

ARTICULO ORIGINAL

Concordancia clínico-histopatológica de lesiones de cabeza y cuello.

Clinical-histopathological concordance in head and neck lesions.

Dra. Sahily Espino Otero⁽¹⁾, Msc Dr. Julio Romero Rodríguez⁽²⁾, Dr. Yordany Boza Mejías⁽³⁾, Dra. Odalys Acevedo Sierra⁽⁴⁾, Dr. Iván Quintana Hijano.⁽¹⁾ Dr. Phede Selme.⁽⁵⁾

¹Especialista de I Grado de Cirugía Máxilofacial. Profesor Instructor. ²Especialista II Grado Cirugía Máxilofacial. Profesor Auxiliar. Máster en Urgencias Estomatológicas. Jefe del Servicio Máxilofacial. ³Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Residente de Cirugía Máxilofacial. ⁴Especialista I Grado EGI. Profesora Asistente. ⁵Especialista de I Grado en Cirugía Máxilofacial. Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima.

RESUMEN

Fundamento: Con la relación clínico –histopatológica en el diagnóstico de las lesiones de cabeza y cuello se logra un mejor tratamiento y evolución de las mismas.

Objetivo: Determinar la correlación clínico – histopatológica de las lesiones de cabeza y cuello.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, observacional sobre una serie de casos (360 pacientes) para determinar la capacidad diagnóstica en relación a las técnicas histopatológicas realizadas, atendidos en el Servicio de Cirugía Máxilofacial en el Hospital “Gustavo Aldereguía Lima”, en el período comprendido entre junio del 2006 y febrero del 2007. Se tomaron los datos necesarios en las historias clínicas y registros de Anatomía Patológica, los que se vaciaron en un formulario elaborado al efecto.

Resultados: El grupo de edades de 0-19 años tuvo la mayor concordancia en los grupos estudiados (72.4%). En el 59,7 % de los casos hubo correlación clínico-histopatológica, fundamentalmente en las lesiones extraorales (60.4 %) prevaleciendo la región del bermellón (82,4 %) y en las intraorales predominó el surco vestibular (100%). Las lesiones más relevantes donde no coincidió el diagnóstico clínico con el histopatológico fueron los fibromas con un total de 23 en las intraorales y las verrugas, totalizando 34 en las extraorales seguido de los carcinomas basales.

Conclusiones: Se comprueba que existe una marcada

correlación en el diagnóstico clínico e histopatológico de nuestros profesionales, mostrando una alta calidad de la atención y aplicación del método clínico como elemento esencial en el manejo de los pacientes.

Palabras clave: Biopsia; diagnóstico clínico; patología; neoplasias de la cabeza y cuello (patol)

Límites: Humano; Adultos

ABSTRACT

Background: Clinical-histopathological data contributes to a better diagnosis, assessment and treatment of head and neck lesions. **Objective:** To determine clinical-histopathological correlation of head and neck lesions.

Methods: a descriptive, retrospective, observational study was developed in a series of cases (360 patients) to determine the clinical diagnostic scope in relation to the histopathological techniques used in the Maxillary Surgery Service of “Gustavo Aldereguía Lima” hospital between June 2006 and 2007. Required data was taken from clinical histories and records from Pathological Anatomy, which were transferred to a form design for that purpose. **Results:** The age group of 0-19 years had the higher concordance among the studied groups (72,4%). 59, 7% of the studied cases had clinical-histopathological concordance, mainly in extra-oral lesions (60, 4%) particularly in the vermilion border (82, 4 %) and among the intra-oral the most common were those in the vestibular duct (100%). The most important

Recibido: 18 de octubre de 2008

Aprobado: 25 de noviembre de 2008

Correspondencia:

Dra. Sahily Espino Otero. Servicio de Cirugía Maxilo-Facial. Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima

Ave 5 de septiembre y calle 51 CP: 55100

Dirección electrónica: sahily.otero@gal.sld.cu

lesions where clinical diagnosis did not coincide with histopathological diagnosis were fibroma with 23 in the intra-oral and warts and a total of 34 in extra-oral, followed by basal carcinomas. **Conclusions:** There is a significant correlation between clinical and histopathological diagnosis, suggesting high attention quality and correct application of the clinical method as central element in patients' management.

