

Correlación clínico-patológica de las enfermedades tumorales en el Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Dos De Mayo.

Correlation between the clinical and the anatomic pathological diagnosis in the tumoral pathology in the Hospital Nacional Dos de Mayo.

Alicia Barquintero¹, Willy Ramos², Carlos Galarza^{2,3}

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la correlación entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico de las enfermedades tumorales en el Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo (HNDM).

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional. La población estuvo constituida por los pacientes sometidos a biopsia en el Servicio de Dermatología del HNDM por patología tumoral benigna o maligna, durante los meses de enero a diciembre 2007. Se revisó las historias clínicas y los informes anatomopatológicos de los pacientes con la finalidad de determinar la correlación entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico de acuerdo al tipo de tumor cutáneo, distribución por localización topográfica y sexo del paciente.

RESULTADOS: Se evaluó 152 diagnósticos clínicos y anatomopatológicos, el 60.5% correspondió a neoplasias benignas y el 39.5% a neoplasias malignas; se encontró correlación clínico-patológica en el 67.8% de neoplasias. El análisis de los diagnósticos clínico y anatomopatológico para los tumores benignos mostró correlación en el 66.3% de los casos. Los diagnósticos clínicos que mostraron con mayor frecuencia discordancia con la histopatología fueron las verrugas vulgares (4/31), queratosis seborreica (3/31), pilomatrixoma (3/31) y cuerno cutáneo (3/31).

Para los tumores malignos, existió correlación en el 70.0% de los casos. Los diagnósticos clínicos que mostraron con mayor frecuencia discordancia con la anatomía-patológica fueron el carcinoma basocelular (7/18), carcinoma espinocelular (3/18), melanoma maligno (2/18) y linfoma cutáneo (2/18).

CONCLUSIÓN: Existe un nivel moderado (67.8%) de correlación entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico para la patología tumoral en el Servicio de Dermatología del HNDM el cual es similar para los tumores benignos y malignos.

PALABRAS CLAVE: Correlación clínico- patológica, neoplasias benignas, neoplasias malignas de la piel.

Dermatol Perú 2009; 19(4) 322-329

¹ Servicio de Dermatología. Hospital Nacional Docente María Auxiliadora. Lima-Perú.

² Instituto de Investigaciones Clínicas. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima- Perú

³ Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima- Perú.

Recibido: 29-01-2010

Aceptado: 26-02-2010

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determinate the correlation between the clinical and the anatomopathological diagnosis in the tumoral pathology in the Service of Dermatology, Hospital Nacional Dos de Mayo (HNDM).

METHODOLOGY: Descriptive, retrospective and observacional study, population was the patients that suffered a biopsy ordered by the Service of Dermatology, HNDM due to benigne or malignant tumoral pathology, since January to December 2007. Clinical records and the anatomopathological diagnosis according the type of cutaneous tumor, distribution by topographic localitation and sexe of the patient.

RESULTS: 152 clinical histopathologic diagnosis of cutaneous neoplasias were evaluated, 60.5% were benignal neoplasias and 39.5% malignant neoplasias. There were a clinical-pathological correlation in the 67.8% of neoplasias no statistically significant difference between both groups were showed ($p=0.384$).

The analisis for the clinical and histopathological diagnosis for benignal tumours showed a correlation in the 66.3% of the cases. Clinical diagnosis that showed more frequently discordance with the histopathology were verruca vulgaris (4/31), seborrheic keratosis (3/31), pilomatrixoma (3/31) y cutaneous corn (3/31).

There was a correlation for malignant tumours, in the 70% between the clinical diagnosis that showed a major discordance with the histopathology were the basal cell carcinomas (7/18), espinoceular carcinoma (3/18), malignant melanoma (2/18) y cutaneous lymphoma (2/18).

CONCLUSIONS: there is a moderated level (67.8%) of correlation between the clinical an anatomopatologic diagnosis for tumoral pathology in the Service of Dermatology of the HNDM.

