

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
UNAN-LEÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Tesis para optar al título de Especialista en Patología

***“Patrones clínico patológicos de las lesiones inflamatorias y tumorales cutáneas analizadas en el Departamento de Patología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello durante el periodo Julio 2017 a Julio 2019”***

**Autora:**

- Dra. Arlen Elisa Martínez Castro  
Residente de III Año de Patología

**Tutores:**

- Dra. María Verónica Arce Grijalva  
Profesor Titular. Unan-León  
Especialista en Patología  
Subespecialista en Oncopatología y Citopatología
- PhD, MSc, Luis E. Blanco Romero  
Profesor Titular. Unan-León  
Biofísico Molecular/Medicina Ocupacional

“A la libertad por la Universidad”

León, Marzo 2020



## AGRADECIMIENTO

- En primer lugar a Dios por haberme dado la hermosa bendición y privilegio, de estudiar esta apasionante Especialidad de Patología, por haberme dado la fuerza, vida, salud y mostrarme que en su palabra hay promesas que continúan invariables, tal como lo dice el Salmos 40:4 “Bienaventurado el hombre que puso en Jehová su confianza.” Por aferrarme a “Solamente esfuérzate y sé muy valiente” Josué 1:7, en momentos que mis fuerzas se agotaban.
- A mis padres, por estar conmigo, en todo momento, apoyándome en mis luchas y anhelos. Por ser participes y piezas fundamentales en mi formación.
- A mi esposo, por estar conmigo, en momentos buenos y malos, por estar presente en cada peldaño, de este largo camino y profesión médica, para alcanzar mis metas profesionales, por su comprensión y por ser mi ayuda idónea.
- A mis maestras patólogas, por sus enseñanzas en lo profesional y lo personal, a quienes les tengo gran estima y agradecimiento.



## DEDICATORIA

- A Dios, por ser mi Ayudador, mi Sanador, mi Luz y mi Salvación.
- A mis padres y mi esposo, quienes me motivan a seguir adelante y quienes me han enseñado ejemplo de humildad y que en las manos de Dios todo es posible.
- A mis maestras patólogas por ser piezas fundamentales durante el proceso de formación como especialista.



## RESUMEN

### ***“Patrones clínico patológicos de las lesiones inflamatorias y tumorales cutáneas analizadas en el Departamento de Patología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello durante el periodo Julio 2017 a Julio 2019”***

Dra. Arlen Martínez, Dra. María Verónica Arce, PhD, MSc, Luis E. Blanco Romero

Las enfermedades inflamatorias y neoplásicas de la piel constituyen la mayoría de los casos en la práctica dermatopatológica de rutina. El objetivo del presente estudio fue describir los patrones clínico patológicos de las lesiones inflamatorias y tumorales cutáneas analizadas en el Departamento de Patología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello durante el periodo Julio 2017 a Julio 2019. De un total de 251 pacientes incluidos en el estudio, en lo referente a las características sociodemográficas, predominó el rango de edad de los 40-65 años. También se observó que la edad pediátrica se ve afectada principalmente por las lesiones inflamatorias (15.22%). Con respecto a las demás características predominó el sexo femenino y procedencia urbana. Las características clínicas de mayor frecuencia fueron: localización en rostro (45.59%), lesión única (81%), pápula (28.35%), prurito (30.60%), tamaño promedio de 1.1 cm y tiempo de evolución mayor de 3 años (36.3%). El tipo de biopsia cutánea más realizado fue la excisional (82%) y apenas un 53%, tenía un diagnóstico clínico previo al resultado de biopsia. De acuerdo al espectro histopatológico, las lesiones cutáneas tumorales predominaron (82%), sobre las inflamatorias. El tumor maligno más frecuente fue el carcinoma de células basales (21.63%) y el benigno más común fue el nevo melanocítico (26.44%). En las lesiones inflamatorias cutáneas, predominó el patrón liquenoide (28.23%). La señalización de márgenes quirúrgicos en las lesiones cutáneas malignas y/o premalignas fue del 68% y el 24% tenía al menos un margen quirúrgico tomado. Finalmente con respecto a la concordancia clínico histopatológica, utilizando el coeficiente de Kappa de Cohen, se encontró que tanto las lesiones cutáneas inflamatorias como tumorales, tenían buen nivel de concordancia.

Palabras claves: Lesiones cutáneas, inflamatorias, tumorales, clasificación histopatológica, concordancia.



## ÍNDICE

Contenido	Página
Introducción.....	6
Antecedentes.....	8
Justificación.....	9
Planteamiento del Problema.....	10
Objetivos.....	11
Marco Teórico.....	12
Diseño Metodológico.....	27
Resultados .....	34
Discusión .....	45
Conclusiones .....	47
Recomendaciones.....	48
Referencias Bibliográficas .....	49
Anexos .....	52



## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades inflamatorias y neoplásicas de la piel constituyen la mayoría de los casos en la práctica dermatopatológica de rutina.

Como la piel es la capa protectora más externa del cuerpo, sus anormalidades son fácilmente detectadas por los pacientes y los síntomas frecuentemente se presentan como áreas de preocupación estética.

El diagnóstico clínico de las enfermedades de la piel puede ser un desafío, ya que la información clínica y el aspecto de las lesiones cutáneas invariablemente se superponen, por tanto, es bien sabido que el diagnóstico histológico de las enfermedades inflamatorias y tumorales de la piel requieren correlación clinicopatológica.<sup>1</sup>

Clásicamente el diagnóstico histopatológico de las enfermedades inflamatorias de la piel ha sido considerado como la parte más difícil de la dermatopatología en comparación con la patología neoplásica cutánea. De hecho, muchos patólogos se sienten más seguros con sus diagnósticos histopatológicos de neoplasias cutáneas, tanto benignas como malignas y sin embargo expresan su frustración cuando su informe histopatológico de un proceso inflamatorio cutáneo es puramente descriptivo, sin poder ofrecer un diagnóstico concreto.

El diagnóstico de las enfermedades inflamatorias de la piel se basa principalmente en la información clínica. La patología es a menudo una parte complementaria o confirmativa del diagnóstico. La información clínica y la descripción exacta de las lesiones cutáneas pueden ayudar al patólogo a realizar un diagnóstico más preciso. Si tal información no está disponible, el patólogo puede dar diagnósticos diferenciales que no coinciden con el rango de diagnósticos clínicos considerados, causando confusión y retrasando el manejo correcto del paciente.



Además de proporcionar información clínica detallada y una descripción de la apariencia de la lesión, se debe dar la ubicación anatómica precisa de la biopsia, ya que los cambios histopatológicos y la lista de posibles diagnósticos pueden ser diferentes según las localizaciones anatómicas. <sup>2</sup>

Por otra parte el estudio de los tumores de la piel merece consideración especial por su alta frecuencia, accesibilidad al diagnóstico, variabilidad terapéutica, altos porcentajes de curación con costo económico bajo, así como por la dificultad que se presenta en ocasiones para llegar a un diagnóstico preciso sólo por su aspecto clínico; esto último hace necesaria la práctica corriente y rutinaria de una biopsia incisional o excisional para establecer el diagnóstico preciso de la entidad patológica. <sup>3</sup>

En la presente investigación se reportan los patrones clínico patológicos de las lesiones inflamatorias y tumorales cutáneas analizadas en el Departamento de Patología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, durante el periodo Julio 2017 a Julio 2019.



## ANTECEDENTES

En lo que respecta a la clasificación de las lesiones dermatológicas inflamatorias y tumorales, predominan las primeras, como dermatitis perivascular superficial seguida de la dermatitis intersticial granulomatosa. Luego están las patologías dermatológicas tumorales, predominando, en estas las benignas, principalmente como tumores vasculares y melanocíticos.<sup>3</sup> Por otra parte en lo que respecta a los tumores malignos, el de mayor prevalencia es el carcinoma basocelular seguido del carcinoma epidermoide.<sup>4</sup>

De las dermatopatologías inflamatorias y tumorales, el sexo mayormente afectado es el masculino, siendo la edad promedio de afectación los 14 años en las de tipo inflamatorio, según un estudio realizado en la población pediátrica,<sup>3</sup> en contraste, otros estudios realizados en la población adulta en general refleja que las patologías cutáneas tumorales predominan en pacientes mayores de 60 años.<sup>4-7</sup>

En cuanto a las características clínicas el lugar más frecuente de localización es el rostro, predominando las lesiones únicas sobre las múltiples, tiempo de evolución de las lesiones cutáneas mayor de un año y tamaño mayor a 6 mm, a su vez se encontró que en las lesiones tumorales malignas predomina la clínica de aumento de tamaño del tumor, sangrado y prurito.<sup>2,4,5</sup>

Por otro lado a nivel internacional se ha establecido una concordancia clínica e histopatológica de un 95% en las dermatopatologías tumorales benignas y malignas, en cambio a nivel local se ha encontrado una concordancia de tipo intermedio en las neoplasias malignas de la piel.<sup>4,5</sup> Finalmente cabe destacar que existen escasos estudios de investigación que aborden los patrones clínico patológicos de las lesiones cutáneas inflamatorias y más aún no existe ninguno que ponga de manifiesto el tipo de correlación o concordancia clínica e histopatológica que existe en este tipo lesiones.





## JUSTIFICACIÓN

En vista que el diagnóstico histopatológico de las enfermedades inflamatorias de la piel ha sido considerado como la parte más difícil de la dermatopatología, teniendo que llevar muchas veces a un diagnóstico meramente descriptivo <sup>1</sup>, se considera importante llevar un registro de clasificación de las mismas de acuerdo a los patrones histopatológicos presentados. Debido a esta complejidad, existen pocos estudios internacionales y ninguno a nivel local que aborde dicha problemática. Estos resultados vienen a llenar este vacío, siendo un gran aporte científico para el Departamento de Patología del HEODRA.

Los tumores de la piel merecen una consideración especial por su alta frecuencia y menor complejidad diagnóstica <sup>3</sup>. La determinación de su comportamiento clínico patológico es necesaria para facilitar las vías adecuadas para un diagnóstico y manejo oportuno acorde al caso. A nivel local se han estudiado ampliamente las neoplasias cutáneas malignas <sup>8,9</sup>, sin embargo, no existen registros acerca de las patologías tumorales cutáneas benignas.

En base a lo anterior, se considera que la presente investigación, además de aportar un registro sobre los patrones clínicos patológicos de las lesiones cutáneas inflamatorias y tumorales de las biopsias cutáneas que ingresan al Departamento de Patología del HEODRA, determina el nivel concordancia existente entre el diagnóstico clínico e histopatológico, lo que optimizará el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con estas dermatopatologías.



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las lesiones cutáneas inflamatorias y tumorales representan un desafío para el patólogo, especialmente debido a que el Formato de Solicitud de Biopsia para Estudio Histopatológico frecuentemente contiene pocos datos clínicos. Además, para orientar al patólogo al momento de emitir un diagnóstico definitivo, es necesario conocer el nivel de concordancia que existe entre el diagnóstico clínico y diagnóstico histopatológico. Actualmente, a nivel local no existen estudios que reporten los patrones histopatológicos de ambas lesiones, ni el nivel de concordancia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico en las lesiones inflamatorias cutáneas. Por lo anterior se hace necesario plantearse la siguiente pregunta:

***¿Cuáles son los Patrones Clínico Patológicos de las Lesiones Inflamatorias y Tumorales Cutáneas analizadas en el Departamento de Patología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello durante el periodo Julio 2017 a Julio 2019?***



## OBJETIVO GENERAL

- Describir los patrones clínico patológicos de las lesiones inflamatorias y tumorales cutáneas analizadas en el Departamento de Patología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello durante el periodo Julio 2017 a Julio 2019.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las características sociodemográficas de la población en estudio.
- Describir las características clínicas de las lesiones inflamatorias y tumorales cutáneas diagnosticadas en la población de estudio.
- Clasificar las lesiones cutáneas diagnosticadas de acuerdo a sus características histopatológicas.
- Establecer la concordancia entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico histopatológico en estos pacientes.



