

ORIGINALES BREVES

Correlación clinicopatológica de 370 casos de cirugía menor dermatológica realizada por médicos de familia

M.J. Guereña^a, C. Perna^b y J. Gajate^c

^aMédico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Área 5. Hospital La Paz (Madrid). ^bFEA de Anatomía Patológica. Hospital General de Guadalajara. ^cCoordinador de la Unidad Docente de MFyC. Valladolid Este.

Objetivo. Analizar la concordancia entre diagnóstico clínico y anatomopatológico de 370 lesiones cutáneas remitidas desde los centros de salud.

Diseño. Estudio descriptivo.

Emplazamiento. Centros de salud del área de influencia del Hospital Comarcal de Medina del Campo. Unidad de Anatomía Patológica.

Mediciones y resultados principales. Se compara el diagnóstico previo con el anatomopatológico (acuerdo simple). Se registraron 370 lesiones. De ellas, 345 resultan ser biopsias valorables con diagnóstico específico, correspondientes a 298 pacientes (156 varones y 142 mujeres de 6-98 años). Los problemas diagnosticados fueron principalmente: nevus (99 casos), papiloma fibroepitelial (72), quiste epidermoide y verruga viral (44). El acuerdo global entre el informe de anatomía patológica y el diagnóstico clínico fue del 63,1%. La correlación y los diagnósticos erróneos se describieron por separado para cada tipo de lesión. Se analizan con especial atención los diagnósticos de malignidad no sospechados clínicamente.

Conclusiones. El desarrollo de la cirugía menor en los centros de salud en los términos en los que se describen en este trabajo se considera factible y efectivo. Los datos obtenidos muestran un grado de concordancia satisfactorio entre el diagnóstico prequirúrgico y el anatomopatológico.

Palabras clave: Cirugía menor. Biopsias de piel. Médicos de familia.

CONCORDANCE BETWEEN PRESURGICAL DIAGNOSIS AND ANATOMICAL PATHOLOGY DIAGNOSIS IN MINOR SURGERY IN 370 SKIN BIOPSIES PERFORMED BY GENERAL PRACTITIONERS

Objective. To analyse the concordance between presurgical diagnosis and anatomical pathology diagnosis in 370 cutaneous lesions in primary care centres.

Design. Descriptive study.

Setting. Primary care centres and hospital pathology service, Medina del Campo.

Measurements and main results. The prior diagnosis was compared with the anatomical pathology for simple agreement. There were 370 lesions. Complete date were obtained for 345 lesions of 298 patients (156 male and 142 female, aged between 6 and 98). Most problems diagnosed were nevocellular nevi (99 cases), fibroepithelial papiloma (72 cases), epidermoid cyst and viral wart (44). There was 63.1% global agreement between the laboratory report and doctor's diagnosis. Concordance and misdiagnosis were described in each type of lesion, mostly in skin cancer.

Conclusions. Performing minor surgery in primary care is feasible and effective. There is a high concordance between clinical diagnosis and anatomical pathology diagnosis.

Key words: Minor surgery. Skin biopsies. General practitioners.

(Aten Primaria 2001; 28: 320-325)

Correspondencia: M. José Guereña Tomás.
C/ Doctor Esquerdo, 169, 5.º A, esc. B. 28007 Madrid.

Manuscrito aceptado para su publicación el 2-V-2001.

Introducción

Desde hace varios años los equipos de atención primaria (EAP) realizan cirugía menor, con el propósito de reducir tiempo de espera para intervenciones quirúrgicas sencillas sobre tejidos accesibles¹⁻⁴. La consolidación de esta práctica en cada centro fue muy variable y dependió de muchos factores como: a) presión asistencial del centro de salud; b) presión asistencial del centro de atención especializada (fundamentalmente en lo que atañe a cirugía general y dermatología); c) nivel de formación y disposición de los médicos de atención primaria (AP), y d) grado de cooperación con el hospital de referencia.

