

UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO



---

---

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSTGRADO  
E INVESTIGACIÓN**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**CORRELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA DE  
NEOFORMACIONES FACIALES NO ESPECÍFICAS**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:  
DRA. ROSA MARÍA ZAZUETA LÓPEZ**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA SUBESPECIALIDAD EN:  
DERMATOLOGÍA**

**ASESOR DE TESIS:  
DRA. SAGRARIO HIERRO OROZCO  
DR. VICTOR JAIMES HERNÁNDEZ  
DRA. LUCÍA ACHELL NAVA**



**ISSSTE**

2011



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

---

**Dra. Aura A. Erazo Valle Solís**

---

**Dra. Sagrario Hierro Orozco**

---

**Dr. Victor Jaimes Hernández**

---

**Dra. Lucía Achell Nava**

---

**Dra. Rosa María Zazueta López**

# ÍNDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>9</b>
<b>HIPÓTESIS.....</b>	<b>10</b>
<b>MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>11</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>13</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>17</b>
<b>CONCLUSIÓN.....</b>	<b>19</b>
<b>TABLAS Y GRÁFICAS.....</b>	<b>20</b>
<b>IMÁGENES.....</b>	<b>33</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>37</b>

## RESUMEN

**Introducción:** La dermatología es un área donde el diagnóstico reside en gran parte a la habilidad y entrenamiento de quien examina una lesión. En su totalidad, la sospecha diagnóstica se realiza clínicamente y se encuentra sujeta al conocimiento del dermatólogo. Cuando la dermatosis proporciona componentes descritos como típicos o característicos de la enfermedad el diagnóstico clínico no debe de presentar problema para el facultativo entrenado, pero cuando la dermatosis presenta algunos componentes descritos como típicos o característicos de una enfermedad o dermatosis y se le agreguen otros componentes no descritos o existan hallazgos encontrados en otras enfermedades, el clínico debe de proporcionar varias alternativas diagnósticas o diagnósticos diferenciales de una primera sospecha. Es cuando para realizar un diagnóstico definitivo el dermatólogo se apoya en distintas pruebas como lo son los estudios de laboratorio, gabinete, dermatoscopia y la dermatopatología. En la literatura existen estudios en donde se ha analizado la correlación clínico patológica de lesiones en piel y mucosas. El resultado de correlación de estos estudios oscila entre el 60 hasta el 85% de los diagnósticos clínicos con los resultados histopatológicos. No existen estudios en donde se realice correlación clínico patológica de lesiones atípicas

**Objetivo:** Conocer la correlación clínico patológica en el diagnóstico de las neoformaciones en cara determinando el porcentaje de correlación; conocer que patologías se presentan de manera atípica y el porcentaje de sospecha típica; conocer las patologías que se diagnostican erróneamente y las características clínicas de éstas entidades; presentar los casos de neoformaciones faciales que presentaron un diagnóstico diferente al resultado histopatológico.

**Material y métodos:** Se realizó un análisis descriptivo y analítico. Se obtuvieron gráficas de frecuencia simples; para describir las variables cuantitativas se utilizaron las medidas de tendencia central y de dispersión; en las variables de tipo cualitativo se obtuvieron proporciones; se utilizaron

pruebas no paramétricas para evaluar la diferencia de proporciones. Mediante la construcción de tablas de 2X2 se realizaron pruebas de hipótesis X-MantelHanzell; se evaluó la asociación entre variables estudiadas teniendo como medida de asociación el Riesgo Relativo. El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS v15. Se revisaron expedientes de pacientes del servicio de Dermatología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE que comprendió un periodo de Enero 2010 hasta Mayo del 2011. Se incluyeron a los pacientes que presentaban como motivo de consulta dermatosis cuya área topográfica se localizara o involucrara cabeza o a quienes se les realizara estudio histopatológico de lesión en cabeza.

**Resultados:** La correlación clínico patológica de neoformaciones localizadas a cara consideradas como lesiones atípicas fue en menos de la mitad de las neoformaciones analizadas. Al comparar características clínicas descritas de las neoformaciones con las características clínicas encontradas en la literatura de las mismas neoformaciones se encontraron menos lesiones consideradas como atípicas. En el servicio de Dermatología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre se diagnostican más lesiones con características clínicas atípicas que lesiones que se consideran atípicas por presentaciones en edades no habituales, topografías no habituales, etc. topografía.

# INTRODUCCIÓN

La dermatología es un área clínica vasta en donde el diagnóstico reside en gran parte a la habilidad y entrenamiento de quien examina una lesión. En su totalidad, la sospecha diagnóstica se realiza clínicamente y se encuentra sujeta al conocimiento del dermatólogo. Es él quien debe de realizar un análisis de la dermatosis observada en base a su topografía, morfología, evolución, comportamiento, sintomatología y antecedentes de quien la porta así como rasgos generales en la cual se ha presentado. Las dermatosis siempre tendrán una constante que las conforma clínicamente así como en su comportamiento para poder englobarse en un diagnóstico, pero siempre presentaran variantes entre paciente y paciente las cuales ofrecen el verdadero reto al momento de nombrar una determinada enfermedad o padecimiento. El dermatólogo debe estar preparado para otorgar un diagnóstico presuntivo dependiendo de las variables anteriormente mencionadas. Cuando la dermatosis proporcione componentes descritos como típicos o característicos de la enfermedad el diagnóstico clínico no debe de presentar problema para el facultativo entrenado, pero cuando la dermatosis presenta algunos componentes descritos como típicos o característicos de una enfermedad o dermatosis y se le agreguen otros componentes no descritos o existan hallazgos encontrados en otras enfermedades, el clínico debe de proporcionar varias alternativas diagnósticas o diagnósticos diferenciales de una primera sospecha. Por lo tanto para realizar un diagnóstico definitivo el dermatólogo se apoya en distintas pruebas como lo son los estudios de laboratorio, gabinete, dermatoscopia y la dermatopatología<sup>1,2</sup>. La Dermatopatología es una subespecialidad que vincula a la Dermatología y a la Anatomía Patológica. El dermatopatólogo debe conocer de forma exhaustiva tanto los rasgos clínicos como patológicos de las enfermedades de la piel. En ninguna otra rama de la medicina se puede evidenciar de forma tan manifiesta la correlación clínico patológica y en ninguna otra se es tan accesible el estudio de una enfermedad para su la correlación clínico patológica. La correlación clínico patológica de las enfermedades de la piel constituye un reto tanto para dermatólogo clínico como para el dermatopatólogo cuando las lesiones no se presentan de una manera típica o frecuente.

Dentro de los motivos frecuentes de consulta dermatológica se encuentran las lesiones que se presentan en áreas accesibles y visibles al paciente como la cara<sup>3,4,5</sup>. La cara es región topográfica típica de múltiples enfermedades de la piel, pero también es área topográfica poco frecuente para muchas otras. Las dermatosis más frecuentemente consultadas localizada a cabeza son las neoformaciones<sup>6</sup>. En muchas ocasiones éstas neoformaciones constituirán un diagnóstico clínico rápido con una resolución del interrogante del paciente o de su padecimiento, pero en muchas otras se presentarán neoformaciones que no pueden encasillarse en lesiones típicas que se encuentran normalmente en cabeza. La cabeza es una área anatómica que presenta múltiples componentes como anexos, glándulas, vasos sanguíneos, nervios, linfáticos entre otros, es una área topográfica para neoformaciones derivadas de los mismos, sin contar las que son atribuibles a agentes externos como trauma, infecciones e infestaciones entre muchos otros. Para poder determinar un diagnóstico clínico, el dermatólogo debe tomar en cuenta los antecedentes del paciente así como de la lesión, su evolución, sintomatología y principalmente la morfología y localización específica dentro del área topográfica ya comentada<sup>7</sup>. Van a existir algunas enfermedades de la piel o neoformaciones en cabeza que tengan predilección por zonas específicas de la misma lo cual orienta al clínico a su diagnóstico presuntivo. Las lesiones pueden entonces clasificarse para su diagnóstico en pigmentarias o no pigmentarias, inflamatorias y no inflamatorias, agudas, subagudas y crónicas, sintomáticas y asintomáticas y en lesiones elementales específicas ya sean primarias o secundarias. Como ya se ha mencionado anteriormente algunas lesiones compartirán características clínicas “típicas”. Como “típico” se puede definir una lesión que presente características encontradas comúnmente en lesiones que comparten el mismo diagnóstico y características que por si mismas definan a la lesión así como su presentación tomando en cuenta evolución, sintomatología y topografía. Como “atípico” se puede definir una lesión que se encuentre en localizaciones distintas a lo comúnmente descrito, evolución y sintomatología diferente así como características clínicas que no se observan en lesiones que comparten el mismo diagnóstico o que por si solas no orientarían al diagnóstico clínico de la misma<sup>8</sup>.