## MARCO TEÓRICO

### ➤ HISTOLOGÍA NORMAL DE LA PIEL

La piel representa aproximadamente el 15% del peso corporal total y es el órgano más grande del cuerpo. Se compone de tres capas: epidermis, dermis y el tejido adiposo subcutáneo. Cada componente tiene su estructura y función única y compleja, con variación según edad, sexo, raza y localización anatómica.

Las funciones de la piel son extremadamente diversas. Sirve como barrera mecánica contra sustancias físicas, químicas y biológicas nocivas externas y como órgano inmunológico. Participa en la regulación de la temperatura corporal y electrolitos. Es un órgano importante de sensualidad y bienestar psicológico. Además, es un vehículo que expresa no sólo enfermedades primarias de la piel, sino también enfermedades de los órganos internos. La comprensión de la histología normal de la piel es esencial para la comprensión de las condiciones patológicas.<sup>10</sup>

La epidermis contiene queratinocitos y células dendríticas. Los queratinocitos se distinguen por la presencia de puentes intercelulares y abundante citoplasma. A medida que se diferencian en células córneas, se disponen en cuatro capas de células basales (estrato basal), escamosas (estrato espinoso), granulares (estrato granuloso) y cornea (estrato córneo). A menudo, las tres capas inferiores constituyen el nombre de Estrato o Red de Malpighi.

En las áreas que poseen capas granulosa y córnea gruesas, en especial las palmas y plantas, se reconoce un estrato lúcido.



*Epidermis con maduración normal de queratinocitos.<sup>11</sup>*

*Tinción Hematoxilina-Eosina*



La epidermis puede variar mucho de una región a otra. En los párpados, axilas, codos y rodillas es algo verrugosa, además en los párpados posee folículos pilosos y en las axilas, glándulas apocrinas. En los miembros inferiores, el estrato córneo es más grueso y compacto en la superficie externa que en la interna, la piel de la nariz tiene lóbulos sebáceos prominentes y en el cuero cabelludo da origen a folículos anagenéticos con bulbos que descienden hasta el tejido celular subcutáneo. Además la mucosa oral carece de capas granular y córnea, excepto en el dorso de la lengua y el paladar duro. El conocimiento de estas diferencias regionales es esencial para evitar errores diagnósticos.

Los melanocitos se distribuyen al azar en el estrato basal; son pequeños, con núcleo oscuros y citoplasma claro. Se acuñan entre las células basales de la epidermis. Aunque la proporción varía con la región y se incrementa por exposición reiterada a la luz ultravioleta, el promedio es de 1 melanocito por cada 10 células basales.

Las células de Merkel se localizan en la capa basal de la epidermis, la mucosa oral y la región prominente de los folículos pilosos. Son muy escasas, su distribución es irregular y en ocasiones se disponen en grupos. Se supone que son receptores táctiles.

Las células de Langerhans en los cortes histológicos con hematoxilina-eosina las células de Langerhans son claras y se ubican en la epidermis suprabasal. No obstante, no es fácil distinguirlas de los linfocitos T y macrófagos ocasionales y sus proyecciones citoplasmáticas dentríticas no son apreciables, por lo que generalmente requieren tinciones especiales.

Las glándulas sebáceas pueden tener uno o varios lóbulos que confluyen en un conductor excretor común compuesto por epitelio escamoso estratificado. Por ser glándulas holocrinas, su secreción resulta de la descomposición celular.

Las glándulas apocrinas difieren de las ecrinas en su origen, distribución, tamaño y mecanismo de secreción. Las primeras son odoríferas y las segundas participan en el control de la temperatura.



## Folículos Pilosos

El folículo piloso consta de tres segmentos: inferior, medio o istmo e inferior. El aspecto histológico del folículo piloso se modifica mucho durante los estadios anagenético, catagenético y telogenético del pelo. En todo momento, el 84% del cabello se encuentra en anagénesis, el 2% en catagénesis y el 14% en telogénesis.

## Tejido Celular Subcutáneo

Se compone de adipocitos con lípidos citoplasmáticos no vacuolados o redondos de membrana, que desplazan al núcleo fusiforme y lo comprimen contra la membrana plasmática.

### ➤ TÉCNICAS DE BIOPSIAS

En la obtención de muestras para estudio histológico se emplean cuatro técnicas de biopsia: con bisturí (incisión o resección), punch (sacabocado), afeitado y curetaje. La elección depende del aspecto clínico y el conocimiento de la patología de cada enfermedad.

La resección permite extraer lesiones pigmentarias atípicas o nódulos dérmicos/subcutáneos profundos que requieren evaluación de los márgenes.

La incisión es útil en la paniculitis y en nevos del tejido conectivo, atrofodermia y algunas alteraciones de la pigmentación en las que es importante comparar la piel involucrada con la sana adyacente, que debe incorporarse al espécimen.

La biopsia punch (sacabocados) el procedimiento estándar para obtener muestras de dermatosis inflamatorias, es preciso seleccionar lesiones sin signos de rascado ni traumatismo. Si es posible, se remite material no alterado por agentes tópicos o sistémicos, en especial antiinflamatorios. En general la biopsia en sacabocado de 4 mm es suficiente.



La biopsia por afeitado sólo se lleva a cabo cuando se presume que los signos histológicos relevantes se localizan en la epidermis o la dermis superficial (queratosis seborreica y solares, verrugas, nevos benignos y carcinoma de células basales).

El curetaje es el método menos satisfactorio porque el material suele ser escaso y superficial, pierde su arquitectura y podría sufrir aplastamiento. Es imposible evitar la fragmentación y distorsión.

La muestra de biopsia debe fijarse de inmediato para prevenir la autólisis. No debe secarse y el dermatólogo debe controlar el recipiente para verificar su integridad. En casi todas las instancias se usa formol al 10%.<sup>12</sup>

### ➤ **PATRONES HISTOLÓGICOS DE LOS PROCESOS INFLAMATORIOS DE LA PIEL Y SU CORRELACIÓN CON LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES**

Lo primero que se debe realizar en la lámina histológica, es una inspección visual de la misma y a continuación centrarse en los mejores cortes que se tienen. Después de esto se debe plantear cómo se ha obtenido la biopsia (incisión, resección, sacabocado, afeitado o curetaje)<sup>12</sup>. También es importante determinar la localización anatómica y la edad aproximada del paciente. Una vez valorado todo esto, se debe plantear la siguiente pregunta: ¿Se trata de un patrón inflamatorio o de un patrón tumoral?; si se decide que se trata de un patrón inflamatorio<sup>13</sup>, se deben responder: ¿Cuál es el patrón de reacción tisular que predomina?, ¿Cuál es el patrón de inflamación?, ¿Qué células componen el infiltrado?, ¿Hay otros cambios en la epidermis, unión dermoepidérmica, dermis o subcutis?

En muchas ocasiones, si se pudiera contestar a estas preguntas, no haría falta mucha más información y tras obtener la información clínica del paciente, se podría diagnosticar y tratar correctamente a una gran parte de los pacientes. Una vez realizados todos estos pasos, en algunos casos, se puede llegar a un diagnóstico final específico y en otras ocasiones, se



tendrá que conformar con establecer un patrón compatible con varias enfermedades. Las enfermedades son un proceso activo y las biopsias cutáneas, únicamente un fotograma dentro de todo este proceso. A continuación se hará una revisión de los principales patrones histológicos de los procesos inflamatorios de la piel y su correlación con las enfermedades más frecuentes.<sup>14</sup>

### ➤ **PATRONES DE REACCIÓN TISULAR MAYORES**<sup>15</sup>

#### **- Patrón de reacción liquenoide (o dermatitis de interfase)**

Sus características principales son el daño vacuolar basal y los queratinocitos apoptóticos en la capa basal. Un ejemplo de este patrón es el eritema multiforme. Dentro de las dermatitis de interfase también hay una variante de reacción liquenoide, en la cual se aprecia un infiltrado celular mononuclear en banda que oscurece la unión dermoepidérmica; el ejemplo más relevante de esta variante es el liquen plano.

#### **- Patrón de reacción psoriasiforme**

Sus características principales son la hiperplasia epidérmica con elongación regular de las crestas epidérmicas, dilatación de los vasos en la dermis papilar, costra suprapapilar y aumento de las mitosis en los queratinocitos basales. La psoriasis vulgar es el ejemplo que da nombre a este patrón, aunque hay otros muchos procesos patológicos que se presentan con este patrón, como son la sífilis, el liquen simple crónico o la parapsoriasis.

#### **- Patrón de reacción esponjiforme**

Este patrón es de los más difíciles y frecuentemente, no se puede establecer una correlación clínico patológica específica. Su característica principal es el edema intercelular intraepidérmico (espongiosis) que, a su vez, se puede distinguir en: *a)* espongiosis neutrofílica, esto se puede ver en las dermatofitosis o en la pustulosis palmoplantar; *b)*





espongiosis eosinofílica, como ocurre en la dermatitis alérgica de contacto; c) espongiosis acrosiringia (tipo miliaria) como se ve en la miliaria; d) espongiosis folicular como en las lesiones foliculares de dermatitis atópica o en la miliaria apocrina, y e) otros patrones de espongiosis: en este caso no hay un patrón específico, la dishidrosis o muchas toxicodermias pueden presentar focos de espongiosis.

### **- Patrón de reacción vesículo-ampolloso**

La característica principal son las vesículas o ampollas en la epidermis o en la unión dermoepidérmica. En estos casos hay que considerar tres características principales:

1. Localización anatómica de la hendidura: a) subcórnea, b) en el estrato de Malpighi o intraepidérmica), c) suprabasal y d) subepidérmica.
2. Mecanismo causal de la hendidura y la vesiculación: a) marcada espongiosis; b) edema intracelular; c) balonización y d) acantólisis.
3. Naturaleza del infiltrado inflamatorio el cual puede ayudar a orientar el diagnóstico, así, por ejemplo, la presencia de linfocitos hace pensar en el eritema multiforme; de eosinófilos, en penfigoide ampolloso; de neutrófilos en dermatitis herpetiforme y la presencia de mastocitos, en mastocitosis.

### **- Patrón de reacción granulomatosa**

La característica principal es la inflamación granulomatosa crónica. El granuloma se define como una colección localizada de histiocitos epitelioides, entremezclados con células gigantes con o sin linfocitos, células plasmáticas, fibroblastos y macrófagos no epitelioides. Se describen 5 tipos de granulomas como son el sarcoideo, tuberculoideo, necrobiótico, supurativo y de cuerpo extraño.



## - Patrón de reacción vasculopático

Las características principales son los cambios histológicos de daño vascular: necrosis de la pared del vaso con depósito de material fibrinoide, leucocitoclasia, extravasación de eritrocitos, tumefacción de las células endoteliales, trombosis luminal y edema<sup>16</sup>. Las vasculitis se pueden clasificar en aguda, linfocítica crónica o granulomatosa. Aunque debemos recordar que las vasculitis son un proceso activo, en las que hay un proceso inflamatorio que afecta a las paredes de los vasos de cualquier tamaño.

### ➤ PATRONES DE REACCIÓN TISULAR MENORES

Estos patrones de reacción de la piel son menos frecuentes y cada uno de ellos se relaciona con un grupo de enfermedades cutáneas, en estos se incluyen:

1. Hiperqueratosis Epidermolítica: Se trata de una hiperqueratosis compacta con degeneración vacuolar y granular de las células del estrato espinoso y granular. Este patrón se puede ver de forma generalizada en la eritrodermia ictiosiforme generalizada o de forma solitaria en el acantoma epidermolítico.
2. Disqueratosis Acantolítica: Se caracteriza por hendiduras suprabasales con acantólisis y disqueratosis de las células a cualquier nivel de la epidermis. Este patrón es característico de la enfermedad de Darier, la enfermedad de Grover o el disqueratoma verrucoso.
3. Lamela Cornoide: Se trata de una queratinización anómala en la cual se aprecia una fina columna de células con paraqueratosis, ausencia o disminución de la zona granular y vacuolización o disqueratosis del estrato espinoso. Este patrón lo hallamos en todas las variantes de paraqueratosis.
4. Papilomatosis: Ondulaciones y proyecciones de la superficie epidérmica. Este patrón lo encontramos, entre otros, en la acroqueratosis verruciforme o en la papilomatosis reticulada.