Posteriormente se estableció una polémica bidireccional entre facultativos de AP y atención especializada (AE) centrada en la calidad y la competencia de la cirugía menor. Este trabajo no pretende ahondar en esa polémica, sino únicamente describir los datos recogidos en la Unidad de Anatomía Patológica del Hospital de Medina del Campo (HMC), correspondientes a las tomas biopsias realizadas en los centros de AP de su zona de influencia. Se centrará fundamentalmente en la concordancia del diagnóstico definitivo anatomopatológico con el diagnóstico clínico prequirúrgico, realizándose posteriormente una revisión de la bibliografía.

Material y método

El HMC tiene un área de influencia de 65.000 personas, y es centro de referencia de AE de 5 centros de AP (Medina Urbano, Medina Rural, Olmedo, Iscar y Serrada), encuadrados en la dirección de AP de Valladolid-Este. En la plantilla del HMC hay 6 cirujanos generales. La consulta externa de dermatología se limita a un día a la semana por parte de un dermatólogo del Hospital Clínico de Valladolid (a su vez centro de referencia del HMC).

La cirugía menor comenzó a realizarse de forma sistematizada en octubre de 1997. Previamente se coordinó un «grupo de cirugía menor» con miembros de AP y AE. Como trabajo preliminar, se recogieron los datos de todo el conjunto de las intervenciones realizadas (con o sin estudio anatomopatológico) en los centros de AP de Valladolid-Este durante un año (1-X-1997 a 31-IX-1998), almacenados en dbase y Excel 97. En ellos se detalla el número de intervenciones realizadas en cada centro y el tipo de procedimiento utilizado.

En junio de 1997 se reformatiza el servicio de anatomía patológica (PatWin 2.0), y desde entonces se pueden realizar búsquedas informáticas según procedencia (propio hospital o AP). Se recogieron los datos de las biopsias remitidas entre el 19 junio de 1997 y el 30 de abril de 1998, incluyendo número de informe anatomopatológico, edad, sexo, diagnóstico clínico de presunción y diagnóstico anatomopatológico. Se obtuvieron 370 casos pertenecientes a 298 pacientes. En 48 de estos últimos no se especificaba la edad en la hoja de petición de estudio biopsico. Se realizó una base de datos y se estudiaron las variables edad y sexo. De los 298 pacientes, 156 eran varones (52,35%) y 142, mujeres (47,65%). Un total de 250 pacientes tenían especificada la edad en la hoja de petición. Comprenden un grupo que varía en 6-98 años, con una media de edad de 46,89 años. Por sexos, se obtiene en varones una media de 48,09 años (mediana, 48), y en mujeres de 45,59 (mediana, 48). El grupo de edad y sexo en que se desarrollan el mayor número de intervenciones se encuentra en 30-39 años en varones y en 20-29 años en mujeres, apreciándose para ambos sexos una ligera tendencia bimodal (figs. 1 y 2).

De forma independiente, se estudió el diagnóstico definitivo anatomopatológico y el diagnóstico clínico prequirúrgico

