

revisiones en

CÁNCER

Clasificación Figo

Figo classification

10.20960/revcancer.00084

11/18/2024

Clasificación Figo

Figo classification

Cristina Pernaut Sánchez¹, Jesús García-Donas Jiménez²

¹Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés, Madrid. ² HM Hospitales. Centro Integral Oncológico HM Clara Campal. Madrid

Correspondencia: Cristina Pernaut Sánchez. Hospital Universitario Severo Ochoa. Avda. de Orellana, s/n. 28914 Leganés, Madrid

e-mail: c_pernaut@hotmail.com

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Inteligencia artificial: los autores declaran no haber usado inteligencia artificial (IA) ni ninguna herramienta que use IA para la redacción del artículo.

RESUMEN

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) realiza una actualización periódica sobre los diferentes tumores ginecológicos, que incluye su clasificación. La utilización de una clasificación estandarizada es fundamental para poder estandarizar y avanzar en el conocimiento y el manejo de los tumores ginecológicos. Las clasificaciones han ido actualizándose en paralelo al progreso en los conocimientos de la clínica, la anatomía patológica, la radiología y la biología molecular de estos tumores. En 2023, por primera vez, se han tenido en cuenta datos de alteraciones moleculares para clasificar el cáncer de endometrio y los carcinosarcomas.

Palabras clave: Clasificación FIGO. Tumores ginecológicos. Estadificación.

ABSTRACT

International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) periodically updates the different gynecologic tumors, including their classification. The use of a standardized classification is essential in order to standardize and advance the knowledge and management of gynecologic tumors. The classifications have been updated in parallel with progress in the knowledge of the clinical, pathological anatomy, radiology and molecular biology of these tumors. In 2023, for the first time, data on molecular alterations have been considered to classify endometrial cancer and carcinosarcomas.

Keywords: FIGO classification. Gynecologic tumors. Staging.

INTRODUCCIÓN

La FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) realiza una actualización periódica sobre el conocimiento de los distintos tumores ginecológicos, que incluye también un sistema de clasificación (1-7). Disponer de un sistema de clasificación estandarizado es fundamental a la hora de realizar estudios epidemiológicos, ensayos clínicos y continuar avanzando en el conocimiento de estos tumores. La clasificación de los tumores de vagina (4) y la de los sarcomas uterinos (6) se remontan a 2009, mientras que otras han ido actualizándose posteriormente (la de la enfermedad trofoblástica gestacional, en el año 2000 [7]; las de ovarios y de trompas de Falopio y peritoneo se actualizaron en 2014 [1]; la de cuello uterino, en 2018 [3], y la de vulva, en 2021 [5]). La última en actualizarse ha sido la de cáncer de endometrio y carcinosarcomas, en 2023 (2), y es la primera que incluye parámetros moleculares a la hora de clasificarlos.

CLASIFICACIÓN FIGO DE LOS DISTINTOS TUMORES GINECOLÓGICOS

Cáncer de ovarios, de trompas de Falopio y de peritoneo

Las clasificaciones FIGO de cáncer de ovarios, de trompas de Falopio y de peritoneo se actualizaron por última vez en 2014. Aunque la tomografía axial computarizada (TAC) puede permitirnos valorar la diseminación peritoneal, la clasificación requiere una estadificación quirúrgica. Debe recogerse el subtipo histológico. Los tumores germinales ováricos tienen su propia clasificación (1) (Tabla I).