KEY WORDS: Clinical and pathological correlations, benign neoplasias, malignant cutaneous, neoplasias.

INTRODUCCIÓN

Los tumores cutáneos se caracterizan por una proliferación de las diferentes estirpes celulares propias de la piel o anexos, los cuales se clasifican en benignos o malignos de acuerdo a su capacidad de invasión a distancia y/o destrucción local. ⁽¹⁾

La biopsia de piel es una técnica diagnóstica útil debido a la facilidad para acceder a la piel y a la diversidad de métodos disponibles para el estudio de las muestras obtenidas (microscopia óptica, inmunofluorescencia, inmunohistoquímica, microscopia electrónica y reacción en cadena polimerasa) siendo insustituible el estudio histopatológico. ⁽²⁾

Sin embargo, el examen microscópico de la piel tiene sus limitaciones, tanto como la exploración clínica, por lo que puede ser complementado por otros exámenes como la dermatoscopia con la finalidad de incrementar la precisión en el diagnóstico. Estas limitaciones son las que dan lugar en muchos casos a discordancias entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico. ^(2,3)

La dermatopatología es considerada insustituible en el diagnóstico del cáncer de piel. Existe una variedad de tumores cutáneos en los cuales puede ser difícil diferenciar su estirpe benigna o maligna. Así por ejemplo existen tumores benignos que pueden simular un melanoma (nevus de Spitz, nevus melanocíticos recurrentes, nevus acrales, genitales, o en línea mamaria, nevus irritados o expuestos al sol de manera reciente, entre otros) ^(3,4). Después de un minucioso examen de las patologías tumorales, cierto número de lesiones siguen siendo ambiguas, siendo allí, fundamental el correlato clínico-patológico para la definición de las mismas. ^(5,6)

El objetivo del presente trabajo fue determinar la correlación entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico de las patologías tumorales en el Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo (HNDM) de enero a diciembre del 2007.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y observacional.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población estuvo constituida por los pacientes sometidos a biopsia en el Servicio de Dermatología del HNDM, por patología tumoral benigna o maligna, durante los meses de enero a diciembre del 2007.

TÉCNICA Y MÉTODO DE TRABAJO

Se revisó las historias clínicas y los informes anatomopatológicos de los pacientes sometidos a biopsia obteniéndose las características clínicas de las lesiones así como los diagnósticos clínicos y anatomopatológicos. Se definió como correlación clínico-patológica a la concordancia entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico; mientras que se consideró discordancia a la obtención de un diagnóstico anatomopatológico distinto del diagnóstico clínico.

La información recolectada fue consignada en un instrumento de recolección de datos diseñado para el presente estudio y pasó a formar una base de datos con fines de registro y procesamiento estadístico.

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento de los datos se realizó con el programa Excel para Windows, y para la estadística descriptiva se empleó el programa

estadístico SPSS 15.0 (Versión de evaluación obtenida de la página web del fabricante). Se realizó estadística descriptiva obteniéndose frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión.

Para comparar la correlación y discordancia clínico-patológica de los tumores cutáneos con las variables sexo y localización de las lesiones se realizó estadística bivariada con la prueba de Chi cuadrado de Pearson. Los cálculos se realizaron con un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS

CORRELACIÓN CLÍNICO PATÓLOGICA A NIVEL GENERAL

Se evaluó 152 diagnósticos clínicos y anatomopatológicos de tumores cutáneos, de ellos, el 60.5% correspondió a tumores cutáneos benignos y el 39.5% tumores cutáneos malignos. El tumor benigno más frecuente fue la queratosis seborreica (20.4%) mientras que para los tumores malignos fue el carcinoma basocelular (17.1%), lo cual se muestra en la tabla 1. Se encontró correlación entre el diagnóstico clínico y el anatomopatológico en el 67.8%.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS TUMORES BENIGNOS

Ingresaron al estudio 92 diagnósticos clínicos los cuales fueron obtenidos de mujeres en el 50.0% y de varones en 50.0%, la edad promedio de los pacientes fue de 44.9 ± 21.1 años. La media del tiempo de enfermedad fue de 50.2 meses, el inicio fue insidioso en el 97.8% y el curso progresivo en el 68.5%. Las lesiones se presentaron principalmente en el rostro (43.4%), miembro superior (19.6%) y con menor frecuencia en la región inguinal y perineal (tabla 2); en la mayoría

TABLA 1: Tumores cutáneos benignos y malignos sometidos a biopsia de piel y estudio anatomopatológico. Servicio de Dermatología HNDM. Enero-diciembre 2007.