La dermatopatología permite al experto analizar un fragmento de una lesión o una lesión completa en donde se buscarán características histopatológicas específicas para el diagnóstico clínico enviado. El dermatopatólogo requiere de las características clínicas para poder emitir un diagnóstico histopatológico ya que al igual que en la clínica existen patrones específicos para ciertas dermatosis o lesiones dermatológicas, y existen lesiones que se salen de dichos patrones esperados o comparten características con otras enfermedades de la piel. Es en las lesiones atípicas en donde el criterio del dermatopatólogo y los hallazgos de la pieza examinada emiten un diagnóstico que junto con la clínica otorgan un diagnóstico definitivo en el mejor de los escenarios, ya que sabemos que hay ocasiones en donde la clínica es atípica y la dermatopatología no nos aporta datos concluyentes para poder clasificar a una enfermedad o emitir un diagnóstico final. La correlación clínico patológica puede hablar de la acertividad con la cual se hacen los diagnósticos clínicos lo cual impone un reto mayor al contarse de lesiones atípicas clínicamente<sup>9,10,11</sup>.

En la literatura existen estudios en donde se ha analizado la correlación clínico patológica de lesiones en piel y mucosas. El resultado de correlación de estos estudios oscila entre el 60 hasta el 85% de los diagnósticos clínicos con los resultados histopatológicos<sup>1,2,3,8,13,14,15</sup>. No se describen las lesiones morfológicamente, topográficamente ni en edad de aparición por lo cual no se pueden clasificar a dichas lesiones como típicas o atípicas. No existen estudios en donde se realice correlación clínico patológica de lesiones atípicas. La correlación clínico patológica refleja la capacidad clínica del dermatólogo para realizar un diagnóstico certero. Esto es de vital importancia sobre todo cuando se trata de lesiones malignas en donde un falso negativo podría poner en riesgo la vida del paciente<sup>9, 12</sup>. En el caso de las lesiones atípicas es esperado que el porcentaje de correlación sea menor que en las lesiones que no se describen como tal ya que el diagnóstico que se emite por parte del dermatólogo es basado únicamente en la observación y en la presencia de datos clínicos, topografía y edad concordante con lo que se sospecha.

## **JUSTIFICACIÓN**

En el servicio de dermatología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre diariamente se realizan procedimientos para concretar diagnósticos clínicos probables. De los estudios mayormente realizados se encuentran la biopsia de piel y el análisis histopatológico de la muestra. No existe estadística en cuanto a la concordancia de diagnósticos clínicos con diagnósticos histopatológicos siendo ésta de importancia para valorar la acertividad diagnóstica del servicio. La concordancia en lesiones que se consideran clínicamente atípicas propone un reto aun mayor para el clínico. Encontrar la concordancia de lesiones consideradas atípicas clínicamente con resultados histopatológicos proporciona datos sobre la acertividad diagnóstica del servicio para retos clínicos frecuentes.

## **HIPÓTESIS**

En el servicio de dermatología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE el diagnóstico clínico que correlaciona con el estudio histopatológico es logrado en más de la mitad de los casos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un análisis descriptivo y analítico. Se obtuvieron gráficas de frecuencia simples; para describir las variables cuantitativas se utilizaron las medidas de tendencia central y de dispersión; en las variables de tipo cualitativo se obtuvieron proporciones; se utilizaron pruebas no paramétricas para evaluar la diferencia de proporciones. Mediante la construcción de tablas de 2 X 2 se realizaron pruebas de hipótesis X-MantelHanzell; se evaluó la asociación entre variables estudiadas teniendo como medida de asociación el riesgo relativo (RR). El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS v15. Se revisaron expedientes de pacientes del servicio de dermatología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE que comprendió un periodo de Enero 2010 hasta Mayo del 2011. Se incluyeron a los pacientes que presentaban como motivo de consulta dermatosis cuya área topográfica se localizara o involucrara cabeza o a quienes se les realizara estudio histopatológico de lesión con dicha topografía. Se excluyeron a los pacientes cuyas lesiones fueron consideradas típicas para su diagnóstico, pacientes con lesiones atípicas que no contaran con estudio histopatológico, pacientes con lesiones atípicas que no contaran con seguimiento fotográfico y pacientes cuyo estudio histopatológico no fue concluyente. La información obtenida de los expedientes se vació en una hoja de recolección de datos en donde se analizaron como variables edad, sexo, topografía, morfología, evolución y síntomas que se definieron de la siguiente manera. Edad que es una variable cuantitativa continua cuyo nivel de medición es en años; definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento del paciente hasta el inicio del estudio; definición operacional: Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento del paciente, obtenido mediante interrogatorio. Sexo que es una variable cualitativa nominal con un nivel de medición determinado como femenino o masculino; definición conceptual: Hombre o mujer; definición operacional: Se considera femenino o masculino de acuerdo a las características fenotípicas del paciente. Topografía que es una variable cualitativa nominal cuyo nivel de medición se describe como cabeza, cara, cuello, tronco, extremidades y genitales; Definición conceptual: región anatómica afectada; Definición operacional: Se considera según segmentos

corporales la localización del problema observado. Morfología que es una variable cualitativa nominal cuyo nivel de medición se determina con figuras, colores, milímetros o centímetros y texturas; definición conceptual: Características descriptibles de la lesión observada; Definición operacional: Se considera según su forma, color, tamaño, superficie. Evolución que es una variable cuantitativa continua cuyo nivel de medición se define en horas, días, meses y años; Definición conceptual: tiempo transcurrido desde la aparición de las lesiones hasta el momento actual; Definición operacional: Tiempo transcurrido referido por el paciente desde el inicio de síntomas o aparición de lesión hasta el momento en el que se evalúa en la consulta. Síntomas que es una variable cualitativa nominal cuyo nivel de medición se define como prurito, dolor, ardor, anestesia, parestesia y asintomático; Definición conceptual: manifestaciones sensoriales o ausencia de las mismas; Definición operacional: Manifestaciones que refiera el paciente sobre la lesión descrita o la ausencia de las mismas. Además de éstas variables se incluyeron en la recolección de datos la fecha de reporte histopatológico, si la neoformación estudiada fue el motivo de consulta, el número de biopsia, el diagnóstico clínico, diagnóstico histopatológico y si existió correlación clínico patológica. Se define como diagnóstico clínico la impresión diagnóstica dada por el dermatólogo en el momento de la exploración física la cual fue plasmada en el expediente. El diagnóstico histopatológico se define como el diagnóstico dado posterior al análisis de la pieza obtenida de la biopsia de piel; éste resultado fue dado por el servicio de patología y revisado por dermatopatólogo del servicio de dermatología. Se analizó al igual la presencia de datos clínicos de las lesiones lo cual se define como los elementos morfológicos de las neoformaciones que se describen en la literatura como típicos y propios de cada una de las patologías observadas en comparación con los datos que se presentaron en los pacientes.

