

CÁNCER DE ENDOMETRIO: CAMBIOS EN LA ESTADIFICACIÓN FIGO 2023

E IMPLICACIONES PARA EL RADIÓLOGO

Marina Rozas Quesada, Ana Luisa Riaguas Almenara, Susana Solanas Alava, Andrea Senovilla Ardid,
Daniel Alejandro Cadavid Cadavid, Sofia Thais Escobar Narro, Natalia Lourdes Tobajas Ramos,
Rebeca García González.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos

1. Resumir los principales cambios introducidos en la última actualización de la clasificación del cáncer de endometrio según la FIGO 2023 y conocer sus implicaciones para el radiólogo.
 2. Ilustrar mediante casos clínicos representativos la correlación entre hallazgos por imagen y los distintos estadios FIGO 2023.
-

Epidemiología

En España el cáncer de endometrio es la 4ª neoplasia más frecuente en mujeres y la ginecológica maligna más frecuente, con una incidencia aproximada de 13.1 casos por 100.000 mujeres al año, con un pico máximo alrededor de la 6ª década de la vida y una mortalidad de 2.2 casos por 100.000 mujeres al año.

En el momento del diagnóstico entre el 75–80 % de los casos se encuentran en estadio I, con una supervivencia a 5 años cercana al 95 %. Cuando existe afectación regional la supervivencia desciende al 70–72% y en caso de enfermedad metastásica se reduce al 20% aproximadamente.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo incluyen los relacionados con una **mayor exposición a los estrógenos**:

- Menarquia precoz, menopausia tardía
 - SOP y ciclos anovulatorios
 - Nuliparidad
 - Obesidad y DM
 - THS y Tamoxifeno
 - Tumores ováricos productores de estrógenos
-

Presentación clínica

Sangrado anómalo (75-90% casos)

- **Pacientes <45 años:** estudiar si es persistente y si existen factores de riesgo.
- **Perimenopausia (45-55 años):** estudiar si pérdidas intermenstruales, menstruaciones muy frecuentes (<21 días) o menorragias prolongadas y/o abundantes (>7 días).
- **Postmenopausia:** estudiar cualquier sangrado.

Secreción vaginal anormal persistente

Dolor pélvico o abdominal: puede indicar extensión local o avanzada.

Síndrome constitucional

Diagnóstico

- 1) Anamnesis y exploración ginecológica
- 2) Ecografía transvaginal: valoración del grosor endometrial

Premenopausia:

- Fase proliferativa: >8 mm patológico
- Fase secretora: >16 mm patológico

Postmenopausia:

- >3-5 mm patológico
- >8 mm patológico si THS o Tamoxifeno

- 3) Marcadores tumorales: CA-125, HE4.
 - 4) Biopsia endometrial por aspiración o Histeroscopia
-

Técnicas de imagen

ETV

- Primera prueba en sangrado anómalo
 - Cribado de pacientes con THS o cáncer de mama en tratamiento con Tamoxifeno

TC TAP

- Estudio de extensión
- Evaluación de la respuesta

RM pélvica

- Valoración de la extensión loco regional y ganglionar
- Sospecha de cáncer de endometrio con biopsia inaccesible
- Evaluación de la respuesta

Cáncer de endometrio

Tipo I Carcinoma endometrioide (85%)

- Pre y perimenopausia. RE+
- Precedida de hiperplasia endometrial
- Bien diferenciado (G1/G2)
 - Subtipos histológicos: endometrioide
- Mutaciones: PTEN, PIK3CA, PIK3RI, KRAS
 - POLE, MMRd, NSMP
- Estadios iniciales; recurrencia local; mejor pronóstico

Tipo II Carcinoma no endometrioide (15%)

- Postmenopausia. RE-
- Asociado a atrofia endometrial o precedida de hiperplasia endometrial atípica
 - Pobremente diferenciado (G3)
 - Subtipos histológicos: seroso, células claras, carcinosarcoma, mucinoso, mesonéfrico, indiferenciado
- Mutaciones: P53
 - P53
- Estadios avanzados; recurrencia abdominal o linfática; mal pronóstico