Key words: Biopsy; diagnosis clinical; pathology; head and neck neoplasms (patol)

Limits: Human being; Adult

INTRODUCCIÓN

Las lesiones de cabeza y cuello constituyen un grupo heterogéneo de alteraciones, que comprenden tejidos de origen epitelial, mucosa y piel, y de origen mesodérmico como los huesos, tejido adiposo, vasos. etc. Dascoulis (1960) describió un quiste radicular.⁽¹⁾ y con la aparición del microscopio, en el siglo XIX se profundizó en el estudio, tanto clínico como histopatológico, de estas entidades.⁽²⁾

Estas lesiones ocupan el sexto lugar en la prevalencia mundial, el cáncer oral, es el más frecuente, ocupando el 25% de los casos, le siguen el cáncer de laringe (18%), piel 17%; labio, oro faringe y el de tiroides, no alcanzan cada uno de ellos el 10%.^(3,4) Los tumores de las glándulas salivales, ocupan el 5% de estas lesiones.^(5,6) En Cuba, el 90 % de los cánceres de las vías aerodigestivas superiores son de la cavidad oral, y el 4 % del resto del organismo.⁽⁷⁾

Estas lesiones, desde punto de vista clínico pueden tener algunas semejanzas, por ello es importante apoyarse en los medios diagnósticos⁽⁸⁾. Los estudios de imagen, han ayudado a evaluar la localización y extensión de las neoplasias, brindando información en la planeación de la terapéutica y vías de abordaje, pero el estudio anatomopatológico es esencial⁽⁹⁾ para confirmar el diagnóstico clínico presuntivo, aunque hay varios métodos de hacerlo, dentro de los diferentes tipos, algunos son más confiables que otros y en muchas ocasiones es necesario complementarlos entre ellos para llegar al diagnóstico definitivo.⁽¹⁰⁾

En la experiencia del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario Clínico –Quirúrgico “Gustavo Aldereguía Lima” hemos podido constatar que la importancia de un buen juicio clínico es muchas veces el factor determinante para llegar a un diagnóstico definitivo, aunque los avances tecnológicos, fundamentalmente en el campo de la histología y citología, ayudan a corroborar dicho diagnóstico y a creer que su calidad es la base para permitirle a los pacientes una atención que repercuta en mejores beneficios con un mínimo de molestias para lograr un adecuado plan de tratamiento obteniendo con ello una mayor satisfacción.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, observacional, sobre una serie de casos para discriminar la capacidad diagnóstica clínica en relación a las técnicas histopatológicas realizadas en las lesiones de cabeza y cuello en el Servicio de Cirugía Máxilofacial del Hospital Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos a 360 pacientes, a los que se les realizó un proceder quirúrgico y su diagnóstico definitivo se confirmó con examen histopatológico en el período comprendido desde junio del 2006 hasta febrero del 2007.

Criterio de inclusión:

Que la historia clínica (HC) y el resultado de la biopsia del paciente operado tenga registrados todos los datos que son necesarios para el estudio.

Criterio de exclusión:

No cumplir con el requisito de inclusión.

Método: Los datos se obtuvieron de (HC) y los archivos del Departamento de Anatomía Patológica, utilizando un formulario creado por el autor y vaciados en una base de datos en Microsoft Excel

Toda la información que se obtuvo se introdujo en una base de datos que se creó para el estudio y fueron procesados estadísticamente en el programa SPSS 11.0. Los resultados se expresaron en números absolutos y porcentajes, sobre todo para la caracterización de nuestra serie.

Por ser un estudio con solo pretensiones de describir a los pacientes a partir de los datos recogidos en la H.C y por utilizarse el universo no se hace necesario el uso de los procedimientos de la Estadística Inferencial.

RESULTADOS

Al describir el comportamiento de la concordancia clínico-histopatológica según grupos de edades (Tabla 1), se observa que el mayor grado de concordancia corresponde al grupo de 0-19 años y más con 72.4 %, mientras que en el grupo 40-59 solo se encontró una concordancia de 49.1%.