TUMORES CUTÁNEOS	FRECUENCIA	%
Queratosis seborreica	31	20.4
Carcinoma basocelular	26	17.1
Nevus intradérmico	12	7.9
Quiste epidérmico de inclusión	9	5.9
Queratosis actínica	8	5.3
Carcinoma espinocelular	7	4.6
Granuloma piógeno	7	4.6
Melanoma maligno	6	3.9
Enfermedad de Bowen	4	2.6
Sarcoma de Kaposi	3	2.0
Linfoma cutáneo	3	2.0
Papiloma fibroepitelial	3	2.0
Nevus verrucoso	2	1.3
Granuloma tuberculoso	2	1.3
Hemangioma capilar	2	1.3
Otros	27	17.8
TOTAL	152	100.0

TABLA 2: Localización de neoplasias benignas en pacientes del Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero – Diciembre 2007.

LOCALIZACION	FRECUENCIA	%
Rostro	40	43.5
Miembro superior	15	16.3
Miembro inferior	11	11.9
Espalda	11	11.9
Abdomen	7	7.6
Tórax	7	7.6
Región inguinal/perineal	1	1.1
TOTAL	92	100.0

de casos fueron de color marrón (41.3%), normocrómicas (26.1%), observándose también los colores negro (5.4%) y amarillento (1.1%). En el 64.1% las lesiones fueron únicas y en el 35.9% fueron múltiples. Con respecto a la forma de las lesiones, el 87.0% era redondeada, el 8.7% era ovalada y el 4.3% no tenía forma ni configuración; el 93.5% tenía bordes definidos y en el 28.3% de los pacientes se observó síntomas asociados como prurito (12/26), dolor (7/26) y sangrado (7/26).

TABLA 3: Neoplasias benignas con discordancia clínico-patológica. Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero-Diciembre 2007.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO	DIAGNÓSTICOS ANATOMOPATOLÓGICOS
Queratosis seborreica	Queratoacantoma, carcinoma basocelular, melanoma maligno.
Pilomatrixoma	Granuloma tuberculoso, quiste epidérmico de inclusión,
Cuerno cutáneo	Queratosis seborreica, fibroepitelioma.
Nevus verrucoso	Queratosis seborreica, nevus sebáceo
Granuloma piógeno	Queratosis seborreica.
Quiste epidérmico de inclusión	Papiloma fibroepitelial, carcinoma basocelular.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS

Ingresaron al estudio 60 diagnósticos clínicos de neoplasias malignas de la piel, las cuales fueron obtenidas de mujeres en el 51.7% y de varones en el 48.3%; la edad promedio de los pacientes fue de 58.7 ± 17.5 años. El tiempo de enfermedad fue de 27 meses en promedio, el inicio fue insidioso en el 98.3% y el curso progresivo en 75% de los casos.

Las lesiones elementales predominantes fueron la placa (25.0%), pápula (23.3%), tumor (20.0%) y úlcera (20.0%); mientras que otras como nódulo y quiste fueron infrecuentes. Las lesiones se presentaron principalmente en el rostro (63.3%), miembro inferior (18.3%) y con menor frecuencia en la región inguinal y perineal (tabla 4); en la mayoría de los casos fueron normocrómicas (48.3%), de color rojizo (28.3%), marrón (15.0%), observándose también los colores negro (6.7%) y amarillento (1.7%). En el 93.3% de pacientes las lesiones fueron únicas y en el 6.7% fueron múltiples. Con respecto a la forma de las lesiones, el 60.0% era redondeada, el 15.0% ovalada y 25.0% no fue consignada; el 83.3% tenía bordes definidos y en el 30.0% de los pacientes se observó síntomas asociados como prurito (9/18 casos), dolor (6/18 casos), sangrado (2/18) y ardor (1/18).

