

# Original

## Estudio de biopsias para segunda opinión: concordancia y discordancia diagnóstica y factores implicados

G. Toledo<sup>1</sup>, M. González-Lara<sup>2</sup>, L.M. González-Seijas<sup>2</sup>, A. Panizo<sup>1</sup> y J. Pardo-Mindán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Anatomía Patológica, Clínica Universitaria,

<sup>2</sup>Facultad de Medicina, Universidad de Navarra, Pamplona, España.

### SUMMARY

*Background: Advances in medical and therapeutical practice require greater professional quality, which patients also demand, due to economic factors and the great increase in legal claims. Both patients and pathologists frequently consult other centers to confirm a previous diagnosis. Material and methods: We reviewed 353 biopsy consultations in order to determine the discrepancies in the final diagnosis. Results: We found 48 cases (13.6%) with major and minor discrepancies with 29 (8.2%) being major. Conclusions: Our results are in agreement with others in terms of the frequency of diagnostic discrepancies. The relation between referred data and material and discrepancies reveals the importance of complementary information to the morphology: clinical history, pathological reports and material with possibility of applying new diagnostic techniques. We conclude that as the patients have the right to look for a second opinion, we are obligated to provide them with all the material and data necessary for a diagnosis. Rev Esp Patol 1998; 31(2): 127-135.*

**Key words:** Surgical pathology - Consulting biopsies - Diagnostic discrepancies - Retrospective review

### RESUMEN

*Introducción: Los avances médicos y diagnósticos buscan una mayor calidad profesional, que viene exigida por el paciente, la importancia del factor económico y el auge de las denuncias legales. Son frecuentes las consultas, tanto por el paciente como por el patólogo, a otros centros para confirmar diagnósticos previos. Material y métodos: Realizamos una revisión de 353 biopsias de consulta, estudiando el material, el diagnóstico previo y las concordancias y/o discrepancias encontradas. Resultados: Hallamos discrepancias mayores y menores en 48 casos (13,6%), siendo 29 (8,2%) desacuerdos mayores. Conclusiones: Nuestro estudio concuerda con otros en el hallazgo frecuente de discrepancias diagnósticas. La correlación entre datos y material remitido y discrepancias nos muestran la importancia de aquellos factores que aportan una información complementaria a la morfología: datos clínicos, informe anatómopatológico, material con máxima potencialidad de técnicas. Concluimos que, puesto que el paciente tiene derecho a recabar una segunda opinión, es necesario facilitarle todo el material e información que permita la elaboración de un diagnóstico. Rev Esp Patol 1998; 31(2): 127-135.*

**Palabras clave:** Patología quirúrgica - Biopsias de consulta - Discrepancias diagnósticas - Revisión retrospectiva

**Tabla 7. Desacuerdos mayores con cambios de origen o tipo histológico en lesiones malignas.**

Diagnóstico de origen	Diagnóstico en segunda opinión
Hepatocarcinoma esclerosante*	Metástasis hepática de carcinoma de origen extraabdominal
Síndrome mieloproliferativo*	Linfoma difuso centrocítico-centroblástico
Metástasis de carcinoide	Metástasis de adenocarcinoma mucosecretor
Carcinoma epidermoide	Carcinoma anaplásico de células pequeñas
Carcinoma de células pequeñas de ovario	Tumor desmoplásico de células redondas
Carcinoma indiferenciado de células grandes	Metástasis de carcinoma papilar de tiroides
Tumor de Wilms*	Rabdomiosarcoma
Adenocarcinoma de esófago	Carcinoma epidermoide poco diferenciado
Posible linfoma no hodgkiniano	Carcinoma indiferenciado compatible con células pequeñas de pulmón

\*Casos correspondientes a consultas directas.

patólogos, mientras el resto son casos propuestos por los clínicos de nuestro centro.

