁻¹⁵.

El sistema de Bethesda para la citopatología de la tiroides. (TBSRTC) fue desarrollado para proporcionar una terminología uniforme y criterios de diagnóstico para la aspiración con aguja fina tiroidea (FNA) y relacionar estos diagnósticos citológicos con el manejo clínico¹⁶.

Una de las desventajas de la clasificación es los resultados indeterminados donde hasta el 34 % llegan a ser malignos cuando son sometidos a cirugía; las categorías III y IV son citología indeterminada y no hay consenso aun sobre cuál es la conducta en estos casos; motivo

por el cual en la nueva actualización plantean estudios moleculares para estas categorías.¹⁶⁻¹⁷.

Otra desventaja de la clasificación son los resultados falsos positivos y falsos negativos. La categoría II (benigna) puede tener hasta 5% de falsos negativos, motivo por el cual las recomendaciones son seguimiento ecográfico entre 6 a 18 meses según criterio del médico; Algunos factores que se han relacionado a mayor riesgo de malignidad es el tamaño mayor a 4 cm; el crecimiento del nódulo mayor al 20 % de sus dimensiones en un lado también puede considerarse para repetir la BAAF.

Este grupo de pacientes con falsos negativos representa un problema ya que la demora en el diagnóstico y el tratamiento condiciona peores resultados en el seguimiento ¹⁸⁻¹⁹.

La realidad en el Hospital Almanzor Asenjo Aguinaga de Chiclayo es que se desconoce la relación entre los resultados citológicos y anatomopatológicos por lo que creemos importante realizar el estudio

- **Objetivos:**

- **General:**

Determinar si la clasificación de Bethesda tiene valor diagnóstico en pacientes con nódulo de tiroides del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo.

- **Específicos:**

Establecer la sensibilidad de la clasificación de Bethesda en pacientes con nódulo tiroideo del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo..

Establecer la especificidad de la clasificación de Bethesda en pacientes con nódulo tiroideo del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo..

Establecer el valor predictivo positivo de la clasificación de Bethesda en pacientes con nódulo tiroideo del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo.

Establecer el valor predictivo negativo de la clasificación de Bethesda en pacientes con nódulo tiroideo del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo.

Hipótesis:

Hipótesis nula (Ho):

La clasificación de Bethesda no tiene valor diagnóstico en pacientes con sospecha de cáncer de tiroides Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo.

Hipótesis alterna (Ha):

La clasificación de Bethesda tiene valor diagnóstico en pacientes con sospecha de cáncer de tiroides Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo.

2.- Material y Método.

- **Población objetivo:**

Pacientes con nódulo de tiroides atendidos en el consultorio externo de endocrinología del hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo durante el período 2018 –2019.

- **Poblaciones de Estudio:**

Pacientes con nódulo de tiroides atendidas en el hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de Chiclayo durante el período 2018 –2019 y que cumplan con los criterios de selección correspondientes.

- **Criterios de selección:**

Criterios de Inclusión

- Pacientes mayores de edad.
- Pacientes que tengan informe ecográfico previo a la cirugía.
- Pacientes con resultado satisfactorio de la BAAF de tiroides.
- Pacientes que cuenten con informe de anatomopatológica.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes tiroidectomizadas.
- Pacientes con recidiva de cáncer de tiroides.
- Pacientes que no tengan los informes de ecografía, BAAF y anatomopatológica en la historia clínica.

- **Muestra:**

Unidad de Análisis

Estuvo constituido por pacientes con nódulo tiroideo atendidas en consultorio externo de endocrinología del HAAA durante el período 2018 – 2019.

Unidad de Muestreo

Estuvo constituido por la historia clínica del paciente con nódulo tiroideo que fue atendido en consultorio externo de endocrinología del HAAA de Chiclayo durante el período 2018 –2019 y que cumplan con los criterios de inclusión.

Tamaño de la muestra:

Se utilizó la formula para pruebas diagnosticas¹⁹:

$$n = \frac{z^2 * p * q}{e^2}$$

Dónde:

n: Tamaño de la muestra.

z: Nivel de confianza, el cual 1.96 es el valor para un nivel de confianza del 95%.

p: Sensibilidad de la clasificación de Bethesda que corresponde al 96% según bibliografía citada. ¹⁸.

q: 1-p

E: Error de muestra, se expresará en fracción de uno y será de 0.05 (5%).

