UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA
SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO - IVSS

CÁNCER DE ENDOMETRIO: IMPACTO PRONÓSTICO DE LA REESTADIFICACIÓN DE LA FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2023

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en Ginecología Oncológica.

Rosa Magdalena Mata Centeno

Tutor: Franco Calderaro Di Ruggiero.

Caracas, marzo 2026

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
MÉTODOS	26
RESULTADOS	28
DISCUSIÓN	31
AGRADECIMIENTOS	36
REFERENCIAS	37
ANEXOS	40

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

VEREDICTO

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado** presentado por: **ROSA MAGDALENA MATA CENTENO** de cédula de identidad Nº 21.093.784, bajo el título "**CÁNCER DE ENDOMETRIO: IMPACTO PRONÓSTICO DE LA REESTADIFICACIÓN DE LA FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2023",** a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA – SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO DEL INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES,** dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 27 de marzo de 2026 a las 9:00 AM., para que la autora lo defendiera en forma pública, lo que hizo en el Salón de Usos Múltiples del Servicio Oncológico Hospitalario del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, ubicado en la Localidad del Cementerio, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **aprobarlo**, por considerar, sin hacerse solidario con las ideas expuestas por la autora, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

3.- El jurado por unanimidad decidió otorgar la calificación de **EXCELENTE** al presente trabajo por considerarlo de excepcional calidad.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los 27 días del mes de marzo del año 2026, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinador del jurado el Dr. Franco Calderaro Di Ruggiero.

Dra. Viviana García
CI 18.656.697
Servicio Oncológico Hospitalario, IVSS.

Dra. María Mercedes Pérez
CI 6.431.301
Hospital Dr. Domingo Luciani

Dr. Franco Calderaro Di Ruggiero
CI 4.277.991
Servicio Oncológico Hospitalario, IVSS.
Tutor

FC/27-03-2026

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR PARA LA ENTREGA DEL TRABAJO ACADÉMICOEN FORMATO IMPRESO Y FORMATO DIGITAL

Yo, Franco Calderaro Di Ruggiero, portador de la cédula de identidad N° V-4.277.991, tutor del trabajo: CÁNCER DE ENDOMETRIO: IMPACTO PRONÓSTICO DE LA REESTADIFICACIÓN DE LA FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2023, realizado por el (los) estudiante (es) Rosa Magdalena Mata Centeno.

Certifico que este trabajo es la versión definitiva. Se incluyó las observaciones y modificaciones indicadas por el jurado evaluador. La versión digital coincide exactamente con la impresa.



Firma del Profesor

En Caracas, a los 27 días del mes de marzo de 2026.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRONICA DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LA FECULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.

Yo,Nosotros) Rosa Magdalena Mata Centeno
autor(es) del trabajo o tesis, Carcinoma de endometrio: Impacto pronóstico de la Resección de la Sociedad Española de Oncología y obstetricia 2023 Presentado para optar: Título de especialista en Oncología Ginecológica

Autorizo a la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial Nº 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

	Sí autorizo
	Autorizo después de un año
	No autorizo
	Autorizo difundir sólo algunas partes del trabajo
Indique:	Sí, Autorizo.

Firma(s) autor (es)

C.I Nº 21093784 *C.I Nº* 4277991

e-mail: rositamagdalena@gmail.com *e -mail:* FRANCO GABRIELE DI RUGGIERO

En Caracas, a los 27 días del mes de Marzo, de año 2026

Nota: En caso de no autorizarse la Escuela o Coordinación de Estudios de Postgrado, publicará: la referencia bibliográfica, tabla de contenido (índice) y un resumen descriptivo, palabras clave y se indicará que el autor decidió no autorizar el acceso al documento a texto completo.

La cesión de derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor, porque este es intransferible.

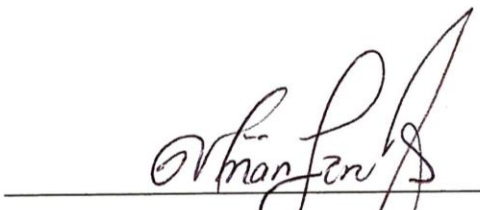


Franco Calderaro Di Ruggiero

C.I: V-4.277.991. E-mail: francocalderarod@hotmail.com

Director del programa

Tutor



Viviana Elisa García Azuaje

C.I: V- 18.656.697 E-mail: vivielisa25@gmail.com

Coordinador del Programa

DEDICATORIA

Primeramente, quiero dedicar este esfuerzo a Dios, quien día a día sembró en mi corazón y en mi cuerpo la ciencia, la disciplina, la resiliencia y el amor por lo que hago; por ponerme de pie cada uno de mis días en este transitar de 3 años de aprendizaje, gracias Padre Celestial.

A mis padres, mi escudo, mi cimiento, pilares fundamentales, en fin, mi motor día a día. Gracias por creer en mí. Gracias por levantarme todas las veces que fueron necesarias, gracias por escucharme y muchas veces corregirme en el camino si algo no estaba bien. Gracias por ser mi faro en todo momento.

A mi novio, Ricardo Urdaneta, pieza fundamental de este recorrido. Gracias por escucharme y darme los mejores consejos y soluciones, por ser el mejor amigo que puedo tener.

CÁNCER DE ENDOMETRIO: IMPACTO PRONÓSTICO DE LA REESTADIFICACIÓN DE LA FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 2023

Rosa Magdalena Mata Centeno, C.I V-21.093.784, sexo: Femenino, E-mail: rositamagdamata@gmail.com, Telf.: 0414-8257275. Dirección: Hospital Especializado Nacional, Servicio Oncológico Hospitalario – IVSS, Caracas. Especialización: Ginecología Oncológica

Tutor: **Franco Calderaro Di Ruggiero**, CI V-4.277.991, Sexo: masculino, E-mail: francocalderarod@hotmail.com Telf.: 0414-2620056. Dirección: Servicio de Ginecología Oncológica. Hospital Especializado Nacional, Servicio Oncológico Hospitalario – IVSS. El Cementerio. Caracas. Doctor en Ciencias de la Salud.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el impacto en el pronóstico de las pacientes con diagnóstico de carcinoma de endometrio tratadas en el Servicio Oncológico Hospitalario del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, posterior a la reestadificación según la clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia 2023, comparándola con la estadificación previa, en el periodo 2013 - 2023. **Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, correlacional, transversal. Incluyó una muestra no probabilística de 182 pacientes con diagnóstico de cáncer de endometrio. Se revisaron las historias para determinar la extensión de la enfermedad, estadificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia 2009 y reestadificación 2023, características anatomopatológicas e impacto en el pronóstico. **Resultados:** Hubo 106 (58,2 %) casos estadio I (85 pacientes estadio IA y 21 IB). Solo 88 (48,4 %) hubieran correspondido a estadio I en la nueva clasificación (71 casos serían IA, 15 (8,2 %) IB y 2 (1,1 %) IC (p = 0,009). Ocho (4,4 %) pacientes fueron inicialmente clasificadas como estadio II, y 26 (14,3 %) según la clasificación de 2023 (p = 0,003). Al aplicar los criterios 2023, habría diferencias significativas en la terapia adyuvante recomendada. La supervivencia libre de progresión real en estadio IV fue de 46 %, según criterios 2009 hubiera sido 25 % y según criterios 2023 sería 65 % (p = 0,023). **Conclusión:** Las pacientes hubieran aumentado su estadio al emplear el nuevo sistema 2023, impactando la supervivencia libre de progresión a los 5 años. La principal característica anatomopatológica fue el tipo histológico desfavorable.

Palabras clave: Cáncer, Endometrio, Reestadificación, Pronóstico.

ENDOMETRIAL CANCER: PROGNOSTIC IMPACT OF THE 2023 INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS RESTAGING

ABSTRACT

Objective: To evaluate the impact on the prognosis of patients diagnosed with endometrial carcinoma treated at the Hospital Oncology Service of the Venezuelan Institute of Social Security, after re-staging according to the International Federation of Gynecology and Obstetrics classification 2023, comparing it with previous staging, in the period 2013 - 2023.

Methods: Retrospective, observational, correlational, cross-sectional study. It included a non-probabilistic sample of 182 patients diagnosed with endometrial cancer. The medical records were reviewed to determine the extent of the disease, staging of the International Federation of Gynecology and Obstetrics 2009 and re-staging 2023, anatomopathological characteristics and impact on prognosis. Results: There were 106 (58.2%) stage I cases (85 stage IA and 21 IB patients). Only 88 (48.4%) would have corresponded to stage I in the new classification (71 cases would be AI, 15 (8.2%) IB and 2 (1.1%) HF ($p = 0.009$). Eight (4.4%) patients were initially classified as stage II, and 26 (14.3%) according to the 2023 classification ($p = 0.003$). When applying the 2023 criteria, there would be significant differences in the recommended adjuvant therapy. Actual progression-free survival in stage IV was 46%, according to 2009 criteria it would have been 25% and according to 2023 criteria it would have been 65% ($p = 0.023$). Conclusion: Patients would have increased their stages when using the new 2023 system, impacting progression-free survival at 5 years. The main pathological feature was the unfavorable histological type.

Keywords: Cancer, Endometrium, Restaging, Prognosis.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de endometrio es el cáncer ginecológico más común en países de altos ingresos, y ocupa el segundo lugar en incidencia en cáncer ginecológico en Venezuela. Actualmente, según proyecciones de Globocan, en Venezuela ocupa el quinto lugar en incidencia de cáncer en la población femenina, con 1489 nuevos casos. [(1)] La mayoría de las mujeres son diagnosticadas en estadios iniciales y la cirugía es el tratamiento primario, incluyendo histerectomía total, salpingooforectomía bilateral y estadificación quirúrgica, la cual puede incluir linfadenectomía pélvica y/o paraaórtica.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) introdujo su sistema de clasificación y estadificación del cáncer de endometrio en 1958. Desde 1988, la FIGO estableció un cambio significativo en la estadificación del cáncer de endometrio, que previamente se hacía sobre la base de los hallazgos clínicos y pasó a ser quirúrgica y anatomopatológica, ya que en pacientes con estadio I de la enfermedad, los ganglios linfáticos son el lugar hacia donde más frecuentemente se disemina el tumor y la identificación del estatus ganglionar permite conocer qué pacientes pueden beneficiarse más de un tratamiento adyuvante. [(2)]

El pronóstico depende de varios factores, como el tipo histológico, la profundidad de invasión en el miometrio y el compromiso ganglionar. La historia de la estadificación del cáncer de endometrio refleja su evolución desde una evaluación netamente clínica, en el año 1969, hasta sus siguientes estadificaciones basadas en patrones de diseminación y su importancia quirúrgica, gracias a la publicación del *Gynecologic Oncology Group Study* (GOG), donde Creasman *et al*. [(3)] destacan los porcentajes de compromiso ganglionar pélvico y paraaórtico, justificando la estadificación quirúrgica para un adecuado pronóstico y tratamiento.

Dado que este es un grupo muy heterogéneo de pacientes, posteriormente se estudiaron factores de riesgo determinantes para la necesidad o no de adyuvancia, disminuyendo así el riesgo de recurrencia en pacientes correctamente seleccionadas. Estos factores de riesgo se han modificado, siendo principalmente tomados en cuenta el tipo histológico, el estadio al momento del diagnóstico, el grado de diferenciación, la invasión al espacio linfovascular y la extensión miometrial. En 2013, se agregó a este grupo de riesgo el conocimiento del perfil molecular, [(4)] el cual cumple un rol de suma importancia en cuanto a pronóstico y adyuvancia; sin embargo,

es una práctica que en los centros de salud públicos del país no está disponible, y es de difícil acceso en área privada.