### *Duda diagnóstica*

De entre aquellas biopsias en que no se ha llegado a un diagnóstico definitivo, y que son 26 (7,4%) del total revisado, 3 casos (0,8%) corresponden a los que se han definido como duda diagnóstica (Tabla 8). La totalidad corresponden a biopsias, no citologías, y en una de ellas (33,3%) el diagnóstico no ha sido posible por el estado del material remitido —a pesar de que se recibe un bloque y una tinción de HE—, mientras que en los otros 2 casos (66,7%) el material está bien procesado. No obstante, y recibiendo sólo una HE en un caso y HE, IHQ y otras tinciones en el otro, no llegan a aportar suficiente información para hacer un diagnóstico definitivo.

En cuanto a los datos aportados, en un caso (33,3%) se recibe sólo el diagnóstico, mientras que en dos (66,7%) se aporta el informe completo.

### *No confirma el diagnóstico*

Veintitres de las revisiones sin diagnóstico concluyente (6,5%) pertenecen a esta categoría. El material recibido corresponde en ocho (34,8%) a citologías y en 15 (65,2%) a biopsias. En siete de estos casos (30,4%) el planteamiento de unos diagnósticos diferenciales es posible, mientras que en 16 casos (69,6%) no, debido al material remitido, no adecuado o en mal estado. Respecto a los datos, en 16 de estos casos (69,6%) la información que llega es sólo el diagnóstico, mientras que en siete (30,4%) se recibe el informe anatomopatológico completo.

### *Duda resuelta*

Veintidós casos (6,2%) son remitidos con unos diagnósticos diferenciales, sobre los que se ha definido uno concluyente. La totalidad de estos casos corresponde a biopsias y en todas es posible el diagnóstico con el material remitido. El diagnóstico sólo se recibe en 12 de las 22 (54,5%),

**Tabla 8. Duda diagnóstica.**

Diagnóstico de origen	Diagnóstico en segunda opinión
Linfoma no hodgkiniano folicular de grado bajo	Linfoma no hodgkiniano folicular de células grandes no hendidas/hiperplasia folicular linfoide
Carcinoma transicional infiltrante	Carcinoma transicional/escamoso
Metástasis de melanoma	Metástasis de carcinoma indiferenciado/melanoma*

\*Material no adecuado para el diagnóstico definitivo ni la aplicación de técnicas.

congelado. No se ha tenido en cuenta otra posibilidad planteada en un principio como 0: tejido en fresco, por no presentarse ningún caso con esta característica.

– Posibilidad del diagnóstico en segunda opinión: distinguimos cuatro categorías:

- 1: Posible.
- 2: No es posible porque el material es inadecuado, insuficiente o no corresponde a la consulta realizada.
- 3: No es posible por la falta de datos informativos.
- 4: No es posible por lo indicado en 2 y 3 conjuntamente.

– Concordancias resultantes de comparar los diagnósticos de procedencia y el de segunda opinión, teniendo en cuenta si un cambio diagnóstico tiene o no repercusión en el pronóstico o tratamiento. Se han establecido los siguientes criterios:

- 0: No se aporta diagnóstico previo, por lo que no es posible comparar.
- 1: Acuerdo total entre ambos diagnósticos.
- 2: Acuerdo pero especificando algún dato más del diagnóstico (estadios, clasificaciones).
- 3: Desacuerdo menor: diagnóstico diferente, pero con repercusión menor en cuanto al pronóstico o tratamiento y las consecuencias para el paciente.
- 4: Desacuerdo mayor: diagnóstico con alta repercusión en relación con el diagnóstico o tratamiento y consecuencias para el paciente.
- 5: Duda diagnóstica: aquellos casos en que el diagnóstico previo es único y la revisión lleva a concluir unos diagnósticos diferenciales sin llegar a uno definitivo.
- 6: Resuelve duda: se parte de unos diagnósticos diferenciales de origen y la revisión concluye en uno de ellos como definitivo.
- 7: No confirma el diagnóstico: se parte del mismo supuesto del 6, pero tampoco se llega a un diagnóstico definitivo.