OBTENEMOS:

$$N = \frac{(1.96)^2 (0.96) (0.04)}{(0.05)^2}$$

N = 59 pacientes

- **Tipo de estudio**

Analítico, observacional, seccional transversal, de pruebas diagnósticas:

		Hallazgos anatomopatológicos de cáncer de tiroides	
		SI	No
Hallazgos Bethesda de	POSITIVO	a	c
	NEGATIVO	b	d

Valor de sensibilidad = $a/(a+b)$

Valor de especificidad = $d/(c+d)$

Valor predictivo positivo = $a/(a+c)$

Valor predictivo negativo = $d/(d+b)$

- **Escala de medida y variables:**

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Índice	Tipo variable de	Escala de medición
Clasificación de Bethesda.	Clasificación histología realizada para homogenizar los informes citológicos.	Evaluación citológica que permita observar alteraciones nucleares y microarquitectura permitiendo identificar lesiones precancerosas	Citología.	Bethesda 2, 3, 4, 5 y 6.	Si - No.	Independiente.	Ordinal.
Cáncer de tiroides.	Clasificación realizada teniendo en cuenta si procede de la célula folicular de tiroides.	Alteración en células foliculares con anomalías nucleares y que compromete todo el espesor del estroma.	Anatomopatológico.	Cáncer papilar, cáncer folicular, cáncer medular y cáncer anaplásico de tiroides	Si - No.	Dependiente.	Nominal.

- **Definiciones operacionales.**

- **Clasificación de Bethesda:** Sistema donde se evalúa microscópicamente células foliculares de tiroides, sus resultados son expresado mediante 6 categorías.
- **Cáncer de tiroides:** Células foliculares con anomalías nucleares y con micro arquitectura alterada.

- **Procedimientos:**

Ingresarán al estudio los pacientes con nódulo de tiroides atendidos en consultorio externo del HAAA de Chiclayo durante el período 2018 –2019 y que cumplan con los siguientes criterios de inclusión y exclusión

Se requerirá autorización a la unidad de investigación y posteriormente:

1. Mediante muestreo aleatorio simple se captara 59 pacientes.
2. Se verificará en historia clínica la presencia de los informes ecografía, BAAF y anatomopatológica.
3. Los datos de las variables de interés se llenaran en la hoja de recolección de datos (Anexo 1).
4. Se completaran 59 historias clínicas.

- **Procesamiento y análisis de la información:**

Los datos de las hojas de recolección se procesarán usando el programa estadístico SPSS 23. Los datos serán presentados en cuadros de entrada simple, doble y gráficos de relevancia.

- **Estadística descriptiva:**

Para las variables cualitativas se utilizará distribución de frecuencias. Para las variables cuantitativas se obtendrán las medidas de centralización y dispersión.

- **Estadística analítica:**

Para la relación entre variables cualitativas usaremos el test chi cuadrado. Será significativa la asociaciones si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ($p < 0.05$).

- **Estadígrafo de estudio:**

Como se trata de un estudio de pruebas diagnósticas se establecerá la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de la clasificación de Bethesda con respecto al resultado anatomopatológico.

- **Aspectos éticos:**

Como todo estudio está sujeto a normas estrictas que no perjudique a los pacientes, por lo que contará con la autorización del comité de investigación y ética del HAAA y de la universidad privada Antenor Orrego. Al ser un estudio transversal donde sólo se recogerán dato de las historias clínicas de los pacientes; se procederá según la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA)²⁰.

Se garantizará la intimidad y confidencialidad de los datos por lo que en las hojas de recolección solo se consignaran iniciales y el número de historia clínica, una vez procesada la información se destruirá las hojas de recolección para evitar exposición de datos personales.

III.- CRONOGRAMA DEL PROYECTO

	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	Tiempo													
			NOV 2018 - OCT 2019													
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1	Elaboración del proyecto.	INVESTIGADOR ASESOR	X	X												
2	Presentación y aprobación del proyecto	INVESTIGADOR ASESOR			X	X	X									
3	Revisión de historias clínicas	INVESTIGADOR ASESOR							X	X	X					
4	Procesamiento de datos y análisis	INVESTIGADOR ASESOR										X	X			
5	Presentación de informe	INVESTIGADOR													X	X
	SEMANAS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
	PERÍODO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR SEMANA															

IV .- PRESUPUESTO:

Gasto	Descripción	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
Bienes				Nuevos Soles
	Hoja A4	01 millar	0.01	10.00
	Lapiceros	5	1.00	5.00
	Resaltadores	03	2.00	6.00
	Correctores	03	7.00	21.00
	Folder	10	0.50	5.00
	Archivadores	6	5.00	30.00
	Engrapador	1	5.00	5.00
	Grapas	1 paquete	3.00	3.00
Servicios				
	Internet	80	2.00	160.00
	Transporte	100	1.00	100.00
	Anillados	5	10	50.00
	Copias	200	0.10	20.00
	Servicio de estadístico	2	200	400.00
	Corrección de gramática	50	2	100.00
	Impresiones	200	0.30	60.00
			TOTAL	975.00

FINANCIACION:

El presente estudio de investigación será financiado por el autor en su totalidad.