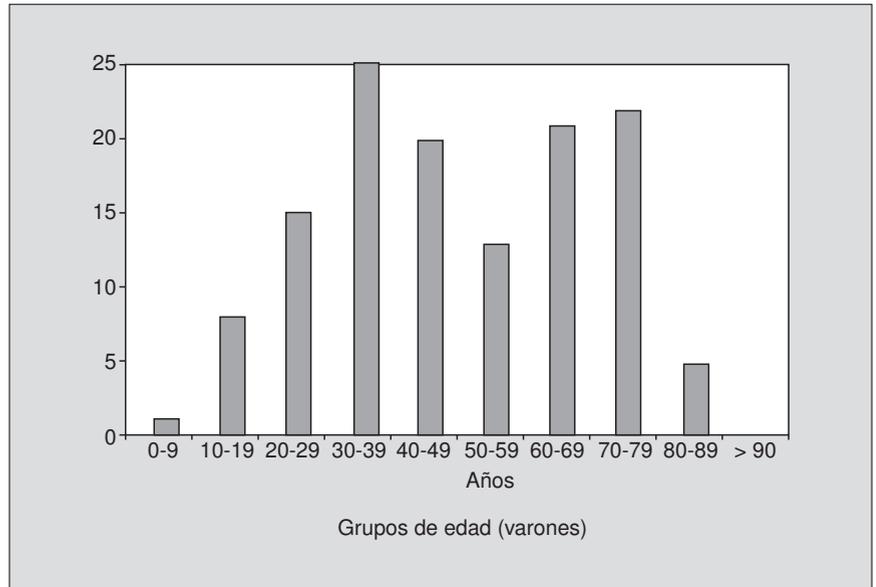


Figura 1. Distribución de pacientes (varones) por grupos de edad.

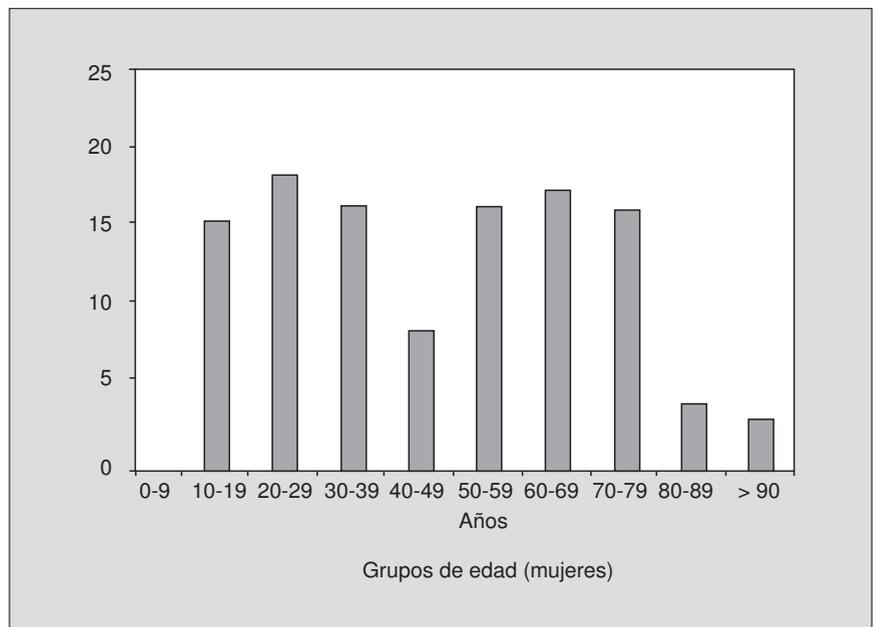


Figura 2. Distribución de pacientes (mujeres) por grupos de edad.

de presunción, estableciendo el grado de concordancia de ambos en cada tipo de lesión. Como criterio de inclusión para definir «concordancia» se estableció que existiera sólo 1 o 2 diagnósticos clínicos en la hoja de petición y que coincidiera con el diagnóstico final del patólogo (en casi todas las peticiones había sólo uno y en ninguna más de dos). En caso de discordancia, se asignó como

diagnóstico erróneo al único o al primero que constaba.

Resultados

Los datos de nuestro estudio preliminar mostraron que, entre el 1 de octubre de 1997 y el 31 de septiembre de 1998, los EAP de

TABLA 1. Diagnósticos finales anatomopatológicos, concordancia con el diagnóstico prequirúrgico y diagnósticos erróneos

