

Lesiones premalignas y malignas en cirugía menor de un centro de salud. Las apariencias engañan

C. González Anguren, R. Osés Primo, R. Molinero Pinilla, A. Parra Osés y S. de la Red Arroyo

Objetivo. Describir las características de las lesiones malignas y premalignas detectadas en las intervenciones de cirugía menor realizadas en un centro de salud.

PRE-MALIGNANT AND MALIGNANT LESIONS IN MINOR SURGERY AT A HEALTH CENTRE. APPEARANCES CAN'T BE TRUSTED

Full text papers at core.ac.uk

extirpadas remitidas a anatomía patológica, exceptuando los quistes epidérmicos y triquilemales, lipomas, *molluscum*, verrugas vulgares y uñas.

Emplazamiento. Centro de Salud Rochapea (Pamplona).

Mediciones principales. Analizamos los diagnósticos anatomopatológicos y la distribución por sexos, grupos de edad, localización, técnica y afección de bordes en 27 lesiones displásicas y 11 lesiones malignas.

Resultados. Encontramos una mayor frecuencia de lesiones malignas y premalignas en mujeres, entre 15 y 44 años de edad para las displasias y entre 45 y 64 años para las malignas. La localización más frecuente fue la espalda, y la técnica más empleada la escisión fusiforme. Con esta técnica encontramos el mayor porcentaje de bordes sin lesión en las displasias. Las lesiones que tenían afectados los bordes corresponden a muestras de *punch* y escisión circular. Ninguna de las lesiones malignas presentaba afección de bordes.

Conclusiones. La mayor parte de las lesiones malignas no se sospechan, aparecen en muestras que se remiten con un diagnóstico de benignidad. El empleo de ciertas técnicas como la escisión fusiforme en las lesiones en que existe una potencial malignidad, aunque en principio parezcan benignas, nos permite una extirpación con bordes libres.

Palabras clave: Atención primaria. Cirugía menor. Lesiones malignas.

the minor surgical interventions performed at a health centre.

Design. Retrospective, descriptive study.

Participants. 682 lesions: all the lesions extirpated and referred to pathology except for epidermal and trichilemmal cysts, lipomas, molluscum, common warts, and nails.

Setting. Rochapea Health Centre, Pamplona.

Main measurements. We analysed the anatomical-pathological results and the distribution by sex, age-group, location, technique and edges affected in 27 dysplasias and 11 malignant lesions.

Results. We found that malignant and pre-malignant lesions were more common in women, aged 15 to 44 for dysplasias and 45-64 for malignant lesions. The most common location was on the back; the most frequent technique, fusiform excision. This technique had the highest percentage of edges without lesion in dysplasias. The lesions whose edges were affected corresponded to punch and circular excision samples. None of the malignant lesions had their edges affected.

Conclusions. Most malignant lesions are not suspected. They appear in samples referred with a diagnosis of benign. Employment of techniques such as fusiform excision in lesions which are potentially malignant, even though in principle they seem benign, enables them to be extirpated with free edges.

Key words: Primary care. Minor surgery. Malignant lesions.

Centro de Salud de Rochapea.
Pamplona. Navarra. España.

Correspondencia:
Roberto Osés Primo.
Centro de Salud de Rochapea.
Uztárroz, 24. 31014 Pamplona.
Navarra. España.
Correo electrónico:
rosespri@cfnavarra.es

Manuscrito recibido el 23 de abril de 2003.
Manuscrito aceptado para su publicación el 25 de junio de 2003.

Introducción

La cirugía menor realizada desde atención primaria comprende el conjunto de procedimientos en los que se aplica una serie de técnicas quirúrgicas sencillas, de corta duración, que se realizan habitualmente en tejidos superficiales y/o accesibles, que suelen precisar anestesia local y cuya realización conlleva un bajo riesgo y unas mínimas complicaciones posquirúrgicas¹. Diferentes aspectos han potenciado el desarrollo de esta actividad, como la fácil accesibilidad por parte del paciente, la necesidad de reducir las listas y los tiempos de espera en las consultas de especialidades, el abaratamiento de los costes, la satisfacción de los usuarios, e incluso el propio enriquecimiento de la actividad asistencial del médico de familia. De entrada, las lesiones que se intervienen en atención primaria son de carácter benigno. En la mayoría de los casos en los que se sospecha una lesión maligna estaría indicada la derivación al especialista. Sin embargo, muchos tumores de piel son frecuentemente tratados en atención primaria² porque se extirpa la lesión sin sospechar su malignidad³.