V.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Kronenberg H, Melmed S. Williams tratado de Endocrinología. 11a ed. Barcelona, España: Elsevier; 2008.
2. Leenhardt L, Grosclaude P, Cherie-Challine L. Increased incidence of thyroid carcinoma in France: a true epidemic or thyroid nodule management effects? Report from the French Thyroid Cancer Committee. *Thyroid*. 2004;14:1056---60.
3. Davies L, Welch HG. Thyroid cancer survival in the United States: observational data from 1973 to 2005. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2010;136(5):440-44.
4. Li N, Du X, Reitzel L, Xu L, Sturgis E. Impact of enhanced detection on the increase in thyroid cancer incidence in the United States: Review of incidence trends by socioeconomic status within the Surveillance, Epidemiology, and End Results Registry, 1980-2008. *Thyroid*. 2013;23:103-10.
5. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR et al. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*. 2009;19(11).
6. Dean DS, Gharib H. Epidemiology of thyroid nodules. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2008;22(6).
7. Martin HE, Ellis EB. Aspiration biopsy. *Surg Gynecol Obstet*. 1934;59:578-89.
8. Goellner JR, Gharib H, Grant CS, Johnson DA. Fine needle aspiration cytology of the thyroid, 1980 to 1986. *Acta Cytol*. 1987;31(5):587-90.
9. Cibas ES, Ali SZ. The 2017 Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology. *Thyroid*. 2017;27(11):1341-6.
10. Naïm C1, Karam R, Eddé D. Ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy

of the thyroid: Methods to decrease the rate of Unsatisfactory biopsies in the absence of an on-site pathologist. *Can Assoc Radiol J.* 2013 Aug;64(3):220-5.

11. Penín M, et al. Curva de aprendizaje de la punción aspiración con aguja fina de tiroides. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2017.

12.-Sun W, Lan X, Zhang H, Dong W, Wang Z, He L, et al. Risk factors for central lymph node metastasis in CN0 papillary thyroid carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2015;10:e0139021.

13.-Liu X, Medici M, Kwong N, Angell TE, Marqusee E, Kim MI, et al. Bethesda categorization of thyroid nodule cytology and prediction of thyroid cancer type and prognosis. *Thyroid* 2016;26:256.

14.-Gweon HM, Koo HR, Son EJ, Kim JA, Youk JH, Hong SW, et al. Prognostic role of the Bethesda System for conventional papillary thyroid carcinoma. *Head Neck* 2016;38:1509.

15.-Radowsky JS, Howard RS, Burch HB, Stojadinovic A. Impact of degree of extrathyroidal extension of disease on papillary thyroid cancer outcome. *Thyroid* 2014;24:241.

16.-Shin JH, Ha TK, Park HK, Ahn MS, Kim KH, Bae KB, et al. Implication of minimal extrathyroidal extension as a prognostic factor in papillary thyroid carcinoma. *Int J Surg* 2013;11:944.

17.-Kim SY, Kwak JY, Kim EK, Yoon JH, Moon HJ. Association of preoperative US features and recurrence in patients with classic papillary thyroid carcinoma. *Radiology* 2015;277:574.

18.- Guía de Práctica Clínica No GES Nódulo Tiroideo y cáncer diferenciado de Tiroides, 2013.

19.-Kleinbaum D. *Statistics in the health sciences: Survival analysis.* New York: Springer-Verlagpublishers; 2011.

VI. ANEXOS:

PROTOCOLO DE RECOLECCION DE DATOS

Valor diagnóstico de la clasificación de Bethesda en pacientes con sospecha de cáncer de tiroides Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo

PROTOCOLO DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha..... N°.....

I. DATOS GENERALES:

I.1. Número de historia clínica: _____

I.2. Nombres y apellidos:

1.3. Edad: _____

II. HALLAZGOS DE CLASIFICACION DE BETESHDA:

.....
.....

III. HALLAZGOS ANATOMOPATOLOGICO:

.....
.....
.....