A la hora de establecer las concordancias y/o desacuerdos, no se hace una valoración acerca de los criterios que se han tenido en cuenta para mantener o discrepar de los diagnósticos previos, ni si dicha valoración pone en juicio la veracidad de otros diagnósticos, ya que consideramos que en el momento de confirmar o disen-

tir se ha tenido en cuenta la opinión previa y en el informe definitivo se argumentan los motivos que llevan al diagnóstico defendido en esta segunda opinión. En los casos en que la consulta era iniciativa del paciente, antes de cambiar un diagnóstico nos hemos puesto en contacto previamente con el patólogo de origen para comentar el caso.

El método estadístico empleado ha sido el programa SPSS para Windows 95. Se ha realizado un estudio descriptivo de los distintos parámetros estudiados.

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la estadística descriptiva de los parámetros estudiados se indican en valores totales, así como en porcentajes referidos al número total de biopsias estudiadas. En aquellos casos en que el porcentaje se refiera a otros valores subtotales, se indicará en los mismos.

Los resultados referentes a datos, material y posibilidad de diagnóstico se recogen en la Tabla 1.

### Concordancias y/o discrepancias

#### *Sin diagnóstico previo*

Seis casos (1,7%) fueron remitidos sin diagnóstico previo. Tres corresponden a consulta directa.

#### *Acuerdo*

Hubo un total acuerdo diagnóstico en 159 casos (45,0%).

#### *Especificado*

En 92 casos (26,1%) coinciden todos los datos de valor pronóstico. Dentro de este grupo se incluyen, por ejemplo, los adenocarcinomas prostáticos en que se aporta el grado de diferenciación tumoral además del diagnóstico definitivo, o los melanomas en que se especifican los niveles de Clark y Breslow.

Si se consideran los casos especificados junto a aquellos en que hay un acuerdo total –en esencia no hay diferencia entre el diagnóstico de origen y el nuestro–, en total corresponden a 251 casos (71,1%).

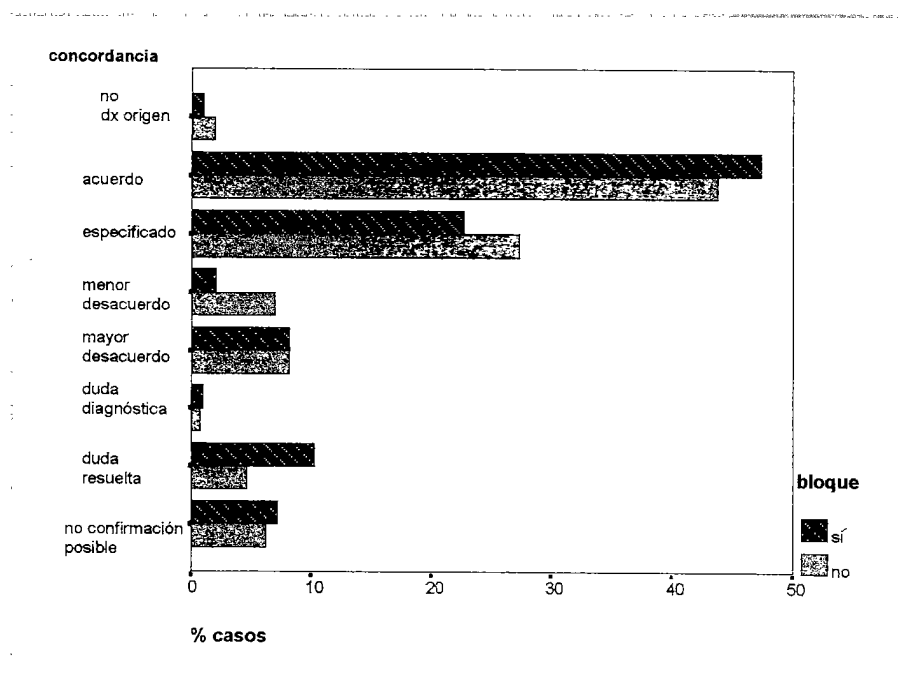


Figura 2. Relación en porcentaje de casos entre las concordancias y/o discrepancias observadas y la remisión del bloque de parafina.

