

Concordancia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico en pacientes con lesiones dermatológicas

Correlation between clinical and histopathological diagnoses in patients with skin lesions

David Andrés Londoño¹, María Angélica Mendoza², Luis Alfonso Correa³,
Juan Guillermo Hoyos⁴, Santiago Estrada⁵

1. Médico, residente de Dermatología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
2. Médica, residente de Patología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
3. Médico patólogo; docente de Dermatopatología, Sección de Dermatología, Grupo de Investigación Dermatológica, GRID, Universidad de Antioquia; patólogo, Laboratorio Clínico, Congregación Mariana, Medellín, Colombia
4. Médico dermatólogo; docente, Sección de Dermatología, Grupo de Investigación Dermatológica, GRID, Universidad de Antioquia; dermatólogo Clínica Diagnóstica Especializada, Congregación Mariana, Medellín, Colombia
5. Médico microbiólogo clínico; director general, Laboratorio Clínico, Congregación Mariana, Medellín, Colombia

Resumen

INTRODUCCIÓN. El estudio histopatológico es una herramienta diagnóstica importante en dermatología. Sin embargo, existen pocos estudios que evalúen la concordancia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico, razón por la cual se llevó a cabo esta investigación.

OBJETIVOS. Evaluar la concordancia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico, y establecer si mejora cuando el dermatólogo aporta dos o más diagnósticos.

MATERIALES Y MÉTODOS. Se evaluaron 1.000 casos enviados por médicos dermatólogos al Laboratorio de Patología de la Congregación Mariana, durante el año 2008. Se obtuvo la proporción de concordancia y el intervalo de confianza (IC_{95%}) por grupos de diagnóstico, y de acuerdo con el número de diagnósticos clínicos.

RESULTADOS. La proporción de concordancia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico fue de 63 % (IC_{95%} 59,9 - 66,0) (índice kappa=0,55). No hubo diferencias en la proporción de concordancia entre los grupos de diagnóstico histopatológico, ni de acuerdo con el número de diagnósticos clínicos.

CONCLUSIÓN. La fuerza de la concordancia entre los diagnósticos clínico e histopatológico en dermatología, fue moderada. No se encontró una mayor proporción de concordancia con mayor número de diagnósticos clínicos.

PALABRAS CLAVE: concordancia clínico-patológica, diagnóstico dermatológico, diagnóstico histopatológico.

Correspondencia:

Juan Guillermo Hoyos

Email: juanhoyosgaviria@une.net.co

Recibido: 07 de noviembre de 2010.

Aceptado: 7 de Marzo de 2011.

No se reportan conflictos de intereses.

Summary

BACKGROUND: The histopathological examination is an important diagnostic tool in dermatology. However, there are only a few studies evaluating the correlation between clinical and histopathological diagnoses; this is the reason why this research project was conducted.

OBJECTIVES: To evaluate the correlation between clinical and histopathological diagnoses and to determine whether improvement is achieved when dermatologists contribute with two or more diagnoses.

MATERIALS AND METHODS: 1,000 cases sent by dermatologist to Laboratorio de

Patología de la Congregación Mariana were evaluated during the year 2008. Proportional correlation at a confidence interval of 95% (CI_{95%}) was obtained by groups of diagnoses and according to the number of clinical diagnoses.

RESULTS: The proportional correlation between clinical diagnoses and histopathology diagnoses was 63% (CI_{95%}, 59.9 - 66.0) (kappa index=0.55). There was no difference noted in the proportional correlation between groups of histological diagnosis, or according to the number of clinical diagnoses.

CONCLUSION: The strength of the correlation between clinical and histopathological diagnoses in dermatology was moderate. A greater proportional correlation on larger number of clinical diagnoses was not found.

KEYWORDS: clinic-pathological correlation, dermatology diagnosis, histopathological diagnosis.

Introducción

El estudio histopatológico de las muestras de piel es una de las herramientas diagnósticas más importante con las que cuenta el dermatólogo para llegar al diagnóstico preciso de las enfermedades cutáneas¹. Sin embargo, surgen dos interrogantes: ¿en qué proporción el diagnóstico clínico del dermatólogo concuerda con el diagnóstico histopatológico dado por el patólogo?, y ¿qué tanto mejora esa proporción de concordancia cuando el dermatólogo aporta dos o más diagnósticos clínicos? El querer saber la respuesta a estas preguntas fue la motivación para realizar la presente investigación.