Tabla. 1 Concordancia clínico histopatológica según grupos de edades

Grupo de edades	Coincide (n=215)		No coincide (n=145)	
	Nº	%	Nº	%
0-19 (n=29)	21	72,4	8	27,6
20-39 (n=71)	43	60,6	28	39,4
40-59 (n=110)	54	49,1	56	50,9
60 y más (n=150)	97	64,6	53	35,4
Total (360)	215	59,7	145	40,2

Al referirnos a las lesiones incluidas en nuestro estudio (Tabla 2) vemos que el 59.7 % (215) de los diagnósticos clínicos correspondieron con los histopatológicos y según la topografía se comprueba que las lesiones extraorales al representar el 64,4% de las que coinciden, superan a las intraorales.

Tabla. 2 Comportamiento de la concordancia clínico-histopatológica según su topografía

Topografía	Coincide		No coincide	
	Nº	%	Nº	%
Intraorales (n=100)	58	58	42	42
Extraorales (n=260)	157	60,4	103	39,6
Total (360)	215	59,7	145	40,3

Con respecto a la descripción de la concordancia clínico - histopatológica según regiones anatómicas intraorales (Tabla. 3) se observó que el 100 % de la concordancia corresponde a las lesiones de surcos vestibulares. En las de labios y carrillos encontramos el 61.9 % y 60 % respectivamente de concordancia clínico histopatológica. Las lesiones retromolares, de encía y de lengua fueron las de menos coincidencia con un 66.7%, 60 % y 53.4% respectivamente.

Tabla. 3 Comportamiento de la concordancia clínico-histopatológica según regiones anatómicas intraorales

Regiones anatómicas intraorales	Coincide		No coincide	
	Nº	%	Nº	%
Labios (n=42)	26	61.9	16	38.1
Carrillos(n=10)	6	60	4	40
Encía (n=5)	2	40	3	60
Lengua(n=15)	7	46.6	8	53.4
Paladar(n=11)	6	54.5	5	45.5
Retromolar(n=3)	1	33.3	2	66.7
Surcos vestibulares(n=6)	6	100		
Suelo de boca(n=2)	1	50	1	50
Otras(n=6)	3	50	3	50

La correlación clínico-histopatológica de lesiones extraorales según regiones anatómicas de los pacientes incluidos en el estudio (Tabla.4), confirman un alto nivel de coherencia sobre todo a nivel bermellón (82, 4 %), regiones frontal (75%), nasal (73.2 %), y mejillas (72.4 %). Disminuyó la concordancia en las regiones del cuero cabelludo y submaxilar con 66.7% ambas, y temporal con un 57.1 %.

Tabla. 4 Comportamiento de la concordancia clínico-histopatológica según regiones anatómicas extraorales

Regiones anatómicas extraorales	Coincide		No coincide	
	N	%	N	%
Cervical(n=56)	34	60.7	22	39.3
Frontal(n=8)	6	75	2	25
Párpados(n=18)	10	55.5	8	44.5
Mejillas(n=29)	21	72.4	8	27.6
Surco naso geniano (n=3)	2	66.7	1	33.3
Nasal(n=56)	41	73.2	15	26.8
Preauricular(n=12)	6	50	6	50
Auricular(n=16)	11	68.8	5	31.2
Retroauricular(n=6)	4	66.7	2	33.3
Bermellón(n=17)	14	82.4	3	17.6
Cuero Cabelludo(n=3)	1	33.3	2	66.7
Temporal(n=7)	3	42.9	4	57.1
Parótida(n=7)	4	57.1	3	42.9
Submental(n=2)	1	50	1	50
Submaxilar(n=3)	1	33.3	2	66.7
Otras(n=17)	8	47.1	9	52.9

Se establece detalladamente la relación entre el diagnóstico clínico de las lesiones intraorales más relevantes y sus correspondencias histopatológicas. Destacamos el predominio de los fibromas. De los 14 que no se correspondieron, 6 resultaron ser papilomas y 2 mucocelos. En el diagnóstico de las leucoplasias (n=10) y mucocelos (n=16) coincidió que en 6 de ellas no hubo correlación en ambos casos. De los 3 quistes encontrados, 2 de ellos fueron confundidos con procesos crónicos periapicales. (Tabla 5).

Al tener en cuenta las lesiones extraorales de menos correspondencia clínico-histopatológica, se observó que ninguna de las verrugas diagnosticadas clínicamente fueron confirmadas histopatológicamente, más de la mitad fueron nevus. De los carcinomas basales, 23 no se correspondieron, 12 de ellos resultaron ser carcinomas epidermoides. (Tabla 6).