TABLA 4: Localización de neoplasias malignas en pacientes del Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero-Diciembre 2007.

LOCALIZACION	FRECUENCIA	%
Rostro	38	63.3
Miembro inferior	11	18.3
Miembro superior	3	5.0
Espalda	3	5.0
Tórax	3	5.0
Abdomen	1	1.7
Región Inguinal/perineal	1	1.7
TOTAL	60	100.0

CORRELACIÓN CLÍNICO PATOLÓGICA DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS

El análisis de los diagnósticos clínico y anatomopatológico mostró correlación en el 70.0% de los casos. Los diagnósticos clínicos que mostraron mayor discordancia con la histopatología fueron el carcinoma basocelular (7/18), carcinoma espinocelular (3/18), melanoma maligno (2/18) y linfoma cutáneo (2/18), lo cual se muestra en la tabla 5. El grado de discordancia no se vio modificado por el sexo de los pacientes ni por la localización de las lesiones ($p=0.544$ y $p=0.825$ respectivamente).

TABLA 5: Neoplasias malignas con menor correlación clínico patológica. Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo. Enero-Diciembre 2007.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO	DIAGNÓSTICOS ANATOMOPATOLÓGICOS
Carcinoma basocelular	Queratosis actínica, queratosis seborreica, nevus verrucoso, queratosis folicular, criptococosis cutánea.
Carcinoma espinocelular	Queratosis seborreica, fibrohistiocitoma maligno.
Melanoma maligno	Queratosis seborreica, léntigo solar
Linfoma cutáneo	Queratosis actínica, rosácea granulomatosa.

DISCUSIÓN

En las últimas dos décadas, se ha observado un incremento de la incidencia de cáncer de piel en el ámbito mundial; su mortalidad y morbilidad ha motivado estudiar las variables que intervienen en su diagnóstico preciso y precoz con la consiguiente reducción de su mortalidad, sufrimiento de los pacientes y los costos de la enfermedad. Es importante estudiar además a los tumores cutáneos benignos porque en ciertas condiciones pueden asemejarse clínicamente a neoplasias malignas.^(7,8)

La falta de correlación entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico en patología tumoral es un fenómeno que no es ajeno a la literatura mundial. Como antecedentes internacionales se tienen los estudios de Parslew y Rhodes así como el de Cooper; mientras que, a nivel nacional no se cuenta con estudios.

Parslew y Rhodes (Inglaterra; 1997) estudiaron la eficacia del diagnóstico clínico de 1000 neoplasias benignas de la piel (Nevus melanocítico benigno, queratosis seborreica, verrugas virales y papilomas fibroepiteliales) en comparación con la histopatología en el Departamento de Dermatología del Royal Liverpool University Hospital durante 1990 y 1992. La histología confirmó el diagnóstico clínico en 89% de los nevos melanocíticos benignos, el 89% de las queratosis seborreicas, 83% de las verrugas vulgares, 81% de los papilomas fibroepiteliales. Siete neoplasias malignas (6 carcinomas basocelulares y un carcinoma espinocelular) fueron diagnosticadas como benignas, lo cual constituyó una importante discordancia clínico-patológica⁽⁹⁾.

