

Relación entre colposcopia y biopsia en diagnóstico de CA de cérvix

Relationship between colposcopy and biopsy in diagnosis of CA de cervix

Recibido: 06/08/2020

Aceptado: 19/10/2020

Connie Hernández Tatis¹, Joysi Polo González², Marco Bolaño Cervantes³

Correspondencia:

¹ Residente de Ginecología y Obstetricia III año. Clínica Semin, Correo: conniehernandez36@msn.com

² Residente de Ginecología y Obstetricia III año. Clínica Semin, Correo: Joysilorena02@hotmail.com

³ Ginecólogo /Obstetra, Epidemiólogo, MSC Salud Pública. Docente Universidad libre, Correo: marbola9@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.18041/2390-0512/biociencias.2.7346>

Cómo citar: Hernández Tatis, C., Polo González, J., & Bolaño Cervantes, M. (2020). Relación entre colposcopia y biopsia en diagnóstico de CA de cérvix. *Biociencias*, 15(2). <https://doi.org/10.18041/2390-0512/biociencias.2.7346>

Resumen

Objetivo: determinar la relación entre la colposcopia y la biopsia en el diagnóstico de cáncer de cérvix en pacientes de 18 a 59 años, de la ciudad de Barranquilla, durante enero a junio de 2019.

Materiales y métodos: estudio descriptivo, longitudinal retrospectivo. El área de estudio fue el Servicio de diagnóstico ginecológico de la Clínica Semin de Barranquilla y el área de Patología, donde se tomaron 565 colposcopias y de estas se tomaron 53 biopsias. Se describe lo obtenido de la relación entre las dos principales variables mediante porcentajes y valores de sensibilidad y especificidad.

Resultados: el promedio de edad de las participantes fue de 40,3 años (DE \pm : 12,8); los resultados de la colposcopia mostraron que 79,2% de los reportes indicaban sugestividad para LIE de bajo grado y 3,8% sugestivos para LIE de alto grado. En las biopsias el 69,8% de los reportes indicaron LIE de bajo grado, mientras que solamente un caso fue identificado como LIE de alto grado. Al relacionar los dos resultados se encontró una sensibilidad de 100%, una especificidad de 97,8%, pero con un valor predictivo positivo de 50% y un valor predictivo negativo de 100%. **Conclusión:** casi todas las lesiones de bajo grado encontradas por colposcopia son confirmadas por la biopsia; sin embargo, se requiere una muestra mayor para confirmar la sensibilidad y especificidad del procedimiento.

Palabras clave: Colposcopia; biopsia; cáncer de cérvix.

Abstract

To determine the relationship between Colposcopy and biopsy in the diagnosis of cervical cancer in patients aged 18 to 59 years, from the city of Barranquilla, during January to June 2019. **Materials and methods:** Descriptive, longitudinal, retrospective study. The study area was the Gynecological Diagnostic Service of the Clínica Semin in Barranquilla and the Pathology area, where 565 colposcopy and 53 biopsies results were taken. The results obtained from the relationship between the two main variables are described using percentages and sensitivity and specificity values. **Results:** The average age of the participants was 40.3 years (SD \pm : 12.8); Colposcopy results showed that 79.2% of the reports indicated suggestiveness for low-grade LIE and 3.8% suggestive for high-grade LIE. In the biopsies, 69.8% of the reports indicated low-grade, while only one case was identified as high-grade. Relating the two results found a sensitivity of 100%, a specificity of 97.8%, but with a positive predictive value of 50% and a negative predictive value of 100%. **Conclusion:** Almost all low-grade lesions found by colposcopy are confirmed by biopsy; however, a larger sample is required to confirm the sensitivity and specificity of the procedure.

Keywords: Colposcopy; Biopsy; Cervical cancer.

Open Access



Introducción

En 2018, aproximadamente 570.000 mujeres desarrollaron cáncer de cuello uterino y 311.000 murieron por él, correspondiendo a una tasa cruda para todas las edades de 13,1 por 100.000 mujeres-años y una tasa ajustada por edad de 6,9 por 100.000. A nivel mundial, el cáncer cervical es el cuarto cáncer más común entre mujeres, después del cáncer de seno, colorrectal y de pulmón y también es la cuarta causa principal de muerte por cáncer entre mujeres, después de mama, pulmón y colon-recto. Aproximadamente el 84% de todos cánceres cervicales y el 88% de todas las muertes causadas por este cáncer ocurrió en países de bajos recursos, de los cuales 1,8% de las mujeres fueron diagnosticadas y 1,3% murieron de la enfermedad antes de 75 años, en ausencia de causas competitivas de muerte. Por el contrario, en los países con mayores recursos, las tasas acumuladas de incidencia de cáncer cervical y la mortalidad fue de dos a cuatro veces menor que la de países de bajos recursos (1).