Tabla. 5 Lesiones relevantes intraorales en las que no coincidió el diagnóstico clínico con el histopatológico

Lesiones relevantes intraorales	No coincidencia	
	No	%
Fibromas(n=26)	14	53,8
Mucocele (n=16)	6	3,8
Leucoplasia (n=10)	6	60
Lesión tumoral (n=5)	5	100
Quiste(n=3)	2	66,6
Nevus(n=3)	2	66,6

Tabla. 6 Lesiones extraorales relevantes en las que no coincidió el Diagnóstico clínico con el histopatológico.

Lesiones relevantes EXTRAORALES	No coincidencia	NO	%
Carcinoma basal (n=93)	carcinoma epidermoide	12	12,9
	otros	11	11,8
Verruga (n=34)	Nevus	19	55,9
	otros	15	44,1

DISCUSIÓN

Como se ha descrito en la literatura mundial acerca de las lesiones de cabeza y cuello, fundamentalmente las de piel, estas aparecen en el hombre en edades más tardías que en la mujer. Sobre esto no se han encontrado otros señalamientos, aunque en los últimos años se ha visto un discreto aumento de la incidencia en pacientes jóvenes, lo cual se relaciona con la exposición prolongada al sol por actividades recreativas que se efectúan al aire libre y el fenómeno de la capa de ozono⁽¹¹⁾. Los médicos al tener en cuenta los datos epidemiológicos disponibles sobre esas lesiones concordaron frecuentemente con el diagnóstico histopatológico.

Por lo general el cuadro clínico de las lesiones extraorales es suficiente para establecer con facilidad un diagnóstico, aunque se reconoce que algunas veces son atípicas y engañosas, ya sea por el grado de

evolución, o bien por las modificaciones clínicas asociadas a tratamientos instaurados⁽¹²⁾

Sin embargo, en la región intraoral existe una ligera disminución de la correspondencia clínico-histopatológica debido a que las posibilidades diagnósticas se ven más limitadas por diferentes razones como es el acceso visual, la similitud de las lesiones, color, textura, localización en ocasiones submucosa, sintomatología referida por el paciente, como es el caso de la región retromolar. Por eso en este tipo de lesiones ante la más mínima sospecha es preferible hacer una biopsia.⁽¹³⁾

Al considerar que el universo del estudio está conformado fundamentalmente por pacientes ancianos y que la mayoría son portadores de prótesis, se justifica la presencia de lesiones en el surco vestibular (100%) como los épolis figurados. También es satisfactoria la concordancia encontrada a nivel de los labios, resultados muy similares a los del Dr. Santana, que encontró en sus pacientes un predominio de lesiones labiales, seguida por lengua, encía y paladar⁽³⁾. La única diferencia es que en nuestro trabajo el paladar aparece en tercer lugar.

En la distribución de lesiones en regiones anatómicas extraorales hubo correspondencia con los datos obtenidos en México por Carbajosa y Arenas, que afirman que la principal localización de los tumores epiteliales está en las áreas de mayor exposición solar crónica, especialmente en la cara y cuero cabelludo, resultando menos frecuentes en el tronco y las extremidades.⁽¹⁴⁾

Analizando las similitudes clínicas de ciertas lesiones constatamos que constituyen un factor importante que impide llegar a un diagnóstico definitivo. Así, los fibromas no tuvieron un alto grado de coincidencia clínico-histopatológica, la mayoría de ellos fueron papilomas.

Es válido mencionar unas lesiones denominadas "T" cuyo índice de atipicidad clínica, baja frecuencia y etiología desconocida dificultan a los médicos el planteamiento de un diagnóstico certero, bajo esas condiciones necesitan esperar por el resultado de la biopsia para obtener un diagnóstico definitivo y adquirir a la misma vez experiencias. Esas lesiones "T" intraorales ocuparon el tercer lugar en este estudio.