Clasificación histológica

NO AGRESIVOS	AGRESIVOS
Carcinoma endometrioide de bajo	Carcinoma endometrioide de alto grado Carcinoma seroso Carcinoma de células claras Carcinoma mixto Carcinoma desdiferenciado Carcinosarcoma Carcinoma mesonéfrico Carcinoma tipo mucinoso intestinal

Clasificación molecular

Subgrupo	POLE mut	dMMR/MSI-alto	NSMP (pMMR/53wt)	p53abn
Marcador sustitutivo	Secuenciación POLE (dominio exonucleasa; 11 variantes patogénicas)	IHQ MMR (+/- MSI-PCR); si pérdida MLH1->metilación MLH1	Negativo para POLE/dMMR/p53abn; útil añadir ER por IHQ	P53 IHQ anómala (over/null/citoplasmática) o TP53 mut
Rasgos biológicos comunes	Ultramutado, TMB >100/MB; CNA bajas; infiltrado inmune alto	Hiperutado, TMB >10/MB; CNA bajas	TMB bajo; CNA bajas	TMB bajo; CNA altas; HER2+ 20-25%
Frecuencia aproximada	5-15%	20-30%	30-60%	10-25%
Histologías típicas	Endometrioides de alto grado	Endometrioides (a veces con ILV)	Endometrioides bajo grado; ER/PR+	Seroso, carcinosarcoma, alto grado
Pronóstico	Excelente	Intermedio	Intermedio (peor si ER-)	Desfavorable

Cambios en la estadificación FIGO 2023

La FIGO 2023 adapta la estadificación anatómica previa e **incorpora variables pronósticas** adicionales: **subtipos histológicos** (no agresivos o agresivos), la **invasión linfovascular (ILV)** y el **perfil molecular** (POLEmut, MMRd, NSMP, p53abn), capaces de modificar el estadio en fases tempranas.

- **El estadio I** se subdivide ahora en IA1-IA3, IB y IC, considerando tipos histológicos no agresivos y agresivos (IC), ILV ausente o focal (IA2), perfil molecular de buen pronóstico (POLE ultramutado) y carcinomas endometrioides de bajo grado limitados al útero y ovarios sincrónicos (IA3).
 - **El estadio II** incluye ILV sustancial (IIB) y tipos histológicos agresivos (IIC).
-

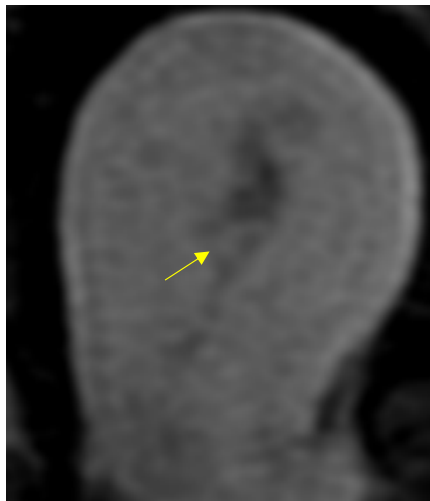
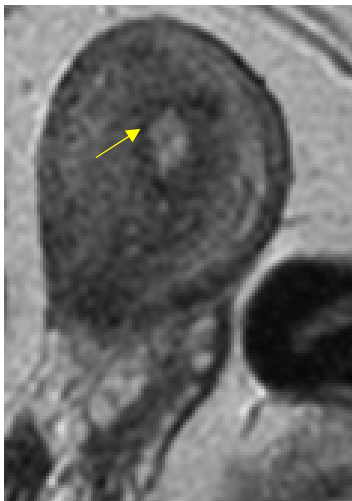
- **El estadio III** detalla la propagación al ovario o a las trompas de Falopio (IIIA1), afectación o propagación de la subserosa uterina (IIIA2); metástasis a la vagina y/o parametrios (IIIB1) o metástasis a peritoneo pélvico (IIIB2) y la afectación ganglionar (IIIC1/2) con sufijos i/ii según si son micro o macro metástasis respectivamente.
 - **El estadio IV** distingue las metástasis peritoneales abdominales más allá de la pelvis (IVB) de las metástasis a distancia (IVC).
-

Grupos de riesgo

Con todos los datos se establecen unos grupos de riesgo divididos en bajo, intermedio, intermedio-alto, alto, avanzado y metastásico, que guiarán el pronóstico y tratamiento.