Diagnóstico anatomopatológico	Número de casos	Casos con diagnóstico clínico correcto	Otros diagnósticos clínicos realizados
Nevus melanocítico	99	68 (66,68%)	18, PF; 8, VV; 3, QS; 1, QE, y 1 angioma
Papiloma fibroepitelial (fibroma péndulo)	72	40 (55,55%)	19, VV; 8, SD; 3, NM, y 2, DF
Quiste epidermoide	53	48 (90,56%)	3, lipoma; 1, S, y 1, absceso
Verruga viral	44	31 (70,45%)	5, PF; 4, NM; 1, QA, y 1, SD
Queratosis seborreica	24	8 (33,33%)	12, NM; 2, VV; 1 QA, y 1, SD
Dermatofibroma	9	3 (33,33%)	2, QE; 2, absceso; 1, acantoma, y 1, NM
Queratosis actínica	8	5 (62,50%)	1, QS; 1, VV, y 1, SD
Carcinoma epidermoide	8	2 (25,00%)	2, QS; 2, SD; 1, QA, y 1, granuloma
Lipoma o tejido adiposo maduro	8	8 (100%)	
Hemangiomas (salvo GP)	6	2 (33,33%)	2, NM; 1, VV, y 1, SD
Granuloma piogénico	5	2 (40,00%)	2, NM, y 1, SD
Epitelioma basocelular	3	1 (33,33%)	2, SD
Neurofibroma	3	0 (0%)	2, NM, y 1, PF
Pápula fibrosa de la nariz	2	0 (0%)	1, VV, y 1, NM
Melanoma	1	0 (0%)	1, NM
Total	345	218 (63,10%)	127

NM: nevus melanocítico; PF: papiloma fibroepitelial; VV: verruga viral; QS: queratosis seborreica; QE: quiste epidermoide; DF: dermatofibroma; QA: queratosis actínica; GP: granuloma piogénico, y SD: sin diagnóstico.

TABLA 2. Diagnóstico prequirúrgico y concordancia con anatomía patológica

Diagnóstico clínico prequirúrgico	N.º de veces	Concordancia con anatomía patológica
Nevus melanocítico	97	68 (70,1%)
Papiloma fibroepitelial	64	40 (62,5%)
Quiste epidermoide	51	48 (94,11%)
Verruga viral	63	31 (49,2%)
Queratosis seborreica	15	8 (53,3%)
Dermatofibroma	5	3 (60%)
Queratosis actínica	8	5 (62,5%)
Carcinoma epidermoide	2	2
Lipoma o tejido adiposo	11	8 (72,9%)
Hemangioma	3	2 (66,6%)
Granuloma piogénico	2	2
Epitelioma basocelular	2	1 (50%)
Total	323	218

Valladolid-Este realizaron un total de 1.098 intervenciones. Excluidos abscesos, heridas e infiltraciones, los procesos se cifran en 735 casos. Se solicitó estudio anatomopatológico en 336 casos (45,7%). Los centros de salud del área del HMC realizaron un 37,5% de los procesos y demandaron el 61% de los estudios biopsi-

cos, con una distribución por centros muy variable (Medina Rural, 64,7%; Medina Urbano, 30,5%; Iscar, 4,3%, y Olmedo, 0,5%).

Nuestro estudio definitivo se realizó sobre las biopsias obtenidas entre el 19 de junio de 1997 y el 30 de abril de 1998, período en el que se recibieron en el Servicio de Anatomía Patológica del HMC

370 piezas quirúrgicas provenientes de los centros de AP correspondientes a 298 pacientes. En cuanto al diagnóstico anatomopatológico, más de la cuarta parte de las lesiones enviadas (26,75%) correspondieron a nevus melanocítico (NM). En orden decreciente de frecuencia, se encontraron papilomas fibroepiteliales (PF, 19,45%), quistes epidermoides (QE, 14,32%), verrugas virales (VV, 11,89%) o queratosis seborreicas (QS, 6,48%). En la tabla 1 se reflejan los distintos diagnósticos y su frecuencia. Veinticinco casos (6,75%) correspondieron a un grupo formado por hallazgos inespecíficos, biopsias insuficientes o no valorables y entidades poco frecuentes. También se puede observar el número de veces que el diagnóstico clínico se orientó correctamente y el porcentaje de éste en cada categoría diagnóstica.

En la tabla 2 se refleja el sentido inverso, observándose la mayor parte de los diagnósticos clínicos establecidos y el número de veces que se corroboró en la biopsia.