Material y métodos

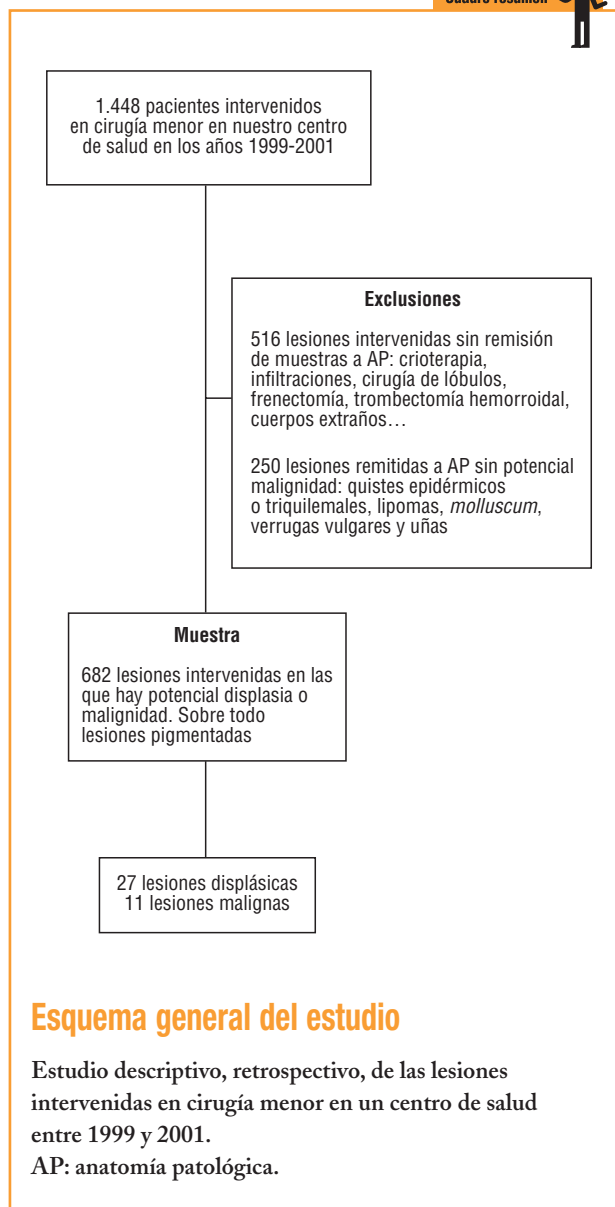
El Centro de Salud de Rochapea abarca una población aproximada de 18.500 personas mayores de 14 años, con 10 cupos de medicina general. Cuatro médicos de familia practican la actividad de cirugía menor, abierta a toda la población, desde el año 1998. Los pacientes intervenidos son derivados por el facultativo correspondiente con un sistema de cita previa tras explicar la técnica que se va a utilizar y dar el consentimiento informado verbal y escrito.

Planteamos un estudio descriptivo retrospectivo que analiza los datos de todas las intervenciones de cirugía menor realizadas en nuestro centro en los años 1999-2001. Realizamos la recogida de datos a partir de los libros de registro de cirugía menor del centro y de los informes remitidos desde el servicio de anatomía patológica de nuestro hospital de referencia (Hospital Virgen del Camino), y estudiamos las siguientes variables: sexo, edad, diagnóstico clínico, técnica utilizada, número de lesiones, número de diagnósticos, diagnóstico anatomopatológico, afección de bordes, existencia de displasia y localización.