El diagnóstico preciso de las enfermedades cutáneas requiere de una buena comunicación entre el dermatólogo y el patólogo. En las manos del primero recae la responsabilidad de seleccionar el sitio de la biopsia, la ejecución de una técnica adecuada, la manipulación correcta del espécimen, la descripción de los hallazgos clínicos y la formulación de una o varias impresiones diagnósticas. En las manos del segundo, recae la responsabilidad de procesar adecuadamente el espécimen y buscar los cambios histopatológicos que permitan corroborar o descartar las impresiones diagnósticas que le fueron suministradas. De esta manera, sólo una adecuada correlación clínico-patológica permitirá llegar a un diagnóstico; esto es más cierto cuando la enfermedad sospechada no cuenta con cambios histológicos característicos, como es el caso de algunas dermatosis inflamatorias^{1,2}.

Existen pocos estudios en la literatura científica que evalúen la concordancia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico^{2,3}. Los resultados de estos estudios muestran una mejor proporción de concordancia para el grupo de las enfermedades tumorales (quistes y neoplasias), en comparación con las enfermedades inflamatorias o infecciosas^{2,3}. Además, esta proporción mejora cuando el médico clínico aporta una adecuada descripción de los hallazgos clínicos, es un dermatopatólogo quien inter-

preta la biopsia o ambas cosas^{4,5}. En nuestro medio sólo se halló un estudio que evaluaba la concordancia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico⁶.

Sólo se encontró un estudio que comparaba la proporción de concordancia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico de acuerdo con el número de diagnósticos clínicos suministrados⁷. Este estudio encontró que, a mayor número de diagnósticos clínicos, mejoraba la proporción de concordancia; sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa. En nuestro medio no se hallaron estudios que hubieran evaluado esta relación.

El valor pronóstico positivo (VPP) del diagnóstico clínico ha sido evaluado en pocos estudios y sólo para los cánceres de piel no melanoma y para melanoma maligno⁸⁻¹⁰. Esta medida es el mejor descriptor de la habilidad diagnóstica del médico clínico⁸. En nuestro medio no se encontraron estudios que evaluaran este valor para los diagnósticos más frecuentes.

Todo lo anterior nos motivó a describir y comparar las proporciones de concordancia entre el diagnóstico clínico y el anatomopatológico por grupos de diagnóstico histopatológico; establecer si la proporción de concordancia entre el diagnóstico clínico y el anatomopatológico aumenta cuando el dermatólogo aporta dos o más impresiones diagnósticas, y describir las proporciones de concordancia entre el diagnóstico clínico y el anatomopatológico junto con el valor predictivo positivo de los diez diagnósticos histológicos más frecuentes.

Materiales y métodos

Se trató de un estudio descriptivo y retrospectivo. Para la muestra, se seleccionaron todos los registros de muestras enviadas al Laboratorio Clínico de la Congregación Mariana, durante el período comprendido entre marzo y octubre de 2008, sin diagnóstico histopatológico previo y cuya solicitud de estudio anatomopatológico hubiera sido hecha por dermatólogos. Todas las