Cooper investigó la eficacia del diagnóstico clínico en comparación con el histopatológico para neoplasias malignas de la piel en pacientes sometidos a transplante

renal del hospital de Oxford (Inglaterra) durante Mayo a Setiembre del año 2000. Se estudio 102 lesiones biopsiadas encontrándose un bajo rendimiento del diagnóstico clínico para el carcinoma basocelular en donde de 39 diagnósticos clínicos sólo 19 fueron confirmado por la histopatología correspondiendo los casos restantes a Enfermedad de Bowen (5/39), verrugas vulgares (3/39), queratosis actínicas (7/39) y a otros (5/39). Para el carcinoma basocelular, de 21 diagnósticos clínicos sólo 8 fueron confirmados por la histopatología, correspondiendo los casos restantes principalmente a queratosis actínicas (4/21), carcinoma espinocelular (3/21) y enfermedad de Bowen (3/21).⁽¹⁰⁾

El presente trabajo de investigación muestra que la ausencia de correlación clínico-patológica no es poco común en la práctica clínica diaria del Dermatólogo. Para el HNDM, el grado de correlación en patología tumoral en el período de estudio, alcanzó a nivel general el 66.8% lo cual constituye un nivel aceptable. Los tumores que se diagnosticaron con mayor frecuencia en dicho hospital fueron los benignos, teniendo una razón de 1.5:1 (benignos/malignos). Aunque las neoplasias malignas podrían constituir una amenaza para la vida de los pacientes o tener repercusión en la calidad de la misma se tendería a pensar que existiría mayor discordancia clínico-patológica; sin embargo, se observó lo contrario. Es decir, el grado de discordancia fue ligeramente menor que el de las benignas existiendo una diferencia no significativa (30% vs. 33.7% respectivamente). Dentro de las neoplasias malignas fueron el carcinoma basocelular y el espinocelular las que mostraron menor correlación. Cabe resaltar que a pesar de la no confirmación del diagnóstico clínico por la histopatología, los diagnósticos planteados como queratosis seborreica y queratosis

actínica se encuentran dentro de los diagnósticos diferenciales de cáncer de piel no melanoma.

Los resultados del presente trabajo de investigación son similares a los reportados por Ek y col (2005) quienes realizaron un estudio en el Peter Mc Callum Cancer Institute (Australia). Dichos autores encontraron para el carcinoma basocelular que los casos de diagnóstico errado (discordancia clínico-patológica) correspondieron en el 65% a lesiones premalignas o benignas, en el 33.9% a carcinoma espinocelular y en el 1% a melanoma maligno; para el carcinoma espinocelular correspondieron en el 72.4% a carcinoma de células escamosas in situ o lesiones premalignas; mientras que, para el melanoma maligno, correspondieron en el 92.0% a neoplasias benignas y a cáncer de piel no melanoma (carcinomas basocelular y espinocelular).⁽⁵⁾

La discordancia en el diagnóstico de los tumores cutáneos malignos también ha sido reportada en Latinoamérica. En Chile, Zemelman y cols. reportaron en 5 hospitales metropolitanos de Santiago durante los años 1992 y 2001 que de un total de 1951 carcinomas basocelulares diagnosticados clínicamente y enviados a examen histopatológico por dermatólogos el 22.5% presentó otro diagnóstico; de 412 carcinomas espinocelulares, sólo 36.2% tuvo diagnóstico acertado y de 230 melanomas el 64.3% tuvo un diagnóstico clínico correcto.⁽¹¹⁾

Para el caso de las neoplasias benignas de nuestro estudio fueron las queratosis seborreicas, pilomatrixoma y cuerno cutáneo las que mostraron mayor grado de discordancia, observándose que con cierta frecuencia el diagnóstico clínico correspondió a tumores malignos

(carcinoma basocelular y melanoma maligno) y viceversa. Esto concuerda también con lo reportado por Ek y cols, quienes encontraron que de 149 tumores cutáneos clínicamente como benignos, 43 fueron de tipo maligno correspondiendo 14 casos a carcinoma basocelular, 23 a carcinoma espinocelular y 6 a melanoma maligno.⁽⁵⁾

Nuestros resultados mostraron que el grado de discordancia entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico no se explica por el tipo de tumor (benigno o maligno), sexo de los pacientes y localización de las lesiones. Una posible explicación para la discordancia es que los tumores de tipo maligno producen mediadores como polipéptidos, hormonas, citoquinas, factores de crecimiento, anticuerpos, etc, que modifican el tejido circundante y a las propias células tumorales (desorganización e incremento de la actividad celular) lo que podría provocar un patrón de similitud con otras entidades clínicas.⁽¹²⁻¹⁴⁾