Con estas modificaciones y evolución en el tiempo, en pro del beneficio del paciente con relación a la probable carcinogénesis del cáncer de endometrio, en 2023, la FIGO decidió realizar una reunión especial para replantear la estadificación, incluyendo estos factores de riesgo modificados, así como una estadificación única para pacientes con conocimiento del perfil molecular, agregando al mismo cierta complejidad y mayor precisión. El objetivo principal del nuevo sistema de estadificación FIGO 2023 es proveer grupos de riesgo mejor definidos, e introducir subestadios que permitan dirigir el tratamiento quirúrgico, radiación y terapia sistémica. [5]

Sobre la base de esta nueva estadificación, donde no se dispone de información adicional en cuanto a cambios en conducta quirúrgica y/o adyuvancia, tomando como base los mismos grupos de riesgo, se presenta la necesidad de determinar el impacto en el cambio del pronóstico y de la conducta del paciente, de acuerdo con el cambio en el estadio, siendo este uno de los factores de riesgo de mayor importancia para modificar la adyuvancia.

Planteamiento y delimitación del problema

El cáncer de endometrio actualmente ha incrementado su incidencia en países de bajos y medianos ingresos, correspondiendo este con el segundo cáncer ginecológico más frecuente en Venezuela, después del cáncer de cuello uterino. [1] A lo largo de los años, se ha estudiado los factores pronósticos y riesgo de recurrencias en esta entidad; sin embargo, actualmente, el estudio del perfil molecular y algunas características histopatológicas son determinantes para la indicación de terapia adyuvante y su beneficio. [6]

La estadificación FIGO 2023 [7] consta de algunas modificaciones, más allá del porcentaje de compromiso miometrial del canal endocervical, de la serosa uterina, anexos y parametrios, involucrando actualmente la invasión del espacio linfovascular (focal o sustancial), los tipos histológicos desfavorables, el compromiso peritoneal pélvico o abdominal, la expansión clonal al ovario bajo ciertas características específicas, y la enfermedad confinada a un pólipo endometrial.

La estadificación actualizada de 2023 del cáncer de endometrio incluye los diversos tipos histológicos, patrones tumorales y clasificación molecular para reflejar mejor la mejor

comprensión de la naturaleza compleja de los diversos tipos de carcinoma de endometrio y su comportamiento biológico subyacente. Los cambios incorporados en el sistema de estadificación de 2023 deberían proporcionar un contexto más basado en la evidencia para las recomendaciones de tratamiento y para la recopilación futura más refinada de datos de resultados y supervivencia. [7]

Esta actualización introduce varias alteraciones notables en el paradigma de estadificación anterior de FIGO. Es de suma importancia realizar un examen riguroso de estas modificaciones para comprender completamente sus ramificaciones tanto para la práctica clínica como para la investigación. Con la introducción de criterios histopatológicos precisos, se debe considerar que la clasificación novedosa es mucho más compleja, lo que plantea la cuestión de su reproducibilidad en la práctica clínica rutinaria. [8]

La clasificación molecular del cáncer de endometrio cambia continuamente el manejo de la enfermedad en la práctica clínica diaria. En 2024, Tsolakidis *et al.* [9] analizaron retrospectivamente los registros de pacientes con cáncer de endometrio que fueron tratadas en 2012-2023. Encontraron que 67 pacientes (15,5 %) tuvieron un cambio de estadio y la mayoría de ellos se referían a la enfermedad en estadio temprano y específicamente a un cambio ascendente de los estadios IA y IB de 2009 al estadio IIC de 2023. Con respecto a la supervivencia libre de progresión a 5 años en la enfermedad en estadio II, se presentó una mediana mejor y al comparar la precisión pronóstica de los dos sistemas de estadificación de la FIGO no hubo diferencias significativas. De esta forma, el nuevo sistema de estadificación FIGO 2023 parece distinguir mejor el cáncer de endometrio en estadio temprano en sus grupos pronósticos y es tan preciso como el antiguo sistema de estadificación FIGO 2009. [10]

En el Servicio Oncológico Hospitalario del IVSS, en Caracas, Venezuela, se reciben pacientes con cáncer de endometrio que son tratadas y a quienes se les realiza el seguimiento para evaluación de la supervivencia, sin embargo, hasta ahora, la conducta se ha decidido sobre la base de la clasificación FIGO previa. [10] Debido a los cambios introducidos, se infiere una cantidad no despreciable de pacientes cuyo pronóstico e indicación de tratamiento adyuvante (braquiterapia, radioterapia externa a pelvis y/o terapia sistémica) ha variado. A pesar de que en la institución no se cuenta con los recursos suficientes para hacer la clasificación molecular, es

de gran importancia identificar cómo pueden influir tales modificaciones en la evolución de las pacientes.

Por tal motivo surge la interrogante: ¿Cuál es el impacto en el pronóstico de las pacientes con diagnóstico de carcinoma de endometrio diagnosticadas en el Servicio Oncológico Hospitalario del IVSS, en Caracas, Venezuela, en el periodo 2013 – 2023, después de la reestadificación FIGO 2023 de cáncer de endometrio?

Justificación e importancia

La reestadificación FIGO 2023 [7] constituye un cambio importante en la historia, involucrando el compromiso de estructuras que anteriormente no se tomaban en cuenta, así como características propias del tumor y de su comportamiento biológico, lo cual podría modificar el pronóstico de las pacientes y de esta forma, la necesidad de tratamiento; este hecho hace imperativo el estudio del impacto de la nueva estadificación en el pronóstico de las pacientes, por lo que surge la necesidad de realizar este trabajo de investigación con el propósito de estudiar, de forma retrospectiva, los cambios que pueda generar dicha estadificación.

La evidencia que se pueda generar a partir del presente trabajo de investigación servirá como referencia para verificar la importancia de dichas modificaciones, permitiendo un seguimiento más estrecho o distante en las pacientes afectas; de igual manera, permitirá el conocimiento del impacto en el pronóstico de cada característica anexa en la reestadificación, y de igual forma determinar si existe la necesidad de generar un cambio en los factores de riesgo establecidos por la Sociedad Europea de Ginecología Oncológica (ESGO) 2021. [6]

Antecedentes

En 2009, Pecorelli *et al.,* [10] como presidente del comité de la FIGO de Ginecología Oncológica, presentó un documento con la actualización de las clasificaciones por estadio de cáncer cervical, de vulva y de endometrio, sobre la base de que la estadificación del cáncer debe estar en constante evolución porque debe adaptarse a cambios científicos significativos. En las últimas décadas, la investigación y la práctica médica, particularmente en el campo de la oncología, han mostrado un crecimiento explosivo. A la luz de estos avances, en 2008, la comunidad científica, con el apoyo de FIGO y otras sociedades y agencias científicas internacionales, sintió que había llegado el momento de revisar la estadificación de algunos de los cánceres ginecológicos. El Comité Ampliado, formado por el GCIG (*Gynecologic Cancer Intergroup*), la SGO (*American*

Society of Gynecologic Oncologists) y el AJCC (*American Joint Committee on Cancer*), junto con la ISGyP (*International Society of Gynecological Pathologists*), luego de múltiples reuniones, presentaron el documento de consenso en la reunión del Grupo Central TNM (*tumor, node, metastasis*) de la UICC (*International Union Against Cancer*), en Ginebra a principios de mayo de 2008, donde fue aprobado. A principios de septiembre de 2008, el documento se presentó a la Junta Ejecutiva de FIGO, cuyos miembros lo aprobaron oficialmente. Aunque los cambios realizados en la estadificación del cáncer de endometrio son menores, son extremadamente significativos (anexo 1).

En 2013, Kandoth *et al*., [4] como parte del *Cancer Genome Atlas Research Network,* realizaron una caracterización genómica, transcriptómica y proteómica integrada de 373 carcinomas de endometrio utilizando tecnologías basadas en matrices y secuenciación. Los tumores serosos uterinos y aproximadamente el 25 % de los tumores endometrioides de alto grado presentaron alteraciones extensas en el número de copias, pocos cambios en la metilación del ácido desoxirribonucleico (ADN), niveles bajos de receptores de estrógenos/receptores de progesterona y mutaciones frecuentes en TP53 (gen supresor de tumores que codifica a la proteína P53). La mayoría de los tumores endometrioides tenían pocas alteraciones en el número de copias o mutaciones en TP53, pero mutaciones frecuentes en PTEN, CTNNB1, PIK3CA, ARID1A y KRAS y nuevas mutaciones en el gen del complejo de remodelación de la cromatina SWI/SNF ARID5B. Un subconjunto de tumores endometrioides que fueron identificados tenía una frecuencia de mutaciones de transversión notablemente mayor y mutaciones de puntos calientes recientemente identificadas en POLE. Los resultados clasificaron los cánceres de endometrio en cuatro categorías: POLE ultramutado, inestabilidad de microsatélites hipermutada, número de copias bajo y número de copias alto. Los carcinomas serosos uterinos comparten características genómicas con los carcinomas de mama serosos ováricos y de tipo basal. Demostraron que las características genómicas de los carcinomas de endometrio permiten una reclasificación que puede afectar al tratamiento adyuvante posquirúrgico de las mujeres con tumores agresivos.

Berek *et al*., [7] en 2023, sobre la base de que se han producido muchos avances en la comprensión de las características patológicas y moleculares del cáncer de endometrio desde que se actualizó por última vez la estadificación de la FIGO en 2009, describieron que el FIGO *Women's Cancer Committee* nombró un Subcomité de Estadificación del Cáncer de Endometrio

en octubre de 2021. Desde entonces, los miembros del comité han revisado pruebas nuevas y establecidas sobre el tratamiento, el pronóstico y la supervivencia del cáncer de endometrio y, con base en estos datos, se identificaron oportunidades de mejora en la categorización y estratificación de estos factores en cada una de las cuatro etapas. Así, en el año 2023, presentan la nueva clasificación por estadios FIGO 2023 (anexo 2). La estadificación actualizada de 2023 del cáncer de endometrio incluye los diversos tipos histológicos, los patrones tumorales y la clasificación molecular para reflejar mejor la comprensión de la naturaleza compleja de los diversos tipos de carcinoma de endometrio y su comportamiento biológico subyacente. Los cambios incorporados en el sistema de estadificación de 2023 deberían proporcionar un contexto más basado en la evidencia para las recomendaciones de tratamiento y para la recopilación futura más refinada de datos de resultados y supervivencia.

En 2023, Schwameis *et al.* [11] evaluaron el impacto clínico y pronóstico del sistema de estadificación FIGO 2023 en un estudio retrospectivo, utilizando una base de datos multicéntrica de tres centros acreditados por la ESGO y los compararon con el sistema de estadificación FIGO 2009, entre los años 2011 al 2022. Incluyeron 519 pacientes, entre ellas, el 27,6 % tuvo cambios en la estadificación, correspondiendo específicamente a 23,6 % para sobreestadificar y un 3,9 % para subestadificar, correspondiendo la mayor cantidad de cambios de estadios FIGO 2009 IA o IB al estadio IIC de FIGO 2023. En estadios avanzados, hubo 7 subestadificaciones, correspondiendo principalmente de estadios IVB de FIGO 2009 a estadios IIIB2 de FIGO 2023. De acuerdo al sistema de estadificación FIGO 2009, el 82,1 % eran estadios I y 9,1 % estadio II; sin embargo, al aplicar el sistema de estadificación FIGO 2023, el 60,5 % de pacientes correspondían a estadios I y un 30,6 % a estadios II. En cuanto a las tasas de sobrevida libre de progresión (SLP) y sobrevida global, por estadios, para enfermedad en estadio I, se obtuvo una mayor SLP de 93 % a los 5 años con estadificación FIGO 2023 en comparación con FIGO 2009 que fue de 87,4 %, y SG similares entre ambos grupos, de 97,8 % vs. 96,2 % respectivamente. Para enfermedad en estadio II, la SLP no obtuvo una diferencia estadísticamente significativa, siendo de 70,2 % FIGO 2023 vs. 71,2 % FIGO 2009, mientras que la SG a los 5 años fue mayor, con un 86 % FIGO 2023 vs. 79,4 % FIGO 2009. Para estados III y IV no hay resultados robustos en vista de la disminución en número de casos. En conclusión, hay evidencia sobre un cambio sustancial en cuanto a la estadificación según el nuevo sistema FIGO 2023 en comparación con 2009, lo que conduce a una clasificación mejorada de los pacientes con una mayor precisión

pronóstica y la identificación de subgrupos relevantes para el tratamiento en enfermedades en etapa temprana.