Encontramos 11 lesiones malignas y 27 con signos de displasia en 682 lesiones remitidas al servicio de anatomía patológica, que incluyen todas las lesiones extirpadas exceptuando 250 muestras correspondientes a quistes epidérmicos o triquilemales, lipomas, *molluscum*, verrugas vulgares, uñas y lesiones en las que no constaba ningún diagnóstico en el informe de anatomía patológica. Excluimos estos diagnósticos por considerar que no tienen potencial de malignidad, limitándonos principalmente al estudio de lesiones pigmentadas. Aunque la actividad de cirugía menor en nuestro centro abarca también a pacientes pediátricos, en nuestro estudio no hemos incluido este grupo de edad, precisamente por el carácter no maligno de las lesiones que presentan (verrugas vulgares y *molluscum*).

El análisis estadístico de los datos ha sido realizado mediante el programa estadístico SPSS.

Material y métodos Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio descriptivo, retrospectivo, de las lesiones intervenidas en cirugía menor en un centro de salud entre 1999 y 2001.

AP: anatomía patológica.

Resultados

Displasias

Más de la mitad de las 27 lesiones con displasia (55,6%), eran nevos compuestos. El otro gran porcentaje (26%) corresponde a nevos que ya se diagnostican como displásicos. Encontramos también un nevo intradérmico, un nevo de Spitz y dos queratosis actínicas. En una de las lesiones no constaba el diagnóstico anatomopatológico; se remitió como queratosis actínica con material insuficiente para el diagnóstico, pero en la descripción anatomopatológica de los fragmentos enviados se describían signos de displasia (fig. 1).

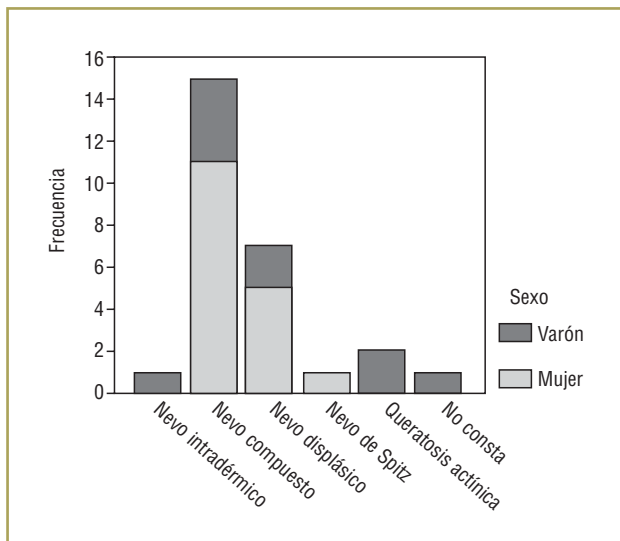


FIGURA 1 Distribución de los diagnósticos anatomopatológicos por sexo.

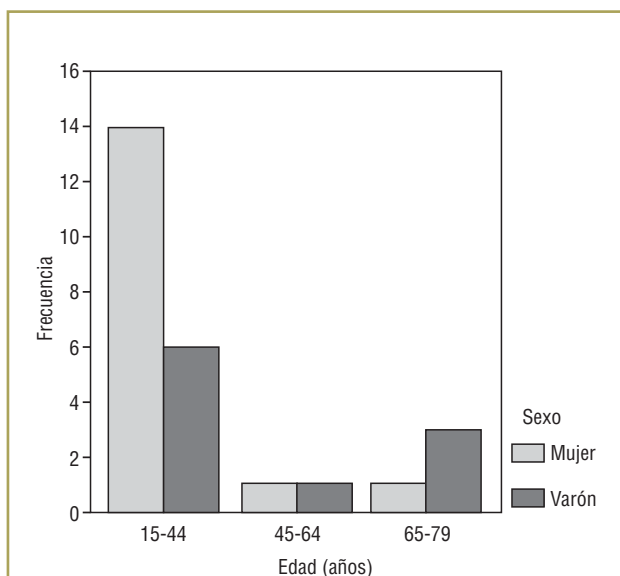


FIGURA 2 Distribución de las displasias por grupos de edad y sexo.

Más del 60% de los casos encontrados corresponden a mujeres. La distribución por grupos de edad muestra un claro predominio de lesiones entre los 15 y 44 años de edad (fig. 2). En uno de los casos no encontramos registrada la edad del paciente.