Discusión

El número de biopsias que se reciben en cada servicio de anatomía patológica procedentes de AP es muy variable, dependiendo de diversos factores:

- Presión asistencial de AP y AE.
- Disponibilidad y formación adecuada de los médicos de los centros de salud.
- Nivel de colaboración de las gerencias de hospitales y de AP.

En el Servicio de Anatomía Patológica del HMC las peticiones de estudio biopsico provenientes de AP suponen el 8-11% del total, si bien esto no se traduce en el mismo porcentaje de sobrecarga asistencial, que se mide por dificultad diagnóstica.

Las especiales condiciones del HMC, sin dermatólogo a tiempo total, favorecen que los médicos de AP realicen cirugía menor. Parece claro, además, que la polémica entre facultativos de AP y AE ha surgido más a raíz del «diagnóstico» que de la «técnica» necesaria a la hora de realizar la cirugía. Lo importante es no practicar biopsias de aquello que no debe ser extirpado, bien porque no sea necesario o porque las condiciones agresivas de la lesión requieran un manejo más individualizado por parte de un especialista. Por ello, se hace imprescindible una formación básica en dermatología cuando se decida dar este servicio en los centros de salud, en cuanto al diagnóstico de la lesión y el conocimiento de la historia natural y tratamiento adecuado. Esta formación se contempla con especial dedicación en el actual programa docente del MIR de Medicina Familiar y Comunitaria.

En el área del HMC, previamente a realizar dicha asistencia, se estableció un «grupo de cirugía menor» entre facultativos de AP y especialistas del hospital, llegándose

se a una serie de conclusiones, entre ellas:

- No realizar ninguna biopsia de dermatosis inflamatorias (dejando al especialista que decida si es necesaria).
- Evitar realizar biopsias de procesos agresivos.
- Evitar hacer «afeitados» de las lesiones.
- Derivar al especialista ante cualquier duda de potencial agresividad, sobre todo en lesiones melanocíticas.

De las 370 lesiones que recoge nuestro estudio, sólo 12 de ellas (3%) son lesiones agresivas (8 carcinomas epidermoides [CE], 3 epitelomas basocelulares [EB] y 1 melanoma) y sólo en el caso del melanoma es de extrema importancia su derivación previa al especialista.

Llama la atención la juventud de los pacientes intervenidos, mayor en el sexo femenino. Aunque no lo hemos podido demostrar, es posible que hayan influido razones cosméticas, sobre todo por el elevado número de lesiones benignas resecaadas.

Como ya se ha dicho, un total de 25 lesiones correspondían a un grupo heterogéneo en el que la mayor parte eran hallazgos inespecíficos de piel, biopsias no valorables y/o incapacidad de diagnóstico patológico y algunas lesiones poco frecuentes. Sin contar este grupo, la concordancia con el diagnóstico clínico una vez conocido el diagnóstico definitivo anatomopatológico se cifró en el 63%. Se encuentra por encima de otros trabajos, en los que la correlación fue del 41-44% para médicos generales^{5,6}. Hay publicaciones recientes en nuestro país que cifran la correlación anatomopatológica en las biopsias realizadas en los centros de salud en un 75-85%¹⁻³. La cifra forma parte de estudios más ambiciosos con mayor número de variables estudiadas, mencio-

nándose únicamente la cifra global de concordancia. Nuestro trabajo aporta: a) un mayor número de casos de estudio anatomopatológico; b) la doble correlación del patólogo hacia el clínico y del clínico hacia el patólogo (similares a la sensibilidad y al valor predictivo del diagnóstico quirúrgico) y, sobre todo, c) estudio dicha correlación en cada categoría diagnóstica, describiendo en cada caso la patología con la que ha habido más confusión. Más importante que una cifra general es llevar a cabo la autoevaluación de cada tipo de lesión tratada.