En 2024, Loukovaara *et al.*, [5] en Helsinki, Finlandia, compararon la distribución del estadio y las tasas de sobrevida libre de enfermedad de acuerdo al estadio en pacientes con cáncer de endometrio según FIGO 2009 y según FIGO 2023. Además, evaluaron el significado pronóstico del nuevo sistema de estadificación. Incluyeron pacientes desde el año 2007 hasta el año 2012 en la Universidad de Helsinki. De las 604 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión en este período, el 11,4 % (69 pacientes) tuvieron cambios en el estadio debido al conocimiento del perfil molecular. En el sistema de estadificación FIGO 2023, los estadios IA2 y IB corresponden al 46 % de casos, con los estadios restantes representando aproximadamente un 10 % cada uno. En cuanto al sistema de estadificación FIGO 2009, los estadios IA y IB corresponden al 73 % de casos aproximadamente, y la proporción para el resto es de 10 % cada uno. Los estadios FIGO 2023 IA1 y IIA exhibieron resultados favorables en cuanto a las tasas de sobrevida libre de enfermedad, con un 89 %, mientras que los estadios IIB y IVC fueron asociados con peores resultados, con la mejor tasa de sobrevida del 79 % correspondiendo al estadio IIIA1. La estadificación FIGO 2009 exhibió una tasa de sobrevida libre de enfermedad de más del 90 % solo para ST IA. Estos resultados revelan que el cambio de estadio entre FIGO 2009 y FIGO 2023 ocurre en 1/5 de los pacientes, con un 90 % de estos correspondiendo a una sobreestadificación. El estadio IA2 fue el más prevalente en la estadificación FIGO 2023, y el estadio IB correspondió al 11,8 % de pacientes; el resto de los estadios tuvo menos del 10 % de prevalencia. En conclusión, esta investigación sugiere que el nuevo sistema de estadificación FIGO 2023 es altamente pronóstico. Implementar esta nueva estadificación no solo afecta la distribución de estadios comparado con la FIGO 2009, sino que también tiene implicaciones para las decisiones sobre terapia adyuvante.

Tsolakidis *et al*., [9] en 2024, estudiaron los cambios entre el sistema de estadificación FIGO 2009 y FIGO 2023 y el impacto clínico y pronóstico de ese nuevo sistema de estadificación. Se estudiaron de forma retrospectiva 431 pacientes del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital General Papageorgiou en Grecia, desde 2012 hasta 2023. El cambio en estadificación entre ambos sistemas FIGO se presentó en el 15,5 % (67 pacientes), específicamente hubo dos estadios que cambiaron a una menor estadificación y 65 hacia mayor estadificación. En estadios iniciales, el mayor cambio fue de estadio IA y IB FIGO 2009 al

estadio IIC FIGO 2023. En estadios avanzados, la mayoría de los cambios fueron del estadio IVB FIGO 2009 al estadio IVC FIGO 2023. Con respecto a las tasas de supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG), hubo un aumento estadísticamente significativo en la SLP en la estadificación FIGO 2023 con respecto a la estadificación FIGO 2009 (84 meses FIGO 2009 vs. 120 meses FIGO 2023); sin embargo, la sobrevida global no tuvo diferencia (más de 140 meses para ambas estadificaciones). En estadios avanzados, la SLP y SG no tuvieron diferencias estadísticamente significativas, probablemente debido al poco número de casos en el estudio. Los autores concluyeron que el sistema de estadificación FIGO 2023 hace una mejor distinción del pronóstico en estadios iniciales y es tan preciso como el sistema antiguo FIGO 2009, se debe indicar a las pacientes la realización del perfil molecular.

En 2024, Bassetty *et al.* [12] determinaron el cambio porcentual en la etapa y estratificación de riesgo de pacientes con cáncer de endometrio del sistema de estadificación FIGO 2009 al sistema de estadificación FIGO 2023, así como el posible impacto del cambio de estadificación en el manejo de las pacientes, y evaluaron el pronóstico con el nuevo sistema de estadificación FIGO 2023. Se incluyeron pacientes del Instituto de Cáncer Dr. Bhubaneswar Borooah en India, desde el año 2017 al 2022, siendo un total de 152 pacientes. El 23 % de la muestra tuvo cambios en la estadificación, correspondiendo a sobreestadificación del estadio IA en un 47 % y del estadio IB en un 67 %, así como del estadio IVB en un 62,5 %; por el contrario, hubo subestadificación del estadio IIIA en un 50 % de casos al estadio IA3. Sus resultados arrojaron que el 10 % de las pacientes tuvo un cambio en la estratificación de riesgo, pudiendo ser el 5 % de pacientes subtratadas y hasta un 15 % de pacientes sobretratadas. El 43 % de las pacientes en el grupo de riesgo intermedio aumentó la estratificación, y el 18 % de ellas disminuyó del grupo de riesgo alto. De igual forma, el cambio en los estadios IB y IIIA de la FIGO 2009 fue estadísticamente significativo en cuanto a la sobrevida libre de progresión. El 63 % de pacientes habría necesitado radioterapia y quimioterapia adyuvante, pero recibieron una terapia adyuvante inferior a la que realmente ameritaban, por lo que presentaron recaídas a distancia. Concluyeron que hay ventajas y desventajas en el nuevo sistema de estadificación FIGO 2023, ya que mientras genera un cambio radical en la implicación pronóstica de la enfermedad según cada estadio, aún hay aspectos que deben ser aclarados a través de una valoración adecuada para asegurar su aceptabilidad en la comunidad médica y científica; sin embargo, se recomienda la adopción universal de la misma.

Ese mismo año, 2024, Han *et al*. [13] investigaron las diferencias y confiabilidad en cuanto a la predicción de sobrevida de las pacientes entre los sistemas de estadificación anteriores y el sistema de estadificación FIGO 2023. Fue un análisis retrospectivo de la base de datos de pacientes con cáncer de endometrio del Hospital Universitario Nacional Seúl, en Korea, desde el año 2014 al 2023. Se incluyeron 161 pacientes. La mayoría de cambios se encontraron en pacientes con estadios I y II del sistema FIGO 2009 y en cuanto al sistema de estadificación FIGO 2023, los estadios cambiaban dependiendo del conocimiento del perfil molecular. Las curvas de supervivencia en pacientes con enfermedad estadio I y II difirió entre ambos sistemas de estadificación. La SLP a los 5 años con el sistema de estadificación FIGO 2009 fue de 80,9 % en estadio I, 63,7 % en estadio II, 61,2 % en estadio III y 22,2 % en estadio IV. En contraste, la SLP según el sistema de estadificación FIGO 2023 fue de 79,9 % en estadio I, 76,4 % en estadio II, 61,2 % en estadio III y 22,2 % en estadio IV. En el sistema FIGO 2023, con conocimiento del perfil molecular, la SLP a los 5 años fue de 80,3 % para estadio I y 75,2 % para estadio II. No hubo diferencias significativas entre ambos sistemas de estadificación en cuanto a sobrevida global. En conclusión, el nuevo sistema FIGO 2023 para la estadificación del cáncer de endometrio subdivide los estadios I y II al reevaluar los factores de riesgo histopatológicos e integrar la clasificación molecular. Este sistema es un buen predictor de supervivencia, reflejando la naturaleza del carcinoma de endometrio. Se deben desarrollar guías adecuadas para la indicación de tratamiento adyuvante basados en este nuevo sistema.

Yu *et al*., [14] en 2024, evaluaron la aplicabilidad clínica del sistema de estadificación FIGO 2023 y exploraron su significado pronóstico en el cáncer de endometrio, mediante un estudio retrospectivo realizado en el Centro de Cáncer de Shanghai, en el período 2018 al 2023, que incluyó 547 pacientes. En el 26,9 % de estas pacientes hubo cambios en la estadificación, debido a 4 casos con estadio IA FIGO 2009 reestadificados como IIB debido a la invasión del espacio linfovascular sustancial; 16 casos (4,7 %) con estadios IA y 7 casos con estadio IB (9,5 %) reestadificados a IIC debido a histología desfavorable. En pacientes con enfermedad avanzada, un total de tres cambios fueron observados, reestadificados de estadio IIIA FIGO 2009 a estadio IA3 FIGO 2023. La sobrevida libre de progresión en pacientes con estadios IIIA FIGO 2009, la tasa a los 3 años de IIIA1 y IA3 FIGO 2023 fue de 87,5 % versus 100 % respectivamente. Para todas las pacientes con invasión del espacio linfovascular, histologías desfavorables y metástasis ganglionar hubo un peor pronóstico. La mayoría de las alteraciones en la estadificación

ocurrieron en estadios clínicamente iniciales debido a la introducción de los subtipos moleculares, el estatus de la invasión del espacio linfovascular y los tipos histológicos desfavorables. En conclusión, este estudio exploró la aplicabilidad clínica y significado pronóstico del sistema de estadificación FIGO 2023, además de intentar encontrar las terapias dirigidas para los diferentes subtipos moleculares; sin embargo, se necesitan estudios prospectivos con mayor muestra para validar los resultados.

En 2025, Lim *et al.* [15] compararon el sistema de estadificación revisado del cáncer de endometrio FIGO 2023 con el esquema anterior de FIGO 2009, evaluando la migración de estadios y la capacidad pronóstica. Los pacientes sometidos a estadificación quirúrgica por cáncer de endometrio (incluida la biopsia de ganglio linfático centinela o la linfadenectomía) entre mayo de 2015 y julio de 2023 fueron reestadificados de FIGO 2009 a FIGO 2023 (n = 538). La supervivencia general y la supervivencia libre de progresión para los subestadios se calcularon mediante el método de Kaplan-Meier y se compararon mediante la prueba de rango logarítmico. La migración por estadios ocurrió en el 26,8 % de los casos (n = 144). El aumento incluyó la migración del estadio IA a II (97/301, 32,2 %) y del estadio IB a II (46/85, 54,1 %). Cuando los estadios IIC y IICmp53abn de FIGO 2023 se estratificaron por subestadios iniciales de FIGO 2009 (52 IIC: 23 IA, 21 IB, 8 II; y 101 IICmp53abn: 67 IA, 17 IB, 17 II), se identificaron diferencias significativas en la supervivencia global o libre de progresión entre los subestadios IA de FIGO 2009 frente a IB frente a II ($p < 0,05$). La revisión de la estadificación del cáncer de endometrio de la FIGO 2023 ha dado lugar a un aumento significativo del estadio IA/IB al estadio II, debido a la incorporación de la invasión del espacio linfovascular, la histología y los perfiles moleculares. No se encontraron diferencias significativas en la supervivencia entre las subetapas de la etapa II de FIGO 2023, lo que sugiere una falta de capacidad discriminatoria. Se observaron diferencias significativas en la supervivencia dentro de los estadios IIC e IICmp53abn cuando se estratificaron por subestadios iniciales de FIGO 2009, lo que sugiere que FIGO 2023 IIC y IICmp53abn son cohortes heterogéneas.