5. Angiofibromas Acrales: Se caracterizan por un aumento de los vasos de pequeño calibre en relación con fibrosis perifolicular y/o perivascular. El tejido fibroso frecuentemente muestra fibroblastos estrellados. Clásicamente, se ha descrito en los adenomas sebáceos de la esclerosis tuberosa, la pápula fibrótica nasal o en las pápulas perladas del pene.

6. Celulitis Eosinofílica y Figuras en Llamarada: En este patrón encontramos edema dérmico con abundantes eosinófilos y algunos histiocitos con “figuras en llamarada”. Este patrón puede ocurrir en el síndrome de Wells o en reacciones a picaduras de artrópodos, en el penfigoide ampoloso o incluso en infecciones por *Trichophyton rubrum*.

7. Eliminación Transepitelial: Se trata de un fenómeno en el cual se elimina material extraño entre los poros de las células de la epidermis o del folículo piloso, o incluso acompaña la maduración de las células de la epidermis.

#### ➤ **PATRONES DE INFLAMACIÓN**<sup>17</sup>

##### **- Inflamación perivascular superficial**

En los patrones que más frecuentemente se encuentra inflamación perivascular superficial están el espongíotico, el psoriasiforme y el liquenoide. También se debe considerar como causa de este tipo de inflamación las toxicodermias, las dermatofitosis, los exantemas virales, los eritemas anulares superficiales y las dermatosis purpúricas y pigmentadas.

##### **- Inflamación dérmica superficial y profunda**

Frecuentemente la inflamación superficial y profunda se acompaña de uno de los seis patrones de reacción del tejido, aunque también puede ocurrir de forma aislada. Normalmente la célula predominante es el linfocito, aunque puede haber una mezcla de células. Ante un patrón de inflamación dérmica superficial y profunda, primero se debe repasar dos reglas



mnemotécnicas bastante útiles, que nos recuerda Weedon<sup>15</sup> y que cubren las enfermedades más importantes en relación con este tipo de inflamación; las ocho “L”, reacciones a la luz, linfomas (y pseudolinfomas), lepra, lúes, liquen estriado, lupus eritematoso, necrobiosis lipoídica y lepidópteros (incluidas picaduras de artrópodos y parásitos); el acrónimo DDRUGS: reacciones a drogas (medicamentos) y dermatofitos, mucinosis eritematosa reticulada, Urticaria, Eritema Gydatum y Esclerodermia.

### **- Folliculitis y perifolliculitis**

La inflamación del folículo piloso (folliculitis) frecuentemente se acompaña de una extensión a la dermis adyacente y produce una perifolliculitis, por ello se consideran de forma conjunta. Como las infecciones son una causa frecuente de folliculitis y perifolliculitis, se puede subdividir este apartado en dos grupos: infecciosas y no infecciosas. Si se usa esta subdivisión y se añade la localización anatómica donde hay más inflamación del folículo, se tendrá 4 subgrupos que son muy útiles como clave en dermatopatología: a) folliculitis superficial infecciosa (impétigo, infecciones fúngicas, herpes simple); b) folliculitis superficial no infecciosa (folliculitis eosinofílica); c) folliculitis profunda infecciosa (querion, granuloma de Majocchi, folliculitis decalvans), y d) folliculitis profunda no infecciosa (hidradenitis supurativa, folliculitis perforante). Para descartar la etiología infecciosa se deben realizar tinciones específicas para microorganismos y en muchas ocasiones, ayudarse de los resultados de los cultivos microbiológicos.

### **- Paniculitis**

Su estudio requiere de una biopsia incisional y tejido adiposo suficiente. A partir de esta premisa, se debe valorar el infiltrado inflamatorio e inicialmente decidir si éste afecta predominantemente a los septos o a los lobulillos del panículo, teniendo en cuenta que casi todas las paniculitis son mixtas y afectan a ambos componentes. Una vez valorado si se trata de una paniculitis septal o lobular, se debe averiguar si hay o no vasculitis; si hay vasculitis,



hay que determinar el grosor y la naturaleza del vaso afecto. De este modo se podrá clasificar las paniculitis por sus cambios histopatológicos en paniculitis predominantemente septales con vasculitis y sin vasculitis y paniculitis predominantemente lobulares con vasculitis y sin vasculitis.<sup>18,19</sup>

## ➤ CLASIFICACIÓN DE LOS TUMORES DE LA PIEL SEGÚN LA OMS

### - Tumores Queratinocíticos

Los tumores queratinocíticos se derivan de queratinocitos epidérmicos y anexiales y comprenden un amplio espectro de lesiones que van desde proliferaciones benignas (acantomas) hasta carcinomas malignos de células escamosas que ocasionalmente muestran un crecimiento agresivo e incluso un potencial metastásico. Los tumores queratinocíticos son muy frecuentes y, a pesar de su baja tasa de mortalidad, plantean un importante problema de salud pública, el principal factor etiológico es la radiación solar que causa alteraciones en el ADN, incluidos los dímeros pirimidínicos que durante la replicación del ADN pueden conducir a mutaciones CC: TT en la TP53 gen supresor de tumor. Otros genes implicados en la formación de varios pasos de cáncer de piel incluyen PTCH y el oncogén RAS, las verrugas como proliferaciones epidérmicas producidas por la infección con virus del papiloma humano (VPH), también se incluyen en esta clasificación.

TUMORES QUERATINOCÍTICOS	
Carcinoma de células basales	Carcinoma basocelular superficial Carcinoma basocelular nodular (sólido) Carcinoma micronodular basocelular Carcinoma basocelular infiltrante Carcinoma basocelular fibroepitelial Carcinoma basocelular con diferenciación anexial Carcinoma basocamoso Carcinoma basocelular queratótico
Carcinoma de células escamosas	Carcinoma de células escamosas acantolíticas Carcinoma de células escamosas de células



	fusiformes Carcinoma de células escamosas verrucoso Carcinoma de células escamosas pseudovasculares Carcinoma adenoescamoso
Enfermedad de Bowen	Papulosis Bowenoide
Queratosis actínica	Queratosis arsénica PUVA keratosis
Verrugas	Verruga vulgaris Verruga plantaris Verruga plana
Acantomas	Acantoma epidermolítico Disqueratoma Warty Acantoma Acantolítico Lentigo simple Queratosis seborreica Melanoacantoma Acantoma de células claras Acantoma de células grandes Queratoacantoma Queratosis tipo liquen plano

### - Tumores Melanocíticos

Incluyen una gran variedad de neoplasias benignas y malignas con perfiles clínicos, morfológicos y genéticos distintos. Desde el punto de vista clínico y de salud pública, los melanomas malignos son el grupo más importante de cánceres de piel. Aunque son menos frecuentes que los tumores basales y escamosos de la piel, son mucho más nocivos, debido a su tendencia intrínseca a las metástasis linfática y hematógena. La radiación UV intermitente de dosis altas es el principal factor de riesgo ambiental, a menudo en combinación con factores endógenos, incluida la susceptibilidad genética.

TUMORES MELANOCÍTICOS	
Melanoma Maligno	Melanoma de extensión superficial Melanoma nodular Léntigo maligno



	Melanoma acral-lentiginoso Melanoma desmoplásico Melanoma que surge de un nevo azul Melanoma que surge en un nevo congénito gigante Melanoma de la infancia Melanoma nevoide Melanoma persistente	
Tumores Melanocíticos Benignos	Nevo Melanocítico congénito	Tipo superficial Nódulos proliferativos en los nevos melanocíticos congénitos
	Lesiones melanocíticas dérmicas	Mancha Mongólica Nevos de Ito y Ota
	Nevo Azul	Nevo Azul Celular
	Nevo Combinado	
	Maculas Melanocíticas, Léntigo Simple y Nevo Lentiginoso	
	Nevo Displásico	
	Nevo específico del sitio	Acral Genital Nevo de Meyerson
	Nevo Melanocítico Persistente (recurrente)	
	Nevo de Spitz	
	Nevo de células fusiformes pigmentadas (Reed)	
Nevo Halo		

### - Tumores Apendiculares

Son neoplasias cuya diferenciación es hacia una o más de las estructuras anexiales de la piel. Mientras que los tumores mesenquimales de diversos tipos están técnicamente en esta categoría, convencionalmente, el término se refiere a aquellos con origen o diferenciación hacia neoplasias epiteliales anexiales. Dependiendo de su supuesto origen, los tumores anexiales se clasifican en aquellos con diferenciación apocrina, ecrina, folicular y sebácea. La inclusión del Carcinoma Basocelular sobre tumores queratinocíticos refleja la categorización tradicional, pero, se reconoce su origen anexial.



TUMORES APENDICULARES		
Tumores con Diferenciación Apocrina y Ecrina	Tumores malignos	Carcinoma tubular Carcinoma anexial microquístico Porocarcinoma Espiroadenocarcinoma Tumor mixto maligno Hidradenocarcinoma Carcinoma mucinoso Carcinoma papilar digital Carcinoma adenoide quístico Carcinoma apocrino Enfermedad de Paget de mama Enfermedad de Paget extramamaria
	Tumores benignos	Hidrocistoma Siringoma Poroma Siringofibroadenoma Hidradenoma Espiroadenoma Cilindroma Adenoma tubular Adenoma papilar tubular Siringocistoadenoma papilífero Hidradenoma papilífero Tumor mixto (siringoma condroide)
Tumores con Diferenciación Folicular	Tumores malignos	Carcinoma de Pilomatrix Tumor tricolemático proliferante
	Tumores benignos	Tricoblastoma Pilomatrixoma Tricolemoma Tricolemomas múltiples Tricofoliculoma Fibrofoliculoma / tricodiscoma
Tumores con Diferenciación Sebácea	Carcinoma Sebáceo Adenoma Sebáceo Sebaceoma Tumor Sebáceo Quístico	





### - Tumores Hematolinfoides

El linfoma puede involucrar a la piel como el sitio primario y único de la afectación, o puede propagarse a la piel como un sitio secundario de la enfermedad. Algunos linfomas cutáneos recuerdan morfológicamente a sus congéneres en el ganglio linfático, pero difieren en términos de fenotipo, genotipo y comportamiento clínico, lo que sugiere que representan una entidad independiente. En esta clasificación se incluyen las neoplasias de células T maduras y células NK, neoplasias de células B maduras, enfermedades malignas hematopoyéticas inmaduras y linfoma de Hodgkin.

### - Tumores de Tejidos Blandos

La mayoría de los tumores de tejidos blandos son benignos, superando en número a los malignos en alrededor de 100 a 1. Los sarcomas de tejidos blandos comprenden más de 50 tipos histológicos, muchos de los cuales tienen más de un subtipo. Su comportamiento varía de indolente a muy agresivo, con la consiguiente variación en la supervivencia, según el tipo histológico, el grado y, a veces, la constitución genética, pero la supervivencia general de 5 años es de alrededor del 65-75%. En esta sección sólo se tomarán en cuenta aquellos tumores con predilección por la piel y que no están en la clasificación de la OMS de tumores de tejidos blandos y huesos.

TUMORES DE TEJIDO BLANDO CON PREDILECCIÓN POR LA PIEL	
Tumor vascular	Hemangioma de la infancia Hemangioma cereza Hemangioma sinusoidal Hemangioma glomeruloide Hemangioma microvenoso Hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia Hemangioma de células fusiformes Hemangioma arteriovenoso Angiosarcoma cutáneo
Tumores linfáticos	Linfangioma circunscrito Linfangioma progresivo
Tumores musculares lisos y esqueléticos	Leiomioma Pilar



	Leiomiosarcoma cutáneo
Tumores fibrosos, fibrohistiocíticos e histiocíticos	Dermatomiofibroma Miofibromatosis infantil Fibroma esclerótico Fibroma pleomórfico Fibroblastoma de células gigantes Dermatofibrosarcoma protuberans Dermatofibroma (histiocitoma fibroso)

### - Tumores Neuronales

Representan una minoría importante de las neoplasias cutáneas de tejidos blandos. Su histogénesis es conceptualmente análoga a su tejido blando profundo o contraparte visceral, es decir, recapitulan hasta una extensión variable los constituyentes arquitectónicos y citológicos de nervios periféricos o nervios normales. En esta clasificación se incluyen el tumor neuroectodérmico primitivo (PNET), sarcoma de Ewing, mixoma de vaina nerviosa, carcinoma de células de Merkel, tumor de células granulares.

