

## ORIGINAL

# Ojo clínico vs. gold standard



M. Molina Anguita<sup>a,\*</sup>, F. Abadín López<sup>b</sup>, L. Márquez Quero<sup>b</sup>, A.M. Merino González<sup>b</sup> y M.J. Salve Diaz Miguel<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Torredonjimeno, Jaén, España

<sup>b</sup> Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Ciudad Real I, Ciudad Real, España

Recibido el 12 de febrero de 2018; aceptado el 18 de septiembre de 2018

Disponible en Internet el 8 de noviembre de 2018

### PALABRAS CLAVE

Cirugía menor;  
Atención primaria;  
Correlación clínica;  
Anatomía patológica

### Resumen

**Objetivo:** Conocer el grado de correlación entre el diagnóstico clínico previo al proceso de cirugía menor y su concordancia con los resultados de anatomía patológica, al igual que conocer los datos de cirugía de escasa trascendencia clínica frente a la realmente necesaria y coste-efectiva.

**Material y método:** Para ello realizamos un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal de las actividades de cirugía menor de una consulta del Centro de Salud Ciudad Real I.

**Resultados:** Se remiten 124 piezas para su diagnóstico histológico, de las cuales los principales diagnósticos clínicos son: nevus melanocíticos intradérmicos (34,67%), queratosis seborreica (11,30%) y quistes epidermoides o sebáceos (10,48%). Se obtiene una correlación clinicopatológica del 68%. Se han seguido los protocolos del centro de trabajo para la realización de este estudio en relación con la confidencialidad de los datos.

**Conclusiones:** Analizamos estos resultados y los comparamos con otros trabajos similares realizados en el ámbito de la cirugía menor en atención primaria, pudiendo afirmar que existe una buena correlación entre el diagnóstico clínico inicial y los resultados anatomopatológicos.

© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### KEYWORDS

Minor surgery;  
Primary Care;  
Clinical correlation;  
Histopathology

### Trained eye vs. gold standard

#### Abstract

**Objective:** To determine the degree of correlation between the clinical diagnosis prior to the minor surgery process and its concordance with the results of histopathology report, as well as to determine the surgical data of little clinical importance compared to that which is really necessary and cost-effective.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [marta.mma88@gmail.com](mailto:marta.mma88@gmail.com) (M. Molina Anguita).

**Material and method:** A descriptive, observational, retrospective and transversal study was conducted of the Minor Surgery Activities of a clinic in the Ciudad Real Health Centre I.

**Results:** A total of 124 surgical specimens were sent for clinical diagnostic comparison, of which, the main clinical diagnoses were: intradermal melanocytic nevi (34.67%), seborrheic keratosis (11.30%), and epidermoid or sebaceous cysts (10.48%). A correlation of 68% was obtained. The protocols of the work centre have been followed to carry out this study in relation to the confidentiality of the data.

**Conclusions:** These results were analysed and compared with other similar works performed in the field of minor surgery in Primary Care, being able to affirm that there is a good correlation between the initial clinical diagnosis and the histopathology results.

© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

La cirugía menor forma parte de las actividades programadas en atención primaria<sup>1</sup>. Debido al aumento del tiempo originado en las listas de espera para intervenciones quirúrgicas sencillas, cada vez se está incentivando más la cirugía menor en atención primaria. Por ello se ha propuesto realizar un estudio sobre la concordancia entre la sospecha clínica y el resultado de anatomía patológica de una consulta programada de cirugía menor, de 2 h de duración a la semana, del Centro de Salud I de Ciudad Real<sup>2</sup>.

Esto precisa una adecuada formación en esta práctica y un protocolo de actuación.

En Castilla-La Mancha se ha realizado un borrador del protocolo de actuación en cirugía menor de atención primaria, para tener claro cuáles son las lesiones subsidiarias de intervenir, las técnicas idóneas, el procedimiento y los distintos consentimientos informados.

La cirugía menor se define como aquellas intervenciones realizadas conforme a un conjunto de técnicas quirúrgicas regladas y orientadas al tratamiento de ciertas afecciones, bajo anestesia local, en régimen ambulatorio, sin problemas médicos coexistentes de riesgo y que habitualmente no requieren reanimación postoperatoria, excluyendo cualquier lesión que nos haga sospechar malignidad o que estéticamente no nos asegure un buen resultado.