En nuestra población total encontramos un 59% de mujeres y un 52,5% de muestras de pacientes entre 15 y 44 años de edad.

El 44% de las lesiones displásicas, sobre todo a expensas de nevos intradérmicos, compuestos y displásicos, estaba localizado en la espalda, seguido de un 15% en las extremidades superiores. Los dos casos de queratosis actínica con displasia se hallaron en las zonas más expuestas al sol, en la cara y el cuero cabelludo. En la población total, el mayor porcentaje de lesiones se extirpó en el cuello (22%), seguido de la espalda (18%) y la cara (10%)

La técnica más empleada ha sido la escisión fusiforme, seguida de la escisión circular. La mayoría de las lesiones con diagnóstico prequirúrgico de nevos intradérmico, compuesto o displásico, fue extirpada mediante escisión fusiforme. La única lesión en la que se empleó el curetaje fue una queratosis actínica localizada en la cara. La extirpación mediante *punch* se utilizó en dos casos de nevos intradérmicos. En cuanto a la localización donde se emplearon las distintas técnicas, observamos que la escisión fusiforme fue empleada en el cuello, la cara anterior del tórax, el abdomen y los pies, pero sobre todo en la espalda y las extremidades superiores. En el registro de dos de las lesiones no consta qué técnica se utilizó.

Nueve de las 27 muestras (33,3%) presentaban una afección de los bordes quirúrgicos. Las técnicas en las que aparecen con más frecuencia los bordes con lesión son la escisión circular y el *punch*, mientras que con la escisión fusiforme se obtuvo el mayor porcentaje de bordes libres (tabla 1). La localización de las lesiones que se extirparon con afección de bordes es muy variada. La mayor parte de las lesiones que no tienen bordes afectados se localizan en la espalda y las extremidades superiores, lo que podría deberse a que en estas localizaciones se ha empleado más la escisión fusiforme.

En las 682 intervenciones de la población total la técnica más utilizada fue el rebanado (42,8%) seguido de la escisión fusiforme (24%). Encontramos un 60% de lesiones en las que no procede considerar la afección de bordes (rebanados, curetajes...), un 29% de bordes limpios y un 10% de bordes con lesión.

La concordancia obtenida fue de un 44%: en 12 de las 27 lesiones coincidía el diagnóstico clínico con el anatomopatológico. El mayor porcentaje de concordancia clinicopatológica lo encontramos en los nevos displásicos. En los demás casos no hay constancia en el diagnóstico clínico de la sospecha de displasia. También encontramos otros diagnósticos de remisión, como nevo intradérmico, queratosis

TABLA 1 Afección de los bordes según las técnicas empleadas

	Bordes sin lesión	Bordes con lesión	
Sin figura técnica	1	1	2
Escisión fusiforme	14 (82,4%)	3 (17,6%)	17
Escisión circular	2 (40%)	3 (60%)	5
<i>Punch</i> -biopsia		2 (100%)	2

TABLA 2 Descripción de la concordancia del diagnóstico clínico y el anatomopatológico. Porcentajes por columnas (diagnósticos de atención primaria)

Diagnóstico clínico	Diagnóstico anatomopatológico					
	Nevo intradérmico	Nevo compuesto	Nevo displásico	Nevo de Spitz	Queratosis actínica	No consta
Nevo intradérmico		8 (53,3%)	1 (14,3%)			
Nevo compuesto	1	6 (40%)				
Nevo displásico			5 (71,4%)			
Queratosis actínica					1 (50%)	1 (100%)
Pólipo fibroepitelial		1 (6,7%)				
Pápula fibrosa			1 (14,3%)			
Histiocitoma				1 (100%)		
Cuerno cutáneo					1 (50%)	
	1	15	7	1	2	1

TABLA 3 Descripción de la concordancia del diagnóstico clínico y el anatomopatológico. Porcentajes por columnas (diagnósticos de atención primaria)