Koskas *et al.,* [16] en 2025, resaltan y discuten los parámetros no anatómicos incluidos en la reestadificación FIGO 2023. La estadificación del tumor tradicionalmente es un indicador anatómico de la extensión de la enfermedad al momento de su presentación, determinado por características clínicas, patológicas y radiológicas; sin embargo, el sistema de estadificación FIGO 2023 incluye parámetros no anatómicos como el tipo histológico, grado de diferenciación,

invasión del espacio linfovascular y perfil molecular. Algunas ventajas en cuanto al nuevo sistema de estadificación, es que incluye esencialmente todos los parámetros importantes para el manejo y pronóstico. Este nuevo sistema expande la categorización del estadio II, III y IV para corresponderse con diferentes tipos de diseminación intra- y extrauterinas, lo cual ayudará a recopilar datos sobre su importancia pronóstica y terapéutica. La incorporación de categorías de compromiso ganglionar basado en el tamaño de la metástasis concuerda con el enfoque adoptado por la AJCC para estratificar la enfermedad ganglionar, como en muchos cánceres. Asimismo, la separación de los tumores con afectación sincrónica del cuerpo uterino y el ovario, pero con un pronóstico favorable, es importante para personalizar el manejo de la paciente y evitar el sobretratamiento. Una ventaja particular en este nuevo sistema de estadificación es la separación del compromiso peritoneal en estadio IIIB2 (compromiso en peritoneo pélvico) y IVB (compromiso de peritoneo abdominal), previamente, en la estadificación FIGO 2009, todo compromiso peritoneal correspondía con estadio IVB. En cuanto a las desventajas resaltantes, mencionan su marcada diferencia en comparación con la versión anterior, así como su complejidad, lo cual generará desafíos en torno a la recopilación de datos para fines clínicos, epidemiológicos y de investigación; asimismo, la incorporación de variables cuyas definiciones aún están en evolución y/o sujetas a una considerable variabilidad interobservador en su evaluación, un ejemplo de esto es la invasión del espacio linfovascular.

Marco Teórico

Para el manejo óptimo de cualquier enfermedad maligna, algunos factores deben ser tomados en cuenta: el sitio de origen de la enfermedad, su biología y su extensión al momento de su presentación; es decir, el estadio del tumor. La clasificación de los tumores se concibe para que la diseminación clínica y patológica se estratifique en IV estadios: el estadio I se refiere a un tumor confinado al órgano de origen, y por esto su pequeño tamaño; estadio II se describe la enfermedad que se ha extendido localmente más allá de su sitio de origen, para comprometer órganos o estructuras adyacentes; estadio III representa más extensión y compromiso y el estadio IV representa enfermedad a distancia o metastásica. Estos cuatro estadios básicos luego son clasificados en subestadios, como reflejo de factores pronósticos clínicos, patológicos o biológicos de cada uno de ellos. [17]

La estadificación de manera correcta es una piedra angular en el tratamiento contra el cáncer. Tres de las características esenciales de un buen sistema de estadificación es que debe ser válido, confiable y práctico. Debe facilitar al clínico la planificación del tratamiento, proveer información pronóstica, y a su vez, evitar el sobre- o subtratamiento, aumentando la supervivencia y al mismo tiempo, disminuyendo efectos secundarios. Para lograr este objetivo, los sistemas de estadificación deben estar basados en evidencia y deben ser amigables al usuario; también se deben basar en las últimas actualizaciones conocidas, por lo que deben responder y adaptarse al desarrollo científico. [17]

A lo largo de los años, todos los sistemas de estadificación para el cáncer ginecológico, a excepción del cáncer de cuello uterino y neoplasia trofoblástica gestacional, han pasado de ser clínicos a ser quirúrgicos y anatomopatológicos. [17] Las reglas para la clasificación y estadificación de tumores malignos del tracto genital femenino adoptado por la FIGO se originaron debido a las labores previas de la Organización de Salud de la Liga de las Naciones. Desde 1928 hasta mediados de la II guerra mundial (1945) se realizaron 7 cambios en la misma, principalmente cambios en el estadio inicial del cáncer de cuello uterino, siendo este el primer cáncer estadificado. [17]

El cáncer de endometrio tuvo su primera estadificación en 1953, en el reporte anual de la Liga de las Naciones, y posteriormente, por la FIGO. [17] Esta primera estadificación se basaba en aspectos clínicos. Esto fue modificado en 1988, cuando Creasman *et al*. [3] establecieron la importancia del grado de diferenciación tumoral y profundidad de invasión miometrial como factores pronósticos significativos y su correlación con el compromiso ganglionar tanto pélvico como paraaórtico, estableciendo de esta forma grupos de riesgo basados en estos criterios; dichos grupos solo se podían determinar al obtener la pieza quirúrgica.

El grado de diferenciación tumoral y la invasión miometrial son los dos factores pronósticos más importantes en estadios iniciales. La extensión de la invasión miometrial se adopta como herramienta fundamental en la subestadificación quirúrgica del estadio I. Sin embargo, otras modificaciones parecían ya ser necesarias para incorporar el grado tumoral y la histología. A medida que el tumor tiene menor diferenciación, el riesgo de compromiso miometrial y enfermedad extrauterina aumenta. [18] Se destaca mayor importancia, asimismo, del grado de diferenciación tumoral en estadios II, como mayor predictor de supervivencia; así como también

se han reportado peores pronósticos en histologías adenoescamosas, adenopapilares y células claras, indicando que este grupo de pacientes amerita terapia sistémica u hormonal posterior al tratamiento quirúrgico. [18]

Ya desde 1985, DiSaia *et al*. [19] reportaron la relación entre la profundidad de invasión miometrial y la tasa de muertes y recurrencias en estadio I; aquellas pacientes sin invasión miometrial tenían un riesgo de muerte del 5 % y aumentaba a 11 % con compromiso del 1/3 interno del miometrio, 12 % con compromiso del 1/3 medio y 36 % con invasión miometrial profunda. Sin embargo, el estudio de los ganglios linfáticos representó el componente más significativo y controversial. En 1987, Creasman *et al*. [3] confirmaron que un número significativo de pacientes con estadio I puede tener enfermedad extrauterina, y sugieren que algunas pacientes tienen riesgo importante de metástasis ganglionar y se requiere la evaluación histológica de los mismos, determinando así la verdadera extensión de la enfermedad y permitiendo aplicar la terapia adecuada y aumentar la supervivencia.

En el sistema de estadificación FIGO 2009, [10] (anexo 1) hubo diversos cambios, entre los cuales destacan que el estadio IA se define como no invasión o menos del 50 % de invasión miometrial, combinando esencialmente los estadios IA, IB, IIA y IIIA del sistema de estadificación 1988; el estadio IB se define como más del 50 % de mioinvasión, combinando los estadios IC, IIA y IIIA; no se subestadifica el estadio II, y el estadio IIIC se subestadifica en IIIC1 y IIIC2, delimitando así el compromiso ganglionar pélvico y paraaórtico; por último se excluye la citología peritoneal positiva como factores que definen la nueva estadificación quirúrgica. [20]

La supervivencia libre de enfermedad en pacientes con estadios IA y IB FIGO 1988 era similar; así como el estadio IIA tenía supervivencia libre de enfermedad similar a estadios I y el estadio IIIA con líquido peritoneal positivo tenía supervivencias similares, incluyendo histologías desfavorables, como el seroso. Los estadios IA y IB del año 1988 mostraban una diferencia insignificante en cuanto a la supervivencia a los 5 años, y la unión de estos dos grupos en la nueva estadificación 2009 parecía apropiada y reducía la complejidad del sistema de estadificación, sin importar la histología. [21] El estadio IIA tenía un 96 % de SLP, siendo esto similar al estadio IA del año 2009, esto apoya la significancia pronóstica limitada del compromiso glandular cervical y justifica su eliminación del sistema FIGO 2009. Por el contrario, el estadio II, que involucra pacientes solo con compromiso estromal cervical, sí

mostraba una supervivencia inferior significativa, justificando esto la importancia de identificarlo como un estadio aparte cuyo tratamiento adyuvante es relevante. [20] El pronóstico del estadio IIIA 2009 versus IIIA 1988 es inferior, ya que el pronóstico de grupo de pacientes con líquido peritoneal positivo es comparable con las pacientes de estadio I, por lo que remover este grupo de pacientes del sistema de estadificación 2009 fue acertado. [20]

La supervivencia global en el estadio IA era de 86,9 % y en el estadio IB 77,6 % en el sistema de estadificación FIGO 2009, siendo el estadio II inferior a las pacientes con estadio I; concluyendo que este nuevo sistema, para la época, simplificó el sistema de estadificación mas no mejoró su habilidad de predicción en comparación con el antiguo sistema. [20]

Los diferentes tipos histológicos, incluyendo serosos, células claras y endometrioides G3 son considerados de alto grado. El tipo seroso se compara con los carcinosarcomas en cuanto a su pronóstico; y al comparar la supervivencia global a los 3 años en estadio I FIGO 2009 disminuye a un 81,6 % comparado con 92,9 % en el sistema 1988. [22] Numerosos estudios demostraron que la estadificación FIGO 2009 simplificaba y mejoraba el pronóstico de las pacientes; sin embargo, no incluye los subtipos histológicos y su impacto en el pronóstico y tratamiento. [20]

A pesar de su amplia aplicación, el sistema FIGO 2009 reveló diversas limitaciones significativas, esto incluye la atención insuficiente al tipo histológico, invasión del espacio linfovascular, falta de diferenciación basado en el tamaño de la metástasis ganglionar, estadificación ambigua para el compromiso del ovario y omisión de la clasificación molecular. [20]

Un avance significativo en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de endometrio en la última década ha sido el desarrollo de sistemas de clasificación molecular. El Atlas del Genoma del Cáncer, para el año 2013, [4] lo estratifica en cuatro categorías genómicas distintas: POLE ultramutado, inestabilidad microsatelital hipermutada o deficiencia de reparación de errores, perfil molecular no específico y alto número de copias somáticas o P53 anormal. Cada categoría corresponde a un pronóstico diferente, con POLE mutado típicamente exhibiendo los mejores resultados, y el P53 anormal los peores, mientras que las otras dos categorías presentan pronósticos intermedios. [21]

El sistema de estadificación FIGO 2023 [7] (anexo 2) difiere por mucho de su versión anterior, ya que el concepto de estadio, tradicionalmente un indicador anatómico de la diseminación

tumoral, ha sido reemplazado por la biología del tumor, principalmente por alteraciones moleculares, incluyendo así los subtipos histológicos como una subestadificación importante al contar con un pronóstico diferente y clasificarse como grupo de riesgo independiente. [21] El nuevo sistema de estadificación FIGO tiene como objetivo acelerar el uso de nuevos agentes terapéuticos, ya que integra marcadores de biología tumoral e identifica subgrupos de tratamiento relevantes. La integración de la clasificación molecular con características clínicopatológicas ha mejorado la precisión pronóstica del cáncer de endometrio, resaltando el potencial de la clasificación molecular de refinar e individualizar la estratificación de riesgo del paciente. A pesar de que las pacientes con cáncer de endometrio usualmente tienen buen pronóstico, del 15 % - 20 % tienen enfermedad de alto riesgo con un aumento en la incidencia de metástasis a distancia y de muertes relacionadas al tumor. [23]

A continuación, se destacarán los cambios en este nuevo sistema de estadificación, y el motivo de su importancia.