## RESULTADOS

Durante el periodo de observación, (Enero 2010 a Mayo 2011) se estudiaron a 55 pacientes con diagnóstico de neoformaciones en cara (NC), 63.6% en mujeres y el 36.4% en hombres, una diferencia estadísticamente significativa con un valor de  $p=0.04$  como se muestra en la gráfica 1 y anexo 2. La media de edad de los pacientes con NC fue de 60.95 años, con un rango de 14 a 91 años y una desviación estándar de 18.57 años (Gráfica 2). La tabla 1 representa la edad por grupo etáreo, donde se muestra que el grupo con mayor frecuencia observado en el estudio es el de 61 años y más, con una diferencia estadísticamente significativa, con valor del estadístico de prueba de  $X^2=29.7$  y valor de  $p=0.000$ . La edad por sexo se encontró que las mujeres presentaron una media de 60 años, desviación estándar de 19 años con un rango de 14 a 91 años, mientras que los hombres presentaron un media de 62 años con una desviación estándar de 19 años y rango de 30 a 88 años. Sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre las medias por sexo (Gráfica 3). El 5.5% de los pacientes con NC es de tipo congénito mientras que el 94.5% es adquirido (Tabla 2). Para el tiempo de evolución de los pacientes con NC se encontró una media de 20.45 meses, con un máximo de 120 y mínimo de 2 meses, con una desviación estándar de 26.78 meses (Gráfica 4). En el 74.5% (41) de los casos la lesión fue motivo de consulta, diferencia estadísticamente significativa con respecto al porcentaje de personas con NC que no fue el motivo de consulta, con una  $X^2=13.2$  y valor de  $p=0.000$ . La presencia de síntomas ocurrió en el 30.9% (17) de los casos, de ellos las características de los signos o síntomas se presentan en la tabla 3. El tamaño de la lesión se describe en la tabla 4, siendo las lesiones grandes las mas frecuentes con el 54.5% de los casos. La morfología de la lesión se distribuyó de la siguiente manera: el 34.5% (19) presentó neoformación redondeada, el 30.9% (17) presentó neoformación cupuliforme, el 14.5% (8) en lesión redondeada, el 5.5% (3) en lesión irregular y el resto en se distribuyó en diferentes morfologías que se presentan en la gráfica 5. Existieron 19 tipos de diagnósticos clínicos. El 45.5% de las neoformaciones se diagnosticaron clínicamente como carcinoma basocelular, seguidas del nevo intradérmico y la queratosis seborreica con que el 7.3% de los casos, el resto de los

diagnósticos clínicos se presentan en la gráfica 6. Los diagnósticos histopatológicos se presentan en la gráfica 7, en la cual se observan un total de 24 diagnósticos, el 32.7% carcinoma basocelular, el 7.3% carcinoma epidermoide y la queratosis seborréica, el 5.5% para la hiperplasia sebácea, el nevo intradérmico y la pápula fibrótica. La concordancia entre los diagnósticos clínicos e histopatológicos fue del 49.1% (27), mientras que el 50.9% (28) no tuvieron concordancia (Gráfica 7.1 y 8). Tomando en cuenta el diagnóstico histopatológico se puede concluir que el 27.3% de los pacientes presentaron la enfermedad en edad no habitual, además el 36.4% no presentó manifestaciones en la topografía habitual de la enfermedad, en el 23.6% de los casos los datos clínicos no fueron concordantes con el diagnóstico clínico e inclusive el 56.4% de las manifestaciones clínicas no corresponden con los diagnósticos histopatológicos. En resumen el 58.2% de los pacientes presentaron manifestaciones clínicas anormales con respecto a al diagnóstico histopatológico (Tabla 5). Se realizó una prueba Chi cuadrada para determinar si la proporción de la edad de aparición habitual, topografía habitual de la enfermedad, los datos clínicos habituales, y los datos clínicos concordantes con el diagnóstico histopatológico eran iguales, encontrando que existen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que presentan datos clínicos habituales, la edad de aparición y la topografía habitual de aparición de la enfermedad (Tabla 6).

A continuación se describen las correlaciones clínico-histopatológico por enfermedad:

Histopatológicamente se detectaron 18 casos de carcinoma basocelular, de ellos 14 (77.7%) se diagnosticaron clínicamente. Los otros 4 casos clínicamente fueron clasificados como:

- 2 casos como nevo intradérmico (11.1%)
- 1 caso como carcinoma Merkel (5.5%)
- 1 caso como cuerno cutáneo (5.5%)

Sin embargo clínicamente se detectaron 25 casos de carcinoma basocelular de los cuales sólo 14 se diagnosticaron histopatológicamente, dando una especificidad del 56%.

De carcinoma epidermoide se detectaron 4 casos, de ellos 1 (25%) se diagnosticó clínicamente. Los otros 3 casos clínicamente fueron clasificados como:

- 2 casos de carcinoma basocelular (50%)
- 1 caso de cuerno cutáneo (25%)

La especificidad clínica para el carcinoma epidermoide fue del 100%.

Se diagnosticaron por histopatología 4 queratosis seborréicas, clínicamente 3 casos (75%) se diagnosticaron, mientras que el otro caso se detectó como cuerno cutáneo. La especificidad clínica también alcanzó el 75% ya que de los 4 casos detectados como queratosis seborréicas una histopatológicamente se detectó como léntigo simple.

Tanto la pápula fibrótica y la hiperplasia sebácea se diagnosticaron por patología en 3 pacientes, por cada enfermedad, ninguno clínicamente.

El nevo intradérmico se diagnosticó en 3 pacientes por histopatología de los cuales solo 1 (33%) se diagnosticó por clínica. La especificidad clínica para esta enfermedad fue del 25%.

El léntigo simple se diagnosticó en 2 pacientes de los cuales clínicamente no se detectó a ninguno.

De la misma forma la elastoidosis se diagnosticó en 2 pacientes de los cuales clínicamente no se detectó a ninguno.

Para explicar la concordancia entre el diagnóstico clínico e histopatológico se realizó un análisis bivariado utilizando tablas de 2x2 y como medida de asociación la razón de momios para la prevalencia con la prueba de hipótesis X de Mantel-Haenszel, encontrando las siguientes asociaciones estadísticamente significativas con valor de  $p < 0.05$  (Tablas 7 y 8).

A partir de este análisis podemos afirmar que, la presencia de datos clínicos concordantes con diagnóstico histopatológico esta relacionado en 5.6 veces a la concordancia diagnóstica entre lo clínico y lo histopatológico.

En conclusión, la concordancia entre el diagnóstico clínico y el estudio histopatológico, no esta relacionada con la presencia de datos clínicos, como la edad de aparición, la localización, o la morfología, si no las manifestaciones



clínicas e histopatológicas de la lesión, esto se podría deber principalmente a la proporción de datos clínicos anormales que presentaron los pacientes, ya que mayor proporción de pacientes con presencia de datos clínicos no habituales (60.9%) concordaron entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico histopatológico (Anexo 1).

## DISCUSIÓN

En el servicio de dermatología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) se consultaron en el periodo de Enero del 2010 a Mayo del 2011, 12,437 pacientes en total de los cuales se revisan como promedio mensual 731. Las enfermedades observadas en el periodo mencionado anteriormente se engloban de la siguiente manera: Enfermedades de reactividad alterada 1737 pacientes; enfermedades por agentes biológicos 1570; enfermedades de los melanocitos 1463; tumores epidérmicos y de anexos 1354; manifestaciones cutáneas de enfermedad sistémica 1205; enfermedades de los anexos y relacionados 1077; enfermedades de la cinética y diferenciación 936; dermatitis eccematosas 809; enfermedades por agentes físicos 686; enfermedades inflamatorias epidérmicas-dérmicas de causa desconocida 621; enfermedades de cohesión epidérmica vesiculares y bulosas 475; enfermedades inflamatorias epidérmico-dérmicas 333; enfermedades por agentes químicos 218. Del total de pacientes consultados en éste periodo se realizaron 735 cirugías y 3577 procedimientos tales como cirugía por electrodesecación, criocirugía y curaciones. De el total de cirugías y procedimientos se envían aproximadamente 550 piezas de piel y/o anexos a estudio histopatológico. No existe una estadística reportada a cerca de la correlación clínico patológica de lesiones atípicas en nuestro servicio por lo cual se realizó un análisis retrospectivo de pacientes que acudieron a la consulta externa y se les dio un diagnóstico de neoformación o lesión atípica en ésta topografía y a los cuales se les realizó estudio histopatológico y seguimiento fotográfico. Se planteo que el diagnóstico clínico que correlaciona con el estudio histopatológico es logrado en más de la mitad de los casos en donde las neoformaciones localizadas a cara son consideradas atípicas. Dentro del análisis hecho de los pacientes seleccionados encontramos que la correlación clínico patológica fue en menos de la mitad de el total de las neoformaciones. Sin embargo, el total de las neoformaciones que se incluyeron fueron basadas en la descripción atípica de la misma en el expediente clínico. Al momento de analizar la descripción morfológica, topográfica y tomando en cuenta la edad de los pacientes en cada neoformación se pudieron encontrar lesiones atípicas clínicamente en un

58.2% del total, de las cuales se correlacionaron clínico patológicamente el 60.0%, coincidiendo éste resultado con la hipótesis planteada.