Tabla I. Clasificación FIGO de cáncer de ovarios, trompas de Falopio y peritoneo (1)

Estadio I. Tumor confinado al ovario o a la(s) trompa(s) de Falopio
IA: tumor limitado a un ovario (con cápsula intacta) o a la trompa de Falopio, sin células tumorales en la superficie del ovario o de la trompa de Falopio y sin células tumorales en el líquido ascítico o en lavados peritoneales
IB: tumor limitado a ambos ovarios (con cápsulas intactas) o a las trompas de Falopio, sin células tumorales en la superficie de los ovarios o de las trompas de Falopio y sin células tumorales en el líquido ascítico o en lavados peritoneales
IC: tumor limitado a uno o a ambos ovarios o trompas de Falopio más cualquiera de las siguientes:
IC1: rotura quirúrgica
IC2: la cápsula estaba rota antes de la cirugía o hay células tumorales en la superficie del ovario o de la trompa de Falopio
IC3: células malignas en el líquido ascítico o en lavados peritoneales
Estadio II. Tumor que afecta a uno o ambos ovarios o trompas de Falopio y que se extiende a la pelvis (por debajo del estrecho superior de la pelvis) o peritoneal
IIA: extensión o implantes en el útero, las trompas de Falopio o los ovarios
IIB: extensión o implantes en los tejidos pelvianos

intraperitoneales
Estadio III. Tumor que afecta a uno o ambos ovarios o trompas de Falopio o cáncer peritoneal con metástasis peritoneales confirmadas en la microscopía fuera de la pelvis o metástasis en ganglios linfáticos retroperitoneales
IIIA1: solo afectación de ganglios linfáticos retroperitoneales*
IIIA1 (i): metástasis de ≤ 10 milímetros
IIIA1 (ii): metástasis de > 10 milímetros
IIIA2: afectación peritoneal microscópica extrapélvica, con o sin metástasis en ganglios linfáticos
IIIB: afectación peritoneal macroscópica extrapélvica de ≤ 2 cm de diámetro mayor, con o sin metástasis en ganglios linfáticos
IIIC: afectación peritoneal macroscópica extrapélvica de > 2 cm de diámetro mayor, con o sin metástasis en ganglios linfáticos (incluyendo extensión tumoral a la cápsula hepática y el bazo sin compromiso parenquimatoso de ninguno de los órganos)
Estadio IV. Metástasis a distancia excluyendo metástasis peritoneales
IVA: derrame pleural con citología positiva
IVB: metástasis parenquimatosas y a órganos extraabdominales (incluyendo adenopatías inguinales y adenopatías fuera de la cavidad abdominal) †

*La afectación ganglionar retroperitoneal debe demostrarse citológica o histológicamente. †La extensión directa del tumor del omento al bazo o el hígado (estadio IIIC) debe distinguirse de las metástasis parenquimatosas esplénicas o hepáticas (estadio IVB). Si es posible, debe señalarse siempre el posible origen del tumor primario. Los niveles séricos de Ca125 pueden ayudar a predecir quimiosensibilidad, pero no contribuyen a la estadificación.

Cáncer de endometrio y carcinosarcomas

La clasificación FIGO de cáncer de cuerpo uterino y carcinosarcomas se actualizó en 2023. En 2021 se creó un subcomité de Estadificación del Cáncer Uterino con el objetivo de revisar la clasificación previa, de 2009. A grandes rasgos, la clasificación de la FIGO ha pasado de describir solo la diseminación anatómica del tumor a incluir numerosos parámetros anatomopatológicos y algunas alteraciones moleculares. En la clasificación de 2023 se recomienda, para todos los estadios, recoger el grado, el tipo histológico y, si existe, qué grado de invasión linfovascular. Además, si es posible, también debe recogerse la información de los test de clasificación molecular (*POLEmut*, *MMRd*, *NSMP* y *p53abn*). Uno de los hitos más relevantes de los últimos años en el conocimiento de la biología del cáncer de endometrio fue la clasificación en subtipos moleculares de TCGA (the Cancer Genome Atlas Program). En esta clasificación se incluyen cuatro grandes subgrupos moleculares (2):

1. *POLE* o ultramutados: independientemente del estadio, tienen un pronóstico excelente.
2. Inestabilidad de microsatélites alta (*MMRd*) o hipermutados.
3. Alto número de copias (*SCNA-high*) o serosos-like: suelen tener una baja tasa de mutaciones y muy frecuentemente se asocian con mutaciones en *TP53* y un pronóstico desfavorable. La mayoría corresponde a tumores serosos, pero también hay algunos endometrioides de alto grado y carcinosarcomas.
4. Bajo número de copias (*SCNA-low*): tiene una baja carga de alteraciones moleculares y baja tasa de mutaciones. En este subgrupo el grado histológico y la expresión de receptores de estrógeno tienen impacto pronóstico.