Llama la atención que la correlación entre las distintas lesiones es muy variable, siendo más elevada en las lesiones más frecuentes. El NM, la más frecuente de todas, presentó un diagnóstico acertado en 2 de cada 3 casos. Cuando no se acertó, la mayor parte de las veces fue orientado clínicamente como PF o fibroma péndulo. El PF se diagnosticó en un tercio de los casos como VV. Al igual que en el caso del nevus, las VV se remitieron en más de las dos terceras partes de los casos con el diagnóstico adecuado, y uno de cada 5 se orientó como NM o PF. La relación entre estas 3 entidades no es casual, ya que los NM y VV de larga evolución se presentan de forma clínica pediculada sobrelevada indistinguibles del PF. Asimismo, se cree que éste es el estadio final de varias lesiones, entre ellas NM y VV. Es importante que, según la bibliografía, aproximadamente en un 2% de los NM clínicamente se han detectado tumores malignos en el examen histopatológico^{7,8}. En nuestro caso hubo un diagnóstico patológico de melanoma no sospechado orientado como NM (1%).

De las lesiones relativamente frecuentes, la que en menos ocasiones ha sido correctamente orientada es la QS. Su presentación clínica hiperpigmentada ha

condicionado que en la mitad de los casos haya sido remitida con el diagnóstico de NM. Trabajos previos han destacado esta dificultad, con un diagnóstico preoperatorio correcto en un 30-49% de los casos^{6,9,10}. Un estudio notable es el de Eads et al, que en el examen histológico de las supuestas QS diagnosticadas por dermatólogos no reveló la presencia de un tumor maligno en uno de cada 16 casos (6,4% de la muestra) y un melanoma en uno de cada 289. Este resultado puede estar influido porque muchas QS son tratadas por métodos destructivos (crioterapia, etc.) y la cirugía se desarrolla fundamentalmente en los casos sospechosos. En función de lo anterior, recomiendan el examen histológico de las QS, sobre todo las atípicas (inflamadas, hiperpigmentadas...)^{8,10}.

La lesión más correctamente reconocida en más del 90% de los casos es el QE. Varios autores coinciden en la necesidad de su estudio histopatológico, cifrándose en el 2-4% los tumores malignos no sospechados dentro de quistes cutáneos^{11,12}.

QE, NM, PF, VV y QS comprenden un 85% de las lesiones remitidas al Servicio de Anatomía Patológica del HMC, y su orientación clínica fue correcta en la mayor parte de las ocasiones. El 15% restante, correspondiente a lesiones de menor frecuencia, como dermatofibromas y granulomas piogénicos, presentaron correlaciones menores (30-40%). En otras series realizadas por médicos de AP se habla de un 19% para el dermatofibroma sobre 1.017 biopsias cutáneas⁶.

Sólo en 18 casos se remitió desde los centros de salud la petición de estudio biopsico sin cumplimentar el diagnóstico clínico de presunción. Este dato se considera imprescindible para la evaluación correcta y el aprendizaje continuado de los facultativos. Cuando se estudia la correlación

desde esta presunción clínica (tabla 2), observamos unas cifras similares o mejores a las anteriores. La excepción se encuentra en la VV (es decir, en más del 70% de las VV la sospecha clínica era adecuada, pero sólo el 49% de lo que se diagnosticó clínicamente como VV fue confirmado en la biopsia).

Que la concordancia diagnóstica en algunas lesiones como el PF no se aproxime al 100% no es un hecho del que debemos preocuparnos demasiado (ya se ha dicho que hay casos de nevus intradérmicos de larga evolución totalmente indistinguibles). Es importante centrarse en lesiones más diferenciables clínicamente (nevus de QS) o en lesiones que por su escasa frecuencia no pensamos en ellas al efectuar nuestra presunción clínica.