El fallo en la correlación clínico patológica reside en ésta muestra de pacientes a las características clínicas de las lesiones que se consideraron atípicas. Todas las neoformaciones tienen características morfológicas, topográficas y de presentación descritas con mayor frecuencia, lo cual termina considerandose como presentación típica. Cuando las neoformaciones no se presentan de ésta manera, el diagnóstico clínico puede ser menos acertivo. Entre mayor cantidad de características clínicas típicas presente una neoformación, mayor concordancia histopatológica se presenta. El entrenamiento del clínico, su experiencia y la presentación de la neoformación son los elementos claves en la realización de un diagnóstico certero.

## **CONCLUSIÓN**

La concordancia clínico patológica de neoformaciones localizadas a cara consideradas como lesiones atípicas fue en menos de la mitad de las neoformaciones analizadas. Al comparar características clínicas descritas de las neoformaciones con las características clínicas encontradas en la literatura de las mismas neoformaciones se encontraron menos lesiones consideradas como atípicas. En el servicio de dermatología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre se diagnostican más lesiones con características clínicas atípicas que lesiones que se consideran atípicas por presentaciones en edades no habituales, topografías no habituales, etc.

Se requiere de una correlación clínico patológica de todas las lesiones a las cuales se les realiza estudio histopatológico para poder evaluar la acertividad diagnóstica de los dermatólogos y residentes de dermatología en éste centro. Éste estudio presenta limitaciones tales como el número de neoformaciones evaluadas y el tipo de las mismas, ya que se reduce importantemente al seleccionar una topografía específica de presentación y un tipo de lesión elemental dermatológica. Es también importante evaluar el uso de auxiliares tales como el dermatoscopio para la identificación clínica de lesiones que presentan características atípicas.

## TABLAS Y GRÁFICAS

Gráfica 1. Distribución por sexo de pacientes con diagnóstico de NC.

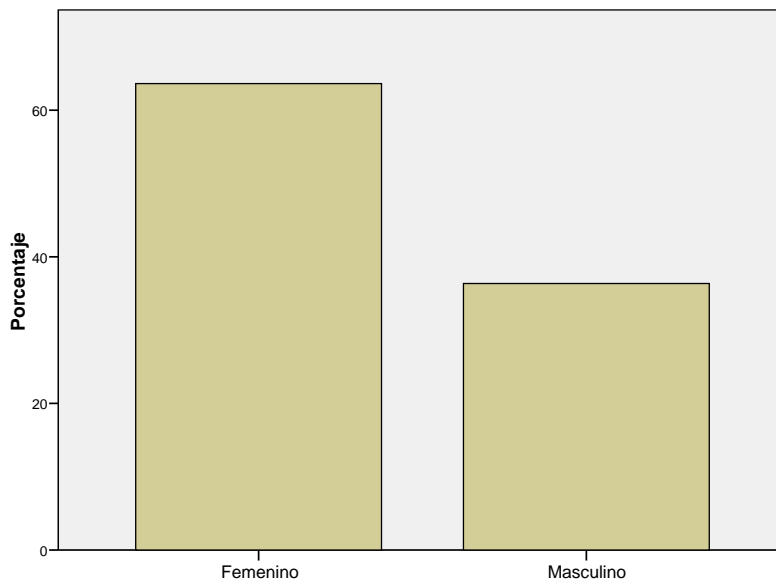
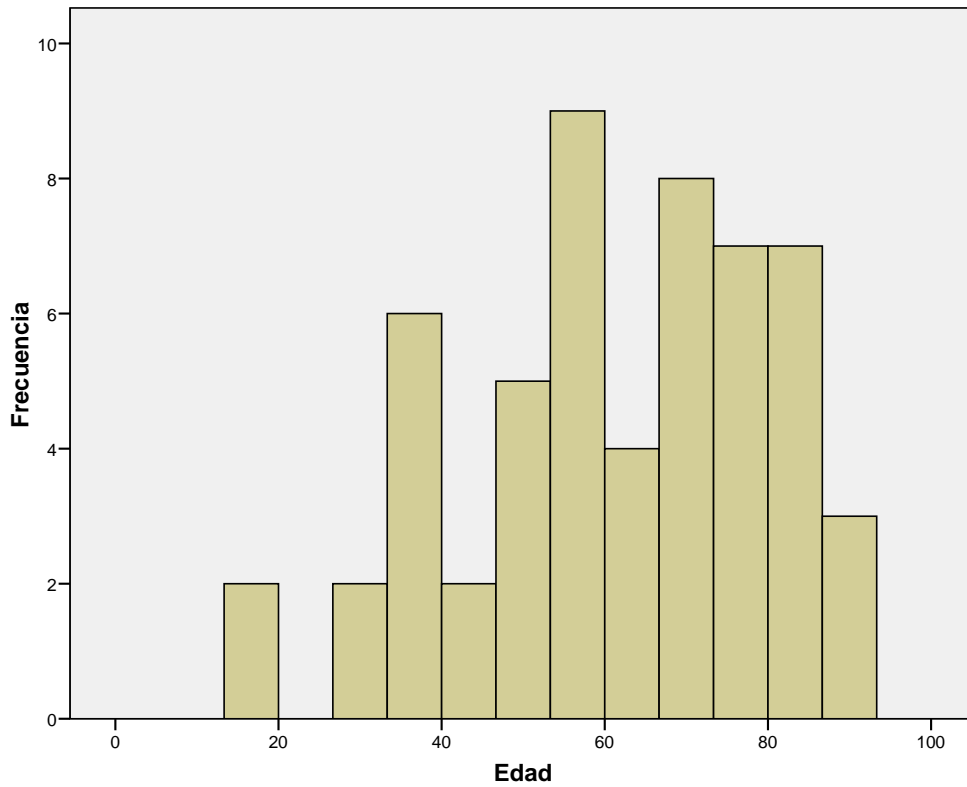


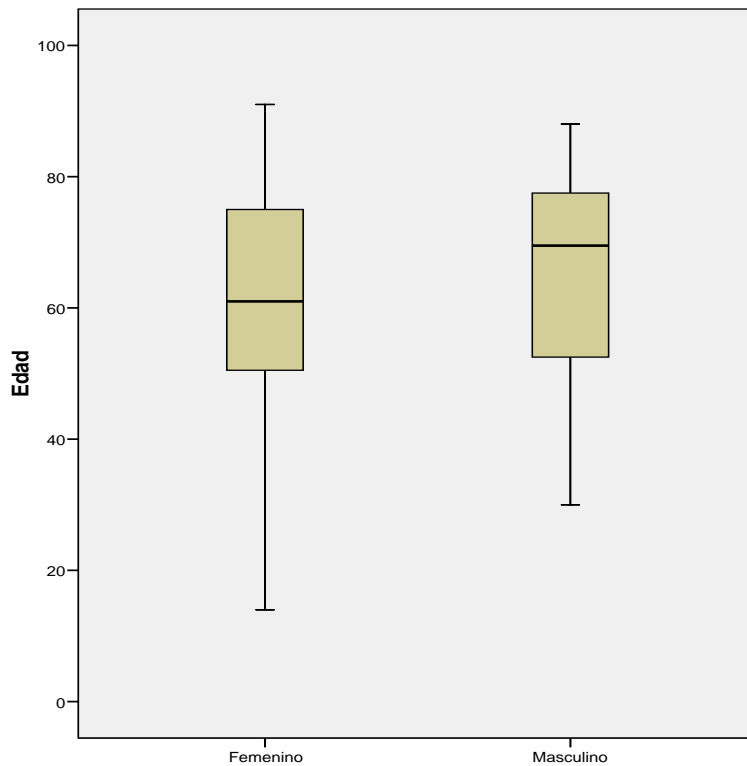
Tabla 1. Distribución de la edad por grupo etáreo.