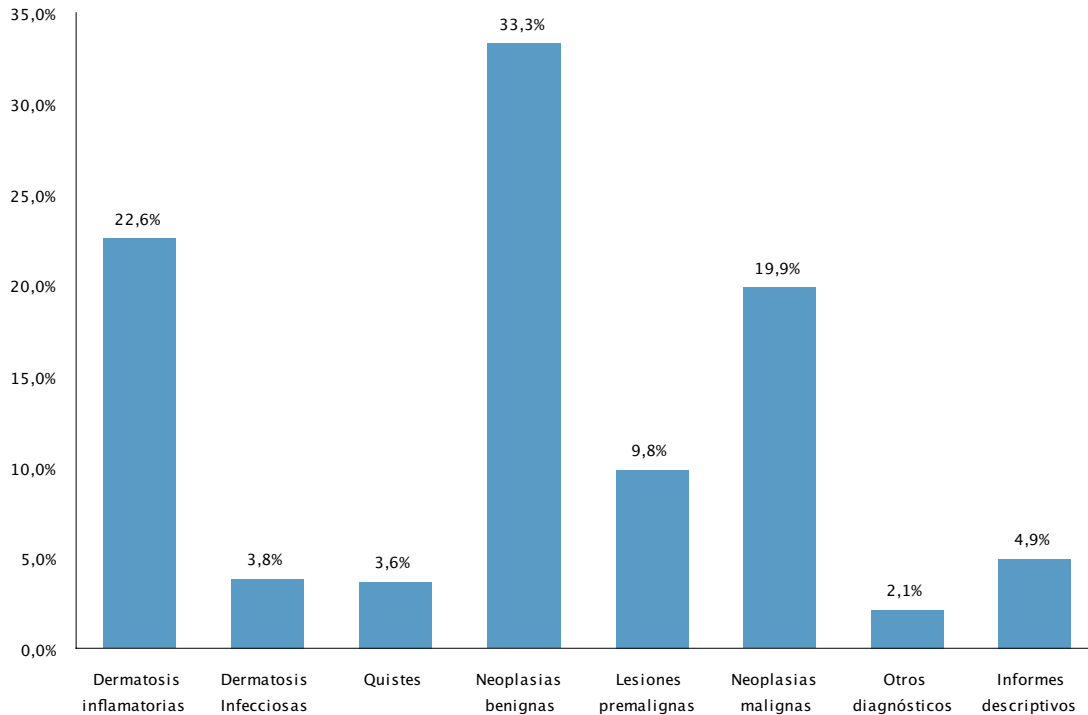


FIGURA 1. Distribución por grupos de diagnóstico histopatológico.

muestras fueron evaluadas por el patólogo de dicha institución, quien cuenta con amplia experiencia en dermatopatología.

Para la obtención de la información, se revisaron las solicitudes enviadas a la Sección de Patología del Laboratorio Clínico de la Congregación Mariana, de donde se obtuvieron los diagnósticos clínicos y el diagnóstico anatomopatológico. Los diagnósticos clínicos se clasificaron en cuatro grupos, según el número de diagnósticos propuestos, así: diferido, 1, 2 y 3 o más. Los diagnósticos histopatológicos se clasificaron en ocho grupos, así: dermatosis inflamatorias, dermatosis infecciosas, quistes, neoplasias benignas, lesiones premalignas, neoplasias malignas, otros diagnósticos e informes descriptivos.

El análisis estadístico se hizo mediante el programa Epidat, versión 3.1; también se utilizó el *software Package for Social Sciences®*, versión 15 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Se obtuvo la proporción de concordancia y el índice kappa para el total de la muestra. El índice kappa se interpretó de acuerdo con la clasificación sugerida por Landis y Koch¹¹. Igualmente, se obtuvieron las proporciones de concordancia para cada uno de los grupos de diagnóstico anatomopatológico y de acuerdo con el número de diagnósticos clínicos.

Para determinar si existían diferencias en las proporciones de concordancia entre los grupos de diagnóstico histopatológico y de acuerdo con el número de diag-

nósticos clínicos, se calculó el intervalo de confianza del 95% (IC_{95%}), en vez del valor de p. Finalmente, para los diez diagnósticos histopatológicos más frecuentes, se calculó la proporción de concordancia, el IC_{95%} y el valor diagnóstico positivo.

La presente investigación se consideró sin riesgo, esto de acuerdo con el Artículo 11, Capítulo 1, Título II, de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia. No fue necesario obtener el consentimiento informado y se garantizó en todo momento la confidencialidad de los datos demográficos de los pacientes.

Resultados

Se revisaron 1.000 registros. En los registros analizados se obtuvo una proporción de concordancia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico de 63 % (IC_{95%}, 59,9-66,0). El valor del índice kappa fue de 0,55 (p=0,0000).

En la FIGURA 1 se observa la distribución por grupos de diagnóstico anatomopatológico.

No se encontraron diferencias entre las proporciones de concordancia obtenidas para cada grupo de diagnóstico histopatológico. La menor proporción de concordancia se encontró en el grupo de las neoplasias benignas (56,2%; IC_{95%}, 50,6-61,6), mientras que la mayor se encontró en el grupo de neoplasias malignas (84,9%;

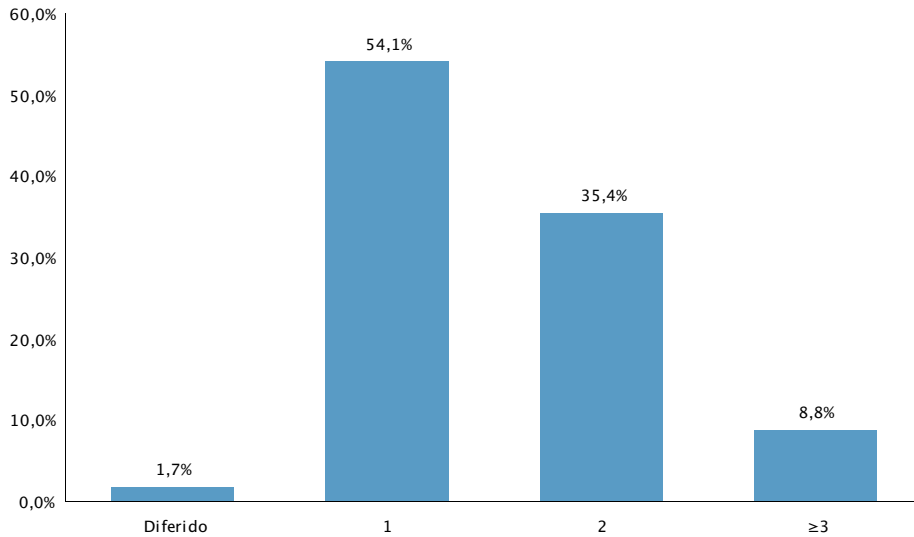


FIGURA 2. Distribución según el número de diagnósticos clínicos.