A.- En estadios iniciales:

1. Clasificación molecular:

Muchos estudios han demostrado el impacto fundamental de los subtipos moleculares en el pronóstico. La clasificación molecular no es mandatoria en este nuevo sistema de estadificación FIGO 2023; se proveen dos opciones, una con y otra sin clasificación molecular. Ambas opciones proveen una mejor predicción pronóstica, basado en el nuevo conocimiento integrado de parámetros anatómicos e histológicos, y de subtipos moleculares en casos donde son conocidos. El nuevo sistema FIGO 2023 incluye dos subestadificaciones moleculares bien definidas: [24]

1. Enfermedad confinada al útero (cuerpo +/- invasión cervical) con mutación del POLE, definido como $IAm_{POLEmut}$.

2. Enfermedad confinada al útero (cuerpo +/- invasión cervical) con infiltración miometrial y mutación del p53, definido como $IICm_{P53abn.}$

Ya es bien establecido que la enfermedad en estadio inicial con mutación del POLE tiene excelente pronóstico, aún sin recibir tratamiento adyuvante; y es por esto que las guías europeas sugieren desescalar el mismo en estas pacientes. Por otra parte, es bien sabido que las pacientes

con mutación del p53 tienen mal pronóstico, por lo que, a pesar de clasificar para estadio inicial, estas ameritan tratamiento adyuvante. León-Castillo *et al.* [25] demostraron que aquellas pacientes con P53 mutado que recibieron terapia sistémica tuvieron una supervivencia mayor. [24]

Además de las subestadificaciones definidas a nivel molecular, el subtipo molecular, si es conocido, se debe reportar en cualquier otra situación. Esto se ejecuta al agregar la "m" de perfil molecular, después de escribir el estadio FIGO, y denotar el subtipo molecular específico como subíndice. [24]

2. Histología en el cáncer de endometrio: un marcador pronóstico independiente.

El carcinoma de endometrio cuenta con dos clasificaciones histológicas principales: carcinomas endometrioides y no endometrioides. El endometrioide es el subtipo más común, que corresponde aproximadamente al 75 % - 80 % de casos, está asociado, en su mayoría, a la exposición excesiva al estrógeno, y generalmente tienen buen pronóstico. Por el contrario, los no endometrioides, que incluyen el seroso, células claras, carcinosarcoma, carcinoma gastrointestinal, indiferenciado y mesonéfrico, y mixtos, corresponde del 20 % al 25 % de casos. Estos usualmente tienen un comportamiento agresivo. [21]

Reconociendo su importancia pronóstica, la FIGO 2023 ha integrado los tipos histológicos en el sistema de estadificación, conllevando a diferentes clasificaciones y estrategias de manejo. Por esto, los endometrioides y no endometrioides con niveles similares de invasión miometrial ahora se estadifican por separado: los endometrioides en estadio I y los no endometrioides en estadios II. Es importante resaltar que, a pesar de que los endometrioides G3 se incluyen en las histologías desfavorables, no todos tienen un comportamiento agresivo. Solo cerca del 20 % de estos tienen p53 mutado y son genuinamente catalogados como alto riesgo; en contraste, el 80 % restante puede estar sujeto a sobretratamiento si no hay conocimiento del perfil molecular. Es por esto que la evaluación del subtipo molecular debe incorporarse en los criterios de estadificación siempre que sea posible, ya que puede conllevar a mayor precisión pronóstica. Sin embargo, la cruda realidad es que la clasificación molecular no está disponible en la mayoría de las instituciones y hospitales a nivel mundial. [21]

3. Invasión del espacio linfovascular en carcinoma de endometrio tipo endometrioide.

Los estadios FIGO 2023 IA y IB incluyen histologías endometrioides de bajo grado con invasión del espacio linfovascular ausente o focal, mientras que la presencia de invasión del espacio linfovascular sustancial, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como 5 o más focos, en carcinoma de endometrio de bajo grado confinado al útero, automáticamente aumenta la estadificación a un estadio IIB. Se ha documentado previamente en múltiples estudios que la invasión del espacio linfovascular es un factor pronóstico poderoso. De hecho, al evaluar la data de los estudios PORTEC 1 [(26)] y PORTEC 2, [(27)] la invasión del espacio linfovascular sustancial, al contrario de la ausente o focal, fue el factor pronóstico independiente para recurrencia pélvica regional, metástasis a distancia y sobrevida global. Un estudio [(28)] de más de 1500 pacientes con estadios I - III identificó la invasión del espacio linfovascular como factor de riesgo independiente más importante para el compromiso ganglionar. [(24)]

4. Carcinoma tipo endometrioide sincrónico de endometrio y ovario: avances en la estadificación.

La coocurrencia de carcinomas endometrioides en el endometrio y uno o dos ovarios no es un fenómeno inusual. Tradicionalmente, los tumores de bajo grado se han considerado como doble primario, asociados con un buen pronóstico. Estudios moleculares recientes, sin embargo, han sugerido que dichos tumores en el cuerpo uterino y el ovario son clonales, indicativos de metástasis de un sitio a otro, típicamente del endometrio al ovario. Las implicaciones de estos hallazgos son significativas, ya que estos tumores clonales, a pesar de que son representativos de metástasis desde el endometrio, generalmente tienen un excelente pronóstico. Esto conlleva a preocupaciones acerca de un probable sobretratamiento a través de la aplicación innecesaria de terapia adyuvante, dado que técnicamente califican como estadio IIIA en el sistema de estadificación FIGO 2009. En vista de esto, las guías de la OMS 2020 promueven un abordaje conservador, tratando estos tumores como neoplasias primarias sincrónicas cuando se presentan cuatro criterios principales: ambos tumores sean de bajo grado, menos de 50 % de invasión miometrial, no se extiende a otros tejidos y no hay invasión del espacio linfovascular sustancial. Por tal motivo la FIGO introduce esta nueva designación, el estadio IA3. Sin embargo; es crucial recordar que el sistema de estadificación FIGO 2023 excluye dichos casos con invasión miometrial mayor al 50 %, invasión del espacio linfovascular sustancial, compromiso ovárico bilateral, ruptura de la cápsula o la presencia de lesiones metastásicas adicionales; estos casos corresponderían con estadio IIIA1, ameritando el tratamiento adyuvante estándar. [(21)]

B.- En estadios avanzados:

1. Redefinición de la metástasis ganglionar

Con la amplia aceptación de la biopsia de ganglio centinela de rutina y la ultraestadificación, la enfermedad de bajo volumen ha aumentado su diagnóstico. Mientras que la micrometástasis (0,2 – 2 mm) y macrometástasis (mayor a 2 mm), son consideradas enfermedad ganglionar positiva, la relevancia clínica de las células tumorales aisladas aún no está completamente estudiada, por lo tanto, se designa como enfermedad ganglionar negativa. La nueva estadificación FIGO 2023 discrimina entre micro- y macrometástasis en compromiso ganglionar pélvico y paraaórtico, al añadir "i" para micro- e "ii" para macrometástasis. El tamaño de la metástasis es significativo para el pronóstico de la paciente, ya que la metástasis ganglionar pélvica y paraaórtica confiere un peor pronóstico comparado con la micrometástasis. [24]

2. Nueva evaluación de carcinomatosis peritoneal

El sistema de estadificación FIGO 2009, en su estadio IVB establecía un grupo heterogéneo de pacientes con carcinomatosis peritoneal, metástasis a distancia órgano específico y metástasis ganglionar más allá de la pelvis y región paraaórtica, todo incluido en dicho grupo. En el nuevo sistema de estadificación FIGO 2023, se distingue la carcinomatosis peritoneal de la metástasis a distancia. La carcinomatosis peritoneal limitada a la pelvis ahora corresponde a un estadio IIIB2, y la carcinomatosis peritoneal más allá de la pelvis permanece correspondiendo al estadio IV, pero corresponde a un subestadio diferente, discriminándolo de la metástasis a distancia órgano específica, que actualmente pertenece al estadio IVC. Un estudio [29] confirmó la diferencia en cuanto a pronóstico para los nuevos subestadios del sistema FIGO 2023, específicamente del estadio IV, demostrando tasas de mortalidad específica de 56,3 % al haber infiltración de mucosa vesical o de recto (estadio IVA), 62,7 % con la presencia de carcinomatosis peritoneal extrapélvica (estadio IVB) y 71,4 % en enfermedad a distancia intra- y extraabdominal (estadio IVC). La supervivencia global a los 10 años para el estadio IIIB2 del sistema de estadificación FIGO 2023 fue de 49,4 %, comparado con 18,7 % para el estadio IVB del sistema de estadificación FIGO 2009, al cual pertenecía anteriormente. [24]

Objetivo general

Evaluar el impacto en el pronóstico de las pacientes con diagnóstico de carcinoma de endometrio tratadas en el Servicio Oncológico Hospitalario del IVSS, posterior a la reestadificación según

la clasificación FIGO 2023, en comparación con la estadificación previa, en el periodo comprendido entre 2013 y 2023.

Objetivos específicos

1. Determinar las características clínicas e histopatológicas de la población de estudio.
2. Especificar los cambios en la distribución de estadios de las pacientes.
3. Analizar la necesidad y tipo de terapia adyuvante.
4. Comparar la supervivencia global y libre de progresión por estadios, según ambas clasificaciones.
5. Evaluar el impacto pronóstico de las características añadidas en la clasificación de 2023.

Aspectos éticos

El proyecto fue presentado ante el comité de bioética de la institución para su evaluación, y la recolección de la información se inició una vez obtenida la aprobación de dicho comité.

Durante el desarrollo de este proyecto se acataron los principios de autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia establecidos en la declaración de Helsinki del año 2017 [30] para la investigación médica en seres humanos. Se respetó la confidencialidad de los datos obtenidos mediante la revisión de las historias clínicas que fueron vaciadas en el instrumento de recolección con fines académicos y de investigación. Se guardó discreción en el procedimiento de la investigación científica; de acuerdo con las normas internacionales de investigación, toda la información obtenida de las pacientes en estudio fue manejada en forma estrictamente confidencial, los datos de las pacientes se obtuvieron para uso exclusivo del investigador.

MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, correlacional, de corte transversal.

Población y muestra

La población estuvo constituida por todas las pacientes con diagnóstico de cáncer de endometrio que ingresaron en el servicio de Ginecología Oncológica del Servicio Oncológico Hospitalario, en el periodo comprendido entre año 2013 y 2023. La muestra, no probabilística, intencional, estuvo conformada por 182 pacientes, según los siguientes criterios:

Criterio de inclusión

- Pacientes con diagnóstico histológico de cáncer de endometrio.
- Intervenidas quirúrgicamente a través de una cirugía estadificadora de endometrio.
- Pacientes que contaran con reporte anatomopatológico posterior a la cirugía estadificadora de endometrio.

Criterios de exclusión

- Historia clínica no disponible.

Procedimientos

Para realizar este estudio, se contó con aprobación del Comité Académico y Comité de Bioética. Se procedió a revisar las historias de las pacientes que acudieron a la consulta de Ginecología Oncológica y fueron llevadas a mesa operatoria para realizar procedimiento quirúrgico, para determinar y plasmar en un documento de recolección de datos (anexo 3) la extensión de enfermedad, estadificación FIGO 2009 y reestadificación 2023, características anatomopatológicas e impacto en el pronóstico, en el período de enero 2013 a diciembre 2023, las cuales fueron solicitadas al Departamento de Historias Médicas de la institución. Dicho instrumento de recolección permitió la sistematización de variables de interés.

Tratamiento estadístico

Se utilizó estadística descriptiva, calculando medidas de tendencia central: media con desviación estándar (DE), mínimo y máximo, mediana o moda, según convino.