La principal limitación del presente trabajo de investigación fue la escasa información publicada en nuestro medio respecto a la correlación o discordancia clínico-patológica en neoplasias de la piel y aunque existen reportes de casos, no existen trabajos de investigación publicados en revistas de la especialidad o si los hay abordan tangencialmente este tema. Si bien es cierto que los datos presentados en el presente trabajo son de tipo retrospectivo, esto no ha tenido influencia negativa debido a que el registro de los datos en los informes histopatológicos y en las historias clínicas fue adecuado en la mayoría de los casos.

En conclusión, existe un nivel moderado (67.8%) de correlación entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico para la patología tumoral en el Servicio de

Dermatología del HNDM el cual es similar para los tumores benignos y malignos. Se recomienda realizar investigaciones relacionadas al rendimiento del diagnóstico clínico no sólo de neoplasias cutáneas sino de diversas patologías que requieran biopsia, examen anatomopatológico, microbiológico u otros. El conocimiento de las discordancias será útil al dermatólogo en el establecimiento de sus diagnósticos clínicos de acuerdo a nuestra realidad e incrementará su experiencia y precisión diagnóstica.

Conflicto de intereses: Los Dres. Carlos Galarza y Willy Ramos pertenecen al comité editorial de la Revista Dermatología Peruana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perks G. Cysts and Benign Tumours of Skin. *Surgery (Oxford)* 2002; 20: 150-2.
2. Bauer J, Leinweber B, Metzler G, Blum A, Hofman-Wellenhof R, Leitz N, et al. Correlation with digital dermoscopic images can help dermatopathologists to diagnose equivocal skin tumours. *Br J Dermatol* 2006; 155: 546-51.
3. Schofield J. Benign Skin Tumours. *Medicine* 2005;33:67-9.
4. Luba MC, Bangs SA, Mohler AM, Stulberg DL. Common Benign Skin Tumours. *Am Fam Physician* 2003;67:729-38.
5. Ek EW, Giorlando F, Su SY, Dieu T. Clinical diagnosis of skin tumours: how good are we?. *ANZ J Surg* 2005;75:415-20.
6. Giuliano C, Castillo P. Quistes dermoides nasoetmoidales manejo quirúrgico. *Rev Chil. Pediatr* 2002;73:280-4.
7. Gloster HM Jr, Brodland DG. The epidemiology of skin cancer. *Dermatol Surg* 1996; 22:217-26.
8. Plesko I, Severi G, Obsitnikova A, Boyle P. Trends in the incidence of nonmelanoma skin cancer in Slovacia, 1978- 1995. *Neoplasia* 2000;47:137-42.
9. Parlew R, Rhodes LE. Accuracy of diagnosis of benign skin lesions in hospital practice: a comparison of clinical and histological findings. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1997;9:137-41.
10. Cooper SM, Wojnarowska F. The accuracy of clinical diagnosis of suspected premalignant and malignant skin lesions in renal transplant recipients. *Clin Exp Dermatol* 2002;27:436-8.
11. Zemelman V, Valenzuela CY, Fisch F, Road J, Honeyman J. Asertividad en el diagnóstico clínico de los tumores cutáneos. *Rev. Med. Chile* 2003;131:1421-7.
12. Ghul G, Arruabarrena C, Escalante L, Serrano P. Síndromes paraneoplásicos cutáneos. *Semergen* 2004;30:506-13.
13. Ramos W, Galarza C, Ortega A, Hancoco J, Gutierrez E, Uribe M, et al. Dermatoses paraneoplásicas en el Hospital Nacional Dos de Mayo. *Dermatol Perú* 2005;15:206-10.
14. Sanchez G. Signos Cutáneos de malignidad interna. *Dermatol Perú* 2005;15: 181-5.