En lo que se refiere al material, se ha elegido como factor de influencia la aportación del bloque de parafina, ya que permite realizar cualquier tipo de técnica y por tanto posee una mayor potencia informativa. También es patente cómo, en los casos de acuerdo y duda resuelta, es mayor el porcentaje que aporta el bloque, mientras que en el conjunto de biopsias con desacuerdos, aunque no hay diferencias muy llamativas entre la remisión o no del bloque, sí es clara la desproporción que hay entre los bloques enviados en estos casos con los enviados en casos de acuerdo o especificado (Fig. 2).

En definitiva, estos resultados remarcan la importancia que tiene para un diagnóstico lo más correcto posible todo aquello que aporte una información complementaria a la morfología que podemos describir e interpretar en el estudio microscópico. Es decir, una aportación de datos clínicos completos que ayuden a enmarcar los hallazgos patológicos observados, así como el informe descriptivo del patólogo que previamente haya llegado a una conclusión diagnóstica. En este aspecto, parece relevante destacar la actitud que ante una revisión diagnóstica debe plantearse cada patólogo: partir de la ayuda aportada por quién nos ha precedido para reafirmar ese diagnóstico o bien para llegar más allá si se encuentra algún aspecto que induzca a replantear dichos argumen-

tos. Por esta razón, tener al alcance el informe no es pura metodología o burocracia, sino la fuente de información más fidedigna para establecer nuestra opinión. Por este motivo, no deja de ser una meta a conseguir el responder al patólogo de referencia, tanto si es el remitente directo como si lo es de modo indirecto, con nuestro resultado sobre todo en aquellos casos en que puede ser de ayuda mutua establecer entre ambos una aportación de datos nuevos y opiniones, siempre dialogables.

Del mismo modo, la aportación de un material que sea potencialmente más informativo por lo que de él se pueda extraer es un dato más, esencial, dado que nuestro diagnóstico es morfológico y siempre sobre ese sustrato.

Cabe destacar también la necesidad de favorecer las revisiones diagnósticas, tanto para medir la calidad del propio centro (en sesiones intradepartamentales) como ante la petición de otros centros a los que un paciente desea recurrir como segunda opinión. En estos casos entra en juego, además de lo anteriormente expuesto, la cuestión legal a la que en un principio se hace referencia. La gran mayoría de los casos, una revisión de este estilo simplemente conlleva un respaldo a las actuaciones clínicas y terapéuticas que van a establecerse, sin repercutir en una nueva intervención o gasto sobre el

**Tabla 3. Desacuerdos menores con cambios en el grado de diferenciación tumoral.**

Diagnóstico de origen	Diagnóstico en segunda opinión
Adenocarcinoma de próstata moderadamente diferenciado	Adenocarcinoma de próstata bien diferenciado (Gleason 1+2=3/10)
Adenocarcinoma de mama grado 2	Adenocarcinoma de mama poco diferenciado grado 3

**Tabla 4. Desacuerdos menores con cambios en la morfología o gradación en lesiones benignas.**

Diagnóstico de origen	Diagnóstico en segunda opinión
Aplasia de médula ósea	Hipoplasia de médula ósea
Hepatitis aguda, colostasis	Hepatitis crónica
Hemosiderosis pulmonar	Hipertensión pulmonar, fibrosis, hemorragia