Diagnóstico clínico	Diagnóstico anatomopatológico				
	Enfermedad de Bowen	Carcinoma basocelular	Carcinoma espinocelular	Melanoma	Carcinoma verrucoso
Nevo intradérmico	1 (100%)	1(20%)		2(66,7%)	
Nevo displásico				1 (33%)	
Queratosis seborreica		1 (20%)			
Granuloma piógeno		1 (20%)			
Carcinoma basocelular		2 (40%)			
Carcinoma espinocelular					1 (100%)
Cuerno cutáneo			1 (100%)		
	1	5	1	3	1

actínica, pólipo fibroepitelial, pápula fibrosa, histiocitoma y cuerno cutáneo. La mayor parte de las lesiones discordantes corresponde a nevos compuestos que se remitieron como nevos intradérmicos. El resto de las discordancias son casos aislados que se muestran con detalle en la tabla 2.

Lesiones malignas

Las 11 lesiones malignas corresponden a 5 carcinomas basocelulares, 3 melanomas, un carcinoma espinocelular, un caso de enfermedad de Bowen y un carcinoma verrucoso. Más del 60% de las lesiones malignas aparecían en mujeres. Ninguno de los tres melanomas detectados correspondía a varones. El grupo de edad en el que encontramos más casos de lesiones malignas es el de 45-64 años, sobre todo a expensas de carcinomas basocelulares (fig. 3).

La espalda ha sido la localización más frecuente de lesiones malignas, con un porcentaje del 36% (4 de las 11 lesiones, que corresponden a carcinomas basocelulares y a un melanoma), seguida de la cara, donde encontramos carcinomas basocelulares y uno espinocelular, y de las extremidades inferiores. Encontramos un melanoma en la extremidad superior y otro en el pie.

Todas las lesiones malignas que hemos encontrado se han extirpado mediante escisión fusiforme, excepto un carcinoma basocelular localizado en la frente con diagnóstico prequirúrgico de granuloma piógeno, que se extrajo con un *punch*. En todos los casos en los que se realizó una escisión fusiforme los bordes quirúrgicos aparecieron libres de lesión. La lesión extirpada con *punch* también tenía los bordes libres.

En sólo 2 de las 11 lesiones coincidía el diagnóstico clínico con el anatomopatológico, por lo que la concordancia es del 18%. Tres de las lesiones extirpadas tenían un diagnóstico clínico de malignidad. Se trataba de dos carcinomas basocelulares y un cáncer espinocelular con posterior diagnóstico anatomopatológico de cáncer verrucoso. Ninguno de los melanomas se remitió con esa sospecha clínica. Uno de ellos se diagnosticó como nevo displásico, los otros dos como intradérmicos. El resto de las lesiones malignas tampoco se sospecharon, y se establecieron diagnósticos clínicos de nevos intradérmicos (que correspondían a un caso de enfermedad de Bowen, un carcinoma basocelular y dos melanomas), queratosis seborreica y granuloma piógeno, que se confirmaron como carcinomas basocelulares y cuerno cutáneo, que resultó ser un carcinoma espinocelular (tabla 3).

Discusión

En nuestro centro enviamos todas las lesiones extirpadas al servicio de anatomía patológica. Después de revisar la bibliografía encontramos diferentes opiniones ante el dilema de la adecuada remisión al anatomopatólogo. Por un lado, advertimos la posibilidad de remitir únicamente las lesiones con un diagnóstico dudoso o con sospecha de malignidad^{4,5} y, por otro, la de remitir todas las muestras obtenidas tras la cirugía⁶⁻⁸.

Recomendamos enviar al servicio de anatomía patológica todas las lesiones, ya que en ocasiones, tal como describimos en nuestro estudio, incluso las lesiones de diagnóstico en principio evidente o con clara apariencia de benignidad han resultado malignas o con un potencial de malignidad^{8,9}.