IC_{95%} 79,7-90,1) (TABLA 1). En la FIGURA 2 se observa la distribución según el número de diagnósticos clínicos.

Al analizar la proporción de concordancia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico de acuerdo con el número de diagnósticos clínicos aportados, se observó que no existen diferencias entre dichas proporciones para uno, dos y tres o más diagnósticos (TABLA 2).

En la TABLA 3 se presentan las proporciones de concordancia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico, el IC_{95%} y el valor diagnóstico positivo de los diez diagnósticos histopatológicos más frecuentes.

La lesión neoplásica benigna más frecuente correspondió al grupo de nevus melanocíticos sin displasia, con un valor diagnóstico positivo de 75,4 %. Por el contrario, los nevus melanocíticos displásicos fueron la segunda lesión premaligna más común, con un valor diagnóstico positivo de 37%.

Los cánceres de piel no melanoma fueron las lesiones neoplásicas malignas más comunes, con el carcinoma basocelular en primer lugar, seguido del carcinoma escamocelular. Solo 12 lesiones correspondieron a cánceres de piel melanoma, con 9 en fase de crecimiento radial (melanoma *in situ* o lentigo melanoma) y 3 en fase de crecimiento vertical (melanoma invasor).

Discusión

La piedra angular en el diagnóstico dermatológico es el estudio de las manifestaciones clínicas y su relación con los hallazgos histológicos. El rendimiento diagnóstico de la biopsia de piel depende del conocimiento y de la experiencia del clínico, el sitio y método seleccionados para la

toma de la muestra, la información clínica suministrada en la solicitud de estudio anatomopatológico, el procesamiento del tejido y la competencia del médico patólogo. La información y el diagnóstico clínico suministrados en la solicitud de estudio anatomopatológico son fundamentales para su interpretación, pues le aportan datos clave al patólogo, que le permiten enfocarse en la búsqueda de las características histológicas para corroborar o descartar el diagnóstico clínico en algunas ocasiones cuando el estudio histopatológico es de difícil interpretación¹⁻⁵.

En las 1.000 lesiones dermatológicas evaluadas hubo concordancia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico en 63% de los casos (IC_{95%} 59,9-66,0). Este porcentaje alcanzado es cercano al encontrado por Pérez *et al.* en el Hospital Universitario de Caracas, quienes obtuvieron una proporción de concordancia de 67,7% en los 1.543 casos que evaluaron². Sin embargo, estos investigadores encontraron que la proporción de concordancia era mayor dentro del grupo de médicos dermatólogos en comparación con el grupo de médicos residentes, siendo ésta de 73,75%². Este porcentaje sí dista del encontrado en nuestro estudio, si tenemos en cuenta que nosotros sólo consideramos las solicitudes de estudio anatomopatológico enviadas por médicos dermatólogos. En el estudio adelantado por Suhail *et al.* se encontró una proporción de concordancia de 72,38 % en los 525 casos que evaluaron⁷, resultado éste, diferente al encontrado en nuestro estudio.

Estas diferencias sugieren la necesidad de una educación médica continuada por parte de dermatólogos y patólogos, con el fin de que los primeros sean más juiciosos en los datos y la descripción semiológica que aportan en

Grupos de diagnóstico histopatológico	Proporción de concordancia		
	%	IC 95%	Gráfico IC 95%
Dermatosis inflamatorias	64.2	57.7-70.6	
Dermatosis infecciosas	68.4	52.3-84.5	
Quistes	69.4	53.0-85.8	
Neoplasias benignas	56.2	50.6-61.6	
Lesiones premalignas	73.5	64.2-82.7	
Neoplasias malignas	84.9	79.7-90.1	

TABLA 1. Proporción de concordancia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico para cada grupo de diagnóstico histopatológico.

Número de diagnósticos clínicos	Proporción de concordancia		
	%	IC 95%	Gráfico IC 95%
1 diagnóstico clínico	64.3	60.2-68.4	
2 diagnósticos clínicos	65.5	60.2-70.6	
≥3 diagnósticos clínicos	56.8	45.9-67.7	

TABLA 2. Proporción de concordancia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico según el número de diagnósticos clínicos.