**Tabla 5. Desacuerdos mayores con cambios de diagnóstico de maligno a benigno.**

Diagnóstico de origen	Diagnóstico en segunda opinión
Condrosarcoma de alto grado	Condrioblastoma
Linfoma en conjuntiva*	Elastosis, actínica, inflamación crónica
Leiomioma en labio	Angioleiomioma
Metástasis de adenocarcinoma de hígado	Hepatitis crónica activa
Condrosarcoma mixoide	Condroma mixoide
Osteosarcoma osteoblástico	Fibroma osificante
Adenocarcinoma de pulmón	Mucosa bronquial normal
Melanoma	Nevo mixto, queratosis normal
Melanoma	Nevo de Spitz
Amiloidosis*	Tejido conjuntivo normal
Síndrome de Sjögren	Mucosa malpighiana normal

\*Casos correspondientes a consultas directas.

**Tabla 6. Desacuerdos mayores con cambios de diagnóstico de benigno a maligno.**

Diagnóstico de origen	Diagnóstico en segunda opinión
Rechazo agudo intersticial renal	Linfoma T pleomórfico renal
Hepatitis reactiva e hiperplasia linfoide hepática	Infiltración hepática por linfoma
Inflamación fibrinosa	Carcinoma anaplásico de células pequeñas de pulmón
Hiperplasia mesotelial atípica	Adenocarcinoma poco diferenciado
Estesioneuroblastoma*	Mieloma
Tejido linfático retroperitoneal	Tumor neuroectodérmico periférico
Meningioma	Mieloma
Adenosis con microcalcificaciones en mama	Carcinoma lobulillar infiltrante

\*Casos correspondientes a consultas directas.



mientras que el informe completo llega en 10 de los casos resueltos (45,5%). En todos los casos se reciben, además de otras, preparaciones sin teñir, que facilitan la realización de aquellas nuevas técnicas que se consideran necesarias para llegar a un diagnóstico definitivo.

## DISCUSIÓN

Existen en la bibliografía varios estudios realizados en los últimos años semejantes a éste (1-8). La mayoría se refieren a revisiones de diagnósticos en una área concreta de la patología, buscando otros tipos de repercusiones: fallos en la aplicación de una técnica terapéutica por no corresponder a la adecuada, efectos en la supervivencia de los pacientes, alteraciones en protocolos establecidos, etc. En todos ellos se analiza la frecuencia de discrepancias halladas, categorizándolas según la mayor o menor repercusión observada.

Los resultados obtenidos en este estudio muestran un porcentaje de 13,6% de desacuerdos totales en la revisión de biopsias para segunda opinión. La frecuencia de desacuerdos mayores (8,2%) observada se acerca a los resultados obtenidos en un estudio referente a diagnósticos de patología neurológica en el cual se revisan un total de 500 casos hallando discrepancias mayores con serias repercusiones en el 8,8%.

Otra gran parte de estudios semejantes revelan valores diferentes que oscilan en un rango de 5% a 8,5% de desacuerdos hallados (2, 3). Se salen de este rango las frecuencias observadas en trabajos referentes, por ejemplo, a una revisión de biopsias en ginecología oncológica, en que las discrepancias mayores ascienden hasta un 11% de los casos (4, 5), u otras referentes a estudios de patología quirúrgica en general, como el que aquí se realiza, con hallazgos de frecuencias por debajo del 2% (6-8).

Todo esto nos muestra que el hallazgo de errores y desacuerdos no es infrecuente. Es un dato a tener en cuenta en la práctica habitual, tanto para un control de calidad dentro del propio trabajo como en nuestras consultas a terceros.

Como se observa en las Figs. 1 y 2, hay una relación entre los resultados de la concordancia y los datos recibidos así como entre el material disponible para el diagnóstico. Se han querido resaltar estos aspectos porque parecen de relevante importancia a la hora de facilitar o asegurar un buen diagnóstico. Por un lado se observa cómo en aquellos casos en que se ha llegado a un diagnóstico acorde con el realizado previamente, y los casos presentados con duda y que se han resuelto, los porcentajes de biopsias que llegan con informe son mayores que aquellos que simplemente aportan el diagnóstico (Fig. 1).