### - Síndromes Tumorales Hereditarios

El estudio de los síndromes de cáncer familiar ha llevado al descubrimiento de genes que son importantes para la comprensión de los mecanismos de susceptibilidad genética y para dar nuevas perspectivas sobre las vías genéticas y de señalización implicadas en el cáncer de piel u otros trastornos cutáneos. En esta clasificación se incluyen el melanoma cutáneo familiar, xeroderma pigmentoso, carcinoma basocelular naevoide (Gorlin), síndrome de Cowden y complejo de Carney.<sup>20</sup>



## DISEÑO METODOLÓGICO

### **Tipo de Estudio:**

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal. Se describieron las características sociodemográficas y clínicas de las lesiones inflamatorias y tumorales cutáneas diagnosticadas en los pacientes, se clasificó estas lesiones de acuerdo a sus características histopatológicas y luego se determinó la concordancia entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico histopatológico.

### **Área de Estudio:**

Departamento de Patología ubicado en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello de la ciudad de León.

**Período de Estudio:** Julio 2017- Julio 2019.

### **Población de Estudio, Tamaño de la Muestra:**

La población de estudio fueron los pacientes con diagnóstico histopatológico de enfermedades cutáneas inflamatorias y tumorales durante el periodo de estudio. El cálculo de la muestra se realizó a través del Programa Estadístico Epi Info™, mediante la opción StatCalc, seguido por tamaño de muestra, teniendo como parámetros; nivel de confianza de 95%, frecuencia esperada de 70%, margen de error de 5% y una población de 1132, dando como resultado un tamaño de muestra de 251 pacientes.

### **Criterios de Inclusión:**

-Pacientes con dermatopatologías inflamatorias y tumorales diagnosticados mediante estudio histopatológico en el Departamento de Patología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello.

### **Criterios de Exclusión:**

-Pacientes con datos sociodemográficos y clínicos incompletos.



-Datos de solicitud de estudio histopatológico con letra ilegible.

### **Fuente de Información:**

La fuente de información fue secundaria, mediante revisión del Libro de Registro de Biopsias del Departamento de Patología, así como de los Formatos de Solicitud de Lectura Histopatológica y Reportes de Diagnóstico Histopatológico realizados por las patólogas del Departamento de Patología del HEODRA.

### **Procedimiento de Recolección de la Información**

Primero se solicitó autorización a la Jefa de Departamento de Patología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, para tener acceso a los registros de información de interés de los pacientes en estudio, haciendo revisión del Libro de Registro de Biopsias del Departamento de Patología, Formato de Solicitud de Lectura Histopatológica y Reporte de Diagnóstico Histopatológico.

Una vez autorizado el acceso a la información, se hizo revisión del Libro de Registro de Biopsias del Departamento de Patología, para seleccionar las biopsias cutáneas, posteriormente se obtuvieron los datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes únicamente con patología cutánea inflamatoria y tumoral, mediante el Formato de Solicitud de Lectura Histopatológica, luego se buscaron los Reportes de Diagnóstico Histopatológico que realizaron las patólogas y de esta forma según los hallazgos se clasificó de acuerdo a patología cutánea inflamatoria y/o tumoral, para finalmente determinar la correlación entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico histopatológico.

### **Instrumento:**

Se elaboró un cuestionario que permite recolectar los datos sociodemográficos, características clínicas de las lesiones cutáneas inflamatorias y tumorales, tipo de biopsia realizada y diagnóstico clínico e histopatológico. (Anexo N° 1)



El contenido del cuestionario, criterios y el constructo fueron valorados por un equipo de expertos conocedores del tema para garantizar que éste incluyera las variables necesarias con las categorías correspondientes.

### **Consideraciones éticas:**

La información obtenida de los registros se utilizó exclusivamente para los objetivos de este estudio, siguiendo los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, descrita en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, para complemento de lo cual se realizó un curso de capacitación sobre la “Protección de los participantes humanos de la investigación” impartido por la Oficina para Investigaciones Extraintitucionales de los Institutos Nacionales de Salud. (Anexo N° 2)

### **Análisis de los datos:**

Previo a la introducción de cada variable recogida, ésta fue codificada de acuerdo al protocolo y antes del análisis se realizó una validación retrospectiva para identificar datos faltantes, inconsistencias, errores, valores o códigos no esperados. Los resultados obtenidos fueron introducidos, procesados y analizados en el paquete estadístico Epi Info, versión 7.2.3.1

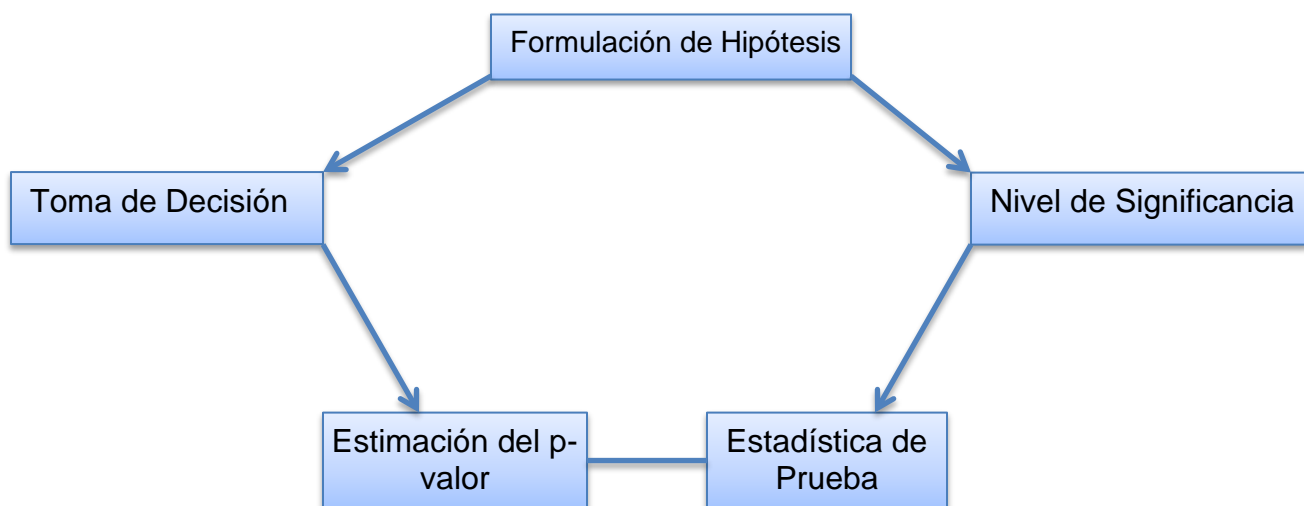
Para el análisis se obtuvieron frecuencias simples y relativas de las variables categóricas y medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar) de las variables cuantitativas. Se describieron las características sociodemográficas y clínicas de las lesiones inflamatorias y tumorales cutáneas diagnosticadas en los pacientes y se clasificaron estas lesiones de acuerdo a sus características histopatológicas.

Posteriormente se determinó la concordancia entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico histopatológico, mediante el Coeficiente de Kappa de Cohen ( $K$ ), el cual refleja la concordancia inter-observador y puede ser calculado en tablas de cualquier dimensión, siempre y cuando se contrasten dos observadores. El coeficiente kappa puede tomar valores entre -1 y +1. Mientras más cercano a +1, mayor es el grado de concordancia inter-



observador, por el contrario, mientras más cercano a -1, mayor es el grado de discordancia inter-observador. Un valor de “ $K$ ” = 0 refleja que la concordancia observada es precisamente la que se espera a causa exclusivamente del azar, teniendo como parámetros de interpretación; menor de 0.20 (pobre), 0.21-0.40 (débil), 0.41-0.60 (moderada), 0.61-0.80 (buena), 0.81-1.00 (muy buena).<sup>21</sup> Los resultados obtenidos fueron presentados a través de tablas y gráficos.

### KAPPA DE COHEN





## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	VALOR
Sexo	Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos y que hacen posible una reproducción	-Femenino -Masculino
Procedencia	Hace referencia al lugar donde procede la persona	-Rural -Urbano
Localización de la lesión cutánea	Se refiere al sitio anatómico en que se encuentra la lesión	-Rostro -Preauricular -Oreja -Cuello -Hombro -Brazo -Antebrazo -Codo -Tórax anterior -Tórax posterior -Abdomen -Región inguinal -Muslo -Rodilla -Pierna -Genitales -Mano -Pies -Cuero cabelludo -Gluteo -Otro -No especifica
Tipo de lesión		-Mácula -Pápula -Placa -Nódulo -Masa -Úlcera -Vesícula -Ampolla -Pústula



		<ul style="list-style-type: none"><li>-Escama</li><li>-Costra</li><li>-Solución de continuidad</li><li>-Cicatriz</li><li>-Quiste</li><li>-Vegetación</li></ul>
Número de lesiones	Cantidad de lesiones cutáneas	<ul style="list-style-type: none"><li>-Única</li><li>-Múltiple</li></ul>
Tamaño de lesión	Medida numérica de la lesión cutánea	<ul style="list-style-type: none"><li>-Milímetros</li><li>-Centímetros</li></ul>
Tiempo de evolución	Se refiere al tiempo de presentar la lesión cutánea	<ul style="list-style-type: none"><li>-Días</li><li>-Meses</li><li>-Años</li></ul>
Sintomatología	Se refiere a la sintomatología de la lesión cutánea	<ul style="list-style-type: none"><li>-Prurito</li><li>-Ardor</li><li>-Dolor</li><li>-Sangrado</li><li>-Aumento de tamaño</li><li>-Cambio de coloración</li><li>-Otro</li></ul>
Tipo de Biopsia	Procedimiento diagnóstico que consiste en la extracción de una muestra total o parcial de tejido para ser examinada al microscopio por un médico anatomopatólogo	<ul style="list-style-type: none"><li>-Incisional</li><li>-Excisional</li><li>-Sacabocado</li><li>-Afeitado</li><li>-Curetaje</li></ul>
Diagnóstico Clínico	Diagnóstico presuntivo con el que el clínico envía una muestra para estudio histopatológico	<ul style="list-style-type: none"><li>-Patrón Inflamatorio</li><li>-Patrón Tumoral</li><li>-Comportamiento del tumor</li><li>-Tipo de Tumor</li></ul>
Diagnóstico Histopatológico	Diagnóstico que brinda el patólogo en base a los hallazgos macroscópicos y microscópicos del espécimen enviado	<p>Patrón inflamatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Inflamación perivascular superficial</li><li>-Inflamación dérmica superficial y profunda</li><li>-Foliculitis y perifoliculitis</li><li>-Paniculitis</li></ul> <p>Reacción tisular mayor asociada a</p>





		<p>patrón inflamatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Patrón de reacción liquenoide</li><li>-Patrón de reacción psoriasiforme</li><li>-Patrón de reacción esponjiforme</li><li>-Patrón de reacción vesículo-ampoloso</li><li>-Patrón de reacción granulomatoso</li><li>-Patrón de reacción vasculopático</li></ul> <p>Patrón tumoral</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Comportamiento de tumor</li><li>-Clasificación del tumor:<ul style="list-style-type: none"><li>queratinocíticos</li><li>melanocíticos</li><li>apendiculares</li><li>hematolinfoides</li><li>tejido blando con predilección por la piel</li><li>neuronales</li><li>hereditarios</li></ul></li></ul>
Márgenes quirúrgicos señalados	Se refiere al hecho de si los márgenes quirúrgicos fueron identificados mediante hilos de sutura, diagrama o esquema	-Si -No
Margen quirúrgico tomado	Se define como tumor que toca la tinta.	-Si -No -No puede ser evaluado