En el diagnóstico clínico de las verrugas el criterio no fue certero, la mayoría resultaron nevus, mientras que los carcinomas basales se confundieron con los epidermoides. Este resultado no coincidió con algunos autores.⁽¹⁵⁾

Según los autores Dr. Israel Ramos Lage y la Dra. Esther L. de Armas Ramírez, la piel es el órgano más grande del cuerpo y además el lugar que da origen a una serie de neoplasias, algunas de ellas raras o francamente excepcionales; pero el 95 % de los tumores malignos de la piel, son de dos variedades histológicas: carcinoma

epidermoide y carcinoma baso celular; éstos suelen agruparse conjuntamente al referirse a los cánceres cutáneos con excepción del melanoma. Además destacan que aunque la exactitud en el diagnóstico del carcinoma basal resulta sorprendente, no es ineludible,

con un diagnóstico correcto del 98.3 % en dermatólogos de centros hospitalarios, del 96.1% en dermatólogos con consulta privada y del 94.5 % en residentes de dermatología.⁽¹⁶⁾

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ustuner E, E.Fitoz S, Atasoy C, Erden I, Akyar S. Bilateral maxillary dentigerous cyst: a case report. *Oral Surg Oral Med Pathol Oral Radio Endod.* 2003; 95(5): 632-5.
2. Spielberger R, Stiff P, Bensinger W. Palifermin for oral mucositis after intensive therapy for hematologic cancers. *N Engl J Med.* 2004; 351 (25): 2590-8.
3. Santana Garay J. Atlas de Patología del Complejo Bucal. La Habana: Editorial Científico-técnica; 2002. p.204.
4. McGuire DB, Peterson DE, Muller S. The 20 item oral mucositis index: reliability and validity in bone marrow and stem cell transplant patients. *Cáncer Invest.* 2002; 20 (7-8): 893-903.
5. Maresi E, Tortoci S, Orlando E, Burruano F. Desmoplastic ameloblastoma. .Clinical and histopathological diagnostic criteria. *Minerva Stomatol.* 2003; 52:127-32.
6. Goni Pontifica I. Cáncer escamoso de cabeza y cuello. En: Martínez V L. Manual de patología quirúrgica cabeza y cuello. [Monografía en Internet]. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile; 2004 [citado 25 julio 2008]: [aprox.2 p] Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualCabezaCuello/CancerEscamoso.html>
7. Sapp JF, Eversole LR, Wysocki GP. Tumores odontógenos. En: Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. 2da ed. Madrid: Editorial Harcourt; 2004.
8. Shah J, Patel S, Glándulas salivales. En: Shah J, Patel. Cirugía y Oncología de cabeza y cuello. Madrid: Elsevier; 2004. p. 439-73.
9. Pérez Abreus E, Orduñez Garcá P, Cruz Leiva AL, Tumores de glándulas salivales, nuestra experiencia .*Rev Cubana de Estomatol.* 2000; 37(2):89-94.
10. Scully C, Sudbo J, Speight PM. Progress in determining the malignant potential of oral lesions. *Oral Pathol Med.* 2003; 32:251
11. González S. Neoplasias de piel. En: Chuaqui B, Chuaqui F R, Duarte GI, González BS, Etchart KM, Rosenberg GH. Lecciones de Anatomía Patológica. [Monografía en Internet]. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile; 2008 [citado 26 septiembre 2008]: [aprox.5.p] Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/AnatomiaPatologica/10Dermatopatologia/10neoplasias.html>
12. Pu LL, Wells KE, Cruse CW, Shons AR, Reintgen DS. Prevalence of additional positive lymph nodes in complete lymphadenectomy findings for early stages melanoma of the head and neck. *Past Reconstruct Surg.* 2003; 112 : (1):43-9.
13. Ordóñez González A, Giner J, Maniegas L, Martin-Granizo R. Liposarcoma lingual. *Rev Esp Cirug Oral Maxillofac.* 2004; 26: 263-9.
14. Carbajosa IJ, Arenas RF. Tumores de la piel, consideraciones clínicas. *Dermatol. Rev Mex.* 2002; 37(3): 177-80.
15. Muñoz Romero F, Ramón Faba P, Cerda Dezcallar. Tumores benignos cutáneos. En: Manual de Cirugía Plástica. [Monografía en Internet]. Madrid: Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética; 2007 [citado 12 octubre 2008]. [aprox 4. p] Disponible en: <http://www.secpre.org/documentos%20manual%2011.html>
16. Ramos Lage I, De Armas Ramírez E. Epidemiología del cáncer de piel no melanoma. *Rev Cubana Oncol.* 2001; 17 (1):43-7