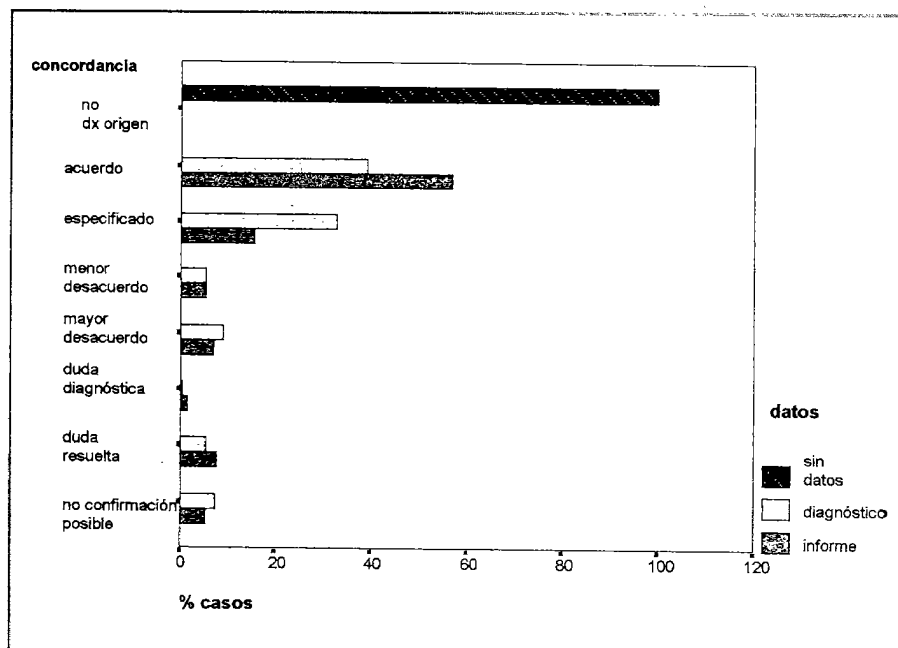


Figura 1. Relación en porcentaje de casos entre las concordancias y/o discrepancias observadas y los datos remitidos.