Diagnóstico	Diagnósticos clínicos	Diagnósticos histológicos	Proporción de concordancia			Valor predictivo positivo
			Correctos	%	IC 95%	
Nevus melanocítico sin displasia ¹	114	155	86	55.5	47.6-63.4	75.4
Carcinoma basocelular	240	141	126	84.9	84.2-94.5	52.5
Queratosis seborreica	76	58	45	77.6	66.5-88.6	59.2
Inflamación crónica ²	89	58	36	62.1	49.2-74.9	40.4
Queratosis actínica	60	54	30	55.5	41.9-69.2	50
Carcinoma escamocelular ³	92	41	30	73.2	59.0-87.3	32.6
Nevus melanocítico displásico ⁴	100	39	38	97.4	92.2-102.6	38
Tumor de anexos ⁵	46	30	14	46.7	27.7-65.6	30.4
Quiste epidérmico	32	25	19	76	58.0-94	59.4
Psoriasis	34	25	20	80	63.1-96.9	58.8

1. Incluye los nevus melanocíticos congénitos, los de Spitz, los azules y los adquiridos. (de unión compuesto sin o con fenómeno de halo e intradérmico).
2. Incluye los procesos inflamatorios crónicos no granulomatosos. Clínicamente correspondieron a los eczemas.
3. Incluye queratoacantoma, carcinoma escamocelular in situ (Enfermedad de Bowen) y carcinoma escamocelular invasor.
4. Todos los nevus melanocíticos displásicos evaluados presentaron displasia de bajo grado.
5. Incluye acantoma de la vaina pilar, tricofolículo sebáceo, tricoepitelioma, nevus sebáceo de Jadassohn, pilomatrixoma, triquilemoma, hiperplasia sebácea, hidradenoma, adenoma apocrino, espirodermoma y siringoma.

TABLA 3 - Proporción de concordancia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico y valor predictivo positivo del diagnóstico clínico para cada uno de los diez diagnósticos histopatológicos más frecuentes.

la solicitud de estudio anatomopatológico y tengan un amplio conocimiento sobre las diferentes formas de presentación que pueden tener las enfermedades cutáneas, y que los segundos tengan un amplio conocimiento de la semiología dermatológica y sean más acuciosos en la búsqueda de los hallazgos histopatológicos que permitan corroborar o descartar los diagnósticos clínicos.

Para determinar si la concordancia observada entre el diagnóstico clínico y el histopatológico fue superior a la esperada por el azar, se calculó el índice kappa cuyo valor fue de 0,55 ($p=0,0000$). Así, podemos afirmar que la fuerza de la concordancia alcanzada entre el dermatólogo y el patólogo fue moderada. De nuevo, este hallazgo sugiere la necesidad de una educación médica continuada para dermatólogos y patólogos.

La concordancia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico también depende de la naturaleza de las enfermedades sospechadas. Aunque no encontramos diferencias entre los grupos de diagnóstico histopatológico, sí existe la tendencia a encontrar una mayor proporción de concordancia en el grupo de las neoplasias malignas. Estos hallazgos son acordes con los encontrados por otros autores, quienes han reportado una mayor correlación en las lesiones quísticas y neoplásicas en comparación con las dermatosis inflamatorias^{2,3,6}.

La proporción de concordancia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico en las dermatosis inflamatorias en nuestro estudio, fue de 64,2% (IC_{95%}, 57,7-70,6), similar a la reportada por otros autores en estudios realizados en otros países. Sellheyer y Bergfeld encontraron una proporción de 71% (IC_{95%}, 66-75) en un estudio llevado a cabo en Estados Unidos³; García *et al.* encontraron una proporción de 70% en un estudio en España⁴, y Pérez *et al.* encontraron una proporción de 61,6% en Venezuela². Por el contrario, el porcentaje de correlación obtenido por nosotros difiere del anteriormente descrito por Zapata-Vidal y Zuluaga⁶, en un estudio previo en la Clínica CES de Medellín. Estos autores encontraron una proporción de concordancia de 49,7% en las dermatosis inflamatorias, valor que está por debajo de la cifra inferior de nuestro IC_{95%} (57,7%).

Situación similar ocurre con el porcentaje de concordancia obtenido por nosotros en las dermatosis infecciosas y el reportado por Pérez *et al.* en Venezuela² y Zapata-Vidal y Zuluaga en nuestro país⁶. Mientras en nuestro estudio las dermatosis infecciosas alcanzaron una proporción de 68,4% (IC_{95%}, 52,3-84,5), Pérez *et al.*² y Zapata-Vidal y Zuluaga⁶ obtuvieron una proporción de 42% y 44%, respectivamente. Estas diferencias se podrían explicar por las entidades que conforman cada grupo de diagnóstico, las cuales difieren entre sí. Así, para Pérez *et al.*² las enfermedades infecciosas más frecuentes fueron la leishmaniasis cutánea, la verruga vulgar y la lepra, y

para Zapata-Vidal y Zuluaga⁶, fueron la leishmaniasis, el condiloma acuminado y la verruga vulgar; mientras que en nuestro estudio las enfermedades infecciosas más frecuentes fueron la verruga vulgar, el condiloma acuminado y el herpes simple.