Rango de Edad	Frecuencia	Porcentaje
De 0 a 20 años	2	3.6
De 21 a 40 años	8	14.5
De 41 a 60 años	16	29.1
De 61 y más años	29	52.7
Total	55	100.0

**Gráfica 2. Distribución de la edad en pacientes con NC**



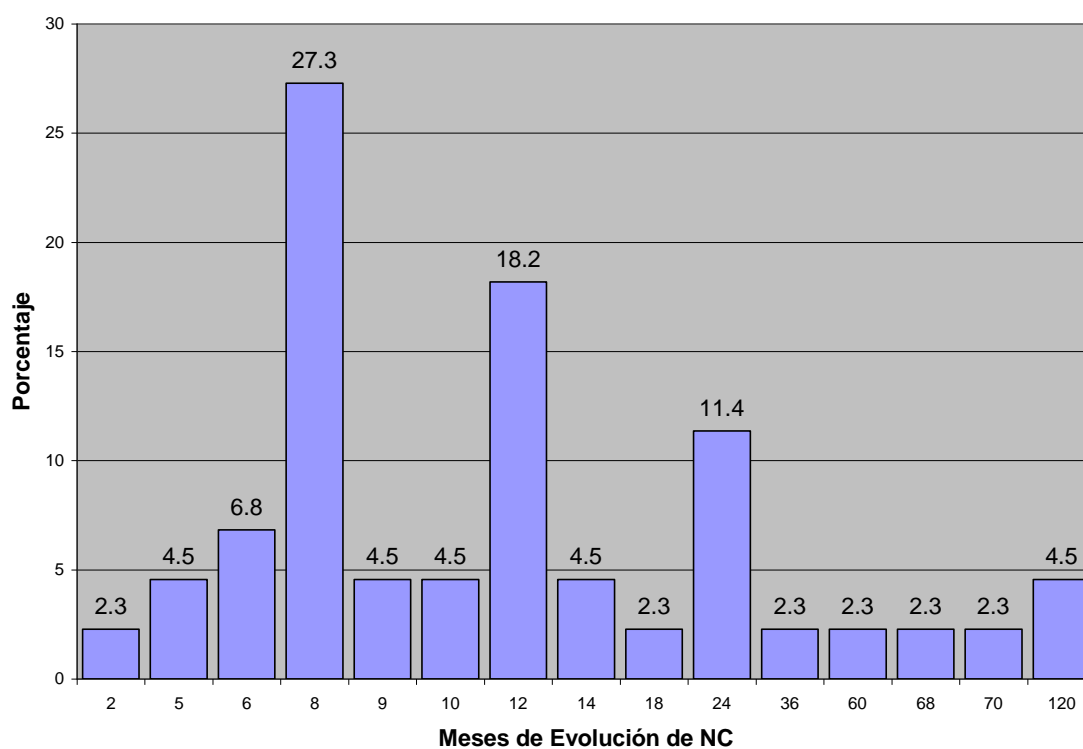
**Gráfica 3. Distribución de la edad por sexo.**



**Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de neoformaciones congénitas en cara**

Lesión de tipo Congénito	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	5.5
No	52	94.5
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

**Grafica 4. Tiempo de evolución en meses de los pacientes con NC. (n=44)**



**Tabla 3. Signos o síntomas de los pacientes con NC. (n=17)**

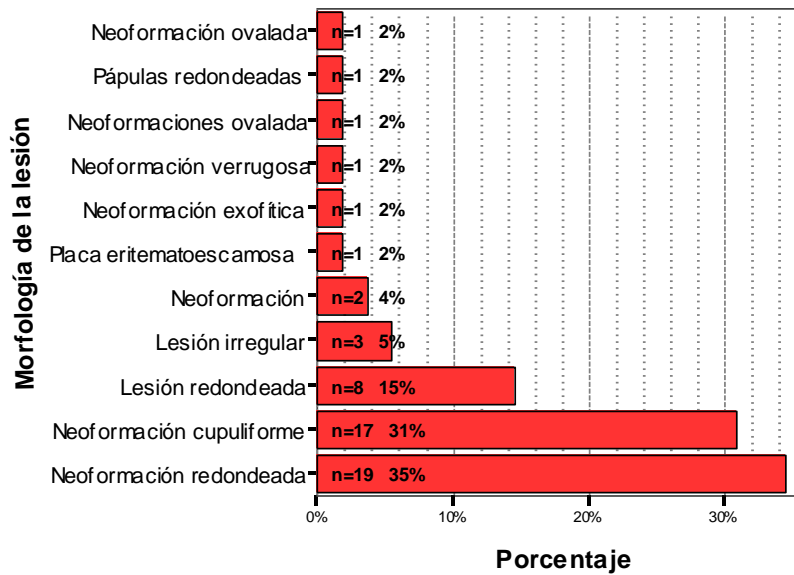
<b>Signo o Síntoma</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Dolorosas al tacto</b>	1	5.9
<b>Prurito</b>	14	82.4
<b>Sangrado</b>	2	11.8
<b>Total</b>	17	100

**Tabla 4. Clasificación de la lesión por tamaño en pacientes con NC**

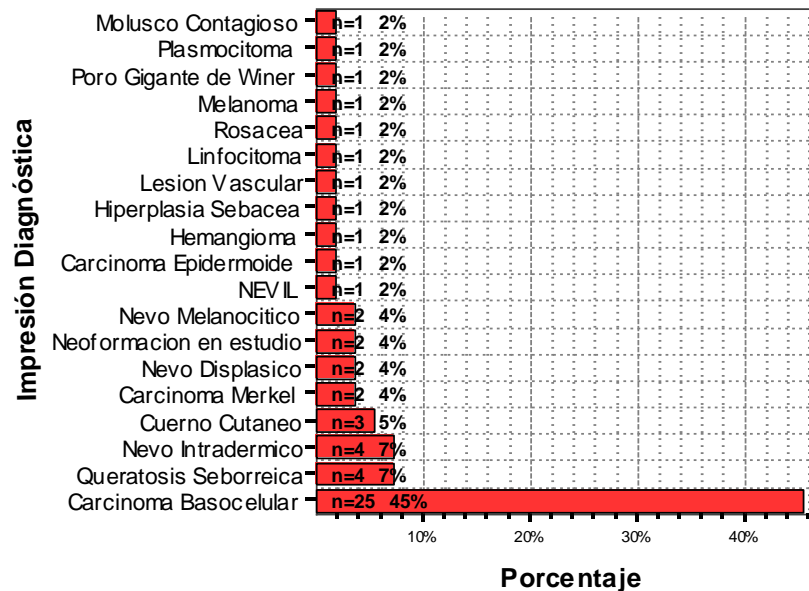
<b>Tamaño de la lesión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Lesión Pequeña</b>	8	14.5
<b>Lesión Mediana</b>	17	30.9
<b>Lesión Grande</b>	30	54.5
<b>Total</b>	55	100



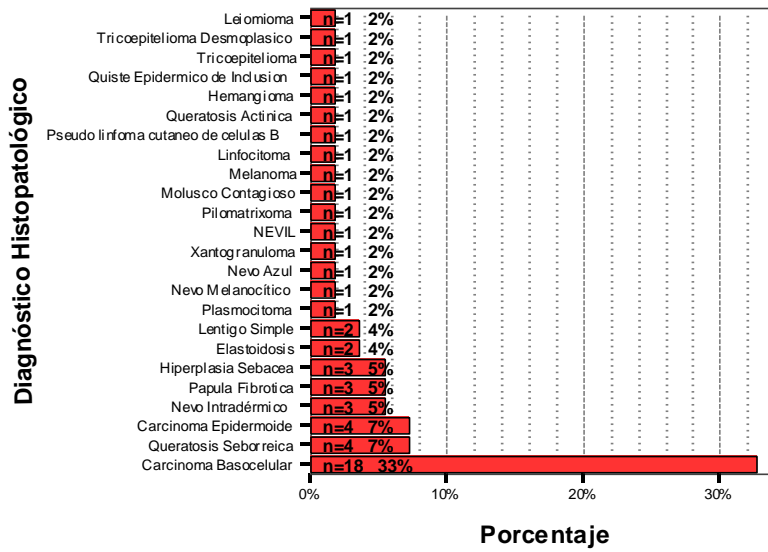
**Gráfica 5. Distribución porcentual de la morfología de la lesión en pacientes con NC**