El objetivo del presente trabajo es conocer el grado de concordancia entre los diagnósticos clínicos emitidos por los profesionales de atención primaria y los resultados recibidos del servicio de anatomía patológica del hospital de referencia, como indicador de calidad del trabajo realizado en atención primaria<sup>3</sup>.

## Material y método

Se ha realizado un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal en el que se han recogido todos los pacientes intervenidos de una lesión cutánea y que han precisado de un diagnóstico por parte de anatomía patológica, provenientes de la única consulta de cirugía menor del Centro de Salud I, desde octubre de 2016 hasta noviembre de

2017, excluyendo a los pacientes que se trataron con crioterapia, bisturí eléctrico o lesiones sin interés de estudio histológico. No se han tenido en cuenta el sexo, la edad o la localización de la lesión a la hora de la intervención de la lesión, sin embargo, nos parece importante conocer el prototipo de pacientes que hemos tenido (edad y sexo), así como dónde se encuentran las lesiones que más están dispuestos a intervenir.

Esta consulta está programada una vez a la semana, se le dedica de 2 a 3 h y está formada por un equipo de un médico, un enfermero y un médico residente. En dicha consulta, una vez derivado el enfermo desde su propio médico, se realiza la evaluación preoperatoria del paciente y, acto seguido, la intervención quirúrgica en acto único. El seguimiento de los cuidados posquirúrgicos lo realizan los médicos y enfermeros correspondientes de cada paciente a demanda. La actividad se lleva a cabo en un quirófano adaptado para dicha actividad que existe en las instalaciones del centro de salud, adecuadamente equipado.

Durante el periodo especificado anteriormente se ha intervenido a 103 pacientes, completando un registro de actividad con unos datos básicos: n.º de orden, fecha, nombre y apellidos de los pacientes, diagnóstico clínico, localización y resultado de anatomía patológica<sup>4,5</sup>.

## Sujetos

Se incluyen únicamente los pacientes que han sido intervenidos mediante cirugía menor y han precisado de un estudio anatomopatológico para la clasificación de la lesión, entre el 01/11/2016 y el 31/10/2017. Se excluyen aquellas intervenciones realizadas con crioterapia, bisturí eléctrico o el proceso de exéresis de uñas, entre otras.

Durante el periodo de estudio se intervino a 103 pacientes: 59 mujeres (57,28%) y 44 hombres (42,72%), y se realizaron un total de 124 estudios.

En la [tabla 1](#) se muestra la clasificación de todos los resultados obtenidos por anatomía patológica.

**Tabla 1** Resultados de anatomía patológica

Anatomía patológica	n (casos)	%
Ganglión	1	0,81
Necrosis de grasa por i.m.	1	0,81
Basocelular	3	2,42
Dermatofibroma/histiocitoma	7	5,65
Lipoma	7	5,65
Quiste	13	10,48
epidermoide/sebáceo		
Queratosis seborreica	14	11,30
Hemangiomas	4	3,22
Nevus melanocíticos intradérmicos	43	34,67
Nevus verrugosos/azules	4	3,22
Fibroxioma atípico	1	0,81
Carcinoma epidermoide	1	0,81
Quiste triquilemal	3	2,42
Papiloma virus	3	2,42
Fibroqueratoma	3	2,42
Granuloma reactivo	2	1,6
Pápula fibrosa	1	0,81
Verruga vulgar	6	4,84
Queloides cicatricial	2	1,6
Quertoacantoma/acantoma de células grandes	2	1,6
Molluscum contagiosum	1	0,81
Carcinoma espinocelular	2	1,6
Siringoma condroide	1	0,81

## Resultados

A continuación, se representan los diagnósticos más importantes y frecuentes: nevus melanocíticos intradérmicos (34,67%), queratosis seborreica (11,30%) y quistes epidermoides o sebáceos (10,48%); en menores porcentajes obtenemos: ganglión, necrosis de grasa por inyección intramuscular, fibroxantoma atípico, carcinoma epidermoide, pápula fibrosa, molluscum contagiosum o siringoma

condroide con un 0,81%, debido a su poca frecuencia u otros tratamientos (fig. 1). Seguidamente, obtenemos que el porcentaje de correlación del diagnóstico anatomoclínico corresponde a las patologías más frecuentes y por las que más se consulta (fig. 2).

