

# Sensibilidad y especificidad de la biopsia dirigida por colposcopia en el diagnóstico de cáncer de cérvix en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza del 2008 al 2013

Alex Guibovich Mesinas<sup>1</sup>

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la sensibilidad y especificidad de la biopsia dirigida por colposcopia en el diagnóstico de cáncer de cérvix.

**Material y Métodos:** estudio analítico, descriptivo, retrospectivo, en el que se revisaron las Historias clínicas de las pacientes a las que se les realizó conización por diagnóstico de cáncer de cérvix en el HN Arzobispo Loayza entre Junio de 2008 a Junio del 2013.

**Resultados:** De un total de 123 pacientes estudiadas, en 20, se identificó carcinoma epidermoide, que predominó entre los 40 y antes de los 55 años. De las indicaciones de conización, el 17.6%, se debió a disociación citohistológica.

**Conclusión:** Se determinó que la sensibilidad fue de 42.3 %, especificidad 93.8 % para cáncer de cérvix diagnosticada por biopsia dirigida por colposcopia. (Horiz Med 2014; 14(3): 44-48)

**Palabras clave:** Conización, citología, colposcopia, biopsia dirigida, cáncer de cérvix (Fuente: DeCS BIREME).

## Sensibility and specificity of colposcopy directed biopsy in the diagnosis of cervical cancer in the Arzobispo Loayza national hospital from 2008 to 2013.

## ABSTRACT

**Objective:** to determine the findings with conization by diagnosis of cervical cancer, determine the sensibitivity and specificity of colposcopy directed biopsy in the diagnosis of cervical cancer. This is an analytical, descriptive and retrospective study.

**Material and Methods:** The study will be conducted in the Arzobispo Loayza National Hospital, reviewing the medical records of patients whose diagnosis was cervical cancer after having had had the three diagnostic methods previously described from June 2008 to June 2013.

**Results:** These studies studied 123 patients, twenty of these had epidermoid carcinoma, and these patients were from 40 to 55 years old. About conization indicated, 17.6 % had cytology-histology dissociation.

**Conclusion:** The sensibility was 42.3%, the specificity was 93.8 % in cervix cancer which were diagnosed by Colposcopy Directed Biopsy. (Horiz Med 2014; 14(3): 44-48)

**Key words:** conization, cytology, colposcopy, cervical cancer. (Source: MeSH NLM).

---

<sup>1</sup> Ginecólogo Obstetra. Médico Asistente del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional A. Loayza. Profesor de la FMH de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos

## INTRODUCCIÓN

El Hospital Nacional Arzobispo Loayza, es un Centro de referencia de las diferentes patologías oncológicas que afectan a la mujer, a nivel nacional. Aproximadamente un 60% de todas las consultas, son por problemas ginecológicos y de ellas, el cáncer de cérvix es uno de los más referidos.

La Agencia Internacional de Investigación Contra el Cáncer (IARC) ha calculado que son 10 mil casos de cáncer cervico uterino que ocurren anualmente en nuestro país, entre los 7,5 millones de peruanas mayores de 20 años. La curva de las tasas específicas de incidencia por grupo de edades muestra un crecimiento exponencial a partir del quinquenio de los 30-35. El Riesgo Acumulado, esto es la probabilidad de desarrollar cáncer de cuello uterino para las mujeres en Lima es de 4.01% que significa que una de cada 25 mujeres que viven hasta los 85 tendrían la posibilidad de desarrollar CCU (1, 2, 3).

Por lo tanto, es necesario buscar técnicas diagnósticas precisas y confiables, para llegar al diagnóstico de cáncer de cervix. Un programa de cáncer curable y de detección temprana son dos de los temas que la OMS recomienda priorizar en los sistemas de cáncer de los países en vías de desarrollo (3). El alcance del estudio propuesto, es determinar la sensibilidad y especificidad de la biopsia dirigida por colposcopia en el diagnóstico de cáncer de cervix.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de tipo retrospectivo, descriptivo, transversal, analítico, cuya población es el total de pacientes a las que se les realizó conización en el HNAL, teniendo como unidad de análisis, expedientes clínicos completos de las pacientes sometidas a conización en el HNAL, entre Junio 2008 a Junio 2013, el tamaño y selección de la muestra, se tomó en base a las historias clínicas disponibles en dicho periodo y que cumplieran con los requisitos de inclusión y exclusión por la disponibilidad del mismo, esto en base a la casuística del servicio.

Se realizó pruebas de especificidad y sensibilidad para cada método diagnóstico.