En Colombia, el total de casos de cáncer de cérvix para 2012 según estimaciones de IARC fue de 4.661 casos para una incidencia ajustada de 18,7 afectadas por 100.000 habitantes (2), en datos de 2015 de la resolución 247(3) el total de casos nuevos de cáncer de cérvix invasivo fue de 1.556 para una incidencia de 6,4 por 100.000 mujeres (4). Adicionalmente en Colombia el riesgo de esta patología en poblaciones con diagnóstico de SIDA está por encima del de otros países (5). Es de resaltar que la cobertura de citología cervicovaginal ha aumentado recientemente entre mujeres de 25 a 69 años de edad con cifras cercanas al 76%; no obstante, se han identificado problemas adicionales relacionados con el acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento (6).

Existen variables importantes en la incidencia y mortalidad del cáncer cervical en diferentes regiones del mundo. Estas variables que explican las diferencias geográficas observadas incluyen el acceso a programas de detección (que permiten detección temprana y tratamiento oportuno de lesiones precancerosas), prevalencia de VPH y prevención efectiva (como vacunación contra el VPH) (7).

En países de altos ingresos donde los programas de detección se han introducido e implementado durante décadas, la incidencia se ha reducido en un 4% anual y en un total de 70%, pero todavía se observa una tasa constante o incluso una mayor incidencia en países sin pruebas de detección, falta de pruebas de calidad o cobertura de detección baja (7).

La prevalencia diferente del VPH es uno de los factores más importantes para variaciones geográficas en la incidencia de cáncer cervical. Por ejemplo, el VPH es más frecuente en África y América Latina que en América del Norte, Europa, y Asia (8).

La falta de detección precisa de lesiones por citología y falta de seguimiento de los resultados anormales de la citología también son responsables de la alta incidencia de cáncer cervical en países menos desarrollados (9).

El tratamiento de las lesiones precancerosas detectadas por inspección microscópica de células raspadas del cuello uterino ha sido el paradigma de la prevención secundaria de cáncer cervical durante medio siglo.

Aunque la detección citológica indudablemente ha llevado a una disminución importante en la carga de cáncer de cuello uterino en varios países ricos en recursos, el método podría haber alcanzado sus límites, con informes de varios países con alta calidad de larga data (10).

Los estudios han demostrado que la detección con pruebas de VPH protege mejor contra futuras lesiones precancerosas cervicales y cánceres invasivos que la detección por citología (11) y, por lo tanto, los programas de detección virológica son cada vez más recomendados (12).

Dada la disponibilidad de estas nuevas herramientas preventivas, los expertos en salud pública tienen el desafío de definir estrategias integrales que combinan la vacunación contra el VPH y la detección de cáncer de cuello uterino que se ajustan a poblaciones objetivo dentro de los límites de rentabilidad.

Por otro lado, el método de estudio de las mujeres con citología cervical anormal es la revisión con colposcopio y toma de biopsia de las zonas atípicas. En la literatura se han encontrado algunos reportes en los cuales no existe correlación diagnóstica en el resultado de la citología colposcopia y biopsia, los cuales son considerados como sistemas complementarios para las pacientes con patología cervical (13). Los resultados de los diferentes estudios realizados respecto a la validez de estas pruebas de detección aún no son del todo concluyentes. Como es lógico, debe existir concordancia entre dos métodos que pretenden clasificar morfológicamente una misma lesión y cada laboratorio deberá establecer y mejorar sus propios índices de correlación (14).

Los hallazgos con colposcopia y biopsia de cérvix en mujeres con sospecha de lesión precursora de neoplasia cervical son importantes de conocer en nuestro medio con el fin de determinar las frecuencias de dichas lesiones y la necesidad de implementar y mejorar dichos procedimientos diagnósticos para detectar oportunamente y de esta manera disminuir la morbimortalidad. Así mismo, es necesario aportar evidencias respecto a la utilidad en términos de concordancia, exactitud, efectividad, seguridad o pertinencia de las diferentes herramientas diagnósticas para la detección de lesiones premalignas del cérvix.