En la práctica real, lo más habitual es que la clasificación se realiza empleando técnicas subrogadas de inmunohistoquímica (*p53*, *MSH6* y

PMS2) y un test molecular (análisis de mutaciones patogénicas de *POLE*) (2).

Existe un 5 % de tumores que exhiben más de un rasgo. Se les define como “clasificadores múltiples”. En los casos de tumores en los que coexisten mutaciones de *POLE* o *MMRd* con *p53abn*, retienen el buen pronóstico de *POLEmut* o *MMRd*, y como tales deben ser clasificados. Todavía hay información limitada sobre los tumores que exhiben simultáneamente *POLEmut* y *MMRd* (2).

En la tabla II encontramos la nueva clasificación de 2023, y en la tabla III, la clasificación de los estadios precoces (I y II) con base en los parámetros moleculares (2):

Tabla II. Clasificación FIGO de cáncer de endometrio^{*,†}

Estadio I. Tumor confinado al cuerpo del útero y el ovario
IA. Tumor limitado al endometrio o de tipo histológico no agresivo, con invasión de menos de la mitad del miometrio sin compromiso del espacio linfovascular o con compromiso focalizado del espacio linfovascular o con enfermedad de buen pronóstico
IA1: tipo histológico no agresivo [‡] limitado a un pólipo endometrial o al endometrio
IA2: tipo histológico no agresivo que compromete menos de la mitad del miometrio con o sin invasión focal del espacio linfovascular
IA3 [§] : carcinomas endometriales endometrioides de bajo grado limitados al útero y los ovarios
IB: tipo histológicos no agresivos [‡] con invasión de la mitad o más del miometrio, sin invasión del espacio linfovascular
IC: tipos histológicos agresivos limitados a un pólipo endometrial o al endometrio
Estadio II. Invasión del estroma cervical sin extensión fuera del útero o con invasión significativa del espacio linfovascular o tipos histológicos agresivos con invasión miometrial

IIA: invasión del estroma cervical por tipos histológicos no agresivos
IIB: invasión del espacio linfovascular significativa ^l de tipos histológicos no agresivos
IIC: tipos histológicos agresivos con cualquier tipo de compromiso miometrial
Estadio III. Diseminación local o regional del tumor de cualquier subtipo histológico
IIIA: invasión de la serosa uterina, los anejos o ambos (extensión directa o metástasis)
IIIA1: diseminación al ovario o a las trompas de Falopio (excepto cuando se cumplen los criterios para estadio IA3)
IIIA2: invasión de la subserosa uterina o diseminación a través de la serosa uterina
IIIB: metástasis o invasión directa de la vagina o a los parametrios o el peritoneo pélvico
IIIB1: metástasis o invasión directa de la vagina o a los parametrios
IIIB2: metástasis al peritoneo pélvico
IIIC: metástasis a los ganglios pélvicos o paraaórticos
IIIC1: metástasis a los ganglios pélvicos
IIIC1(i): micrometástasis [¶]
IIIC1(ii): macrometástasis**
IIIC2: metástasis a los ganglios paraaórticos hasta los vasos renales, con o sin afectación de los ganglios pélvicos
IIIC2(i): micrometástasis [¶]
IIIC2(ii): macrometástasis**
Estadio IV. Diseminación a la mucosa de la vejiga o mucosa intestinal o metástasis a distancia
IVA: invasión de la mucosa de la vejiga o de la mucosa intestinal
IVB: metástasis abdominales peritoneales más allá de la pelvis
IVC: metástasis a distancia, incluyendo metástasis a cualquier ganglio linfático extraabdominal o intraabdominal por encima de