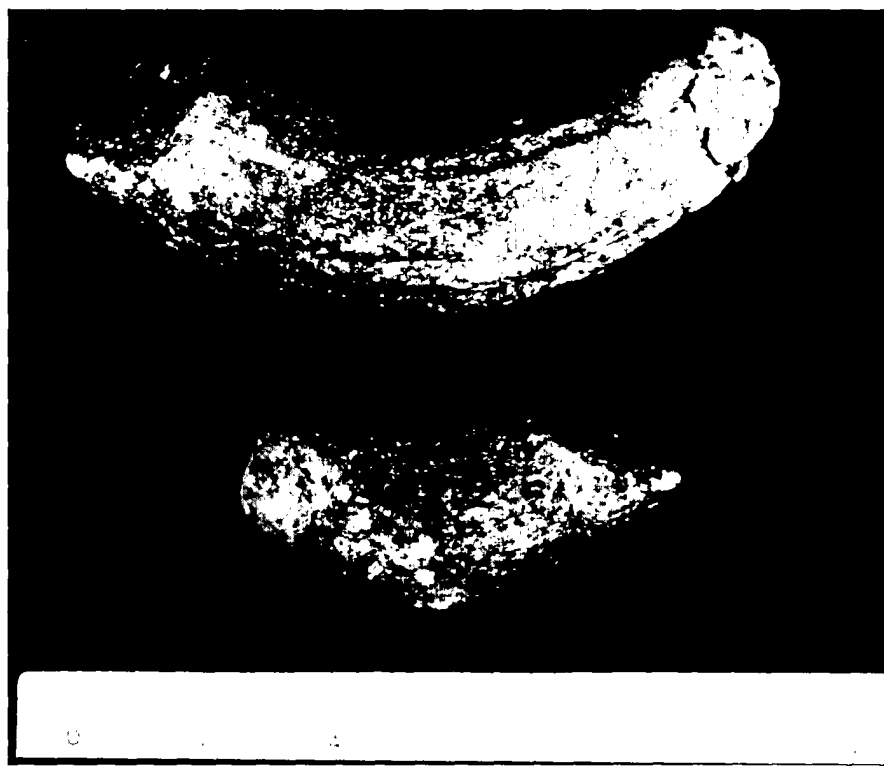


Figura 1. Fotografía macroscópica de los bezoares.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 53 años que consultó por dolor abdominal epigástrico de unos días de evolución. Entre sus antecedentes personales destacaban una úlcera duodenal diagnosticada hacía 6 años, controlada, e hipertensión arterial en tratamiento con dieta únicamente. El cuadro abdominal cedió con medidas de sostén y, después, la enferma fue estudiada en consultas. La endoscopia digestiva mostró la existencia de dos bezoares gástricos grandes, así como una úlcera en curvatura menor, de aspecto péptico, y una estenosis pilórica, también de aspecto péptico, con bulbo duodenal deformado y rectificación de la rodilla duodenal. Con estos hallazgos se decidió intervención quirúrgica, realizándose gastrectomía parcial con vagotomía.

El estudio macroscópico de la pieza puso de manifiesto dos bezoares duros y compactos, de coloración verdosa (Fig. 1), constituidos por fibras vegetales (fitobezoares), así como un nódulo amarillento de 2 cm en el espesor del píloro.

El estudio histológico reveló que el nódulo pilórico correspondía a un páncreas ectópico completo, con componentes endo y exocrino (Fig. 2). Su localización era muscular y subserosa, con estructuras ductales, unas tubulares y otras ramificadas (Fig. 3). La mucosa pilórica estaba ulcerada en esta zona (Fig. 4).

El diagnóstico definitivo fue de páncreas ectópico pilórico de tipo completo, con estenosis y ulceración, asociado a fitobezoares.

## DISCUSIÓN

Comúnmente, los bezoares ocurren después de intervenciones quirúrgicas gástricas (vagotomía con piloroplastia, antrectomía o gastrectomía parcial), ya que se produce una disminución de la actividad propulsiva del estómago (2, 3). También se pueden producir en el contexto de una diabetes, por disminución de la motilidad gástrica, es decir, gastroparesia diabética (4). La ingestión de algunas frutas y alteraciones de la conducta, con



paciente, que en definitiva es en todo este cúmulo de factores el sujeto pasivo de estos resultados.

#### AGRADECIMIENTOS

---

A M<sup>a</sup> Cruz Ayerra y Juani Murazabal, secretarias del Departamento de Anatomía Patológica de la Clínica Universitaria de Navarra, sin cuya colaboración no hubiera sido posible realizar este trabajo.

#### BIBLIOGRAFÍA

---

1. Bruner JM, Inouye L, Fuller GN, Langford LA. *Diagnostic discrepancies and their clinical impact in a neuropathology referral practice.* Cancer 1997; 79: 796-803.
2. Abt AB, Abt LG, Olt GJ. *The effect of interinstitution anatomic pathology consultation on patient care.* Arch Pathol Lab Med 1995; 119: 514-517.
3. Sherwood AJ, Hunt AC. *An external quality assessment scheme in histopathology.* J Clin Pathol 1984; 37: 409-414.
4. Tornos C. *Diagnostic discrepancies between outside and inside diagnosis of gynecologic oncology cases seen at ut MD Anderson Cancer Center.* En: Gutiérrez-Hoyos A (Ed.). 9º Curso de Patología. Hospital Aránzazu, San Sebastián 1997; 42-53.
5. Tornos C, Silva EG, Burke TW, Gershenson D, Wharton JT. *Clinical impact of second opinion pathology in gynecologic cases.* Modern Pathol 1997; 10: 177 A.
6. Zarbo RJ, Hoffman GG, Howanitz PJ. *Interinstitutional comparison of frozen-section consultation: A College of American Pathologist Q-Probe study of 79,647 consultations in 297 North American institutions.* Arch Pathol Lab Med 1991; 115: 1187-1194.
7. Safrin RE, Barck CJ. *Surgical pathology sign-out: Routin review of every case by a second pathologist.* Am J Surg Pathol 1993; 17: 1190-1192.
8. Lind AC, Bewtra C, Healy JC, Sims KL. *Prospective peer review in surgical pathology.* Am J Clin Pathol 1995; 104: 560-566.