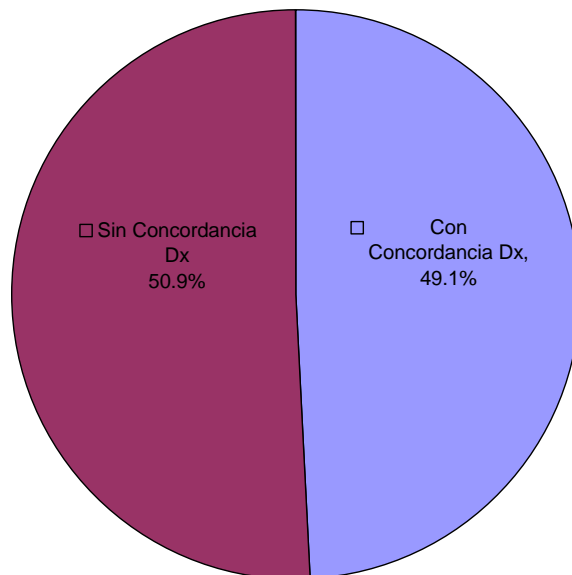
**Grafica 6. Impresión diagnóstica clínica en pacientes con NC.**



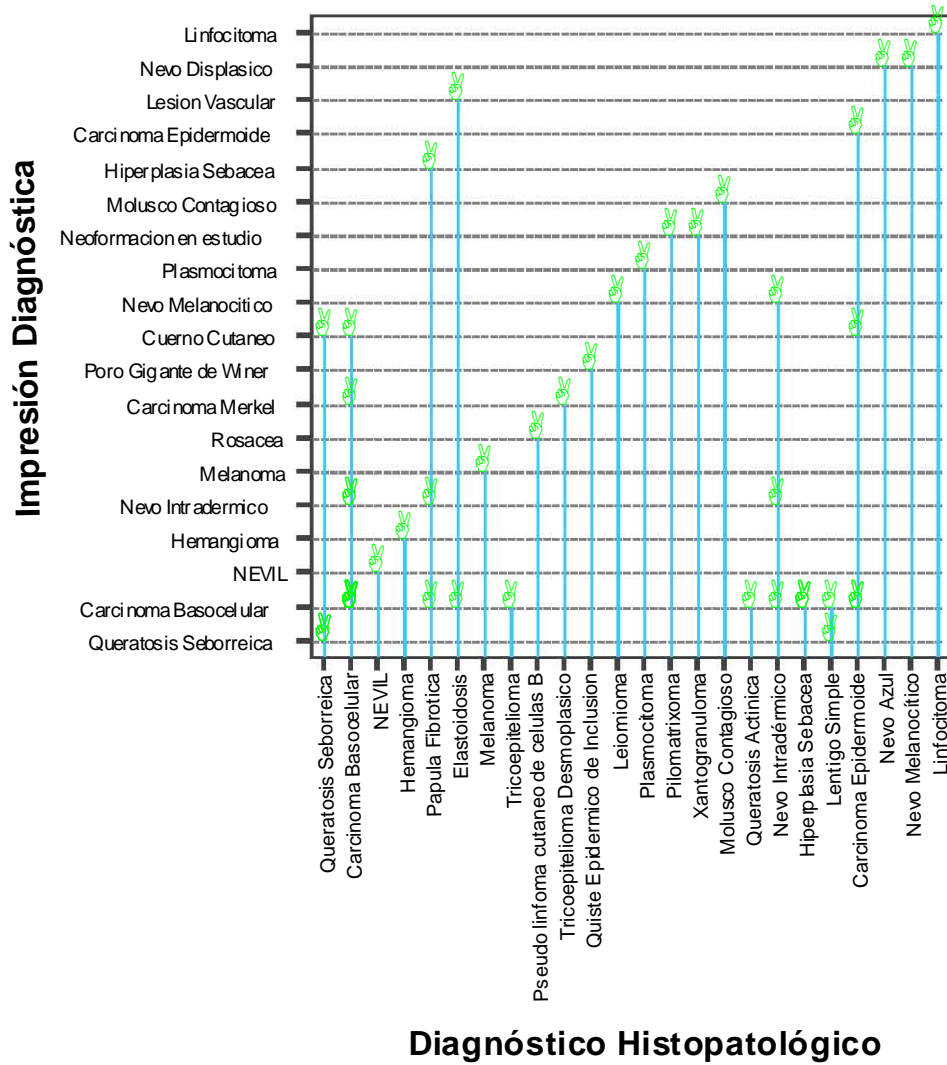
**Grafica 7. Impresión diagnóstica histopatológica en pacientes con NC.**



**Grafica 7.1. Concordancia diagnóstica clínica-histopatológica en pacientes con NC.**



**Grafica 8. Correlación porcentual de diagnósticos clínicos-NC. histopatológicos en pacientes con NC.**



**Tabla 5. Frecuencias de edad de aparición, topografía, y datos clínicos, con los diagnósticos clínicos e histopatológicos.**

Variable	Frecuencia	Porcentaje	
<b>Edad de aparición habitual con HP</b>	<b>Si</b>	40	72.7%
	<b>No</b>	15	27.3%
<b>Topografía habitual con HP</b>	<b>Si</b>	35	63.6%
	<b>No</b>	20	36.4%
<b>Presencia de datos clínicos concordantes con diagnóstico clínico</b>	<b>Si</b>	42	76.4%
	<b>No</b>	13	23.6%
<b>Presencia de datos clínicos concordantes con diagnóstico histopatológico</b>	<b>Si</b>	24	43.6%
	<b>No</b>	31	56.4%

**Tabla 6. Prueba Chi cuadrada para determinar diferencias de proporciones.**

	Presencia de datos clínicos concordantes con diagnóstico clínico	Presencia de datos clínicos concordantes con diagnóstico histopatológico	Edad de aparición habitual con HP	Topografía habitual con HP
Chi-cuadrada	15.291	.891	11.364	4.091
Sig.	.000	.345	.001	.043

**Tabla 7. Tabla de contingencia concordancia diagnóstica y presencia de datos clínicos concordantes con el diagnóstico histopatológico.**

	Concordancia diagnóstica		
	sin concordancia	con concordancia	Total
Presencia de datos clínicos concordantes con diagnóstico histopatológico	2	22	24
Si			
No	26	5	31
Total	28	27	55

### Riesgo Estimado

	Valor	Intervalo de confianza 95%	
	Menor	Superior	Menor
Riesgo Relativo concordancia diagnóstica = con concordancia	5.683	2.524	12.798
N of Valid Cases	55		

**Tabla 8 .Manifestaciones clínicas anormales**

	Frecuencia	Porcentaje
No	23	41.8
Si	32	58.2
Total	55	100.0

	Concordancia IDX/HP			
	Sin concordancia		Con Concordancia	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Datos clínicos No habituales	9	39.1%	14	60.9%
	19	59.4%	13	40.6%

**Anexo 1. Correlación de diagnóstico clínico e histopatológico por enfermedad en pacientes con NC.**

Diagnóstico Histopatológico	Impresión Diagnóstica																							
	Carcinoma Basocelular	Carcinoma Epidermoide	Carcinoma Merkel	Cuerno Cutáneo	Hemangioma	Herpesia	Lesión Vascular	Linfocitoma	Melanoma	Molusco Contagioso	Neoformación en estudio	NEVIL	Nevo Displásico	Nevo Intradérmico	Nevo Melanocítico	Plasmocitoma	Poro	Gigante de Winter	Queratosis Seborreica	Rosacea				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Carcinoma Basocelular	14	56	0	0	1	50	0	0	1	33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Carcinoma Epidermoide	2	8	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Queratosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	75	0	0		
Papula Fibrotica	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	25	0	0	0	0	0	0	0		
Hemangioma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Hiperplasia Sebacea	3	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Elastoidosis	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Linfocitoma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Melanoma	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Molusco Contagioso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Contagioso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Lentigo Simple	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
NEVIL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Leiomioma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Nevo Intradérmico	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	25	1	50	0	0	0	0	0		
Nevo Melanocítico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Plasmocitoma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Nevo Azul	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Pilomatixoma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Pseudo linfoma cutáneo de células B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Queratosis Actínica	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Quieste Epidermico de Inclusion	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Tricoepitelioma	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Tricoepitelioma Desmoplásico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Xantogranuloma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