*El cáncer de endometrio se estadia quirúrgicamente y se examina patológicamente. En todos los estadios debe registrarse el grado de la lesión, el tipo histológico y la invasión del espacio linfvascular. Si está disponible y es factible, se recomiendan las pruebas de clasificación molecular (*POLEmut*, MMRd, NSMP y p53abn) para disponer de una clasificación pronóstica en grupos de riesgo y como factor que puede influir en la toma de decisiones para la adyuvancia y el tratamiento sistémico. †En el cáncer de endometrio localizado, el procedimiento quirúrgico estándar es la histerectomía total con salpingooforectomía bilateral vía laparoscópica. Los procedimientos de estratificación incluyen omentectomía infracólica en histologías específicas, como los carcinomas serosos e indiferenciados, así como en el carcinosarcoma, por el riesgo de micrometástasis en el omento. La estadificación ganglionar debe hacerse en las pacientes con riesgo intermedio-alto y riesgo alto. La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) puede ser adecuada como alternativa a la linfadenectomía sistemática para este propósito. La BSGC puede considerarse también en las pacientes de bajo riesgo o riesgo bajo-intermedio para detectar metástasis ganglionares ocultas y para detectar la enfermedad verdaderamente confinada al útero. ‡Se consideran histologías no agresivas los carcinomas de endometrio endometrioides de grado 1 y 2. Se consideran histologías agresivas los carcinomas endometrioides de grado 3, los carcinomas serosos, los carcinoma de células claras, mixtos, los carcinomas de tipo mesonéfrico, los carcinomas endometriales mucinosos de tipo gastrointestinal, los carcinomas indiferenciados y el carcinosarcoma. Debe tenerse en cuenta que los carcinomas endometrioides de grado 3 son una enfermedad pronóstica, clínica y molecularmente muy heterogénea, y es el subtipo que más se beneficia de aplicar una clasificación molecular. §Los carcinomas endometriales de bajo grado que infiltran tanto el endometrio como el ovario (estadio IA3) se consideran de bajo riesgo y deben distinguirse de la diseminación de

un extenso carcinoma al ovario (estadio IIIA1), para lo que deben cumplir los siguientes requisitos: 1) invasión miometrial < 50 %, 2) ausencia de invasión del espacio linfvascular extensa/significativa, 3) ausencia de metástasis adicionales y 4) tumor ovárico unilateral, limitado al ovario, sin invasión/rotura de la cápsula. [¶]La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 2021 *invasión del espacio linfvascular significativa* como la presencia de ≥ 5 vasos involucrados. [¶]Las micrometástasis se consideran afectación metastásica (pN1[mi]). El pronóstico de las células tumorales aisladas es incierto y debe ser documentado como pN0(i+). ^{**}Según el manual de la octava estadificación de la American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Tabla III. Estadificación de la FIGO según la clasificación molecular en cáncer de endometrio precoz (2)

Estadio	Hallazgos moleculares en tumores precoces (estadio I y II tras estadificación quirúrgica)
I _{Am_{POLE}m_{ut}}	Carcinoma con mutación en POLE, confinado al cuerpo uterino, con extensión al cuello uterino, independientemente de la invasión linfvascular o el subtipo histológico
II _{Cm_{p53abn}n}	Carcinoma p53 _{abn} confinado al cuerpo uterino con algún grado de invasión del miometrio, con o sin invasión cervical, e independientemente del grado de invasión linfvascular o el subtipo histológico

En los cánceres de endometrio precoces (estadios I y II), la estadificación debe ser quirúrgica y esta puede verse modificada por los marcadores moleculares.

Siempre que sea posible y en todos los estadios, debe realizarse la clasificación molecular. Debe añadirse la letra eme (m) antes de

indicar la alteración molecular detectada. Las determinaciones moleculares pueden ser realizadas tanto en la biopsia como en la pieza de histerectomía. Aunque MMRd o NSMP no modifiquen la clasificación, también deben indicarse (por ejemplo, estadio II_{MMRd}). En los estadios III o IV basados en hallazgos quirúrgicos o radiológicos, las alteraciones moleculares no modifican el estadio, pero también deberían indicarse (2).