La asociación entre variables cualitativas se hizo utilizando chi cuadrado, y para variables cuantitativas, se utilizó t de *Student*. Se consideró significativa cualquier asociación donde $p < 0,05$.

RESULTADOS

Este estudio se llevó a cabo con una muestra de ciento ochenta y dos (182) pacientes con diagnóstico de carcinoma de endometrio tratadas en el Servicio Oncológico Hospitalario del IVSS, en el periodo 2013 - 2023. En este lapso de revisión de las historias clínicas, se pudo determinar que en los años 2017 (18,7 %); 2013 (11 %) y 2020 (9,9 %) fueron los años con mayor registro de casos y en los años 2016 (4,4 %) y 2022 (4,9 %) con el menor registro (gráfico 1).

Las características de las pacientes se presentan en la tabla 1. La mayor prevalencia ocurrió entre pacientes de 50 a 70 años de edad, con 98 casos (53,8 %) ($p = 0,0001$). La vía de abordaje predominante fue la laparotomía, utilizada en 179 casos (99,4 %) ($p = 0,0001$); se realizó linfadenectomía en 161 pacientes (88,5 %) ($p = 0,0001$) y detección de ganglio centinela en 61 (33,5 %), entre ellos, en 23 (12,6 %) casos fue unilateral y en 38 (20,9 %) bilateral ($p = 0,0001$).

La distribución de pacientes según las características histopatológicas del tumor se presenta en la tabla 2. En 122 pacientes (67 %) el tipo histológico fue endometrioide ($p = 0,0001$); el grado de diferenciación fue 2 en 83 (45,6 %) y 3 en 59 (32,4 %) ($p = 0,0001$). El tamaño fue menor de 5 x 5 cm en 117 casos (64,3 %) ($p = 0,0001$). La invasión miometrial fue menor al 50 % en 102 (56 %) y de 50 % o más en 80 (44 %) ($p = 0,103$).

En la tabla 3 se observa que había invasión linfovascular en 57 casos (31,3 %), compromiso del estroma cervical en 30 (16,5 %), compromiso de los anexos en 22 (12,1 %), de los parametrios en 10 (5,5 %) y vaginal en 1 caso (0,5 %). No hubo casos con expansión clonal al ovario. El compromiso ganglionar se observó en 45 pacientes (24,7 %), en su mayoría a nivel pélvico (37 casos, 20,3 %). Hubo compromiso peritoneal pélvico en 8 (4,4 %) y abdominal en 10 (5,5 %). Se observaron metástasis a distancia en 5 casos, 3 (1,6 %) a nivel pulmonar y 2 (1,1 %) hepáticas ($p = 0,0001$, en todos los casos).

La distribución comparativa de los estadios establecidos en el momento del tratamiento inicial (FIGO 2009) y el estadio que correspondería si se utilizara la clasificación FIGO 2023, se presenta en la tabla 4. Hubo 106 (58,2 %) casos estadios I, de los cuales, solo 88 (48,4 %) hubieran correspondido a estadio I en la nueva clasificación ($p = 0,009$). Considerando los subestadios, 85 pacientes fueron estadio IA y 21 fueron IB. Según FIGO 2023, 71 casos serían IA: 3 (1,6 %) IA1 y 68 (37,4 %) 1A2, 15 (8,2 %) serían IB y 2 (1,1 %) IC.

Ocho (4,4 %) pacientes fueron clasificadas como estadio II según FIGO 2009, y 26 (14,3 %) según FIGO 2023 (p = 0,003). Estas últimas se distribuyeron así: 4 (2,2 %) IIA, 1 (0,5 %) IIB y 21 (11,5 %) IIC. No hubo diferencias entre las pacientes clasificadas como estadio III o IV.

En la tabla 5 se observa que, según la clasificación inicial, 100 (54,9 %) pacientes ameritaron tratamiento adyuvante; entre ellas, en 9 (9 %) casos fue braquiterapia, en 5 (5 %) fue radioterapia externa, en 14 (14 %) fue quimioterapia y en 72 (72 %) fue tratamiento combinado. Según FIGO 2023, 109 (59,9 %) hubieran ameritado tratamiento adyuvante: 16 (14,7 %) braquiterapia; 10 (9,2 %) radioterapia externa y 83 (76,1 %) combinada. Las diferencias en la necesidad de terapia y el tipo de terapia no fueron significativas, pero al considerar las diferentes combinaciones de terapia indicada sí hubo diferencias estadísticamente significativas, con predominio de radioterapia externa más quimioterapia en la clasificación inicial (p = 0,000) y de radioterapia externa, quimioterapia más braquiterapia en FIGO 2023 (p = 0,000).

La distribución de pacientes según la supervivencia global y libre de enfermedad a uno y cinco años según FIGO 2009 y FIGO 2023, comparadas con la supervivencia real, se presentan en las tablas 6 y 7. Al evaluar la supervivencia global y libre de progresión a un año no hubo diferencias significativas. Para los cinco años, la supervivencia libre de progresión real para pacientes en estadio IV fue de 46 %, según FIGO 2009 hubiera sido 25 % y según FIGO 2023 65 % (p = 0,023). No hubo diferencias significativas en los otros estadios, ni al evaluar la supervivencia global.

La duración de la supervivencia se muestra en la tabla 8. La supervivencia libre de progresión para el estadio I fue de 3,34 ± 2,31 años, 3,23 ± 2,27 años y 3,48 ± 2,26 años, para la real, FIGO 2009 y FIGO 2023. Para el estadio IV fue 1,55 ± 1,30 años, 0,45 ± 0,08 años y 0,45 ± 0,08 años, respectivamente. La situación fue similar para la supervivencia global. Los detalles se pueden observar en la tabla 8.

La tabla 9 muestra el impacto de las características histopatológicas añadidas a la clasificación, en la supervivencia. No se observaron diferencias significativas entre la supervivencia libre de progresión real, y la calculada por FIGO 2009 o por FIGO 2023 según la presencia de invasión del espacio linfovascular (p = 0,171 y p = 0,201) y tipos histológicos desfavorables (p = 0,226 y p = 0,236). No hubo ningún caso con extensión clonal al ovario. Los hallazgos son similares

al calcular la supervivencia global, mostrando que no hubo asociación entre la presencia o ausencia de tales características añadidas.

DISCUSIÓN

Este es el primer trabajo de investigación realizado en Venezuela donde, de manera retrospectiva, se comparan dos sistemas de estadificación para cáncer de endometrio y se evalúa su impacto pronóstico, marcando un precedente de alto valor académico en la comunidad científica, fomentando la investigación y plasmando así resultados reales que contribuyan con el manejo y tratamiento de esta entidad.

Su relevancia radica en el conocimiento del impacto pronóstico del nuevo sistema de estadificación FIGO 2023 [7] para cáncer de endometrio, evaluando las características anatomopatológicas agregadas de forma individual. Proporciona una comparación en pacientes venezolanas, del antiguo y más simplificado sistema de estadificación FIGO 2009, [10] con el actual FIGO 2023, [7] estableciendo evidencia robusta de las pacientes y la estadificación que hubiera correspondido en caso de haber aplicado los nuevos criterios, con la eventual modificación de la supervivencia.

Con relación a las características clínicas de la población en estudio, el rango etario al momento del diagnóstico fue de 50 - 70 años, con un 53,8 %, lo cual coincide con la edad promedio de las pacientes incluidas en el estudio de Tsolaikidis *et al.,* [9] correspondiéndose con las edades de presentación más frecuentes de esta entidad, siendo una característica importante como guía al momento del diagnóstico, en conjunto con los síntomas y signos característicos presentados por la paciente; la vía de abordaje en un 99,4 % fue laparotomía, lo cual difiere de las recomendaciones sugeridas por la ESGO/ESTRO/ESP 2021, [6] quienes sugieren que la vía de abordaje ideal es la laparoscopia; sin embargo, resulta como limitante para llevar a cabo la misma, las condiciones y escasez de equipos de laparoscopia, lo que dificulta su aplicación y por ende afecta la curva de aprendizaje; por otra parte, la linfadenectomía pélvica fue la más realizada, un 62,1 %, similar a los datos registrados por Loukovaara *et al.,* [5] lo que es cónsono con el predominio de tipos histológicos favorables en este grupo de pacientes, y sigue las pautas quirúrgicas establecidas en estos casos, donde la linfadenectomía se realiza solo pélvica. Se practica la técnica de ganglio centinela en un 33,5 % de estas pacientes.

En cuanto al tipo histológico, el endometrioide tuvo lugar en el 67 % de las pacientes, a predominio de endometrioides de bajo grado, específicamente G2 en un 45,6 %; por su parte, de las histologías desvaforables, la más frecuente fue el carcinoma seroso, con un 9,9 % de

casos, lo cual se correlaciona con los resultados de Tsolaikidis *et al.*; [9] se observó, por tanto, que las histologías favorables fueron más frecuentes, lo que otorga un mejor pronóstico a estas pacientes; sin embargo, es importante recalcar que, a pesar de que las histologías favorables predominan en este grupo, las histologías desfavorables tienen una incidencia no despreciable, muy cercana al porcentaje de los endometrioides de bajo grado.

También se refleja en los resultados que un 56 % de tumores comprometía menos del 50 % del endometrio, similar a los resultados de las pacientes incluidas en el estudio de Yu *et al.,* [14] en consonancia con las histologías favorables que predominaron en esta investigación, con relación a la evolución natural de la enfermedad en estos casos.

Evaluando los cambios en la distribución de estadios, un 9,9 % hubiera tenido modificaciones empleando el sistema de estadificación FIGO 2023. [7] El principal cambio fue en los estadios iniciales I y II; específicamente, se encontró un 58,2 % de casos en estadio I según sistema de estadificación FIGO 2009 [10] y una frecuencia más baja, de un 48,4 % de casos en estadio I según FIGO 2023; [7] con mayor número de casos (68) en el estadio IA2. Por su parte, según el sistema de estadificación FIGO 2009, [10] un 4,4 % de casos correspondían al estadio II, mientras que en FIGO 2023, [7] se hubiera clasificado el 14,3 % como estadio II, al incluir 18 pacientes previamente clasificadas como estadio I. La mayoría de casos se asoció al estadio IIC, debido al tipo histológico desfavorable.

Este resultado, donde el tipo histológico corresponde a una de las características anatomopatológicas y pronósticas de mayor importancia, es similar al observado en los estudios de Schwameis *et al.,* [11] de Loukovaara *et al.* [5] y de Lim *et al.;* [15] en los que la mayor cantidad de cambios se hubieran visto entre los estadios IA o IB FIGO 2009 [10] al estadio IIC FIGO 2023. [7]

En estadios avanzados hubo diferencias significativas en la distribución de pacientes dentro del estadio IV, encontrándose que todos los casos en este estadio fueron clasificadas como IVB por FIGO 2009, [10] lo que representaba el 5,5 % del total de pacientes. Según la nueva clasificación, la mitad seguían siendo IVB y la otra mitad pasó a ser clasificada como IVC, lo cual se asemeja a los resultados de Tsolaikidis *et al.,* [9] quienes no solo observaron cambios en estadios iniciales, sino también en estadios avanzados, específicamente del estadio IVB al estadio IVC.

Una de las interrogantes planteadas en este trabajo de investigación fue la modificación en cuanto a la adyuvancia al considerar el sistema FIGO 2023, [7] pudiendo considerarse que, de aplicarse los criterios actuales, algunas pacientes hubieran sido subtratadas o hubieran tenido sobretratamiento, lo que conlleva a diferencias en la supervivencia.