Rajaratnam *et al.* evaluaron el valor de la biopsia de piel en las dermatosis inflamatorias⁵. En los 100 casos estudiados por estos autores, se encontró una proporción de concordancia de 53% cuando el médico patólogo no contaba con los datos clínicos; sin embargo, ésta ascendió a 78% cuando el médico contaba con dichos datos. Este estudio, más los anteriores, ponen de manifiesto la importancia de contar con los datos clínicos para lograr una mayor correlación entre la impresión diagnóstica y el diagnóstico histopatológico. Esto cobra una mayor transcendencia en el grupo de las dermatosis inflamatorias, muchas de las cuales no cuentan con un cuadro histológico específico, a diferencia de lo que ocurre en las dermatosis neoplásicas. Igualmente, en las dermatosis inflamatorias es de gran importancia la escogencia de la lesión, la cual debe tener en cuenta el tipo, el estadio evolutivo y la posible modificación por rascado, sobreinfección o tratamientos previos^{4,5}.

Las lesiones tumorales fueron las más frecuentemente observadas. La proporción de concordancia encontrada entre el diagnóstico clínico y el histopatológico en los quistes y en las neoplasias benignas, fue de 69,4% (IC_{95%}, 53,0-86,8) y de 56,2% (IC_{95%}, 50,6-61,6), respectivamente, siendo inferior a la reportada por otros autores en otros países y similar a la reportada previamente en nuestro medio. Sellheyer y Bergfeld³ encontraron una proporción de 80% (IC_{95%}, 78-82) para los quistes y las neoplasias benignas. Har-Shai *et al.*⁸ encontraron una proporción de 85,9% para las lesiones benignas. Mientras, Zapata-Vidal y Zuluaga⁶ encontraron una proporción de 55,9% para las lesiones benignas.

Por el contrario, la proporción de concordancia encontrada entre el diagnóstico clínico y el histopatológico en las lesiones premalignas y en las lesiones malignas, fue de 73,5% (IC_{95%}, 64,2-82,7) y de 84,9% (IC_{95%}, 79,7-90,1), respectivamente; estos porcentajes son similares a los reportados por los autores previos. Así, Sellheyer y Bergfeld³ encontraron una proporción de 67% (IC_{95%}, 64-70) para las lesiones premalignas y las neoplasias malignas⁴; y Har-Shai *et al.*⁸, de 42,3% para las lesiones premalignas y de 91,3% para las neoplasias malignas. Diferente a Zapata-Vidal y Zuluaga⁶, los cuales encontraron una proporción de 85,4% para las lesiones malignas¹².

Estas diferencias se podrían explicar por el temor del dermatólogo a pasar por alto el diagnóstico de una lesión tumoral maligna (lesiones premalignas y neoplasias malignas), que lo llevan a sobrediagnosticar estas entidades, a expensas de la disminución en la correla-

ción de las lesiones tumorales benignas (quistes y neoplasias benignas).

En 49 de las 1.000 lesiones evaluadas (4,9%) no fue posible realizar un diagnóstico histopatológico (informes descriptivos). Los casos en los cuales no es posible lograr un diagnóstico histopatológico, pueden ser el resultado de una mala escogencia de la lesión para tomar la biopsia, una técnica inadecuada en la obtención y manipulación del espécimen, la ausencia de datos clínicos e impresiones diagnósticas en la solicitud de estudio anatomopatológico, una mala fijación o procesamiento del espécimen y un escaso conocimiento o inexperiencia del patólogo que interpreta la biopsia^{4,5}. Vale la pena recordar que en nuestro estudio fue un dermatólogo quien tomó la muestra e hizo la solicitud del estudio anatomopatológico y un patólogo con experiencia en dermatopatología fue quien realizó el estudio histopatológico, lo cual puede explicar el bajo porcentaje de lesiones en las cuales no fue posible lograr un diagnóstico histopatológico. Sin embargo, los informes descriptivos tienen valor en la medida en que se descartan diagnósticos, como cuando se excluye lesión maligna.