Esta actualización de 2023 de la estadificación FIGO del cáncer de endometrio está siendo objeto de un intenso debate (8-14). Hay consenso en que hay aspectos positivos, como que se tenga en cuenta la carga de afectación tumoral ganglionar (8). Se considera ventajoso otro aspecto de la nueva clasificación cuando existe una afectación sincrónica del endometrio y del ovario (9,10). Con la clasificación de 2023 se tiene en cuenta el subtipo histológico y ciertos parámetros anatomopatológicos (porcentaje de invasión miometrial, invasión linfovascular, etc.), lo que evita el sobretreatmento en algunos tumores endometrioides de bajo grado que con la clasificación actual se gradarían como estadio IA3, ya que se sabe que su pronóstico es mejor que el de otros subtipo histológicos (8,11).

Sin embargo, hay voces críticas que afirman que la estadificación va a convertirse en algo mucho más complejo y menos reproducible. En primer lugar, la aplicación de la clasificación molecular no es factible en todos los centros a lo largo del mundo, y esto puede crear una brecha en el manejo de las pacientes, puede dificultar la recopilación de datos epidemiológicos y crear dificultades a la hora de reclutar pacientes en ensayos clínicos (8). Por otra parte, incluye parámetros anatomopatológicos para los que todavía no existe un consenso unánime. Por ejemplo, hay diferentes definiciones para la cuantificación del grado de invasión linfovascular (8,12). La clasificación de la FIGO de 2023 emplea la de la OMS de 2020, pero existen otras (como las de la NCCN o la ICCR) con diferentes puntos

de corte. Otro parámetro controvertido es la definición de invasión de la subserosa uterina.

En cuanto a la clasificación molecular, la FIGO no especifica la metodología que debe emplearse, y puede causar efectos deletéreos por las variantes en la detección de las alteraciones de *TP53*, las anomalías en *MMR* y las mutaciones en *POLE*. En general, lo más habitual es combinar técnicas inmunohistoquímicas con la secuenciación de *POLE*. Sin embargo, estas técnicas subrogadas muchas veces implican problemas de acceso, interpretación y reporte. Por otra parte, la secuenciación de *POLE* ha pasado de limitarse a puntos calientes a estudios de secuenciación de exoma completo incluida en paneles de secuenciación de nueva generación, lo que genera la controversia del manejo de las variantes de significado incierto (8,13).

En algunos artículos se menciona que los anatomopatólogos estaban infrarrepresentados en el subcomité de Estadificación del Cáncer Uterino de la FIGO (8,14).

Cáncer de cuello uterino

La clasificación FIGO de cáncer de cuello uterino se actualizó por última vez en 2018. La estadificación se realiza en función de los criterios clínicos, radiológicos y patológicos disponibles. En cuanto a las técnicas radiológicas, se permite el empleo de distintas modalidades: ecografía, resonancia magnética nuclear (RMN), tomografía axial computarizada (TAC) o tomografía por emisión de positrones (PET).

La vejiga y el recto deben evaluarse mediante cistoscopia y sigmoidoscopia en pacientes sintomáticas. La cistoscopia además está recomendada en caso de crecimiento tumoral hacia la cara anterior de la vagina. La sospecha de infiltración de la vejiga o el recto debe confirmarse anatomopatológicamente (3) (Tabla IV).