Caso 1

Mujer de 75 años que refiere manchado hace dos meses en relación con infección urinaria. Eco TV: endometrio heterogéneo de 16 mm en fundus. Aspirado endometrial: carcinoma de endometrio tipo endometriode **G3**, con diferenciación escamosa. P53 mutado. AP tras HT + DA: ILV ausente.



Secuencias sagitales T2 y T1 FS con contraste que muestran una lesión fúndica, sin invasión miometrial ni cervical.

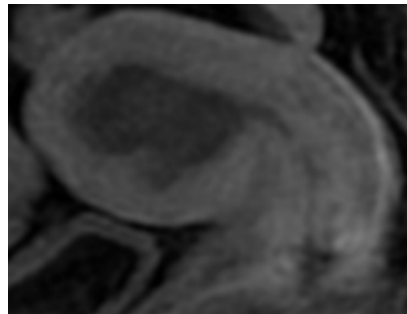
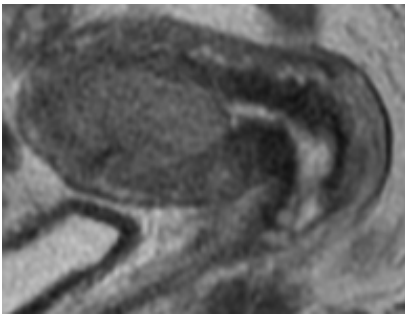
Estadio IC FIGO 2023

Estadio IA FIGO 2009



Caso 2

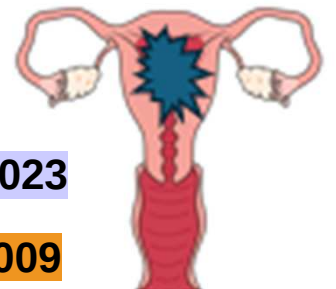
Mujer de 75 años remitida por sangrado vaginal de 6 meses de evolución. Eco TV: cavidad uterina ocupada por masa de 21 mm, no respeta halo subendometrial sobre todo en cara posterior-fúndica. Aspirado endometrial: carcinoma endometrioide de alto grado, **G3** con pequeños focos de diferenciación mucinosa y escamosa. P53 mutado y PMS2 alterado. AP tras HT + DA: ILV ausente.



Secuencias sagitales T2 y T1 FS con contraste, se observa una ocupación de gran parte de la cavidad que llega al segmento uterino inferior sin afectación cervical, pero con invasión miometrial <50% en cara anterior.

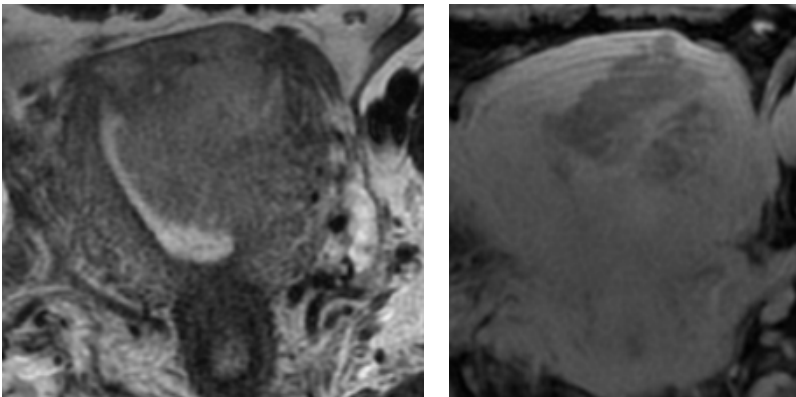
Estadio IIC FIGO 2023

Estadio IA FIGO 2009



Caso 3

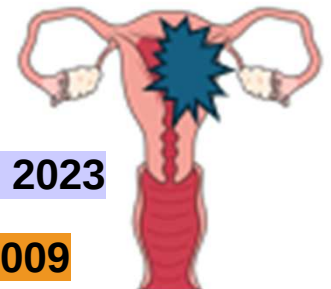
Mujer de 44 años portadora de DIU que fue expulsado hace dos días tras sangrado abundante, acude por sangrado en cantidad similar a regla desde entonces. Eco TV: endometrio homogéneo de 10 mm. Aspirado endometrial: adenocarcinoma endometrioide de bajo grado (G2). AP tras HT + DA: **micrometástasis en ganglios pélvicos**.