Dado que se requiere identificar elementos relacionados con el diagnóstico, para la planeación adecuada de los servicios de salud frente al tratamiento y el abordaje en general, el objetivo del presente trabajo es determinar la relación entre la colposcopia y la biopsia en el diagnóstico de cáncer de cérvix en pacientes de 18 a 59 años, de la ciudad de Barranquilla, durante enero a junio de 2019:

Materiales y métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, longitudinal retrospectivo. El área de estudio fue el Servicio de diagnóstico ginecológico de la Clínica Semin de Barranquilla y el área de Patología, donde se tomaron 565 colposcopias y de estas se tomaron 53 biopsias de pacientes atendidas entre enero y junio de 2019, siendo esta una muestra no probabilística.

Para la realización del estudio se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Mujeres mayores de 18 años.
- Con lectura de biopsia dentro del periodo de estudio.
- Con informe de colposcopia en la misma institución.

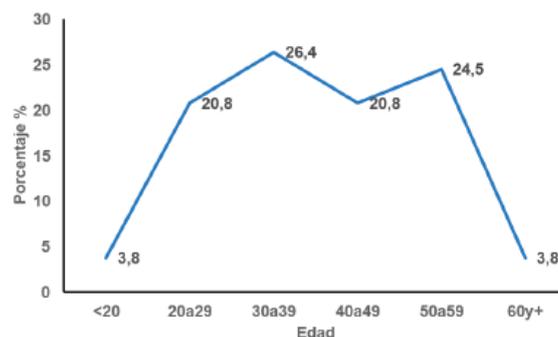
No se incluyeron registros incompletos. Los datos de los registros primeramente en patología para los resultados de las biopsias y posteriormente y de manera retrospectiva, los registros colposcópico, se llevaron directamente a una base de datos en Excel (no se empleó formulario), para su tabulación, sistematización y posterior análisis.

En todo momento hubo respeto por la confidencialidad de los datos. No se publican ni se divulgan nombres, por lo que hubo acogimiento a las Normas de Buenas Prácticas Clínicas en Investigación.

Resultados

Se encontró que, de las 53 pacientes estudiadas el promedio de edad fue de 40,3 años (DE+/-: 12,8), observándose que la mayoría, el 26,4% tenía entre 30 y 39 años, porcentaje seguido por las de 50 a 59 con 24,5%. Llama la atención la presencia de dos pacientes con 19 años, incluidas en la categoría de menores de 20 (3,8%) (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribución de frecuencia de pacientes con colposcopia y biopsia atendidas en la Clínica Semin durante enero a junio de 2019, según edad



Fuente: datos tomados por las investigadoras, 2020.

79,2% de los reportes colposcópicos indicaban sugestividad para LIE de bajo grado, en 15,1% hubo cambios menores, mientras que 2 casos fueron sugestivos para LIE de alto grado y 1 caso fue reportado como neoplasia intraepitelial vaginal. Por otro lado, casi el 70% de los reportes de las biopsias indicaron LIE de bajo grado, mientras que solamente un caso fue identificado como LIE de alto grado (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de frecuencia de pacientes con colposcopia y biopsia atendidas en la Clínica Semin durante enero a junio de 2019, según resultados de la colposcopia

		N° (n=53)	%
Colposcopia	Sugestiva de LIE BG	42	79,2
	Sugestiva para cambios menores	8	15,1
	Sugestiva para LIE AG	2	3,8
	Neoplasia intraepitelial vaginal	1	1,9
Biopsia	LIE BG, displasia leve NIC I.	37	69,8
	Exo endocervicitis crónica	10	18,9
	Muestra superficial insuficiente para diagnóstico	5	9,4
	LIE AG, displasia severa NIC III	1	1,9

Fuente: datos tomados por las investigadoras, 2020.