Tras estos resultados se repasan los errores diagnósticos en las lesiones de verruga vulgar y queratosis seborreica. En la mayoría de los casos las verrugas vulgares eran formaciones hiperqueratósicas conocidas como cuerno cutáneo (fig. 3), de las cuales no podíamos descartar que fueran lesiones malignas o premalignas (fig. 4), decidiendo extirparlas para su análisis. Siempre debemos sospechar una lesión no benigna cuando encontremos bases elevadas, sangrado de la lesión, infiltración cutánea o ausencia de los capilares trombosados típicos de las verrugas.

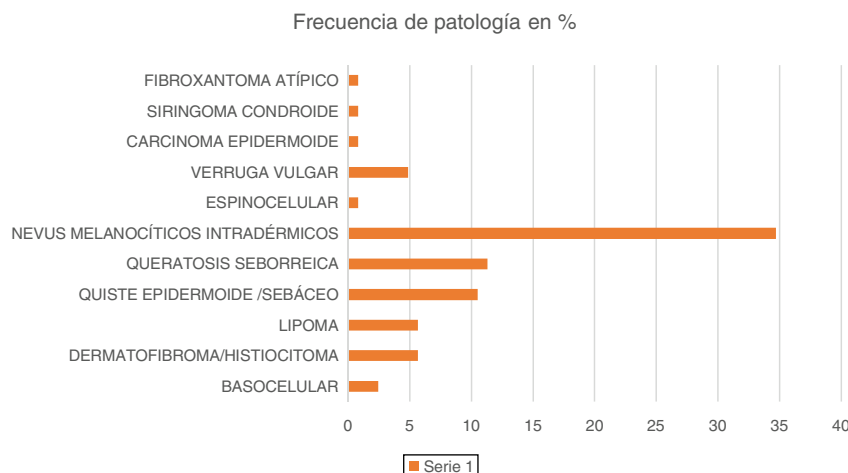
Y, por otro lado, destacamos los errores en el diagnóstico de queratosis seborreica, en cuyo caso el principal diagnóstico diferencial lo constituiría el nevus verrugoso (o intradérmico) (fig. 5) puesto que las queratosis seborreicas (fig. 6) que desean ser eliminadas, y con diagnóstico clínico de certeza, son tratadas en la mayoría de las ocasiones con crioterapia.

Por último, analizamos la localización de las lesiones, donde podemos observar que la mayoría de las lesiones están en la zona de la cara o más visibles (fig. 7).

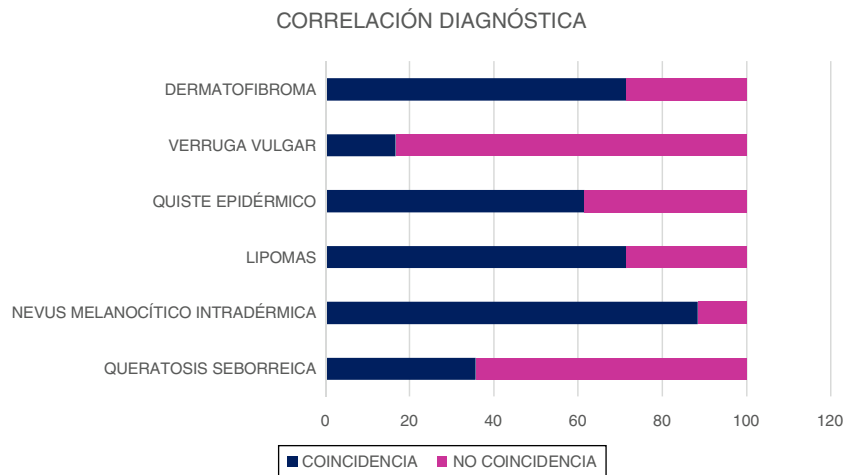
Una vez finalizada nuestra recogida de datos se calcula la correlación anatomoclínica, obteniendo una concordancia de un 68,55%<sup>6</sup>. Este resultado es muy similar a la mayoría de los trabajos publicados anteriormente. Representamos en un diagrama circular el total de las lesiones extirpadas y encontramos que, de un total de 124 lesiones, hubo coincidencia en 85 piezas y no coincidencia en 39 piezas (fig. 8).