En nuestro estudio no encontramos diferencias entre los porcentajes de concordancia alcanzados de acuerdo con el número de diagnósticos clínicos. Sin embargo, vale la pena destacar que la proporción de concordancia cuando el clínico aportó tres o más impresiones diagnósticas, bajó incluso por debajo de 50%. Estos resultados contrastan con los obtenidos por Suhail *et al.*⁷, quienes a pesar de haber fallado en encontrar una diferencia estadísticamente significativa, obtuvieron un mayor porcentaje de concordancia en la medida en que aumentaba el número de impresiones diagnósticas. Estos autores encontraron unos porcentajes de 71,2% y de 75,9% para una y para cuatro o más impresiones diagnósticas, respectivamente. A este respecto, vale la pena recordar que un mayor número de impresiones diagnósticas aportadas por el clínico en la solicitud de estudio anatomopatológico puede ser interpretado de dos maneras. En un contexto positivo, hablaría de un amplio conocimiento del clínico sobre la semiología de las diferentes entidades dermatológicas. Pero, en un contexto negativo, podría ser interpretado como la incapacidad del clínico de enmarcar el cuadro que observa en un diagnóstico específico, y con ello, delegaría al patólogo la realización del diagnóstico definitivo.

En los nevus melanocíticos sin displasia se obtuvo una proporción de concordancia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico de 55,5% y un valor diagnóstico positivo de 75,4%. Estos hallazgos son similares a los reportados por otros autores. En Australia, Cameron *et al.* encontraron una proporción de 58% con un valor diagnóstico positivo de 93%⁹; mientras que Heal *et al.*

encontraron una proporción de 41% con un valor diagnóstico positivo de 48,9%¹⁰. Y en Israel, Har-Shai *et al.* encontraron una proporción de 33,3% con un valor diagnóstico positivo de 60 %⁸.

La proporción de concordancia obtenida para la queratosis actínica, la lesión premaligna más frecuente, fue de 55,5% con un valor diagnóstico positivo de 50%. Estos resultados difieren de los reportados por otros autores. En el estudio de Cameron la proporción obtenida fue de 10% con un valor diagnóstico positivo de 75%⁹, en el de Heal, de 9,4 % con un valor diagnóstico positivo de 30,9%¹⁰, y en el de Har-Shai, de 36% con un valor diagnóstico positivo de 58,1 %⁸.

En los nevus melanocíticos displásicos se obtuvo una proporción de concordancia de 97,4% con un valor diagnóstico positivo de 38%. Estos resultados son similares a los reportados por otros autores. En el estudio de Cameron la correlación obtenida fue de 80% con un valor diagnóstico positivo de 56%⁹, en el de Heal, de 14,3% con un valor diagnóstico positivo de 5,7%¹⁰, y en el de Har-Shai, de 90% con un valor diagnóstico positivo de 15,9%⁸. Estos resultados se pueden explicar, principalmente, por el temor del clínico a omitir el diagnóstico debido al mayor riesgo relativo que presentan estas lesiones de transformación a cáncer de piel melanoma.

Los cánceres de piel no melanoma fueron las neoplasias malignas más frecuentes. El carcinoma basocelular alcanzó una proporción de 84,9% con un valor diagnóstico positivo de 52,5%, y el carcinoma escamocelular, de 73,2% con un valor diagnóstico positivo de 32,6%. Estos hallazgos son semejantes a los previamente reportados por otros autores.

En Australia, Cameron *et al.* encontraron una proporción de 89% para el carcinoma basocelular con un valor diagnóstico positivo de 51% y de 42% para el carcinoma escamocelular con un valor diagnóstico positivo de 30%⁹; mientras que Heal *et al.* encontraron una proporción de 63,9% para el carcinoma basocelular con un valor diagnóstico positivo de 72,7% y de 41,1% para el carcinoma escamocelular con un valor diagnóstico positivo de 49,4%¹⁰. En Israel, Har-Shai *et al.* encontraron una proporción de 90,3 % para el carcinoma basocelular con un valor diagnóstico positivo de 66,8% y de 36,6% para el carcinoma escamocelular con un valor diagnóstico positivo de 42%⁸. Y en Chile, Zemelman *et al.* encontraron una proporción de 77,5% para el carcinoma basocelular y de 36,2% para el carcinoma escamocelular (estos autores no reportaron el valor diagnóstico positivo)¹².

En total, se diagnosticaron 12 casos de cáncer de piel no melanoma, 9 en fase de crecimiento horizontal y 3 en fase de crecimiento vertical, con una proporción de concordancia de 100% y un valor diagnóstico positivo de 21,6%. Estos resultados son similares a los reportados por otros

estudios. En Australia, Cameron encontró una proporción de 100% y un valor diagnóstico positivo de 8%⁹; mientras que Heal encontró una proporción de 33,8% con un valor diagnóstico positivo de 33,3 %¹⁰. En Israel, Har-Shai encontró una proporción de 50% con un valor diagnóstico positivo de 35%⁸; y en Chile, Zemelman encontró una proporción de 64,3%¹². A pesar de que la frecuencia de melanoma es mucho menor que la de cáncer no melanoma, la mayor mortalidad del primero, hace que los clínicos sientan temor de omitir el diagnóstico; lo cual explica los bajos valores diagnósticos positivos encontrados en todos los estudios.