Los resultados encontrados fueron variados. Por un lado, el caso de la neoplasia intraepitelial vaginal determinado por colposcopia tuvo una muestra insuficiente para la biopsia; dentro de las que fueron sugestivas para LIE de bajo grado, se confirmó este diagnóstico en 71,4% de los casos mientras que en 19% de estos la biopsia indicó exo o endocervicitis crónica. En 75% de los casos sugestivos para cambios menores 75% fueron identificadas como NIC I por la biopsia y sólo uno de los casos identificado como sugestivo para LIE de alto grado fue catalogado como NIC III por la biopsia (Tabla 2).

Tabla 2. Relación entre los resultados de colposcopia y biopsia en mujeres atendidas en la Clínica Semin durante enero a junio de 2019

Colposcopia	Exo endocervicitis crónica	LIE AG, displasia severa NIC III	LIE BG, displasia leve NIC I	Muestra insuficiente
Neoplasia intraepitelial vaginal (n=1)	0%	0%	0%	100%
Sugestiva de LIE BG (n=42)	19,0%	0,0%	71,4%	9,5%
Sugestiva para cambios menores (n=8)	25,0%	0,0%	75,0%	0,0%
Sugestiva para LIE AG (n=2)	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%

Fuente: datos tomados por las investigadoras, 2020.

Al agrupar los resultados sin tener en cuenta los casos en que la muestra para la biopsia fue insuficiente, se tiene que en los dos casos en que la colposcopia encontró LIE de alto grado, uno fue encontrado como tal por la biopsia mientras que el otro no, y todos los casos catalogados por el primer procedimiento como LIE de bajo grado o cambios menores, también fueron determinados así por la biopsia (Tabla 3), para una sensibilidad de 100%, una especificidad de 97,8%, pero con un valor predictivo positivo de 50% y un valor predictivo negativo de 100%.

Tabla 3. Relación agrupada entre los resultados de colposcopia y biopsia en mujeres atendidas en la Clínica Semin durante enero a junio de 2019

	LIE AG	Biopsia		Total
		LIE BG/ Exo endocervicitis		
Colposcopia	LIE AG	1	1	2
	LIE BG/Cambios menores	0	46	46
	Total	1	47	48

Fuente: datos tomados por las investigadoras, 2020.

Discusión

La colposcopia es un método que se ha usado en el tamizaje para la detección de lesiones precursoras (15); sin embargo, a pesar de que cuenta con una buena especificidad, los porcentajes de falsos negativos y falsos positivos pueden ser variables (16). En el presente trabajo a nivel porcentaje se podría decir que hubo un 50% de falsos positivos, pero cuando se miran los números absolutos este valor corresponde a un solo registro, por lo que su representatividad no es muy alta; sin embargo, en la literatura se reportan porcentajes de falsos negativos de 10-55% (17), y usualmente son debidos a errores de muestreo, donde la citología es inadecuada por ausencia de epitelio exocervical.

Por otro lado, se puede decir que no hubo falsos positivos, ya que todos los casos reportados por la biopsia como negativos, también fueron reportados como tal por la colposcopia. Al respecto, en la literatura se ha documentado que los casos en los que no se demuestra lesión en la biopsia pueden ser resultado de error en el muestreo colposcópico o falta de control de calidad en el material histopatológico (18).

Según Dhakal y colaboradores (18) algunas LIE BG pueden revertirse antes de que se tome la biopsia, lo cual justifica los falsos negativos. Este mismo autor mencionó que dos terceras partes de los errores diagnósticos son histológicos y la mitad de errores por interpretación citológica.

En los casos en los cuales existe reporte de lesión más severa en el diagnóstico histológico que en el citológico se pueden explicar por la asociación vertical de las lesiones, en las que en LIE AG están cubiertas por el VPH que descama las citologías. Por esta razón se recomienda que a todas las pacientes con el virus (aunque sólo requieran seguimiento) se les realice colposcopia para descartar estos vínculos y la existencia en otras áreas de LIE de alto grado (19). Es necesario, en todo caso, implantar en los laboratorios de citopatología controles de calidad estrictos, entre los que se encuentran, principalmente, el seguimiento de los casos y la correlación citohistológica, aunque ésta es un requisito, no se lleva a cabo de forma rutinaria y adecuada, sin comparar las discrepancias diagnósticas por los efectos adversos que puedan tener sobre el paciente (20).

Las discrepancias citohistológicas pueden ser consecuencia de errores de rastreo, interpretación, fallas de muestreo citológico o histológico, o por regresión espontánea de la lesión. Existen acciones a seguir en casos de discrepancias, los cuales deberían implantarse como actividades de rutina en todos los laboratorios.