## RESULTADOS

Del total de 137 pacientes estudiadas, 27 presentan NIC I, representando el 19.7% del total de la muestra, 27 NIC II, representando el 19.7 % del total de la muestra, 38 NIC III, representando el 27.7%, 6 carcinoma in situ, que constituye el 4.37 % 23 carcinoma epidermoide, constituyendo el 14.5 % del total de la muestra.

Entre 40 - 45 años es la edad en la que se presenta con mayor frecuencia NIC I, NIC III; Carcinoma in situ y carcinoma epidermoide, y entre 30-40 es la edad en la que se presenta con mayor frecuencia NIC II. Figura 1.

De las indicaciones de conización, 24 pacientes se debe a disociación citohistológica (17.6 %), 78 por lesiones de alto grado (NIC II, NIC III), constituyendo el 57.5% del total de la muestra, 17 por lesión de bajo grado (NIC I persistente), constituyendo el 12.5% del total de la muestra, 8 por carcinoma in situ, constituyendo el 5.8% del total de la muestra, 8 por carcinoma invasor, constituyendo el 5.8% del total de la muestra.

Al 17.6 % de la población estudiado se le realizó cono diagnóstico, al 82.4 % se le realizó, cono terapéutico.

Se determinó que la sensibilidad es 86.6 %, especificidad 11.1 % para lesiones premalignas de bajo grado diagnosticadas por citología.

Se determinó que la sensibilidad es 90.6%, especificidad 12.5 % para lesiones premalignas de alto grado diagnosticadas por citología.

La sensibilidad fue 84.6 %, especificidad 40 % para lesiones premalignas de bajo grado diagnosticadas por colposcopia.

La sensibilidad fue 88.6 %, especificidad 14.2 % para lesiones premalignas de alto grado diagnosticadas por colposcopia.

La sensibilidad fue 75 %, especificidad 28.5 % para lesiones premalignas de bajo grado diagnosticadas por biopsia dirigida por colposcopia.

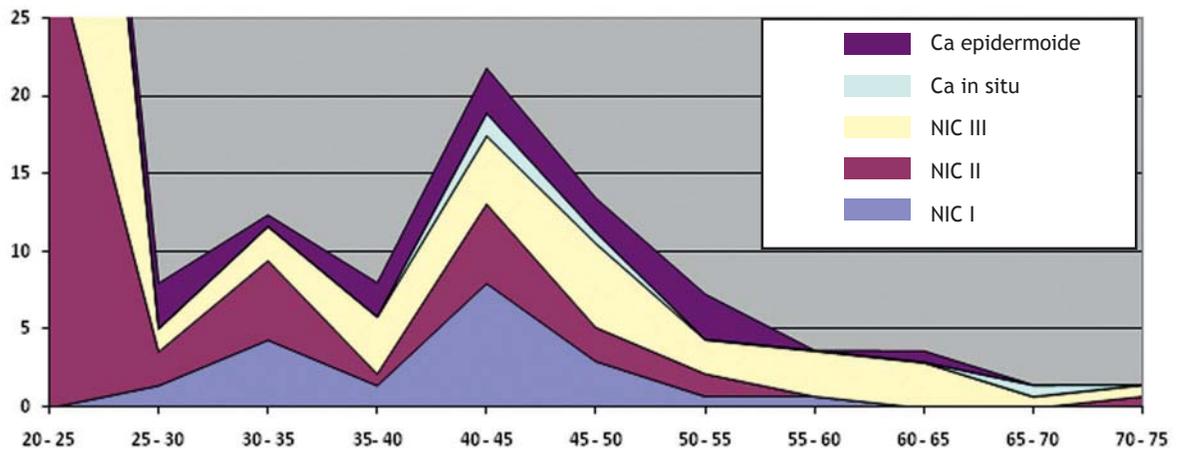


Figura 1. Edad con más frecuencia de lesiones pre malignas y cáncer de cérvix en el hnal de junio 2008- junio 2013

La sensibilidad es 100 %, especificidad 18.1% para lesiones premalignas de alto grado, diagnosticadas por biopsia dirigida por colposcopia. Tabla 1.

Tabla 1. Sensibilidad y especificidad de la biopsia dirigida por colposcopia en el diagnóstico de lesiones de alto grado en el hnal de junio 2008- junio 2013

| BIOPSIA DIRIGIDA POR COLPOSCOPIA | BIOPSIA POST CONO    |      |       |
|----------------------------------|----------------------|------|-------|
|                                  | Lesión de alto grado | Sano | Total |
| POSITIVO                         | 56                   | 9    | 65    |
| NEGATIVO                         | 0                    | 2    | 2     |
| TOTAL                            | 56                   | 11   | 67    |

Sensibilidad: 100 %

Especificidad: 18.1 %

Se determinó que la sensibilidad fué 42.3 %, especificidad 93.8 % para cáncer de cervix diagnosticadas por biopsia dirigida por colposcopia.