En la literatura científica revisada, nuestro estudio fue el segundo realizado en nuestro medio que evaluó la proporción de concordancia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico en entidades dermatológicas; pero, a diferencia del estudio de Zapata-Vidal y Zuluaga⁶, el nuestro es el primero en evaluar el comportamiento de la proporción de concordancia de acuerdo con el número de diagnósticos clínicos y en describir dicha proporción junto con el valor diagnóstico positivo de los diez diagnósticos histopatológicos más frecuentes. Sin embargo, éste sólo se llevó a cabo en un laboratorio de patología de la ciudad; en éste, no se consideraron las solicitudes de estudio anatomopatológico enviadas por médicos no dermatólogos y sólo se evaluó la proporción de concordancia por grupos de diagnóstico. Por estos motivos, sería interesante llevar a cabo un estudio multicéntrico, que compare la concordancia obtenida entre médicos dermatólogos y no dermatólogos, evalúe la concordancia por diagnósticos específicos y explore en mayor detalle el valor diagnóstico positivo de los diagnósticos clínicos.

En conclusión, nuestros resultados resaltan el hecho de que el mayor rendimiento diagnóstico de la biopsia de piel se obtiene correlacionando los hallazgos clínicos con los histológicos, siendo esta correlación de mayor trascendencia para el diagnóstico de las dermatosis inflamatorias e infecciosas. Por esta razón, la toma de la biopsia debería ser ejecutada por un médico clínico con amplio conocimiento y experiencia en las enfermedades cutáneas, como lo es el dermatólogo; e, igualmente, interpretada por un dermatopatólogo. La fuerza de concordancia moderada sugiere la necesidad de una educación médica continuada para estos dos profesionales.

Agradecimientos

Los autores queremos dar nuestros agradecimientos a Angélica Jaramillo por su asesoría metodológica y a Gilma Hernández por su asesoría estadística.

Referencias

1. Olbricht S. Técnicas de biopsia y extirpaciones básicas. En: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editores. *Dermatología*. Primera edición. Madrid: Elsevier; 2004. p. 2269-86.
2. Pérez C, Gómez A, Prieto A, Ferreiro M, Giasante E. Correlación entre diagnóstico clínico e histopatológico en el servicio de dermatología Hospital Universitario de Caracas. Estudio retrospectivo, año 2000. *Dermatología Venezolana*. 2002;40:48-52.
3. 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;52:823-30.
4. García J, López A, Acosta J, Pérez-Guillermo M. Rentabilidad diagnóstica de la biopsia cutánea en las enfermedades inflamatorias de la piel. Estudio comparativo según el servicio que la realiza. *Actas Dermosifiliogr*. 2005;96:92-7.
5. Rajaratnam R, Smith AG, Biswas A, Stephens M. The value of skin biopsy in inflammatory dermatoses. *Am J Dermatopathol*. 2009;31:350-3.
6. Zapata-Vidal MM, Zuluaga A. Correlación clínico-patológica en entidades dermatológicas. *Clínica CES. Medellín* 1995-1997. *Revista CES Medicina*. 2009;23(Supl.):s49-58.
7. Suhail S, Asad F, Khurshid K, Haroon TS. Correlation between clinical diagnoses and histopathological results in skin diseases: A study of 525 cases. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*. 2002;12:73-6.
8. Har-Shai Y, Hai N, Taran A, Mayblum S, Barak A, Tzur E, et al. Sensitivity and positive predictive values of presurgical clinical diagnosis of excised benign and malignant skin tumors: A prospective study of 835 lesions in 778 patients. *Plast Reconstr Surg*. 2001;108:1982-9.
9. Cameron R, Moffatt M, Green AC, Whiteman DC. Diagnostic accuracy in skin cancer clinics: Australian experience. *Int J Dermatol*. 2006;45:656-60.
10. Heal CF, Raasch BA, Buettner PG, Weedon D. Accuracy of clinical diagnosis of skin lesions. *British Journal of Dermatology*. 2008;159:661-8.
11. Cepeda S, Pérez A. Estudios de concordancia: intercambiabilidad en sistemas de medición. En: Ruiz A, Morillo L, editores. *Epidemiología clínica, investigación clínica aplicada*. Primera edición. Bogotá: Editorial Panamericana; 2004. p. 293-307.
12. Zemelman V, Valenzuela C, Fisch F, Road J, Honeyman J. Asertividad en el diagnóstico clínico de los tumores cutáneos. *Rev Med Chile*. 2003;131:1421-7.