Tabla IV. Clasificación FIGO de cáncer de cérvix de 2018 (3)

Estadio I. Carcinoma limitado al cuello uterino (debe descartarse extensión al cuerpo uterino)
IA: carcinoma diagnosticado por microscopía, con una profundidad de invasión ≤ 5 mm*
IA1: invasión estromal ≤ 3 mm de profundidad
IA2: invasión estromal > 3 mm pero ≤ 5 mm de profundidad
IB: invasión estromal > 5 mm de profundidad con lesión limitada al cuello uterino [†]
IB1: lesión > 5 mm de profundidad y ≤ 2 cm de diámetro máximo
IB2: lesión > 2 y ≤ 4 cm de diámetro máximo
IB3: lesión > 4 cm de diámetro máximo
Estadio II. Extensión del tumor más allá del útero, pero sin extensión al tercio inferior de la vagina o a la pared de la pelvis
IIA: afectación de hasta los tercios superiores de la vagina sin compromiso de parametrios
IIA1: lesión ≤ 4 cm de diámetro máximo
IIA2: lesión > 4 cm de diámetro máximo
IIB: compromiso parametrial pero no afectación de la pared de la pelvis
ESTADIO III. El tumor invade el tercio inferior de la vagina o causa hidronefrosis o riñón no funcionando o invade la pared de la pelvis o afecta a los ganglios paraaórticos
IIIA: extensión a tercio inferior de la vagina, pero no afectación de la pared de la pelvis
IIIB: extensión a la pared de la pelvis o hidronefrosis o riñón no funcionando (excepto que se conozca otra causa)
IIIC: afectación de ganglios linfáticos pélvicos o paraaórticos (incluyendo micrometástasis) [‡] , independientemente del tamaño y de la extensión del tumor (con anotación de <i>r</i> y <i>p</i>) [§]
IIIC1: solo metástasis en ganglios linfáticos pélvicos

IIIC2: metástasis en ganglios linfáticos paraaórticos
Estadio IV. El carcinoma se extiende más allá de la pelvis verdadera o invade la mucosa del recto o la vejiga (probado con biopsia)
IVA: diseminación a órganos pélvicos adyacentes
IVB: diseminación a órganos a distancia

*Deben usarse estudios de radiología y anatomía patológica si estuviesen disponibles. Pueden utilizarse para complementar los hallazgos clínicos para determinar el tamaño tumoral y la extensión en todos los estadios. Los hallazgos anatomopatológicos se consideran más importantes que los radiológicos y clínicos. La profundidad de la invasión debe medirse desde la base del epitelio (superficial o glandular) del que se origina. †El compromiso del espacio vascular (venoso o linfático) no debe alterar la estadificación. La extensión lateral de la lesión ya no se tiene en cuenta. ‡La presencia de células tumorales aisladas no cambia el estadio, pero debe reflejarse. §Debe añadirse la letra *r* (radiográfico) o *p* (patológico) para indicar el método empleado para el diagnóstico del estadio IIIC. Debe documentarse el tipo empleado de modalidad de técnica de imagen o patología. Si hubiese dudas, debe asignarse el menor estadio.

Cáncer de vagina

La clasificación FIGO de cáncer vagina se actualizó por última vez en 2009. Aunque se trata de una clasificación clínica, la FIGO recomienda emplear técnicas radiológicas (TC, RMN o PET) para guiar la elección del tratamiento. Los hallazgos radiológicos deben quedar registrados como un complemento a la clasificación clínica de la FIGO (4) (Tabla V).

Tabla V. Clasificación FIGO de cáncer de vagina (4)

Estadio I. Tumor limitado a la vagina
Estadio II. El tumor invade los tejidos paravaginales, pero no la

pared pélvica
Estadio III. El tumor se extiende a la pared pélvica o al tercio inferior de la vagina o causa hidronefrosis o riñón no funcionando, con o sin metástasis a ganglios inguinales
Estadio IV. El tumor se extiende más allá de la pelvis verdadera o compromete la mucosa de la vejiga o el recto o hay metástasis a distancia
IVA. El tumor se extiende más allá de la pelvis verdadera o compromete la mucosa de la vejiga o del recto
IVB: Metástasis a distancia

Cáncer de vulva

La clasificación FIGO de cáncer de vulva se actualizó en 2021 y es aplicable a la mayoría de cánceres vulvares, exceptuando el melanoma vulvar. El melanoma de vulva debe estadificarse empleando la clasificación de la AJCC de 2017 (5) (Tabla VI).