Del total de la población a siete pacientes se les realizó Cono leep a 130 cono frio.

## DISCUSIÓN

En la presente investigación se evidencia lo siguiente, que el promedio de edad en el cual se identifica por primera vez el diagnóstico de lesiones premalignas de bajo grado esta comprendido

entre los 25- 30 años, para luego evidenciarse un crecimiento exponencial en la identificación del diagnóstico en el rango de edad comprendido entre los 40-50 años, se evidencia además que la curva de diagnóstico se hace estacionaria en el rango de edad comprendido entre los 50-60 años, no se evidencia la identificación de estas lesiones después de los 60 años, para lesiones premalignas de alto grado se evidencia que el promedio de edad en el cual se identifica por primera vez el diagnóstico esta comprendido entre los 20- 25 años, evidenciándose un crecimiento exponencial en la identificación de las lesiones entre los rangos de edad comprendidos entre los 30 -55 años, después de este rango se evidencia que la curva de diagnóstico se hace estacionaria a partir de los 50 años de edad. Para el diagnóstico de carcinoma epidermoide se evidencia que se diagnostica por primera vez en el rango de edad comprendido entre los 25 - 30 años, para luego mantenerse establece la curva de diagnóstico hasta los 55 años, se evidencia además un decremento de la curva por encima de los 55 años.

Los estudios de la historia natural han determinado que la enfermedad permanece en su etapa pre-invasora por 10 y 15 años. Esto nos autoriza a pensar de acuerdo a los resultados evidenciados en el presente estudio que las lesiones tempranas, pero ya detectables de CCU, se presentan a partir del quinquenio de los 15 -20 años ya que este estudio ha identificado lesiones de alto grado por primera vez, a partir de los 20-25 años, por lo tanto la edad en la cual se debería realizar screening

para detectar lesiones de cuello uterino, es 5 años antes, de la edad propuesta, esto podría atribuirse al incremento de conducta sexual promiscua en los jóvenes y por ende mayor frecuencia de enfermedades de transmisión sexual relacionadas con lesiones premalignas y de cáncer de cervix como el papiloma virus.

Siguiendo la misma línea de razonamiento podemos identificar el segmento poblacional femenino que tiene el riesgo más alto de ser portador de esas lesiones.

Y por lo tanto el número de mujeres que deben ser sometidas a examen citológico cervical, de acuerdo a las curvas etáreas de la población de Lima, que sería no menor de 1.500.000 mujeres (1, 2) La cobertura no perdería eficiencia si se delimita a una población de riesgo y se hace despistaje al 100%.

El segmento poblacional de riesgo puede ser identificado sobre la base de la historia natural de la enfermedad y ubicado tentativamente en el segmento 15- 20 años de edad (4, 5). El empleo de registros poblacionales sería de enorme valor para el manejo de esta campaña. Así como, asegurar el control de calidad para la toma y lectura de muestras e informar a la paciente oportunamente. La curva de las tasas de incidencia por edades encontradas por el RCLM muestra un crecimiento exponencial a partir de la década entre los de los de 35-50 años de edad y un plateau a los 60 años (6), lo cual guarda concordancia con este estudio.

Se evidencia que dentro de las razones por las cuales las pacientes fueron sometidas a cono el 82.4 % fue cono terapéutico, de las cuales 57.5% se debió a lesiones de alto grado, lo cual coincide con las indicaciones de conización halladas por Lic. Bárbara María Martínez Hiriart; MsC. Rosario Acosta Fernández, que publicaron en Revista Archivo Médico de Camagüey, encontrando que el 80 % de indicación de cono fue terapéutico, dentro de estas indicaciones el 50% se debió a lesiones de alto grado (7, 8).

Del presente estudio podemos concluir que la citología identifica el 86.6% de lesiones premalignas de bajo grado, sin embargo la posibilidad de

identificar pacientes verdaderamente sanos es baja ya que tiene especificidad de 11.1%.

Se concluye que el PAP, tiene muy buena posibilidad de identificar lesiones premalignas de alto grado, sin embargo no se puede descartar la presencia de estas lesiones si el resultado es normal, ya que la especificidad es baja de 12.5 %.

El presente estudio difiere de los hallazgos realizados por Leal et. al. 2010 (9) quien encuentra Sensibilidad de 53.3 %, y Especificidad de 87.5 %, sin embargo; los resultados encontrados en cuanto a sensibilidad son similares a los encontrados por Zamudio et. al. (10), sensibilidad de 88%.