## Anexo 2. Pacientes Incluidos

Sujeto	Edad (años)	Sexo (1= Femenino 2= masculino)	Impresión Diagnóstica	Diagnóstico Histopatológico
1	69	2	Carcinoma Merkel	Carcinoma AnexialMicroquístico
2	39	1	Rosácea	Pseudolinfoma cutáneo de células B
3	30	2	Neoformación en estudio	Pilomatrixoma
4	51	2	Carcinoma Basocelular	Pápula Fibrótica
5	44	1	Hiperplasia sebácea	Pápula Fibrótica
6	70	1	Hemangioma	Hemangioma
7	60	1	Carcinoma Basocelular	Carcinoma Basocelular
8	67	1	Carcinoma Basocelular	Carcinoma Basocelular
9	57	2	Carcinoma Basocelular	Carcinoma Basocelular
10	68	1	Queratosis Seborreica	Queratosis Seborreica
11	80	1	Carcinoma Basocelular	Carcinoma Basocelular
12	82	1	Carcinoma Epidermoide	Carcinoma Epidermoide
13	49	1	Carcinoma Basocelular	Hiperplasia Sebácea
14	85	2	Cuerno cutáneo	Carcinoma Basocelular
15	78	2	Carcinoma Basocelular	Carcinoma Basocelular
16	62	1	Carcinoma Basocelular	Carcinoma Basocelular
17	76	1	Lesión Vascular	Elastoidosis
18	58	1	Nevo Intradérmico	Pápula Fibrótica
19	34	2	NEVIL	NEVIL
20	58	1	Carcinoma Basocelular	Carcinoma Basocelular
21	80	1	Carcinoma Basocelular	Elastoidosis
22	53	1	Cuerno cutáneo	Queratosis Seborreica
23	66	1	Nevo Intradérmico	Nevo Intradérmico
24	35	2	Plasmocitoma	Plasmocitoma
25	70	2	Carcinoma Basocelular	Carcinoma Basocelular
26	36	1	Queratosis Seborreica	Lentigo Simple
27	52	1	Linfocitoma	Linfocitoma
28	70	2	Carcinoma Basocelular	Carcinoma Basocelular
29	40	1	Carcinoma Basocelular	Carcinoma Basocelular
30	72	1	Carcinoma Basocelular	Léntigo Simple
31	76	2	Carcinoma Basocelular	Tricoepitelioma
32	61	1	Porro Gigante de Winer	Quieste Epidérmico de Inclusión
33	58	1	Carcinoma Merkel	Carcinoma Basocelular
34	84	2	Melanoma	Melanoma
35	56	2	Carcinoma Basocelular	Carcinoma Basocelular
36	88	2	Carcinoma Basocelular	Carcinoma Basocelular
37	16	1	Molusco Contagioso	Molusco Contagioso
38	54	2	NevoIntradermico	Carcinoma Basocelular



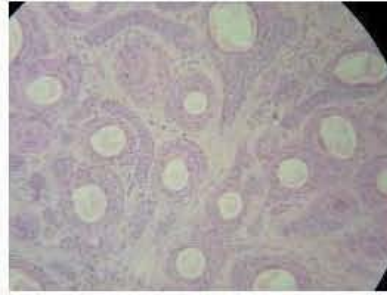
39	81	1	Queratosis Seborreica	Queratosis Seborreica Reticular
40	77	1	Carcinoma Basocelular	Carcinoma Basocelular
41	74	1	Carcinoma Basocelular	Carcinoma Epidermoide
42	31	2	Neoformación en estudio	Xantogranuloma
43	39	1	Nevo Intradérmico	Carcinoma Basocelular
44	77	2	NevoMelanocítico	Leiomioma
45	61	1	Carcinoma Basocelular	Carcinoma Basocelular
46	54	2	Carcinoma Basocelular	Hiperplasia Sebacea
47	44	1	Nevo displásico	Nevo Melanocítico
48	54	1	Queratosis Seborreica	Queratosis Seborreica
49	14	1	NevoMelanocítico	Nevo Intradérmico
50	70	2	Carcinoma Basocelular	Nevo Intradérmico
51	82	1	Cuerno cutáneo	Carcinoma Epidermoide
52	91	1	Carcinoma Basocelular	Carcinoma Epidermoide
53	52	1	Carcinoma Basocelular	Hiperplasia sebácea
54	79	2	Nevodisplásico	Nevo Azul
55	88	1	Carcinoma Basocelular	Queratosis Actínica