Tabla VI. Clasificación FIGO del cáncer de vulva (5)

Estadio I. Tumor confinado a la vulva
IA: tumor ≤ 2 cm de tamaño con invasión estromal ≤ 1 mm*
IB: tumor > 2 cm de tamaño con invasión estromal > 1 mm*
Estadio II. Tumor de cualquier tamaño que se extiende al tercio inferior de la uretra, al tercio inferior de la vagina o al tercio inferior del ano sin metástasis ganglionares
ESTADIO III. Tumor de cualquier tamaño que se extiende a la parte superior de los tejidos perineales adyacentes o a cualquier número de ganglios no fijos y no ulcerados
IIIA: tumor de cualquier tamaño que se extiende a los dos tercios superiores de la uretra, a los dos tercios superiores de la vagina, a la mucosa de la vejiga o el recto o metástasis ganglionares regionales [†] ≤ 5 mm
IIIB: metástasis ganglionares regionales [†] > 5 mm

IIIC: metástasis ganglionares regionales [†] con afectación extracapsular
Estadio IV. Tumor de cualquier tamaño fijo al hueso o cualquier número de ganglios fijos o ulcerados o metástasis a distancia
IVA: tumor fijado a los huesos pélvicos o ganglios metastáticos fijos o ulcerados
IVB: metástasis a distancia

*La profundidad de la invasión se mide desde la membrana basal de la cresta de la rete más profunda, adyacente, displásica y libre de tumor hasta el punto más profundo de la invasión. [†]Regional se refiere a ganglios linfáticos inguinales y femorales.

Sarcomas uterinos

La clasificación FIGO de sarcomas se actualizó por última vez en 2009. Los carcinosarcomas se clasifican junto con los carcinomas de endometrio. Existen dos clasificaciones para los sarcomas uterinos: por un lado, los leiomiomas y sarcomas del estroma endometrial (Tabla VII), y por otro, los adenosarcomas (Tabla VIII).

En caso de presentarse simultáneamente tumores en la cavidad uterina y en ovario/pelvis en asociación con endometriosis ovárica/pélvica, deben clasificarse como tumores primarios independientes (6).

Tabla VII. Clasificación FIGO de leiomiomas y sarcomas del estroma endometrial (6)

Estadio I. Tumor limitado al útero
IA: tumor \leq 5 cm de diámetro máximo
IB: tumor $>$ 5 cm de diámetro máximo
Estadio II. Diseminado más allá del útero, pero confinado a la pelvis
IIA: tumor que infiltra los anejos
IIB: compromiso de otros tejidos pélvicos

Estadio III. El tumor invade otros tejidos abdominales (no solo protruye al abdomen)
IIIA: una localización
IIIB: más de una localización
IIIC: metástasis en ganglios pélvicos o paraaórticos
Estadio IV
IVA: el tumor invade la vejiga o el recto
IVB: metástasis a distancia

Tabla VIII. Clasificación FIGO de adenosarcomas (6)

Estadio I. Tumor limitado al útero
IA: tumor limitado al endometrio / endocérvix sin invasión del miometrio
IB: invasión \leq 50 % del miometrio
IC: invasión $>$ 50 % miometrio
Estadio II. El tumor se extiende a la pelvis
IIA: tumor que infiltra los anejos
IIIB: tumor que se extiende a otros tejidos extrauterinos pélvicos
Estadio III. El tumor invade otros tejidos abdominales (no solo protruye al abdomen)
IIIA: una localización
IIIB: más de una localización
IIIC: metástasis en ganglios pélvicos o paraaórticos
Estadio IV
IVA: el tumor invade la vejiga o el recto
IVB: metástasis a distancia

Enfermedad trofoblástica gestacional

La clasificación FIGO de enfermedad trofoblástica gestacional se actualizó en 2000 (7) (Tabla IX).