Dentro de las dificultades que se encontraron fue que no todas las pacientes tenían resultado de citología cervicovaginal (CCV) al momento de realizar la colposcopia y aquellas que sí tenían resultado no era clara la indicación para la realización de la colposcopia por lo cual no se incluyeron los resultados de las CCV y no se realizó correlación con la colposcopia y biopsia. Es bien conocido que la indicación de realizar colposcopia es ante un resultado anormal en la citología cervicovaginal (ASCUS, LIE-BG, LIE-AG), ya que esta es una de las pruebas de tamizaje para el hallazgo de lesiones premalignas para cáncer de cérvix y que marcan la pauta para hacer una colposcopia.

Por otro lado, es necesario indicar que en un principio se había contemplado la posibilidad de correlacionar todas las colposcopias hechas durante el período, pero la limitante de esto estuvo en que sólo las reportadas fueron las que tenían lectura de biopsia. Así mismo, se había contemplado la posibilidad de estratificar el resultado principal por edad y método de planificación familiar, pero ante el número reducido de registros positivos, se descartó esta posibilidad.

Conclusiones

La mayoría de las participantes tenían entre 20 y 59 años. Por otro lado, en los resultados colposcópicos solamente tres casos fueron sugestivos de lesiones de alto grado (uno de ellos como neoplasia intraepitelial vaginal que en la biopsia resultó con muestra insuficiente), y en los resultados de la biopsia solamente hubo una LIE de alto grado, por lo que al correlacionar la sensibilidad fue alta, pero el valor predictivo positivo fue bajo, dado el tamaño de la muestra y los números dentro de las casillas de las tablas.

Referencias

1. Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, de Sanjosé S, Saraiya M, Ferlay J, Bray F. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *The Lancet Global Health*, 2020; 8(2): e191-e203. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31812369/>
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015; 136(5): E359-386. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25220842/>
3. Ministerio de Salud. Resolución 247 [Internet]. Bogotá: 2014. Recuperado de: http://www.imprenta.gov.co/diariop/diario2.mostrar_norma?p_tipo=03&p_numero=000247&p_fecha=03/02/2014&p_consec=1330600
4. Acuña L, Sánchez P, Uribe D, Pulido D, Valencia O. Situación del cáncer en Colombia 2015 [Internet]. 2015a ed. Bogotá D.C.: Cuenta de Alto Costo; 2015; p. 336 Recuperado de: https://www.consultorsalud.com/wp-content/uploads/2017/02/situacion_del_cancer_en_colombia_2015.pdf
5. Uribe Parra D, Pulido D, Lopes G, Sánchez Martínez P, Merchán LA, Estupinan OV, et al. Cancer Incidence in Patients Diagnosed with Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in Colombia. *J AIDS Clin Res*. 2017. <https://www.hilarispublisher.com/abstract/cancer-incidence-in-patients-diagnosed-with-acquired-immunodeficiency-syndrome-aids-in-colombia-32201.html>
6. Piñeros M, Cendales R, Murillo R, Wiesner C, Tovar S. Cobertura de la citología de cuello uterino y factores relacionados en Colombia, 2005. *Rev Salud Pública*. 2007; 9(3): 327-41. <https://scielosp.org/pdf/rsap/2007.v9n3/327-341/es>
7. Torre LA, Siegel RL, Ward EM, Jemal A. Global cancer incidence and mortality rates and trends—An update. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*. 2016; 25(1): 16-27. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26667886/>
8. Bruni L, Diaz M, Castellsagué M, Ferrer E, Bosch F, de Sanjosé S. Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: Meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings. *The Journal of Infectious Diseases*, 2010; 202(12): 1789-1799. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21067372/>
9. Leyden W, Manos M, Geiger A, Weinmann S, Mouchawar J, Bischoff K, Taplin S. Cervical cancer in women with comprehensive health care access: Attributable factors in the screening process. *Journal of the National Cancer Institute*, 2005; 97(9): 675-683. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15870438/>
10. De Kok IM, van der Aa MA, van Ballegooijen M, et al. Trends in cervical cancer in the Netherlands until 2007: has the bottom been reached? *Int J Cancer* 2011; 128: 2174-81.