# IMÁGENES

Sujeto 1



Carcinoma de Merkel

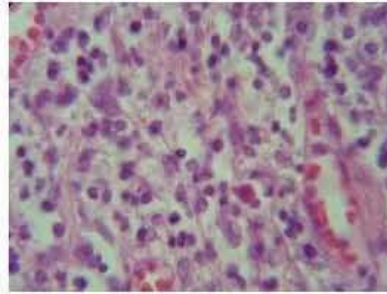


Carcinoma Anexial Microquistico

Sujeto 2



Rosácea

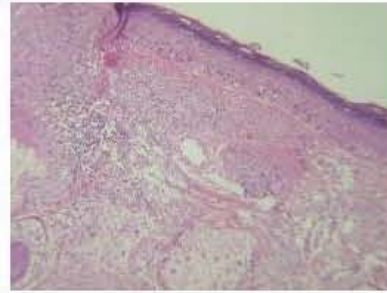


Pseudolinfoma de Células B

Sujeto 4



Carcinoma Basocelular

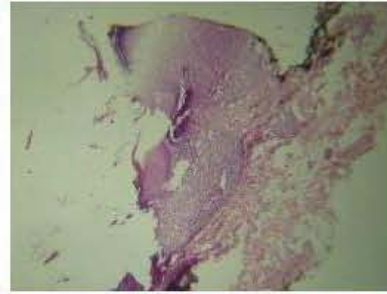


Pápula fibrótica

Sujeto 14



Carcinoma Basocelular

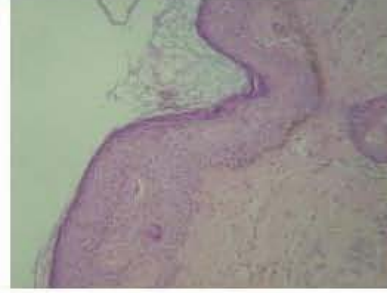


Cuerno cutáneo

Sujeto 17



Lesión Vasocular



Elastoidosis

Sujeto 17



Nevo Intradérmico

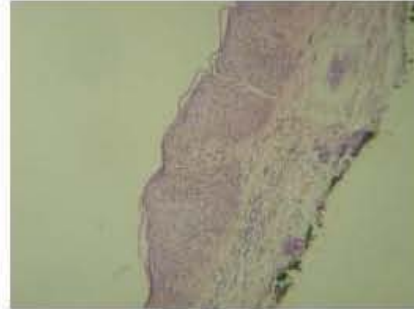


Pápula fibrótica

Sujeto 26



Queratosis Seborrérica

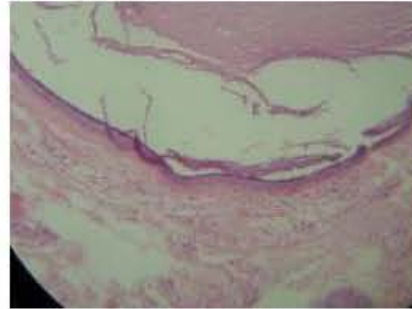


Léntigo Simple

Sujeto 32



Poro gigante de Winer

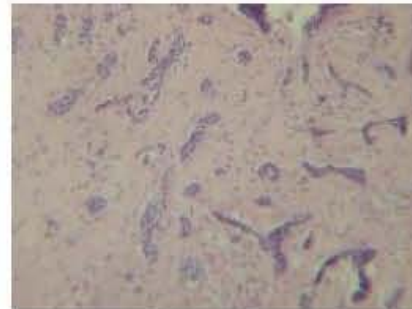


Quiste epidérmico de inclusión

Sujeto 33



Carcinoma Merkel



Carcinoma Basocelular

Sujeto 38



Nevo Intradérmico



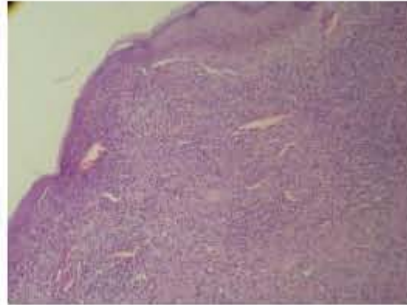
Carcinoma Basocelular



Sujeto 42



Neoformación en estudio

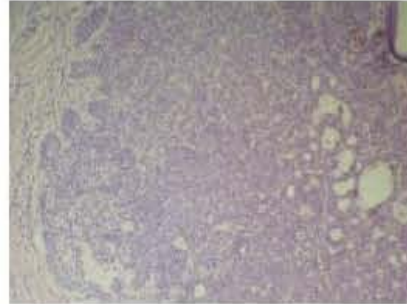


Xantogranuloma

Sujeto 43



Nevo Intradérmico

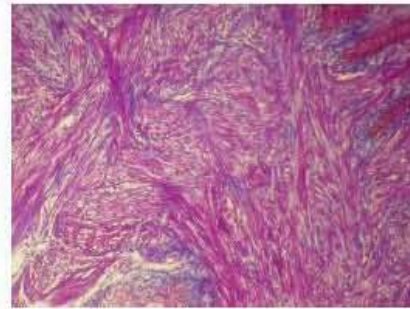


Carcinoma Basocelular

Sujeto 44



Nevo Melanocítico

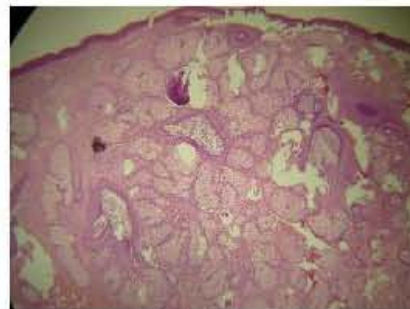


Leiomioma

Sujeto 45



Carcinoma Basocelular

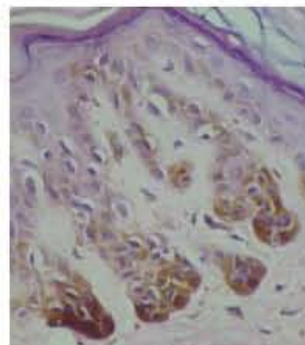


Hiperplasia Sebácea

Sujeto 47



Nevo Displásico

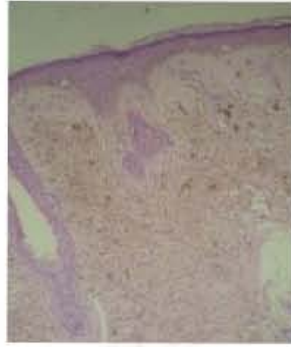


Nevo Melanocítico

Sujeto 48



Nevo Melanocítico

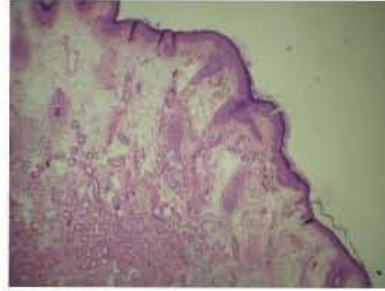


Nevo Intraérmico

Sujeto 50



Carcinoma Basocelular

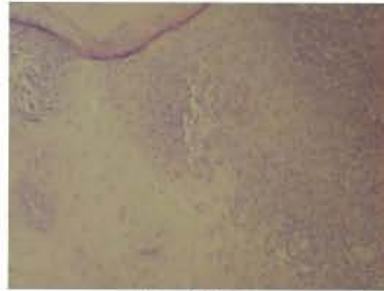


Léntigo Simple

Sujeto 51



Cuerno Cutáneo

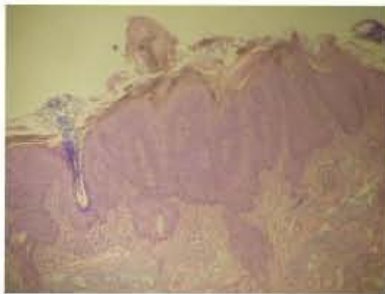


Carcinoma Espidermoide

Sujeto 52



Carcinoma Basocelular

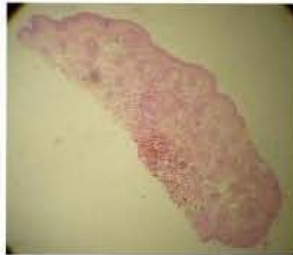


Carcinoma Espinocelular

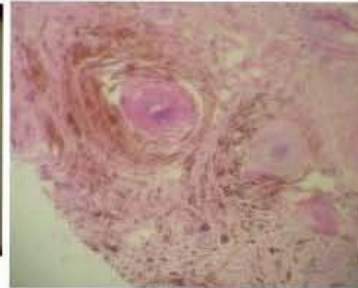
Sujeto 54



Carcinoma Basocelular



Nevo Azul



## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Curley R, Cook M, Fallowfield M, Marsden R. **Accuracy in clinically evaluating pigmented lesions.** *BMJ.* 1989;299:16-18.
- 2.- Jonna BP, Delfino RJ, Newman WG, Tope WD. **Positive predictive value for presumptive diagnoses of skin cancer and compliance with follow-up among patients attending a community screening program.***Prev Med.* 1998;27:611-616.
- 3.- Zapata, Zuluaga, et al. **Correlación clínico-patológica en entidades dermatológicas. Clínica CES. Medellín 1995-1997. CES MEDICINA** 2009(23); 49-58.
- 4.- Scheinfeld N, Kurz J, Teplitz E. **A comparison of the concordance of digital images, live examinations, and skin biopsies for the diagnosis of hospitalized dermatology consultation patients.** *Skinmed.* 2003;2(1):14-9.
- 5.- Barnhill RL, Roush GC. **Correlation of clinical and histopathologic features in clinically atypical melanocytic nevi.** *Cancer.* 1991;15;67(12):3157-64.
- 6.- Sellheyer K, Bergfeld WF. **A retrospective biopsy study of the clinical diagnostic accuracy of common skin diseases by different specialties compared with dermatology.***J Am Acad Dermatol.* 2005; 52(5):914 – 915
- 7.- Tran, Wright, Cockerell, et al. **Biopsy of the pigmented lesion- When and how***J Am Acad Dermatol* 2008;59:852-71
- 8.- Mehregan DR, Dooley VN. **How to get the most out of your skin biopsies.** *Int J Dermatol* 2007;46:727-33.
- 9.- Menzies SW, Ingvar C, Crotty KA, McCarthy WH. **Frequency and morphologic characteristics of invasive melanomas lacking specific surface microscopic features.** *Arch Dermatol* 1996;132:1178-82.
- 10.- Binder M, Puspoeck-Schwarz M, Steiner A, Kittler H, Muellner M, Wolff K, et al. **Epiluminescence microscopy of small pigmented skin lesions: short-term formal training improves the diagnostic performance of dermatologists.***J Am Acad Dermatol* 1997;36:197-202.

- 11.- Vincent, Farley, Chan, et al. **Birt-Hogg-Dub-e syndrome: A review of the literature and differential diagnosis of firm facial papules** *J Am Acad Dermatol* 2003;49:698-705
- 12.- Zalaudek, Kreusch, Giacomel, et al. **How to diagnose nonpigmented skin tumors: A review of vascular structures seen in dermoscopy** *J Am Acad Dermatol* 2010;63:377-86
- 13.- Marcoval, Moreno, Peyri, et al. **Granuloma faciale: A clinicopathological study of 11 cases** *J Am Acad Dermatol* 2004;51:269-73
- 14.- Smith, Yesudian. **Can lesions present as rashes? A pathologist's clue to the diagnosis** *J Am Acad Dermatol* 2009: AB74
- 15.- Carag, Prieto, Yballe, et al. **Utility of Step Sections: Demonstration of Additional Pathological Findings in Biopsy Samples Initially Diagnosed as Actinic Keratosis** *Arch Dermatol* 2000; 136:471-475