## RESULTADOS

Durante el período en estudio se recibieron 1132 biopsias de piel, por sospecha clínica de enfermedad inflamatoria y tumoral, de las cuales se incluyeron en el estudio 251 biopsias de pacientes que formaron parte del muestreo y cumplieron con los criterios de inclusión, encontrándose los siguientes resultados: el grupo etáreo más afectado por dermatosis inflamatorias y tumorales fue el de 40-65 años, predominando la patología tumoral. También se observó que la edad pediátrica se ve afectada principalmente por las lesiones inflamatorias (15.22%) sobre las tumorales (12.50%). Con respecto a las demás características en ambos grupos predominó el sexo femenino y la procedencia urbana. Tabla N° 1

**Tabla N° 1. Características sociodemográficas de las lesiones inflamatorias y tumorales cutáneas analizadas en el Departamento de Patología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, durante el periodo Julio 2017 a Julio 2019.**

Característica	Lesión Inflamatoria n=46		Lesión Tumoral n=208	
	Nº	%	Nº	%
<b>Edad</b>				
0 -15 años	7	15.22	26	12.50
16-25 años	6	13.04	24	11.54
26-39 años	8	17.39	39	18.75
<b>40-65 años</b>	<b>17</b>	<b>36.96</b>	<b>76</b>	<b>36.54</b>
Mayor de 65 años	8	17.39	43	20.67
<b>Sexo</b>				
<b>Femenino</b>	<b>25</b>	<b>54.35</b>	<b>137</b>	<b>65.87</b>
Masculino	21	45.65	71	34.13
<b>Procedencia</b>				
Rural	15	32.61	93	44.71
<b>Urbano</b>	<b>31</b>	<b>67.39</b>	<b>115</b>	<b>55.29</b>



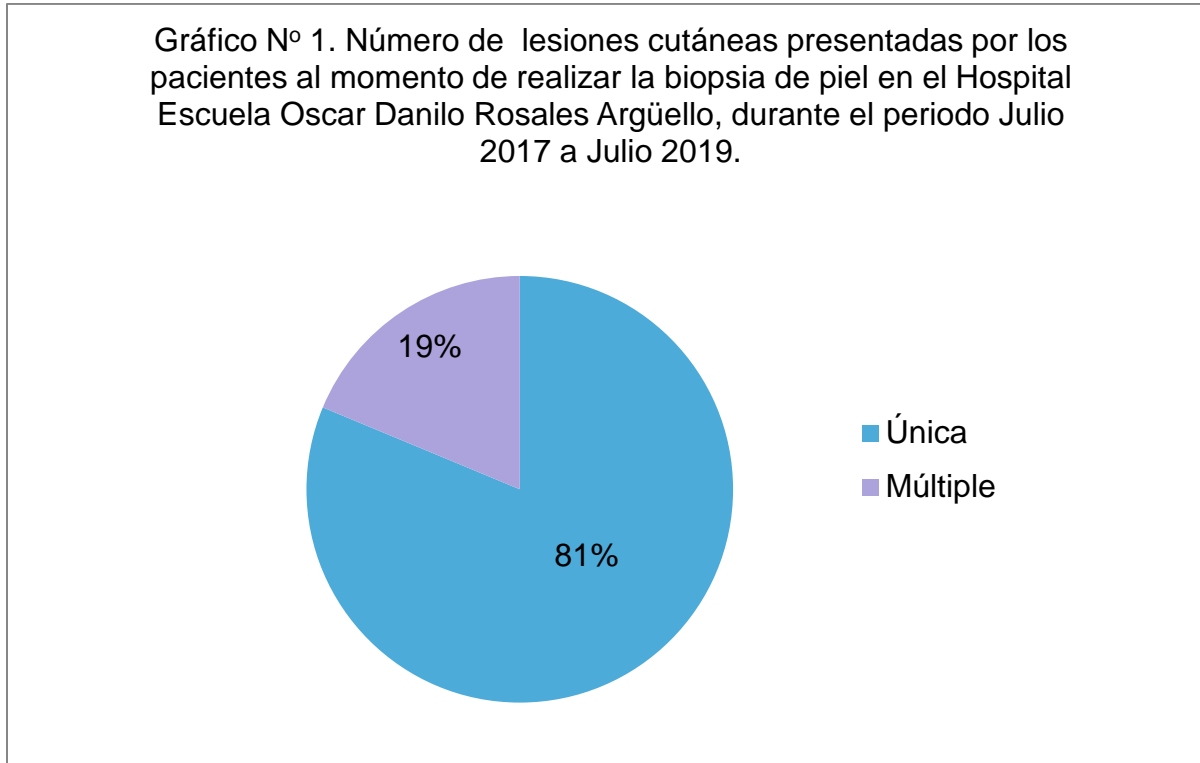
Clínicamente las localizaciones más frecuentes fueron el rostro (45.59%), cuero cabelludo (8.05 %), tórax anterior (6.90%) y muslo (4.98%). En el 4.21 % de los casos no se especificó localización de la lesión. Tabla N° 2

**Tabla N° 2. Localización más frecuente de las lesiones inflamatorias y tumorales cutáneas analizadas en el Departamento de Patología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, durante el periodo Julio 2017 a Julio 2019.**

<b>Localización</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Rostro</b>	<b>119</b>	<b>45.59</b>
<b>Cuero cabelludo</b>	<b>21</b>	<b>8.05</b>
<b>Tórax anterior</b>	<b>18</b>	<b>6.90</b>
<b>Muslo</b>	<b>13</b>	<b>4.98</b>
Brazos	12	4.60
Tórax posterior	11	4.21
Antebrazos	11	4.21
Cuello	7	2.68
Manos	6	2.30
Pierna	6	2.30
Abdomen	4	1.53
Retroauricular	4	1.53
Pies	3	1.15
Genitales	3	1.15
Rodilla	3	1.15
Región inguinal	3	1.15
Glúteo	2	0.77
Codo	2	0.77
Hombros	1	0.38
Oreja	1	0.38
<b>No especifica</b>	<b>11</b>	<b>4.21</b>
<b>Total</b>	<b>261</b>	<b>100</b>



Se encontró que las lesiones cutáneas únicas (81%) predominaron sobre las múltiples.  
Gráfico N° 1.



El tipo de lesión cutánea que predominó fue la pápula (28.35%), seguido del nódulo (21.65%) y la mácula (12.60%). Tabla 3

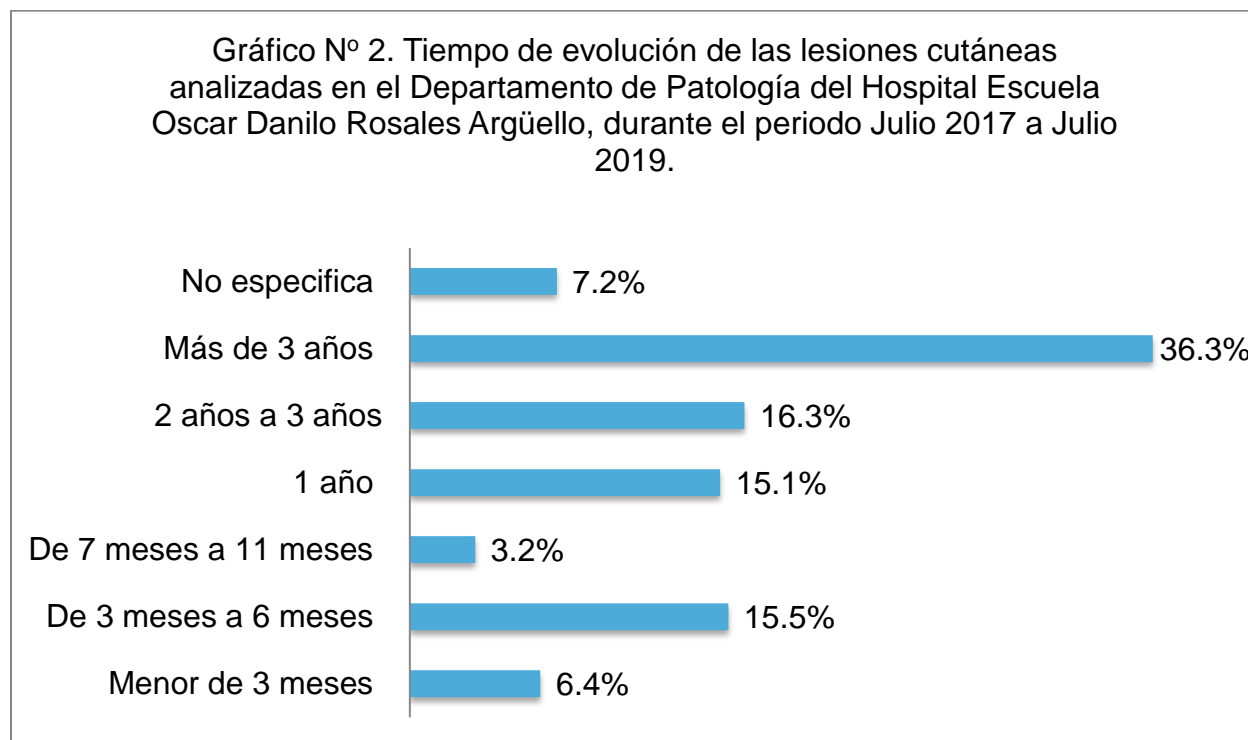
**Tabla N° 3. Tipo de lesiones cutáneas analizadas en el Departamento de Patología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, durante el periodo Julio 2017 a Julio 2019.**

Tipo de Lesiones	N°	%
Pápula	72	28.35
Nódulo	55	21.65
Mácula	32	12.60
Placa	28	11.02



Úlcera	22	8.66
Quiste	16	6.30
Vegetación	14	5.51
Masa	9	3.54
Escama	3	1.18
Ampolla	2	0.79
Cicatriz	1	0.39
Total	254	100.00

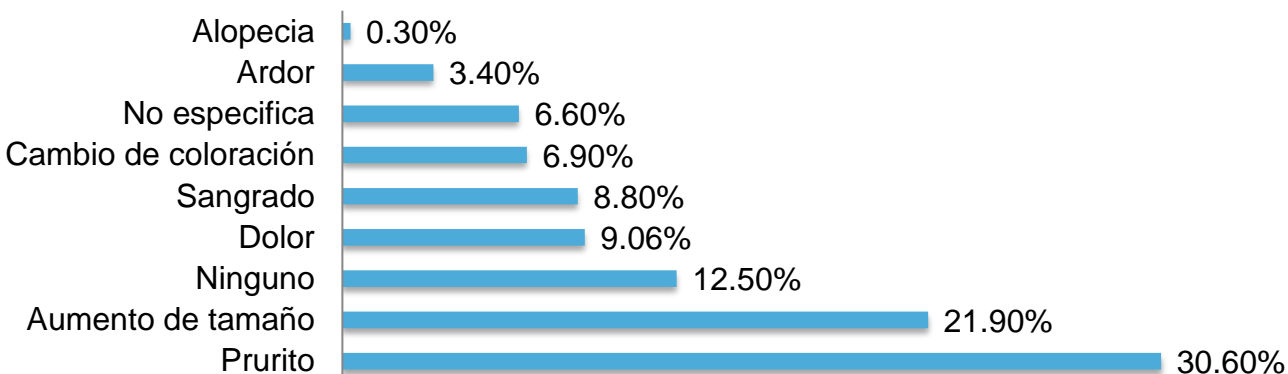
En lo referente al tamaño de las lesiones cutáneas, el promedio fue de 1.1 cm, con un mínimo de 0.1 cm, máximo de 8 cm y una desviación estándar de 1.07 cm. Así mismo, se encontró que el tiempo de evolución de las lesiones cutáneas en su mayoría fueron más de 3 años (36.3%). Gráfico N° 2



El 30.60% de los pacientes presentaron prurito, el 21.90% aumento de tamaño y el 12.50% fueron asintomáticos. Gráfico N° 3

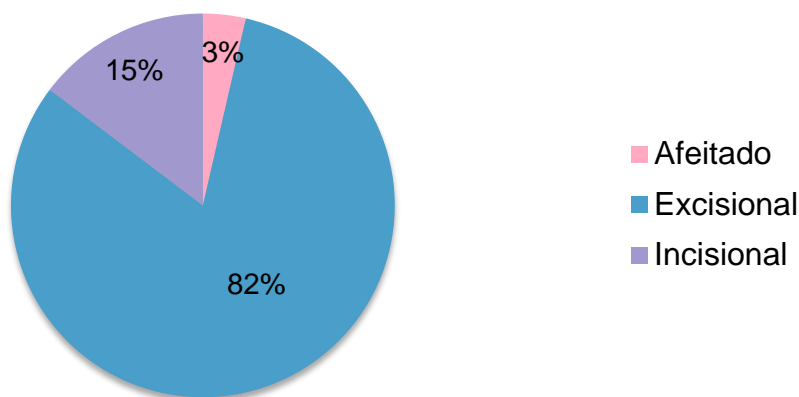


Gráfico N° 3. Signos y síntomas asociados a lesiones cutáneas analizadas en el Departamento de Patología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, durante el periodo Julio 2017 a Julio 2019.