También debe ponernos en guardia recibir un resultado anatomo-patológico de neoplasia maligna en los casos en los que no lo hemos sospechado, lo que puede ocasionar resecciones incompletas⁵. Es indudable que el melanoma es una lesión que, por su potencial agresividad, requiere estudio individualizado. Los carcinomas, que en la piel se comportan generalmente como lesiones de agresividad local, podrían beneficiarse de protocolos quirúrgicos más especializados (cirugía de Mohs)¹³. El diagnóstico correcto de melanoma establecido por dermatólogos se ha publicado en el 56-64% de los casos, aumentando con el entrenamiento y los años de experiencia. Las cifras son menores entre los no dermatólogos. Los falsos positivos más comunes son NM y QS. NM atípico es, tal y como sucedió en nuestro caso, el diagnóstico más común de melanoma no reconocido clínicamente^{12,14}. Por último, el CE ofrece dificultades diagnósticas, aunque ha sido reconocido en un 25% de los casos, por encima del 15% de otras series sobre cirugía menor en AP⁶.

Como conclusión, podemos decir que los resultados de la cirugía menor en los centros de salud del área del HMC han sido estudiados por un grupo de personas que incluye profesionales de AP y AE y se consideran satisfactorios; por tanto, acertadas las indicaciones descritas.

Bibliografía

1. Arribas Blanco JM, Gil Sanz ME, Sanz Rodrigo C, Morón Merchante I, Muñoz-Quirós Aliaga S, López Romero A et al. Efectividad de la cirugía menor dermatológica en la consulta del médico de familia y satisfacción del paciente en relación con la cirugía ambulatoria. *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 772-775.
2. Arribas Blanco JM, Rodríguez Salceda I, Mena Mateo JM, Martín Martín S, Bru Amantegui S, Villarreal Rodríguez J. Cirugía menor en la consulta del médico de familia. Descripción de un año de experiencia. *Aten Primaria* 1996; 17: 142-146.
3. Arribas Blanco JM, Martín Martín S, Villalva Martín P, Bru Amantegui S, Villarreal Rodríguez J, Suárez Martín E et al. Estudio del acuerdo diagnóstico entre médico de familia y dermatólogo. *Medifam* 1995; 5: 17-21.
4. Menéndez Villalba C, Núñez Losada MC, Fernández Domínguez MJ, García Machi A. Evaluación de las actividades de cirugía menor en un centro de salud. *Aten Primaria* 1998; 22: 125-126.
5. McWilliam LJ, Knox F, Wilkinson N, Oogarah P. Performance of skin biopsies in general practitioners. *BMJ* 1991; 303: 1177-1179.
6. Cox NH, Wagstaff R, Popple AW. Using clinicopathological analysis of general practitioner skin surgery to determine educational requirements and guidelines. *BMJ* 1992; 304: 93-96.
7. Reeck M, Chuang Tsu-Yi, Eads TJ, Faust HB, Farmer ER, Hood AF. The diagnostic yield in submitting nevi for histologic examination. *J Am Acad Dermatology* 1999; 40: 567-571.
8. Eads TJ, Hood AF, Tsu-Yi Ch, Faust HB, Farmer ER. The diagnostic yield of histologic examination of seborrheic keratoses. *Arch Dermatol* 1997; 133: 1417-1420.

9. Stern RE, Boudreaux C, Arndt KA. Diagnostic accuracy and appropriateness of care for seborrheic keratoses: a pilot study of an approach to quality assurance for cutaneous surgery. *JAMA* 1991; 265: 74-77.
10. Sowden JM, Lewis-Jones MS, Williams RB. The management of seborrheic keratoses by general practitioners, surgeons and dermatologists. *Br J Dermatol* 1998; 139: 340-361.
11. Wade CL, Haley JC, Hood AF. The utility of submitting epidermoid cysts for histologic examination. *Int J Dermatol* 2000; 39: 312-320.
12. Khorshid SM, Pinney E, Newton Bishop JA. Melanoma excision by general practitioners in North-East Thames region, England. *Br J Dermatol* 1998; 138: 412-417.
13. Cook J. Issues in the delivery of dermatologic surgery for skin cancer. *Dermatol Clin* 2000; 18: 251-259.
14. Morton CA, Mackie RM. Clinical accuracy of the diagnosis of cutaneous malignant melanoma. *Br J Dermatol* 1998; 138: 283-287.