En general, en la terapia adyuvante, se observó que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos sistemas de estadificación; sin embargo, la braquiterapia fue la modalidad terapéutica con mayor cambio entre los casos clasificados por uno y otro sistema, pasando del 9 % al 14,7 % de aplicación. A su vez, hubo diferencias estadísticamente significativas en las combinaciones de terapia indicada, con una mayor frecuencia de casos que recibieron radioterapia externa más quimioterapia (28 % vs. 3,8 %) que, al ser clasificados en un estadio mayor, hubieran requerido radioterapia externa más quimioterapia más braquiterapia (23,6 % vs. 39 %). Por el contrario, Bassetty *et al.* [12] reportaron que el 63 % de sus pacientes habría necesitado una terapia adyuvante inferior a la que recibieron.

Al observar los resultados en cuanto a la supervivencia libre de progresión y supervivencia global, no hubo diferencias estadísticamente significativas al año, aunque a los 5 años, llama la atención que al comparar la SLP real con la sobrevida esperada según FIGO 2023 [7] en estadios IV, a los 5 años, esta aumentaría de un 46 % a un 65 % (p = 0,023); asimismo, la SLP a los 5 años sería discretamente mayor, con relación a la supervivencia real y del sistema de estadificación FIGO 2009 [10] en todos los estadios, aunque sin alcanzar significancia estadística.

Esto difiere de lo observado en la literatura consultada. Según Schwameis *et al.,* [11] en estadio I hubo diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia libre de progresión entre ambos sistemas de estadificación, FIGO 2009 [10] y FIGO 2023, [7] correspondiendo para el estadio I una supervivencia libre de progresión de 93 % a los 5 años, según FIGO 2023, [7] a diferencia de un 87,4 % empleando el sistema de estadificación FIGO 2009, [10] aunque se obtuvo supervivencia global similares entre ambos grupos. En el estadio II, no hubo diferencias estadísticamente significativas, así como para estadios III y IV no se reportaron resultados robustos. Estos resultados son similares a los publicados por Tsolaikidis *et al.,* [9] quienes concluyen que hubo un aumento estadísticamente significativo en la supervivencia libre de progresión según el sistema de estadificación FIGO 2023, [7] con respecto a FIGO 2009; [10] sin embargo, no observaron diferencias en la supervivencia global.

A pesar de coincidir en cuanto a la diferencia con respecto a la supervivencia libre de progresión a los 5 años, a favor del sistema de estadificación FIGO 2023, [7] los resultados observados en este trabajo de investigación no fueron estadísticamente significativos. Sin embargo, se debe tomar en cuenta que al evaluar la supervivencia en cada estadio no habría diferencias, pero al evaluarla paciente a paciente probablemente sí, lo cual sería motivo de una nueva evaluación, considerando que los casos más graves clasificados inicialmente como estadio I, subirían de estadio, al II, produciendo mejor tasa de supervivencia. Así, las 18 pacientes que subieron de estadio I a estadio II explican que la supervivencia en 2023 hubiera sido mejor. Por su parte, esas pacientes que pasaron del I al II hubieran podido tener mejor supervivencia porque al ser clasificadas como un estadio más avanzado, se le asociaría un esquema de tratamiento adyuvante diferente, lo que teóricamente proporcionaría mejor respuesta.

Al evaluar el impacto pronóstico de las características añadidas según FIGO 2023, [7] tomando en cuenta principalmente la invasión del espacio linfovascular, el tipo histológico desfavorable y la expansión clonal al ovario, se observa un impacto en la supervivencia libre de progresión en pacientes con tipo histológico desfavorable que, sin embargo, no alcanza la significancia estadística; esto coincide con que la mayoría de pacientes en quienes cambiaría el estadio de aplicarse los nuevos criterios, pasarían del estadio I al estadio IIC específicamente, modificando el tratamiento y la supervivencia. No hubo diferencias significativas al evaluar el impacto de dichas características en la supervivencia global, y no se observaron casos de expansión clonal al ovario. Berek *et al.* [7] destacan la importancia del tipo histológico desfavorable en el nuevo sistema de estadificación FIGO 2023, [7] y cómo este factor pronóstico independiente aumenta la tasa de recaídas.

Sobre la base de lo anteriormente expuesto, se puede concluir que la nueva clasificación impacta especialmente a los casos en estadio I con tipos histológicos desfavorables, que ahora serían clasificados como IIC. Hubo 10 % de pacientes estadio I que hubieran sido clasificadas como II. La aplicación de los nuevos criterios hubiera impactado la supervivencia libre de progresión a los 5 años para pacientes en estadio IV, que hubiera mejorado de 46 % a 65 %. La principal característica anatomopatológica y factor pronóstico independiente resultó el tipo histológico desfavorable, con un cambio en la supervivencia libre de progresión, sin observarse modificaciones en la supervivencia global.

Es importante resaltar que, como principal limitación, hubo reportes anatomopatológicos incompletos, que no incluían muchas de las características de mayor importancia actualmente, lo que se debe a la naturaleza retrospectiva de este trabajo de investigación, agregando también la ausencia de reportes de perfil molecular, ya que los mismos no fueron solicitados o muchas pacientes no contaban con el recurso económico para realizarlo en los años de estudio incluidos.

La mayor fortaleza de este trabajo de investigación es el aporte a la comunidad científica, siendo el primer estudio que compara ambos sistemas de estadificación en el cáncer de endometrio en este país, así como a nivel internacional, sumando evidencia científica sólida que respalda la utilización de dicho sistema de estadificación, y su importancia pronóstica.

Se recomienda:

1. Incentivar a los especialistas en Anatomía Patológica a elaborar un reporte de la pieza operatoria lo más apegado posible al nuevo sistema de estadificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia 2023, [7] haciendo énfasis en la invasión del espacio linfovascular (nulo, focal o sustancial).
2. Emplear el nuevo sistema de estadificación 2023 [7] en las pacientes con cáncer de endometrio, para indicar el tratamiento adyuvante correspondiente y definir el pronóstico de la paciente.
3. Continuar la línea de investigación, incorporando el perfil molecular, con un diseño prospectivo.
4. Elaborar un reporte detallado y completo de las características anatomopatológicas, así como plasmar las posibles persistencias o recaídas de enfermedad en la historia clínica, dejando claro el desenlace posterior al tratamiento recibido.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, a Dios por ponerme en pie cada día para lograr mis objetivos.

Al tutor del trabajo especial de grado, Académico Dr. Sc. Franco Calderaro Di Ruggiero, por guiarme en cada paso y confiar en mí, dándome la oportunidad de elaborar y desarrollar este trabajo de investigación, aportando y dedicando su tiempo para obtener los mejores resultados, siempre con el objetivo de lograr la excelencia.

A la Dra. Mireya González Blanco, asesora metodológica de este trabajo, quien, con su amplio conocimiento y experiencia, me orientó en la adecuada elaboración del mismo, con una invaluable dedicación y esmero, lo cual se ve reflejado en estas páginas.

Al licenciado en estadística Fermín Gómez, por su arduo trabajo en la elaboración de los resultados, pieza fundamental para ver materializado el objetivo de este trabajo de investigación.

Al personal de archivos del Servicio Oncológico Hospitalario, por facilitar las historias clínicas necesarias.

A todos, gracias por su indispensable aporte.

REFERENCIAS

1. Global Cancer Observatory. Venezuela [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. 2022 [consultado xxxxxxxx]. Disponible en: 862-venezuela-fact-sheet.pdf
2. Lara E, Calderaro di Ruggiero F. Cáncer de endometrio: influencia del tratamiento en la calidad de vida y función sexual Rev Obstet Ginecol Venez. 2021; 81(4):319-328. DOI: 10.51288/00810405
3. Creasman WT, Morrow CP, Bundy BN, Homesley HD, Graham JE, Heller PB. Surgical pathologic spread patterns of endometrial cancer. A Gynecologic Oncology Group Study. Cancer. 1987;60(8 Suppl):2035-41. DOI: 10.1002/1097-0142(19901015)60:8+<2035::aid-cncr2820601515>3.0.co;2-8.
4. Cancer Genome Atlas Research Network; Kandoth C, Schultz N, Cherniack AD, Akbani R, Liu Y, Shen H, *et al.* Integrated genomic characterization of endometrial carcinoma. Nature. 2013;497(7447):67-73. DOI: 10.1038/nature12113.
5. Loukovaara M, Pasanen A, Bützow R. Stage distribution and prognostic accuracy of the 2023 FIGO (the International Federation of Gynecology & Obstetrics) staging system for endometrial cancer: A retrospective cohort study. Int J Gynaecol Obstet. 2024;167(3):990-996. DOI: 10.1002/ijgo.15749.
6. Concin N, Matias-Guiu X, Vergote I, Cibula D, Mirza MR, Marnitz S, *et al.* ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma. Int J Gynecol Cancer. 2021;31(1):12-39. DOI: 10.1136/ijgc-2020-002230.
7. Berek JS, Matias-Guiu X, Creutzberg C, Fotopoulou C, Gaffney D, Kehoe S, *et al*.; Endometrial Cancer Staging Subcommittee, FIGO Women's Cancer Committee. FIGO staging of endometrial cancer: 2023. J Gynecol Oncol. 2023;34(5):e85. DOI: 10.3802/jgo.2023.34.e85.
8. Ouldamer L, Koskas M, Carcopino X; Francogyn Research Group. Evaluating the clinical impact of the 2023 FIGO staging for endometrial cancer: Complexities and considerations. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2023; 291:59-60. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2023.10.008.
9. Tsolakidis D, Zouzoulas D, Sofianou I, Karalis T, Chatzistamatiou K, Theodoulidis V, *et al*. External Validation of the New 2023 International Federation of Gynecology and Obstetrics Staging System in Endometrial Cancer Patients: 12-Year Experience from an European Society of Gynecological Oncology-Accredited Center. Medicina (Kaunas). 2024;60(9):1421. DOI: 10.3390/medicina60091421.
10. Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. Int J Gynaecol Obstet. 2009;105(2):103-4. DOI: 10.1016/j.ijgo.2009.02.012.
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 centers. Eur J Cancer. 2023; 193:113317. DOI: 10.1016/j.ejca.2023.113317.

12. Bassetty KC, Begum D, Barmon D, Baruah U, Gupta S, Kumar M, *et al*. FIGO 2023 endometrial staging: a leap of faith into the new "prognostic based' rather than "anatomical based" staging-too fast too furious?? J Cancer Res Clin Oncol. 2024;150(5):251. DOI: 10.1007/s00432-024-05739-w

13. Han KH, Park N, Lee M, Lee C, Kim H. The new 2023 FIGO staging system for endometrial cancer: what is different from the previous 2009 FIGO staging system? J Gynecol Oncol. 2024;35(5):e59. DOI: 10.3802/jgo.2024.35.e59.

14. Yu C, Yuan X, Yao Q, Xu Y, Zhou X, Hu X, *et al.* Clinical application of FIGO 2023 staging system of endometrial cancer in a Chinese cohort. BMC Cancer. 2024;24(1):862. DOI: 10.1186/s12885-024-12633-8.

15. Lim JW, Dzyubak O, Moshkovich M, Maganti M, Han K, Hodgson A, *et al*. Impact of FIGO 2023 staging criteria on stage migration and survival outcomes in early-stage endometrial cancer: A retrospective cohort study. Gynecol Oncol. 2025; 202:93-101. DOI: 10.1016/j.ygyno.2025.09.015.

16. Koskas M, Crosbie EJ, Fokdal L, McCluggage WG, Mileshkin L, Mutch DG, *et al.* Cancer of the corpus uteri: A 2025 update. Int J Gynaecol Obstet. 2025 Sep;171 Suppl 1(Suppl 1):60-77. doi: 10.1002/ijgo.70326.