El tipo de biopsia cutánea que más se realizó en este tipo de lesiones, fue la excisional (82%), seguido de la incisional (15%) y el afeitado (3%). Gráfico 4

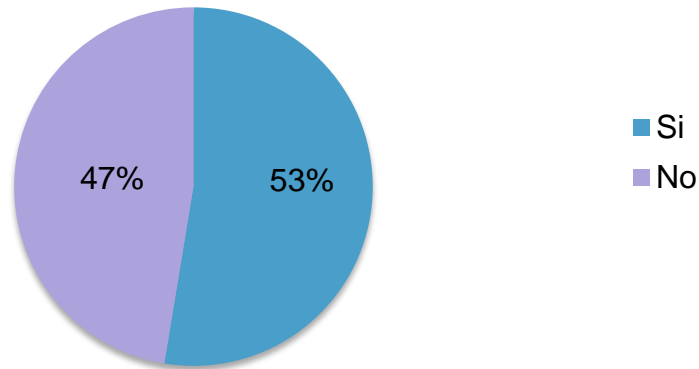
Gráfico N° 4. Tipo de biopsia cutánea realizada en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, durante el periodo Julio 2017 a Julio 2019.



De todas las lesiones cutáneas analizadas, apenas un 53%, tenía un diagnóstico clínico previo al resultado de biopsia. Gráfico N° 5

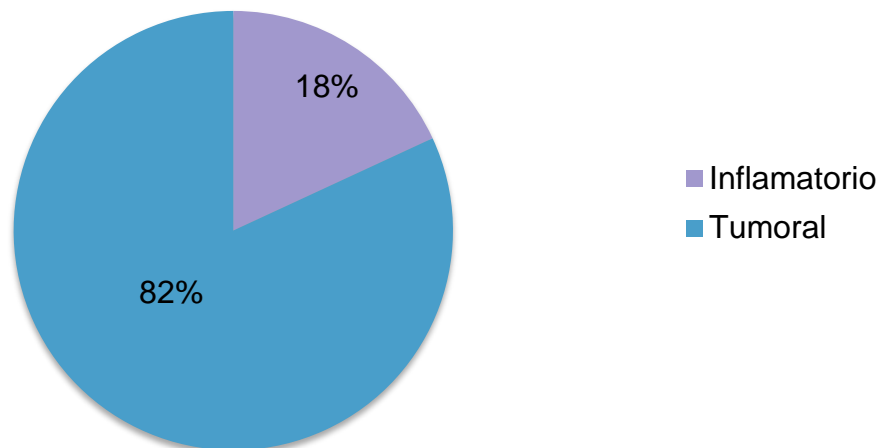


Gráfico N° 5. Diagnóstico clínico de las lesiones cutáneas analizadas en el Departamento de Patología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, durante el periodo Julio 2017 a Julio 2019.



De acuerdo al espectro histopatológico, las lesiones cutáneas tumorales predominaron (82%), sobre las inflamatorias.

Gráfico N° 6. Diagnóstico histopatológico de las lesiones cutáneas analizadas en el Departamento de Patología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, durante el periodo Julio 2017 a Julio 2019.





En las lesiones inflamatorias cutáneas, predominó el patrón liquenoide (28.23%), seguido del espongiforme (21.71%) y psoriasiforme (19.55%). Tabla N° 4

**Tabla N° 4. Lesiones inflamatorias cutáneas diagnosticadas en el Departamento de Patología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, durante el periodo Julio 2017 a Julio 2019.**

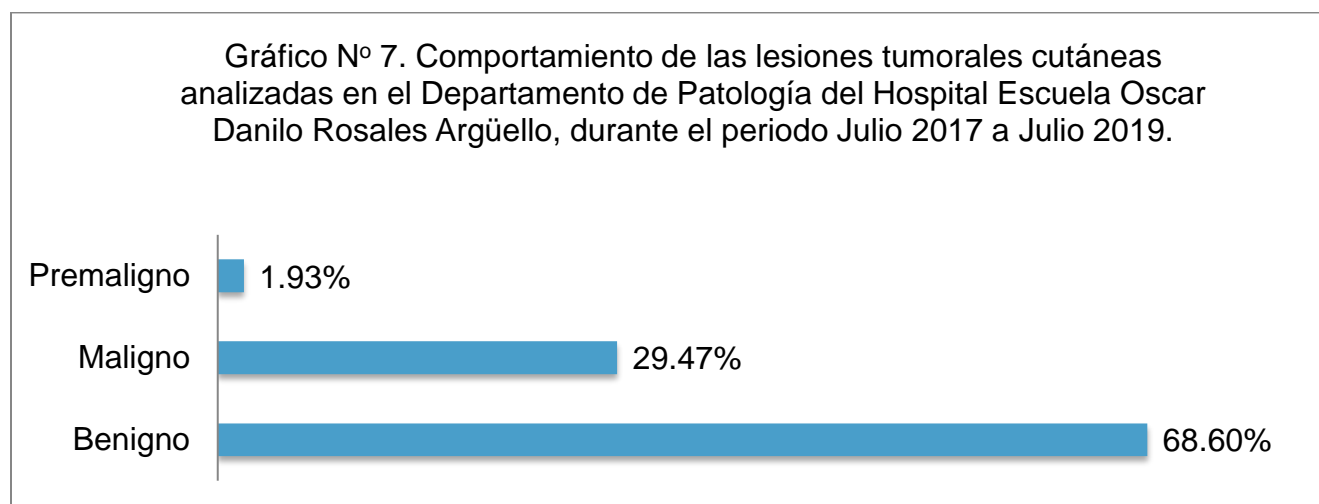
	N°	%
<b>Patrón inflamatorio</b>	<b>8</b>	<b>17.38</b>
Foliculitis y perifoliculitis	2	4.34
Inflamación dérmica superficial y profunda	3	6.52
Inflamación perivascular superficial	3	6.52
<b>Reacción tisular mayor asociada a patrón inflamatorio</b>	<b>38</b>	<b>82.52</b>
<b>Patrón de reacción liquenoide</b>	<b>13</b>	<b>28.23</b>
Dermatitis cenicienta	3	6.52
Eritema multiforme	1	2.17
Liquen nítido	1	2.17
Liquen plano	3	6.52
Lupus eritematoso	2	4.34
Lupus eritematoso discoide	1	2.17
Dermatitis liquenoide inespecífica	1	2.17
Liquen escleroso y atrófico	1	2.17
<b>Patrón reacción psoriasiforme</b>	<b>9</b>	<b>19.55</b>
Nevo Epidérmico verrugoso lineal inflamatorio	1	2.17
Liquen simple crónico	5	10.86
Psoriasis	3	6.52
<b>Patrón de reacción espongiforme</b>	<b>10</b>	<b>21.71</b>
Dermatitis de contacto alérgica	1	2.17
Dermatitis de contacto irritante	1	2.17
Dermatitis espongíotica crónica	1	2.17
Dermatitis seborreica	1	2.17
Eritema anular centrífugo	1	2.17
Dermatofitosis/ candidiasis	5	10.86





Patrón de reacción vesiculo ampoloso	2	4.34
Pénfigo gestacional	1	2.17
Pénfigo foliáceo	1	2.17
Patrón de reacción granulomatoso	3	6.52
Reacción granulomatosa a cuerpo extraño	3	6.52
Patrón de reacción vasculopático	1	2.17
Liquen aureus	1	2.17
Total	46	100

En las lesiones tumorales cutáneas, predominó el comportamiento benigno (68.60%), seguido del maligno (29.47%) y premaligno (1.93%). Gráfico N° 7



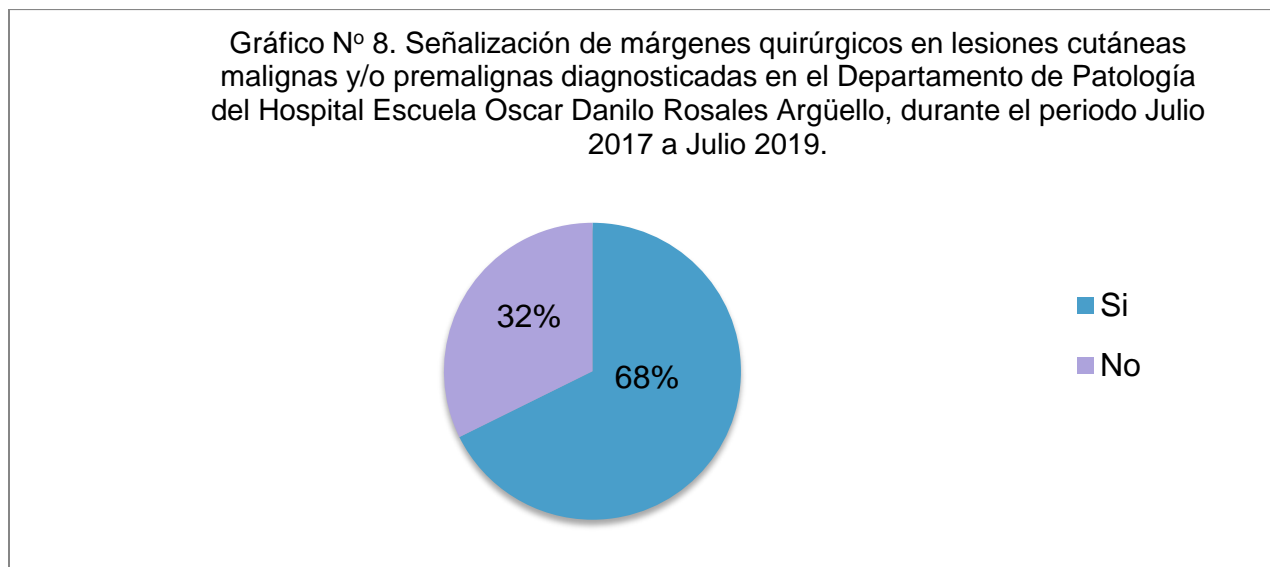
En lo referente a la clasificación de tumores cutáneos, el grupo de mayor predominio fueron los queratinocíticos (40.40%), seguido de los melanocíticos (27.40%) y apendiculares (21.63%). El tumor maligno más frecuente fue el carcinoma de células basales (21.63%), el tumor benigno más común fue el nevo melanocítico (26.44%) y la lesión premaligna de mayor frecuencia fue la queratosis actínica (1.44%). Tabla N° 5

**Tabla N° 5. Lesiones tumorales cutáneas diagnosticadas en el Departamento de Patología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, durante el periodo Julio 2017 a Julio 2019.**