Se concluye también que la colposcopia identifica un 84.6% de lesiones premalignas de bajo y alto grado, y que existe un 40 % de posibilidad que si el paciente cuenta con colposcopia normal este verdaderamente sano. El presente estudio difiere de los hallazgos encontrados por Leal et. al. 2010 (9) quien encuentra Especificidad de 94.5% Sensibilidad de 55.5 %, Sin embargo Zamudio et. al. (10), encuentra una Especificidad de: 66 %, que es un valor más cercano al encontrado en el presente estudio. Los hallazgos encontrados en el presente estudio son esperables por ser la colposcopia un método subjetivo (11, 12).

La sensibilidad de la biopsia dirigida por colposcopia para diagnóstico de lesiones de bajo grado no es tan buena por que tiene un 75 % de probabilidad diagnóstica y no descarta enfermedad por tener una especificidad de 28.5 %.

La biopsia por colposcopia es muy buena para diagnosticar pacientes con lesiones premalignas de alto grado (13), pero si el resultado es negativo, no asegura que el paciente este realmente sano.

La biopsia dirigida por colposcopia tiene una sensibilidad de tan solo 42.3 %, para el diagnóstico de cáncer de cervix, pero la especificidad es muy alta es de 93.8 % de tal forma que si el paciente tiene un resultado de biopsia dirigida por colposcopia normal asegura que tiene probabilidad de 93.8 % de estar realmente sano.

Este resultado demuestra que esta prueba de detección de cáncer de cuello uterino, es válida, ya que clasifica correctamente a las personas sanas de las enfermas. Este estudio coincide en resultados con un estudio realizado en la universidad Católica de Chile en el año 2010 (14), donde se realizó un estudio a 137 mujeres que se les aplicó el cono con Asa LEEP por disociación citohistológica y existió concordancia en el diagnóstico de pacientes sanos entre la biopsia previa dirigida por colposcopia y el estudio histológico post cono en un 87 %.

Esta investigación, pone de manifiesto la efectividad de la biopsia dirigida por colposcopia en la identificación de pacientes verdaderamente sanos de modo que se evite realizar cono diagnóstico a pacientes con resultado negativo de biopsia dirigida por colposcopia, y por ende disminuir el uso de recursos humanos y económicos que conlleva la realización de la conización (15).

### ***Fuentes de financiamiento***

Este estudio ha sido autofinanciado por el autor.

### ***Conflictos de interés***

El autor declara no tener ningún conflicto de interés.

### ***Correspondencia:***

Alex Guibovich Mesinas  
Dirección: Av Alfonso Ugarte s/n. Lima, Perú  
Teléfono: +51999653059  
Correo electrónico: alexguibovichmesinas@yahoo.es

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Solidoro A. Pobreza, inequidad y cáncer. Acta Médica Peruana 2010; 27(3): 204-206.
2. Barriga O. Detección de Cáncer de Cuello Uterino. Ginecología y Obstetricia, CONCYTEC, Lima, Perú 1996:1128
3. Lewis M. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington DC (OPS/ OMS) 2004.
4. ACCP. Effectiveness, Safety, and Acceptability of Cryotherapy. Washington: PATH 2006.
5. Anderson M, Jordan J, Morse A, et al. Integrated Colposcopy. 2nd ed. y Nueva York: Chapman Hall Medical 2006.
6. Registro de Cáncer de Lima 1993-1997. Centro de Investigaciones "Maes Heller".
7. Burgha E, Colposcopy Cervical Pathology. Textbook and Atlas. Nueva York 2008.
8. Franco E, Monsonego J. New Developments in Cervical Cancer Screening and Prevention. Oxford: Blackwell Science 2007.
9. Leal-Berumen, I.C., Villalobos-Figueroa, R. Wisbrun - Castillo, V. Moreno- Brito. Sensibilidad y Especificidad de pruebas diagnósticas para Ca Cu. Tecnociencia Chihuahua 2010; 4 (2): 97-105.
10. Zamudio-Andrade, A., Zepeda. F.R, Evaluación de Papanicolaou y colposcopia, en el diagnóstico de la infección por papiloma virus humano. Rev. Fac Med UNAM 2001; 44 (1): 5-7.
11. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Volume 64: Human Papillomaviruses. Lyon, 2005.
12. Joan Austoker. Br. Medical J 2010, 308: 1415-1420.
13. M Alexander Director Preventive Medicine, Johns Hopkins School of Public Health. Guidelines on Oncology. 2010.
14. Parkin, Donald M. The Burden of Cancer in the Developing World, 2009. ASCO Educational Book 2009; 702- 718.
15. Singer A, Monaghan J. Lower Genital Tract Precancer Colposcopy, Pathology and Treatment. 2da Edition. Blackwell Science, Oxford 2008.

Recibido: 24 de Julio de 2014  
Aprobado: 29 de Agosto de 2014