Observamos que la concordancia obtenida en nuestra revisión, un 44% en las displasias y un 18% en las lesiones malignas, es claramente inferior a la que encontramos en la bibliografía referente a la cirugía menor en atención primaria. Sabemos que la concordancia está muy condicionada tanto por el porcentaje de remisión de piezas a anatomía patológica como por el tipo de patología atendida⁴. Hemos encontrado cifras de concordancia clinicoanatomopatológica que oscilan entre el 63 y el 84%^{4,6,10,11}. Al referirse estos datos al total de las lesiones extirpadas en atención primaria, sin hacer distinciones entre lesiones displásicas o malignas, creemos que estos porcentajes no son comparables. No hemos encontrado en la bibliografía estudios que describan la concordancia exclusivamente de lesiones displásicas. Sí hemos encontrado algunas referencias sobre melanomas extirpados en atención primaria en las que el diagnóstico clínico coincidía en un 9-17% de los casos^{12,13}. En nuestro estudio, la baja concordancia clinicoanatomopatológica es en cierta forma previsible, y apoya el hecho de que la mayor parte de estas lesiones no son sospechadas y se extirpan, en general, sin sospecha de malignidad.

Hemos encontrado también algunos casos en los que sí se sospechaba que podía haber cierto grado de displasia o indicios clínicos de una lesión maligna (dos carcinomas basocelulares y uno espinocelular), y aun así fue extirpada la lesión. A partir de estos casos podríamos debatir la conveniencia de derivar al paciente al especialista ante cualquier duda de potencial agresividad¹⁰, o extirpar estas lesiones en atención primaria. Consideramos que las lesiones con sospecha de displasia sí pueden tratarse en nuestro medio, siempre y cuando se realice con una técnica adecuada que permita un margen libre de lesión y con un adecuado seguimiento posterior del paciente y un control de otras posibles lesiones. Las lesiones con indicios iniciales de malignidad, según el Protocolo de cirugía menor de atención primaria¹⁴ que seguimos en el Servicio Navarro de Salud, son un claro factor condicionante de la intervención ya que, en principio, en ese caso se debería derivar al paciente al especialista. Sin embargo, creemos que, sólo en deter-

Discusión
Cuadro resumen

Lo conocido sobre el tema

- Hay pocos trabajos que hagan referencia a lesiones exclusivamente premalignas y malignas extirpadas en cirugía menor en atención primaria.

Qué aporta este estudio

- En ocasiones nos encontramos con lesiones malignas y premalignas no sospechadas, cuyo diagnóstico definitivo es anatomopatológico.
- Si tenemos en cuenta la posibilidad de malignidad, sobre todo en lesiones pigmentadas, podremos plantearnos la realización de una técnica que permita la extirpación completa de la lesión.
- Se deberían enviar a analizar todas las lesiones pigmentadas.

minadas ocasiones, sí podría ser conveniente el tratamiento desde atención primaria. Nos referimos a casos valorados siempre de manera individualizada, influidos por factores como la edad avanzada del paciente o con una limitada calidad de vida, con lesiones malignas pero de pequeño tamaño y un bajo grado de agresividad, etc. En muchos casos la extirpación de lesiones en cirugía menor en atención primaria va acompañada de una resección incompleta de la lesión⁷. La afeción de bordes es más frecuente en muestras de tumores remitidas desde atención primaria que desde el especialista¹³. En nuestro estudio, en ninguna de las lesiones malignas extirpadas estaban afectados los bordes quirúrgicos, mientras que en 9 de los casos de displasia sí lo estaban. Hemos observado que la mayor parte de estos casos corresponde a lesiones en las que no se sospechaba malignidad y que se extirparon con técnicas que, en general, no nos permiten un margen libre suficientemente amplio en los bordes de la lesión. El empleo de técnicas como la escisión fusiforme ante lesiones que puedan tener un potencial de malignidad nos permite obtener un margen adecuado de piel sin lesión. Para ello, deberíamos tener siempre presente esa posibilidad de malignidad, sobre todo en las lesiones pigmentadas¹⁵. También sería necesario realizar un esfuerzo y mantener un compromiso de formación por parte de los médicos que llevan a cabo la cirugía menor¹⁶, tanto en las habilidades técnicas como en las diagnósticas, ya que en muchos de los estudios realizados sobre la cirugía menor en atención primaria se detectan necesidades de mejora^{7,17} y una falta de conocimientos sobre el reconocimiento y el diagnóstico de lesiones tumorales^{18,19}.