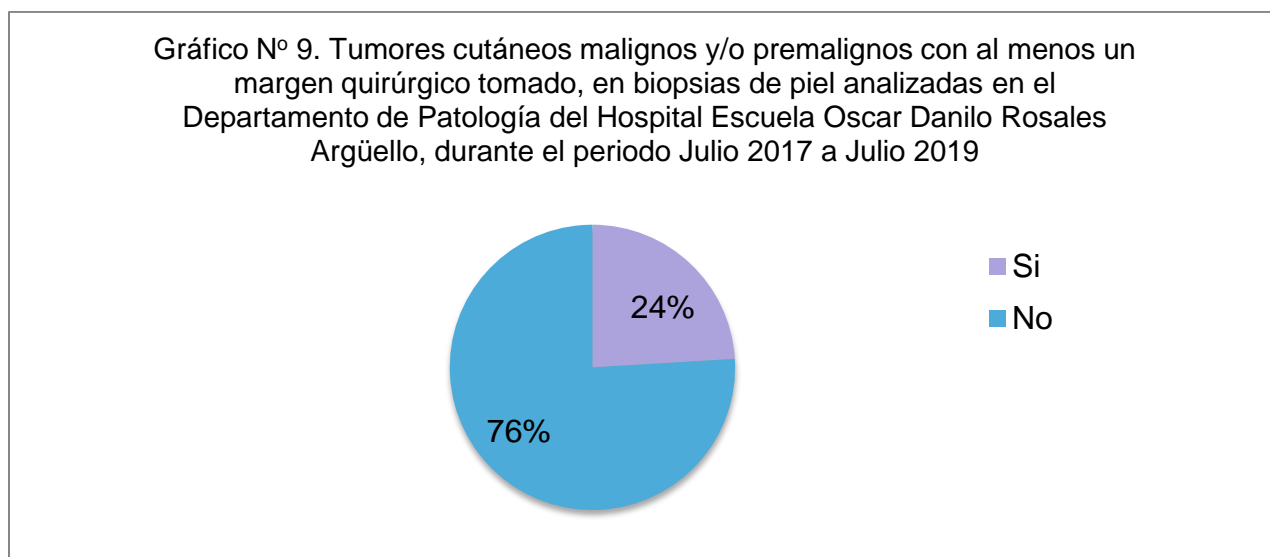


Tipo de Tumor	N	%
<b>Tumores Queratinocíticos</b>	<b>84</b>	<b>40.40</b>
Carcinoma de células basales	45	21.63
Carcinoma de células escamosas	10	4.80
Papulosis Bowenoide	1	0.48
Queratosis Actínica	3	1.44
Verruga	7	3.36
Queratosis seborreica	17	8.17
Queratoacantoma	1	0.48
<b>Tumores Melanocíticos</b>	<b>57</b>	<b>27.40</b>
Tumores Melanocíticos Benignos	55	26.44
Melanoma Maligno	2	0.96
<b>Tumores Apendiculares</b>	<b>45</b>	<b>21.63</b>
Cilindroma	1	0.48
Espiroadenoma	1	0.48
Hidradenoma	4	1.92
Hidrocistoma	2	0.96
Poroma	1	0.48
Pilomatricoma	8	3.84
Tricoepitelioma desmoplásico	2	0.96
Adenoma Sebáceo	1	0.48
Carcinoma Sebáceo	1	0.48
Nevo de Jadassohn	4	1.92
Tumor Sebáceo Quístico	20	9.61
<b>Tumores de Tejido Blando con predilección por la piel</b>	<b>20</b>	<b>9.61</b>
Dermatofibroma (histiocitoma fibroso)	13	6.25
Hemangioma capilar lobular	7	3.36
<b>Tumores Hematolinfoides</b>	<b>1</b>	<b>0.48</b>
Micosis Fungoide	1	0.48
<b>Tumores Neuronales</b>	<b>1</b>	<b>0.48</b>
Mixoma de la vaina nerviosa	1	0.48
<b>Total</b>	<b>208</b>	<b>100</b>

Con respecto a la señalización de márgenes quirúrgicos en las lesiones cutáneas malignas y/o premalignas, se encontró que en el 68% de los casos, las piezas fueron señalizadas. Gráfico N° 8



En las lesiones tumorales cutáneas malignas o premalignas el 24%, tenía al menos un margen quirúrgico tomado. Gráfico N° 9





Al determinar la concordancia que existe entre el diagnóstico clínico y el histopatológico, utilizando el coeficiente de Kappa de Cohen, se encontró que tanto las lesiones cutáneas inflamatorias como tumorales, tenían buen nivel de concordancia con un valor de  $K=0.717$  y  $K=0.790$ , respectivamente. Tabla N° 6

**Tabla N° 6. Concordancia entre el diagnóstico clínico e histopatológico en lesiones cutáneas diagnosticadas en el Departamento de Patología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, durante el periodo Julio 2017 a Julio 2019.**

Lesión cutánea	Coeficiente de Kappa de Cohen
Inflamatoria	0.717
Tumoral	0.790



## DISCUSIÓN

Las lesiones cutáneas merecen especial atención por su alta frecuencia y el desafío que algunas veces representa para el patólogo, emitir un diagnóstico certero o aproximado, debido a una serie de factores que influyen en su interpretación correcta, como tipo de biopsia realizada, sitios de lesión, tratamientos previos, historia clínica y fijación adecuada del tejido. En el presente estudio se encontró que el sexo mayormente afectado es el femenino, lo cual coincide con un estudio realizado en la localidad por Arce, Indiana; en el que evaluó la concordancia clínica e histopatológica de neoplasias malignas de la piel. <sup>4</sup>

Destaca el hecho que el 15.2% de la población a la que se realizó biopsia de piel por enfermedad inflamatoria cutánea era pediátrica, lo cual es considerable, ya que según literatura alemana escrita por Böer-Auer A y Fölster-Holst R, en este grupo etéreo rara vez se debe realizar biopsias cutáneas por esta causa, debido a la invasividad del procedimiento, anestesia local requerida, riesgos de infección, cicatrización y trauma psicológico de la cirugía, los cuales tienen mayor impacto en la infancia. De igual manera, las biopsias cutáneas en niños representan un reto para el patólogo; por un lado, debido a que son a menudo pequeñas o apenas afeitadas superficiales y por otro lado, porque los criterios para la evaluación se han desarrollado principalmente a partir de hallazgos en biopsias en especímenes de adultos. <sup>22</sup>

Con respecto a las características clínicas, el rostro es la principal localización de las lesiones cutáneas, el predominio de la lesión única sobre la múltiple, cuadro clínico de prurito y aumento de tamaño, tiempo de evolución y tamaño promedio, encontrados en el presente estudio, guardan semejanza con estudios previos de Requena, Arce y Lazo. <sup>2,4,5</sup>

De acuerdo a las técnicas de biopsias cutáneas, destaca el hecho que se utilizaron



únicamente tres tipos (excisional, incisional y afeitado). Sin embargo, el procedimiento estándar para obtener muestras en dermatosis inflamatorias es la biopsia punch (sacabocado)<sup>12</sup> debido a que es una técnica simple, de fácil aprendizaje y rápida ejecución<sup>23</sup>. Cabe destacar que actualmente en esta unidad Hospitalaria, no se realiza este tipo de procedimiento debido a que no se cuenta con el instrumental necesario, pese a tener un costo relativamente bajo.

Con respecto al comportamiento de tumores, se encontró que los benignos fueron los más comunes, resultado similar al encontrado por Vera Díaz, en el Servicio de Dermatopatología del Instituto de Biomedicina, en Caracas, Venezuela en el año 2010.<sup>3</sup> También se encontró similitud con el estudio local realizado por Arce, en cuanto a que el tumoral maligno más frecuente fue el carcinoma de células basales.<sup>4</sup>

La evaluación de los márgenes quirúrgicos sobre todo en tumores malignos, es fundamental para el pronóstico de los pacientes, es por ello la importancia de su señalización, encontrando que en el presente estudio apenas un 68% de los tumores malignos estaban señalados.

Finalmente en lo que concierne a la concordancia entre el diagnóstico clínico e histopatológico de las lesiones tumorales cutáneas, los resultados fueron similares a los encontrados en este departamento por Arce en el año 2011<sup>4</sup> y en el Hospital Militar Clínico Quirúrgico por Lazo Sánchez, en Cuba en el año 2004.<sup>5</sup> Cabe destacar que no se encontraron estudios previos de concordancia clínico e histopatológica de las dermatosis inflamatorias, encontrándose en el presente estudio buen nivel de concordancia.



## CONCLUSIONES

En las características sociodemográficas predominó el grupo etáreo de los 40-65 años, sexo femenino y procedencia urbana. La edad pediátrica resultó principalmente afectada por las lesiones cutáneas inflamatorias.

La localizaciones anatómicas más afectadas fueron la cabeza (rostro, cuero cabelludo) y tórax anterior. Clínicamente la mayoría de las lesiones fueron únicas, de tipo pápula, con un tamaño promedio de 1.1 cm, de más de 3 años de evolución, asociadas a prurito.

El tipo de biopsia que más se realizó fue la excisional y apenas un 53% de las lesiones tenía diagnóstico clínico previo al resultado de biopsia.

De acuerdo a la clasificación histopatológica, las lesiones cutáneas tumorales predominaron sobre las inflamatorias, siendo el comportamiento benigno el de mayor frecuencia. El tumor maligno más frecuente fue el carcinoma de células basales y el tumor benigno más común fue el nevo melanocítico. Cabe destacar, que sólo en el 68% de los casos de lesiones malignas y/o premalignas los márgenes quirúrgicos fueron señalizados. Por otra parte, en las dermatosis inflamatorias, predominó el patrón de reacción liquenoide.

Finalmente con respecto a la concordancia que existe entre el diagnóstico clínico e histopatológico, utilizando el coeficiente de Kappa de Cohen, se encontró que tanto las lesiones cutáneas inflamatorias como tumorales, tenían buen nivel de concordancia.



## RECOMENDACIONES

- Seleccionar adecuadamente los pacientes candidatos a biopsia por lesiones inflamatorias cutáneas, sobre todo en edad pediátrica, debido a que, en las dermatosis inflamatorias el diagnóstico se basa principalmente en la información clínica.<sup>24</sup>
- Garantizar señalización de márgenes quirúrgicos en las lesiones tumorales, sobre todo sospechosas de malignidad.
- Indicar en la hoja de solicitud de estudio histopatológico, localización de la lesión, características clínicas, tiempo de evolución, tratamientos previos e impresión clínica diagnóstica, con el fin de mejorar la correlación clínico patológica.





## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sina B, Kao GF, Deng AC, Gaspari AA. Skin biopsy for inflammatory and common neoplastic skin diseases: optimum time, best location and preferred techniques. A critical review. *J Cutan Pathol* 2009; 36: 505–510.
2. Requena, Luis. Patrones Histopatológicos de las Enfermedades Inflamatorias de la Piel. Servicio de Dermatología, Fundación Jiménez Díaz, Universidad Autónoma, Madrid. 2008.
3. Vera Díaz, Enni; Reyes Oscar; Oliver Margarita; Kanne Carmen. Diagnósticos dermatopatológicos más frecuentes en la población pediátrica. Servicio de Dermatopatología del Instituto de Biomedicina. Universidad Central. Caracas, Venezuela. 2010
4. Arce, Indiana. Concordancia Clínica e Histopatológica de Neoplasias Malignas de la Piel en Biopsias recibidas en el Departamento de Patología del Heodra en el periodo comprendido Enero 2009-Diciembre 2011.
5. Lazo Sánchez, Laura. Relación Clínico Histopatológica de Lesiones Tumorales de la Piel. Hospital Militar Clínico Quirúrgico. Cuba. 2004
6. Larrondo MR, Hernández GL. Consideraciones sobre la prevención del cáncer de piel. *Rev Cub Med Gen Integ.r* 1999;12(3):284-8.
7. Marquina VA. Tumores de la Piel. Aspectos clínicos y epidemiológicos. *Rev Iberolatinoam Med Cutánea*. 1995;23(8):393-401.



8. Cruz Asencio, José Ángel. Perfil Clínico Patológico del Cáncer Basocelular y/o Espinocelular en la piel de la cabeza en pacientes atendidos en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva. HEODRA, 2003-2005. León, Nicaragua.
9. Guerrero Dávila, Vanessa; Larios Zambrana, María. Perfil Clínico-Patológico de los Tumores Malignos de Piel en pacientes atendidos en los servicios de Cirugía Plástica - Reconstructiva y el Departamento de Patología en el Hospital Escuela Dr. "Oscar Danilo Rosales Argüello" HEODRA en el período de Enero 2006 – Diciembre 2009. León, Nicaragua.
10. Stacey E. Mills. Histología para Patólogos. 4<sup>o</sup> Edición. Tomo I. Amolca, Filadelfia. 2015.
11. Bruce R. Smoller. Dermatopathology: The Basics. Springer. New York. 2009.
12. Lever's Histopathology of the Skin, 9th Edition. 2005
13. Grant-kels Jane M. En: Color Atlas of Dermatopathology. 1.a ed. New York: Informa Healthcare; 2007.
14. Pinkus H, Mehregan A. A guide to Dermatohistopathology. 3.a ed. Norwalk Connecticut: Appleton-Century-Crofts; 1981.
15. Weedon D. En: Skin pathology. 2.a ed. New York: Churchill Livingstone; 2002.
16. Barnhill RL, Neil Crowson A. En: Textbook of dermatopathology. 2.a ed. New York: McGraw-Hill; 2004.
17. Rosai and Ackerman's Surgical Pathology. En: Histologic Diagnosis of Inflammatory Skin Diseases. 10th Edition. Baltimore, 2011.