## Discusión

Llama la atención que el número de cirugías menores muestran un ascenso anual para disminuir las listas de espera en el ámbito hospitalario, sin embargo, en el estudio realizado sobre nuestra población se objetiva un diagnóstico cada vez más frecuente de patología benigna, lo que quizás no sea un buen dato pues nos dedicamos a realizar cirugía estética



**Figura 1** Diagnósticos más frecuentes e importantes.



**Figura 2** Correlación diagnóstica.



**Figura 3** Verruga vulgar como cuerno cutáneo.



**Figura 5** Nevus verrugoso.



**Figura 4** Lesión maligna o premaligna.



**Figura 6** Queratosis seborreica.

(nevus melanocíticos intradérmicos, queratosis seborreica o verruga vulgar), con escasa transcendencia clínica, sin abordar la patología realmente necesaria y coste-efectiva, como los nevos displásicos, lipomas o quistes epidérmicos<sup>7</sup>.

Queremos especificar que en este estudio son pocas las lesiones malignas diagnosticadas porque, ante la sospecha alta de malignidad, por protocolo el paciente debe ser derivado al especialista correspondiente; por ello todos

los diagnósticos de lesiones malignas, como basocelulares, fibroxantoma atípico, siringoma condroide, carcinoma epidermoide o espinocelulares, fueron extirpados con una sospecha clínica de benignidad o baja malignidad, con bordes no libres en 2 de los casos; de ahí cabe destacar la importancia del seguimiento del resultado de anatomía y su derivación para completar el tratamiento y seguimiento.

La principal limitación del estudio es el reducido tamaño de la muestra debido a que únicamente se ha llevado a cabo



Figura 7 Localización de las lesiones.



Figura 8 Concordancia de las intervenciones.

durante el último año de trabajo, con el único equipo de atención primaria encargado de este proyecto en el Centro de Salud I. Por otra parte, es preciso volver a comentar que solo hemos realizado el estudio a los pacientes que precisaban de diagnóstico por anatomía patológica, excluyendo los pacientes a quienes se les practicaba crioterapia, electrocirugía o presentaban lesiones no susceptibles de estudio histológico, lo que ha limitado más el número de sujetos en comparación con otros trabajos publicados<sup>8</sup>.

## Conclusión

Consideramos que la concordancia entre la sospecha clínica y el resultado de anatomía patológica es buena y por ello recomendamos incentivar su práctica en atención primaria y valorar sus beneficios pues, aunque en menor porcentaje, con el análisis anatomopatológico de todas las lesiones extirpadas se mejora la detección de enfermedades malignas, a pesar de que algunos autores opinen lo contrario. Por ello, se propone fomentar la formación profesional en este campo

y la implantación de un protocolo de actuación ante el crecimiento de la cirugía menor en nuestro medio.

## Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no presentar ningún conflicto de interés a la hora de realizar este trabajo científico.

## Agradecimientos

A todos mis compañeros y amigos (adjuntos, residentes y enfermeros) que pude conocer y llevarme para toda la vida en Ciudad Real.

## Bibliografía

1. Aganzo-López FJ, Grima-Barbero JM, Marrón-Moya SE, Tomás-Aragonés L. Correlación clínico-patológica en cirugía menor en un área de salud rural. *Semergen*. 2013;39:12-7.
2. Gallego Ruiz A, Peces Morate FJ, Elviro Garcia P, Sierra Garrido EC. Estudio de concordancia entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico anatomopatológico de lesiones dermatológicas en Atención Primaria. *Medifam*. 2003;13:19-22.
3. Arribas Blanco JM. Pasado, presente y futuro de la cirugía menor en atención primaria. *Aten Primaria*. 2011;43:58-60.
4. Quintanilla Santamaría M, Ortega Sánchez C, Majolero Díaz I, Bueno Algora R. Actividades de cirugía menor en un centro de salud. Estudio descriptivo. *Semergen*. 2002;28:475-8.
5. Tárrega López PJ, Celada Rodríguez A, Cerdán Oliver M, Solera Albero J, Ocaña López JM, López Cara MA. Cirugía menor en un centro de Atención Primaria rural: 2 años de experiencia. *Medifam*. 2003;13, <http://dx.doi.org/10.4321/S1131-57682003000400008>.
6. Guereña MJ, Perna C, Gajate J. Correlación clinicopatológica de 370 casos de cirugía menor dermatológica realizada por médicos de familia. *Aten Primaria*. 2001;28:320-5.
7. Caurel Sastre Z, Caballero Encinar N. Cirugía menor, ¿satisfacción y calidad? *Aten Primaria*. 2012;44:52, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2010.11.012>.
8. Frechoso G, Pedrosa S, Peña JR, Frechoso A, Seco A. Cirugía menor: una experiencia profesional. *Aten Primaria*. 2000;26:276-7, [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78662-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78662-8).