Aún nos quedan muchos aspectos pendientes de analizar en esta población de pacientes con lesiones malignas y premalignas de nuestro centro, tanto los relacionados con el seguimiento posquirúrgico de los pacientes, el resultado estético de la intervención, las complicaciones a corto y largo plazo, la valoración de otras lesiones o la aparición de lesiones nuevas y el control de la derivación al especialista, como los que atañen al grado de satisfacción de los pacientes ante su intervención de cirugía menor en su centro de atención primaria, realizada incluso en algunas ocasiones por su propio médico de cabecera.

Bibliografía

1. Arribas Blanco J, por el Grupo de Trabajo de Cirugía Menor en Medicina de Familia. *Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia*. Madrid: MSD, Jarpyo, 2000.
2. Lyngset E, Hunskar S, Laegeforen TN. Skin neoplasms in general practice. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2001;121:2281-3.
3. Bosch MM, Boon ME. Profile of the malignant melanoma excised in general practice. *Br J Dermatol* 1994;130:57-61.
4. Menárguez Puche JF, Alcántara Muñoz PA. Calidad de la cirugía menor realizada en atención primaria. ¿Son adecuados los indicadores habituales? *Aten Primaria* 2001;28:80.
5. Lowy A, Willis S, Abrams K. Is histological examination of tissue removed by general practitioners always necessary? Before and after comparison of detection rates of serious skin lesions. *BMJ* 1997;315:406-8.
6. Arribas Blanco JM, Rodríguez Salceda I, Mena Mateo JM, Martín Martín S, Bru Amantegui S, Villarroel Rodríguez J. Cirugía menor en la consulta del médico de familia. Descripción de un año de experiencia. *Aten Primaria* 1996;17:142-6.
7. McWilliam LJ, Knox F, Wilkinson N, Oogarah P. Performance of skin biopsies by general practitioners. *BMJ* 1991;303:1177-9.
8. Cross P, Parslew R, Rhodes L, Suvarna SK, Shortland JR, Smith JHF. Is histological examination of tissue removed by GPs always necessary? *BMJ* 1998;316:778.
9. Brown JS, Smith RR, Cantor T, Chesover D, Yearsley R. General practitioners as providers of minor surgery — a success story? *Br J Gen Pract* 1997;47:205-10.
10. Guereña MJ, Perna C, Gajate J. Correlación clinicopatológica de 370 casos de cirugía menor dermatológica realizada por médicos de familia. *Aten Primaria* 2001;28:320-5.
11. López Santiago A, Lara Peñaranda R, de Miguel Gómez A, Pérez López P, Ribes Martínez E. Cirugía menor en atención primaria: la satisfacción de los usuarios. *Aten Primaria* 2000;26:91-5.
12. Jackson AM, Morgan DR, Ellison R. Diagnosis of malignant melanoma by general practitioners and hospital specialists. *Postgrad Med J* 2000;76:295-8.
13. Khorshid SM, Pinney E, Bishop JA. Melanoma excision by general practitioners in north-east Thames region, England. *Br J Dermatol* 1998;138:412-7.
14. Parra Osés A, Sada Goñi J, Urdániz San Martín MJ. *Protocolo de cirugía menor en atención primaria*. Guías clínicas. Pamplona: Servicio Navarro de Salud, 1997.
15. Herd RM, Hunter JA, McLaren KM, Chetty U, Watson AC, Golllock JM. Excision biopsy of malignant melanoma by general practitioners in south east Scotland 1982-91. *BMJ* 1992;305:1476-8.
16. Bricknell MC. Skin biopsies of pigmented skin lesions performed by general practitioners and hospital specialists. *Br J Gen Pract* 1993;43:199-201.
17. Corwin P, Munn E, Nicholls D. A Study of general practitioners' skin surgery in Canterbury. *NZ Med J* 1997;110:253-5.
18. Offidani A, Simonetti O, Bernardini ML, Alpagut A, Cellini A, Bossi G. General practitioners' accuracy in diagnosing skin cancers. *Dermatology* 2002;205:127-30.
19. Marks R, Jolley D, McCormack C, Dorevitch AP. Who removes pigmented skin lesions? *J Am Acad Dermatol* 1997;36:721-6.