18. Requena L, Sánche Yus E. Panniculitis. Part I. Mostly septal panniculitis. J Am Acad Dermatol. 2001;45:163-83.
19. Requena L, Sánche Yus E. Panniculitis. Part II. Mostly lobular panniculitis. J Am Acad Dermatol. 2001;45:325-61.
20. World Health Organization. Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Skin Tumours. Edited by, Philip E. LeBoit, Günter Burg David Weedon, Alain Sarasin. IARC Press. Lyon, 2006.
21. Nordness, R.J.,. Epidemiología y Bioestadística, Madrid, España: Elsevier España. 2006.
22. Böer-Auer A, Fölster-Holst R. [Skin biopsy of inflammatory skin diseases in childhood-when is it reasonable?] Der Hautarzt; Zeitschrift fur Dermatologie, Venerologie, und Verwandte Gebiete. 2018 Jul;69(7):536-549. DOI: 10.1007/s00105-018-4205-7.
23. Navarrete-Dechen, Cristián y cols. Actualización en el uso de la biopsia de piel por punch. Departamento de Anatomía Patológica, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. Rev Chil Cir.2016; 68(6):467-473.
24. Sina B1, Kao GF, Deng AC, Gaspari AA. Skin biopsy for inflammatory and common neoplastic skin diseases: optimum time, best location and preferred techniques. A critical review. Department of Dermatology, University of Maryland School of Medicine, Baltimore, MD 21201-1524, USA.. J Cutan Pathol. 2009 May;36(5):505-10



# ANEXOS



## ANEXO Nº 1

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA. HEODRA. UNAN-LEÓN

*“Patrones Clínico Patológicos de las Lesiones Inflamatorias y TumORAles Cutáneas analizadas en el Departamento de Patología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello durante el periodo Julio 2017 a Julio 2019”*

Nº Ficha: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_ Nº Expediente: \_\_\_\_\_

Código de Biopsia \_\_\_\_\_ Fecha de Realización de la biopsia: \_\_\_\_\_

#### MARQUE CON UNA “X” SEGÚN CORRESPONDA

##### I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

- 1.1 Sexo: a. Masculino \_\_\_\_\_ b. Femenino \_\_\_\_\_  
1.2 Edad: \_\_\_\_\_ años Si es mejor de 1 año, diga los meses \_\_\_\_\_  
1.3 Procedencia: a. Rural \_\_\_\_\_ b. Urbano \_\_\_\_\_

##### II. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS LESIONES CUTÁNEAS

###### 2.1 Localización:

- a. Rostro \_\_\_ b. Preauricular \_\_\_ c. Oreja \_\_\_ d. Cuello \_\_\_ e. Hombros \_\_\_  
f. Brazo \_\_\_ g. Antebrazo \_\_\_ h. Codo \_\_\_ h. Tórax anterior \_\_\_ i. Tórax posterior \_\_\_  
j. Abdomen \_\_\_ k. Región inguinal \_\_\_ l. Muslo \_\_\_  
M. Rodilla \_\_\_ n. Pierna \_\_\_ ñ. Genitales \_\_\_ o. Manos \_\_\_ p. Pie \_\_\_  
q. Cuero cabelludo \_\_\_ r. Gluteo \_\_\_ s. Otro \_\_\_ t. No especifica \_\_\_

###### 2.2 Tipo de lesión:

- a. Mácula \_\_\_ b. Pápula \_\_\_ c. Placa \_\_\_ d. Nódulo \_\_\_ e. Masa \_\_\_ f. Úlcera \_\_\_  
g. Vesícula \_\_\_ h. Ampolla \_\_\_ i. Pústula \_\_\_ j. Escama \_\_\_ k. Costra \_\_\_  
l. Solución de continuidad \_\_\_ m. Cicatriz \_\_\_ n. Quiste \_\_\_ ñ. Vegetación \_\_\_

###### 2.3 Número de Lesiones: a. Única \_\_\_ b. Múltiple \_\_\_



**2.4 Tamaño de la lesión única y/o promedio de las múltiples \_\_\_\_\_ mm**

**2.5 Tiempo de Evolución de la Lesión Cutánea**

- a. menor de 3 meses \_\_\_\_\_
- b. 3 meses a 6 meses \_\_\_\_\_
- c. 7 meses a 11 meses \_\_\_\_\_
- d. 1 año \_\_\_\_\_
- e. 2 años a 3 años \_\_\_\_\_
- f. Más de 3 años \_\_\_\_\_
- g. No especifica \_\_\_\_\_

**2.5 Sintomatología:**

- a. Prurito \_\_\_\_\_ b. Ardor \_\_\_\_\_ c. Dolor \_\_\_\_\_ d. Sangrado \_\_\_\_\_ e. Aumento de tamaño \_\_\_\_\_
- f. Cambio de coloración \_\_\_\_\_ g. Otro \_\_\_\_\_ h. Ninguno \_\_\_\_\_ i. No especifica \_\_\_\_\_

**III. TIPO DE BIOPSIA REALIZADA:**

- a. Incisional \_\_\_\_\_ b. Excisional \_\_\_\_\_ c. Sacabocado \_\_\_\_\_ d. Afeitado \_\_\_\_\_ e. Curetaje \_\_\_\_\_

**IV. DIAGNÓSTICO CLINICO**

- 4.1 a. Si \_\_\_\_\_ a. No \_\_\_\_\_

4.2 En caso de tener diagnóstico clínico, diga cuál es \_\_\_\_\_

El Diagnóstico Clínico corresponde a:

- 4.3 Patrón Inflamatorio: a. Si \_\_\_\_\_ b No \_\_\_\_\_
- 4.4. Patrón Tumoral: a. Si \_\_\_\_\_ b No \_\_\_\_\_

En caso de tener patrón tumoral, responda lo siguiente:

4.4.1 Comportamiento de Tumor:

- a. Benigno \_\_\_\_\_ b. Maligno \_\_\_\_\_ c. Premaligno \_\_\_\_\_

**4.4.2 TIPO DE TUMOR SEGÚN IMPRESIÓN CLÍNICA:**

- a. Tumores queratinocíticos \_\_\_\_\_ b. Tumores melanocíticos \_\_\_\_\_
- c. Tumores apendiculares \_\_\_\_\_ d. Tumores hematolinfoides \_\_\_\_\_
- e. Tumores de tejido blando con predilección por la piel \_\_\_\_\_
- f. Tumores neuronales \_\_\_\_\_ g. Síndromes tumorales hereditarios \_\_\_\_\_

**V. DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO \_\_\_\_\_**



**El Diagnóstico Histopatológico corresponde a:**

**5.1 Patrón Inflamatorio:** a. Si \_\_\_\_\_ b No \_\_\_\_\_

**En caso de tener patrón inflamatorio, responda lo siguiente:**

**5.2 Patrón Inflamatorio propiamente dicho: \_\_\_\_\_, tipo:**

- a. Inflamación perivascular superficial \_\_\_\_\_
- b. Inflamación dérmica superficial y profunda \_\_\_\_\_
- c. Folliculitis y perifolliculitis \_\_\_\_\_
- d. Paniculitis \_\_\_\_\_

**5.3 Reacción Tisular Mayor asociada a Patrón Inflamatorio \_\_\_\_\_, tipo:**

- a. Patrón de reacción liquenoide \_\_\_\_\_
- b. Patrón de reacción psoriasiforme \_\_\_\_\_
- c. Patrón de reacción esponjiforme \_\_\_\_\_
- d. Patrón de reacción vesículo-ampoloso \_\_\_\_\_
- e. Patrón de reacción granulomatoso \_\_\_\_\_
- f. Patrón de reacción vasculopático \_\_\_\_\_

**5.4 Patrón Tumoral:** a. Si \_\_\_\_\_ b No \_\_\_\_\_

**En caso de tener patrón tumoral, responda lo siguiente:**

**5.5 Comportamiento de Tumor:**

a. Benigno \_\_\_\_\_ b. Maligno \_\_\_\_\_ c. Premaligno \_\_\_\_\_

**5.6 CLASIFICACIÓN DEL TUMOR:**

**5.6.1 TUMORES QUERATINOCÍTICOS \_\_\_\_\_, Tipo:**

- a. Carcinoma de células basales \_\_\_\_\_
- b. Carcinoma de células escamosas \_\_\_\_\_
- c. Enfermedad de Bowen (Papulosis Bowenoide) \_\_\_\_\_
- d. Queratosis actínica \_\_\_\_\_
- e. Verrugas \_\_\_\_\_
- f. Acantomas \_\_\_\_\_

**5.6.2 TUMORES MELANOCÍTICOS \_\_\_\_\_, Tipo:**

- a. Melanoma Maligno \_\_\_\_\_
- b. Tumores Melanocíticos Benignos \_\_\_\_\_



**5.6.3 TUMORES APENDICULARES \_\_\_\_\_, Tipo:**

- a. Tumores con Diferenciación Apocrina y Ecrina \_\_\_\_\_
- b. Tumores con Diferenciación Folicular \_\_\_\_\_
- c. Tumores con Diferenciación Sebácea \_\_\_\_\_

**5.6.4 TUMORES HEMATOLINFOIDES \_\_\_\_\_, Tipo:**

- a. Neoplasias de células T maduras y células NK \_\_\_\_\_
- b. Neoplasias de células B maduras \_\_\_\_\_
- c. Neoplasias hematopoyéticas inmaduras \_\_\_\_\_
- d. Linfoma de Hodgkin \_\_\_\_\_

**5.6.5 TUMORES DE TEJIDO BLANDO CON PREDILECCIÓN POR LA PIEL \_\_\_\_\_, Tipo:**

- a. Tumor vascular \_\_\_\_\_
- b. Tumores linfáticos \_\_\_\_\_
- c. Tumores de músculo liso y esquelético \_\_\_\_\_
- d. Tumores fibrosos, fibrohistiocíticos e histiocíticos \_\_\_\_\_

**5.6.6 TUMORES NEURONALES \_\_\_\_\_, Tipo:**

- a. Tumor Neuroectodérmico Primitivo (PNET) \_\_\_\_\_
- b. Sarcoma de Ewing \_\_\_\_\_
- c. Mixoma de la Vaina Nerviosa \_\_\_\_\_
- d. Carcinoma de Células de Merkel \_\_\_\_\_
- e. Tumor de Células Granulares \_\_\_\_\_

**6. En caso de tumor confirmado histopatológicamente, diga si los márgenes quirúrgicos fueron señalados.**

- Tumor benigno, señalado a. Si \_\_\_\_\_ b. No \_\_\_\_\_ -
- Tumor maligno, señalado a. Si \_\_\_\_\_ b. No \_\_\_\_\_

**7. En caso de tumor maligno histopatológicamente confirmado, diga si tiene al menos un margen quirúrgico tomado.**

- a. Si \_\_\_\_\_ b. No \_\_\_\_\_ c. No puede ser evaluado \_\_\_\_\_

**8. En caso de tener diagnóstico clínico; ¿Este coincide con el diagnóstico histopatológico?**

- a. Si \_\_\_\_\_ b. No \_\_\_\_\_ c. No aplica \_\_\_\_\_





## ANEXO N° 2

### CERTIFICADO DE FINALIZACIÓN DE CAPACITACIÓN SOBRE LA “PROTECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES HUMANOS DE LA INVESTIGACIÓN”