Secuencias coronales T2 y T1 FS con contraste, se identifica extensa tumoración endometrial, con signos de invasión miometrial >50% en el lado izquierdo del fundus, sin afectación parametrial ni cervical.

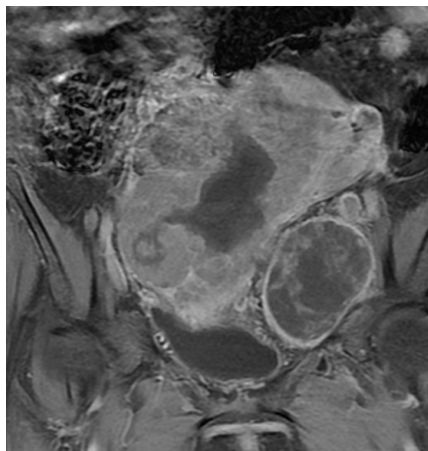
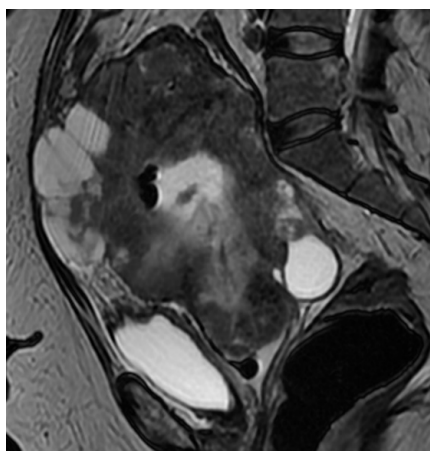
Estadio IIIC1i FIGO 2023

Estadio IIIC FIGO 2009



Caso 4

Mujer de 54 años que consulta por dolor abdominal de 2 días de evolución, debilidad generalizada y disnea. Refiere sangrado menstrual abundante e irregular desde hace varios meses. Eco abdominal: masa pélvica. Aspirado endometrial: adenocarcinoma endometrio tipo endometriode con áreas de diferenciación escamosa, moderadamente diferenciado (G2). TC: **adenopatías** pélvicas y **retroperitoneales**, **metástasis pulmonar en LII**.



Secuencia sagital T2 y coronal T1 con contraste, muestran una masa que se extiende al útero, cervix, ambos parametrios, y ovarios. Adenopatías ilíacas bilaterales.

Estadio IVC FIGO 2023

Estadio IVB FIGO 2009



Conclusiones

1. El cáncer de endometrio es la neoplasia ginecológica maligna más común, con aumento de la incidencia.
 2. Los signos y síntomas más frecuentes son el sangrado anómalo (más frecuente en postmenopausia) y el aumento del grosor endometrial.
 3. La ETV es la primera prueba y la RM la técnica de elección para la valoración de la extensión locoregional y ganglionar.
 4. La actualización de la clasificación FIGO 2023 adapta la estadificación anatómica previa e incorpora variables pronósticas: subtipo histológico, invasión linfovascular y clasificación molecular, con capacidad de modificar el estadio en fases tempranas y relevancia sobre el pronóstico y el tratamiento.
-

Bibliografía

- García Bolado A, Julián Gómez E, Val Garijo D. Estadificación de cáncer de endometrio. Guía ilustrada para comprender y afrontar la clasificación FIGO 2023. Radiologia [Internet]. 2025;67(6):101620. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rx.2024.06.004>
 - Pintican R, Bura V, Zerunian M, Smith J, Addley H, Freeman S, et al. MRI of the endometrium - from normal appearances to rare pathology. Br J Radiol [Internet]. 2021;94(1125):20201347. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1259/bjr.20201347>
 - Maheshwari E, Nougaret S, Stein EB, Rauch GM, Hwang K-P, Stafford RJ, et al. Update on MRI in evaluation and treatment of endometrial cancer. Radiographics [Internet]. 2022;42(7):2112–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1148/rg.220070>
 - Ramírez SP, Fidalgo AP, Ginesta MPB, De Juan Ferré A, Madrid LF, Martínez AG, et al. SEOM-GEICO clinical guidelines on endometrial cancer (2025). Clin Transl Oncol [Internet]. 2025;27(12):4368–80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s12094-025-04046-1>
-