Tabla IX. Clasificación FIGO de enfermedad trofoblástica gestacional (7)

Estadio I. Tumor trofoblástico gestacional estrictamente confinado al útero
Estadio II. Tumor trofoblástico gestacional que se extiende a los anejos o a la vagina, pero confinado al aparato genital
Estadio III. Tumor trofoblástico gestacional que metastatiza a los pulmones, con o sin afectación del tracto genital
Estadio IV. Otras localizaciones metastásicas

BIBLIOGRAFÍA

1. Berek JS, Renz M, Kehoe S, Kumar L, Friedlander M. Cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum: 2021 update. *Int J Gynecol and Obstetrics* 2021;155(S1):61-85. DOI: 10.1002/ijgo.13878
2. Berek JS, Matias-Guiu X, Creutzberg C, Fotopoulou C, Gaffney D, Kehoe S, et al. FIGO staging of endometrial cancer: 2023. *J Gynecol Oncol* 2023;34(5):e85. DOI: 10.3802/jgo.2023.34.e85
3. Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Cancer of the cervix uteri: 2021 update. *Int J Gynecol Obstet* 2021;155(S1):28-44. DOI: 10.1002/ijgo.13865
4. Adams TS, Rogers LJ, Cuello MA. Cancer of the vagina: 2021 update. *Int J Gynecol and Obstet* 2021;155(S1):19-27. DOI: 10.1002/ijgo.13867
5. Olawaiye AB, Cuello MA, Rogers LJ. Cancer of the vulva: 2021 update. *Int J Gynecol Obstet* 2021;155(S1):7-18. DOI: 10.1002/ijgo.13881
6. Mbatani N, Olawaiye AB, Prat J. Uterine sarcomas. *Int J Gynecol Obstet* 2018;143:51-8. DOI: 10.1002/ijgo.12613
7. Ngan HYS, Seckl MJ, Berkowitz RS, Xiang Y, Golfier F, Sekharan PK, et al. Diagnosis and management of gestational

trophoblastic disease: 2021 update. *Int J Gynecol Obstet* 2021;155(S1):86-93. DOI: 10.1002/ijgo.13877

8. McCluggage WG, Bosse T, Gilks CB, Howitt BE, McAlpine JN, Nucci MR, et al. FIGO 2023 endometrial cancer staging: too much, too soon? *Int J Gynecol Cancer* 2023;34(1):138-43. DOI: 10.1136/ijgc-2023-004981
9. Amin MB, Greene FL, Edge SB, Compton CC, Gershengwald JE, Brookland RK, et al. The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more “personalized” approach to cancer staging. *CA Cancer J Clin* 2017;67(2):93-9. DOI: 10.3322/caac.21388
10. Gaffney D, Matias-Guiu X, Mutch D, Scambia G, Creutzberg C, Fotopoulou C, et al. 2023 FIGO staging system for endometrial cancer: The evolution of the revolution. *Gynecologic Oncol* 2024;184:245-53. DOI: 10.1016/j.ygyno.2024.02.002
11. Schwameis R, Fanfani F, Ebner C, Zimmermann N, Peters I, Nero C, et al. Verification of the prognostic precision of the new 2023 FIGO staging system in endometrial cancer patients – An international pooled analysis of three ESGO accredited centres. *Eur J Can* 2023;193(2023):113317. DOI: 10.1016/j.ejca.2023.113317
12. Berek JS, Matias-Guiu X. Response: FIGO staging of endometrial cancer: 2023. *Int J Gynecol Obstetrics* 2023;163(1):331. DOI: 10.1002/ijgo.15046
13. Vergote I, Matias-Guiu X. New FIGO 2023 endometrial cancer staging validation. Welcome to the first molecular classifiers and new pathological variables! *Eur J Cancer* 2023;193:113318. DOI: 10.1016/j.ejca.2023.113318
14. Zheng W. 2023Molecular Classification of Endometrial Cancer and the 2023 FIGO Staging: Exploring the Challenges

and Opportunities for Pathologists. *Cancers* (Basel)
2023;15(16):4101. DOI: 10.3390/cancers15164101

revisión en
CÁNCER