Figura 4. Ulceración de la mucosa pilórica (original, HE  $\times 100$ ).

desde estructuras glandulares simples hasta glándulas que recuerdan las de Brunner, conductos de tipo pancreático y, ocasionalmente, acinos pancreáticos.

El páncreas ectópico suele constituir un hallazgo incidental, pero puede presentarse como ulceración péptica y obstrucción gastrointestinal. También están descritas presentaciones como neoplasias, masas inflamatorias e, incluso, como retención de moco (10).

En nuestro caso, hemos encontrado acinos, islotes endocrinos y conductos, en el espesor del píloro, funda-

mentalmente en la capa muscular propia y subserosa, pero aproximándose bastante al epitelio superficial. Las estructuras acinares se disponían formando lóbulos, con islotes endocrinos dispersos. Esta composición es similar a la encontrada por Camuñas y cols. (11) en una de las escasas series publicadas en la literatura española. Pensamos que por su tamaño (2 cm) y su localización pilórica se ha originado una obstrucción crónica en el tracto de salida gástrico, con retención de sustancias vegetales y formación de los bezoares. Esta interpretación se ve reforzada por la confirmación endoscópica de la estenosis pilórica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Salena BJ, Hunt RH. En: Sleisenger MH, Fordtran JS (Eds.). *Gastrointestinal disease: Pathophysiology, diagnosis, management*. WB Saunders, Co., Philadelphia 1993; 35.
2. Giner M, Rivera J, Martín JC, Escrivá R, Romero B. *Retraso del vaciamiento gástrico postgastrectomía subtotal*. *Rev Esp Enferm Dig* 1990; 78(1): 31-34.
3. Schwab KS, Cheng EH. *Postgastrectomy bezoar secondary to gastric cancer*. *J Clin Gastroenterol* 1993; 16(1): 45-47.
4. Farrell FJ, Keeffe EB. *Diabetic gastroparesis*. *Dig Dis* 1995; 13(5): 291-300.
5. Yin WY, Lin PW, Huang SM y cols. *Bezoar manifested with digestive and biliary obstruction*. *Hepatogastroenterology* 1997; 44(16): 1037-1045.
6. Slack JM. *Developmental biology of the pancreas (Resumen)*. *Development* 1995; 121(6): 1569-1580.
7. Lai EC, Tompkins RK. *Heterotopic pancreas. Review of a 26 year experience*. *Am J Surg* 1986; 151(6): 697-700.
8. Yamagiwa H, Onishi T, Nishii M. *Histological study of heterotopic pancreas tissue of the stomach—histogenesis and immunohistochemical findings (Resumen)*. *Rinsho Byori* 1991; 39(8): 881-885.
9. Vandelli A, Cariani G, Bonora G, Padovani F, Saragoni L, Dell'Amore D. *Adenomyoma of the stomach. Report of a case and review of the literature*. *Surg Endosc* 1993; 7: 185-187.
10. Nopajaroonsri C. *Mucus retention in heterotopic pancreas of the gastric antrum. A lesion mimicking mucinous carcinoma*. *Am J Surg Pathol* 1994; 18(9): 953-957.
11. Camuñas FA, Estrada JL, Trigueros M y cols. *Páncreas ectópico*. *Rev Esp Enf Digest* 1996; 88(10): 672-676.