17. Odicino F, Pecorelli S, Zigliani L, Creasman WT. History of the FIGO cancer staging system. Int J Gynaecol Obstet. 2008;101(2):205-10. DOI: 10.1016/j.ijgo.2007.11.004.

18. Werner HM, Trovik J, Marcickiewicz J, Tingulstad S, Staff AC, Amant F, *et al*.; MoMaTEC study group. Revision of FIGO surgical staging in 2009 for endometrial cancer validates to improve risk stratification. Gynecol Oncol. 2012;125(1):103-8. DOI: 10.1016/j.ygyno.2011.11.008.

19. DiSaia PJ, Creasman WT, Boronow RC, Blessing JA. Risk factors and recurrent patterns in Stage I endometrial cancer. Am J Obstet Gynecol. 1985;151(8):1009-15. DOI: 10.1016/0002-9378(85)90371-0.

20. Abu-Rustum NR, Zhou Q, Iasonos A, Alektiar KM, Leitao MM Jr, Chi DS, *et al*. The revised 2009 FIGO staging system for endometrial cancer: should the 1988 FIGO stages IA and IB be altered? Int J Gynecol Cancer. 2011; 21(3):511-6. DOI: 10.1097/IGC.0b013e31820cc305.

21. Zheng W. Molecular 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.

22. Kim HJ, Kim TJ, Lee YY, Choi CH, Lee JW, Bae DS, *et al.* A comparison of uterine papillary serous, clear cell carcinomas, and grade 3 endometrioid corpus cancers using 2009 FIGO staging system. J Gynecol Oncol. 2013; 24(2):120-7. DOI: 10.3802/jgo.2013.24.2.120.

23. Yasuda M. New clinicopathological concept of endometrial carcinoma with integration of histological features and molecular profiles. Pathol Int. 2024; 74(10):557-573. DOI: 10.1111/pin.13471.

24. 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. Gynecol Oncol. 2024; 184:245-253. DOI: 10.1016/j.ygyno.2024.02.002.

25. León-Castillo A, de Boer SM, Powell ME, Mileshkin LR, Mackay HJ, Leary A, *et al*.; TransPORTEC consortium. Molecular Classification of the PORTEC-3 Trial for High-Risk Endometrial Cancer: Impact on Prognosis and Benefit from Adjuvant Therapy. J Clin Oncol. 2020;38(29):3388-3397. DOI: 10.1200/JCO.20.00549..

26. Creutzberg CL, van Putten WL, Koper PC, Lybeert ML, Jobsen JJ, Wárlám-Rodenhuis CC, *et al.* Surgery and postoperative radiotherapy versus surgery alone for patients with stage-1 endometrial carcinoma: multicentre randomised trial. PORTEC Study Group. Post Operative Radiation Therapy in Endometrial Carcinoma. Lancet. 2000; 355(9213):1404-11. DOI: 10.1016/s0140-6736(00)02139-5.

27. Nout RA, Smit VT, Putter H, Jürgenliemk-Schulz IM, Jobsen JJ, Lutgens LC, *et al*.; PORTEC Study Group. Vaginal brachytherapy versus pelvic external beam radiotherapy for patients with endometrial cancer of high-intermediate risk (PORTEC-2): an open-label, non-inferiority, randomised trial. Lancet. 2010; 375(9717):816-23. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)62163-2.

28. Stålberg K, Bjurberg M, Borgfeldt C, Carlson J, Dahm-Kähler P, Flöter-Rådestad A, *et al.* Lymphovascular space invasion as a predictive factor for lymph node metastases and survival in endometrioid endometrial cancer - a Swedish Gynecologic Cancer Group (SweGCG) study. Acta Oncol. 2019;58(11):1628-1633. doi: 10.1080/0284186X.2019.1643036.

29. Matsuo K, Klar M, Song BB, Roman LD, Wright JD. Validation of the 2023 FIGO staging schema for advanced endometrial cancer. Eur J Cancer. 2023; 193:113316. DOI: 10.1016/j.ejca.2023.113316.

30. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos [Internet]. Helsinki: Asociación Médica Mundial; 2024 [consultado 28 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/

ANEXO 1

ESTADIFICACIÓN CÁNCER DE ENDOMETRIO FIGO 2009 [10]

I	Tumor confinado al cuerpo uterino
IA	Sin o menos de la mitad de invasión del miometrio.
IB	Invasión mayor o igual a la mitad del miometrio.
II	El tumor invade el estroma cervical, pero no se extiende más allá del útero.
III	Diseminación local y/o regional del tumor.
IIIA	El tumor invade la serosa del cuerpo uterino y/o anexos.
IIIB	Compromiso vaginal y/o parametrial.
IIIC	Metástasis a ganglios pélvicos y/o paraaórticos.
IIIC1	Ganglios pélvicos positivos.
IIIC2	Ganglios paraaórticos positivos con o sin ganglios pélvicos positivos.
IV	El tumor invade la mucosa de vejiga y/o recto, y/o metástasis a distancia.
IVA	Invasión tumoral a la mucosa de vejiga y/o recto.
IVB	Metástasis a distancia, incluyendo metástasis intraabdominal y/o ganglios inguinales.

ANEXO 2

ESTADIFICACIÓN CÁNCER DE ENDOMETRIO FIGO 2023 [7]

I	Tumor confinado al cuerpo uterino y al ovario.
IA	Enfermedad limitada al endometrio o tipo histológico no agresivo, por ejemplo, endometrioide de bajo gado, con invasión de menos de la mitad del miometrio, sin invasión del espacio linfovascular, o invasión del espacio linfovascular focal, o enfermedad de buen pronóstico.
IA1	Tipo histológico no agresivo limitado a un pólipo o confinado al endometrio.
IA2	Tipos histológicos no agresivos que comprometen menos de la mitad del miometrio sin o con invasión del espacio linfovascular focal.
IA3	Carcinoma endometrioide de bajo grado confinado al útero y un ovario.
IB	Tipos histológicos no agresivos con invasión mayor o igual a la mitad del miometrio, sin o con invasión del espacio linfovascular focal.
IC	Tipos histológicos agresivos limitados a un pólipo o confinados al endometrio.
II	Invasión del estroma cervical sin extensión extrauterina o con invasión del espacio linfovascular sustancial, o tipos histológicos agresivos con invasión miometrial.
IIA	Invasión del estroma cervical en tipos histológicos no agresivos.
IIB	Invasión del espacio linfovascular sustancial de tipos histológicos no agresivos.
IIC	Tipos histológicos agresivos con cualquier grado de compromiso miometrial.
III	Diseminación local y/o regional del tumor de cualquier tipo histológico.
IIIA	Invasión de la serosa uterina, anexos o ambos, por extensión directa o metástasis.
IIIA1	Diseminación al ovario o trompa de Falopio (si no cumple con los criterios del IA3)

IIIA2	Compromiso de la subserosa uterina o diseminación a través de la serosa.
IIIB	Metástasis o diseminación directa a la vagina y/o parametrios o peritoneo pélvico.
IIIB1	Metástasis o diseminación directa a la vagina y/o parametrios.
IIIB2	Metástasis al peritoneo pélvico.
IIIC	Metástasis a ganglios pélvicos o paraaórticos o ambos.
IIIC1	Metástasis a ganglios pélvicos.
IIIC1i	Micrometástasis.
IIIC1ii	Macrometástasis.
IIIC2	Metástasis a ganglios paraaórticos hasta los vasos renales, con o sin metástasis a ganglios pélvicos.
IIIC2i	Micrometástasis.
IIIC2ii	Macrometástasis.
IV	Diseminación a la mucosa vesical y/o intestinal y/o a distancia.
IVA	Invasión a la mucosa de vejiga y/o recto.
IVB	Metástasis peritoneal abdominal más allá de la pelvis
IVC	Metástasis a distancia, incluyendo metástasis a cualquier ganglio extra o intra abdominal por encima de los vasos renales, pulmones, hígado, cerebro o huesos.

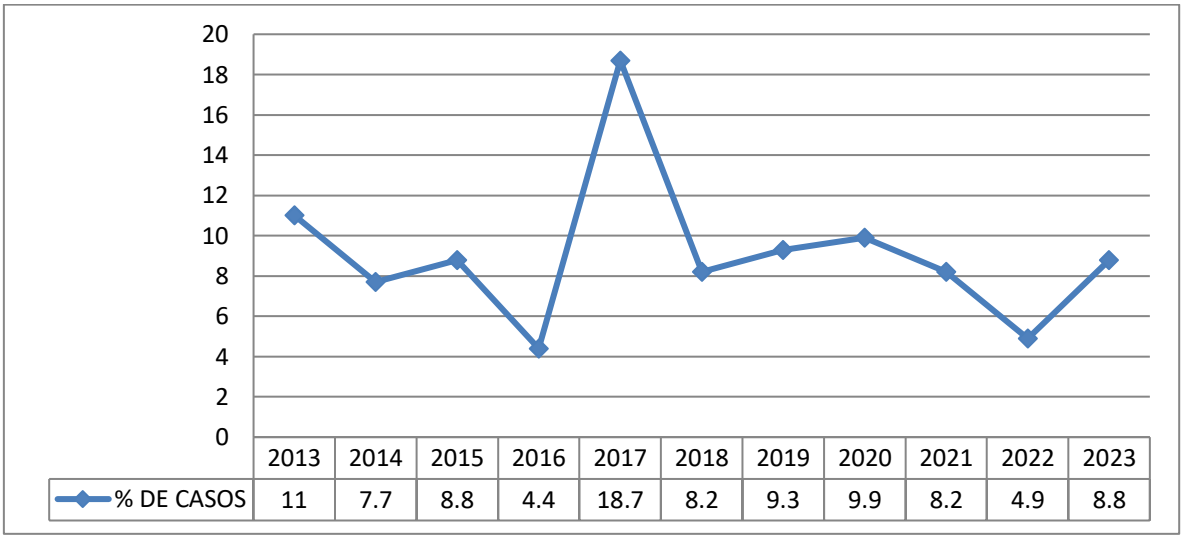
ANEXO 3

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Año de ingreso.	
Nombre y apellido	
Número de historia clínica	
Edad	
Vía de abordaje	
Linfadenectomía (pélvica, paraaórtica)	
Biopsia de ganglio centinela (detección o no, uni o bilateral, lugar de detección)	
Reporte de biopsia (tipo histológico, grado de diferenciación, tamaño tumoral, porcentaje de invasión miometrial, invasión del espacio linfovascular, compromiso a estroma cervical, compromiso de anexos, compromiso parametrial y/o vaginal, compromiso ganglionar).	
Estadificación FIGO 2009	
Adyuvancia	
Período libre de enfermedad	
Recurrencia	
Lugar de recurrencia	
Tratamiento para recurrencia	
Reestadificación FIGO 2023.	

Gráfico1

Distribución de las pacientes con diagnóstico de carcinoma de endometrio tratadas en el Servicio Oncológico Hospitalario del IVSS, de acuerdo a los años de ingreso.



	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
% DE CASOS	11	7.7	8.8	4.4	18.7	8.2	9.3	9.9	8.2	4.9	8.8

Tabla 1

Distribución de pacientes según las características clínicas

Características clínicas	n	%	*p*
Edad			0,0001
< 50 años	11	6,1	
50 – 70 años	98	53,8	
> 70 años	73	40,1	
Vía de abordaje			0,0001
Laparotomía	179	99,4	
Laparoscopia	1	0,5	
Ambas	2	1,1	
Linfadenectomía			0,0001
Ninguna	21	11,5	
Sí	161	88,5	
Pélvica	113	62,1	
Paraaórtica	1	0,5	
Ambas	47	25,8	
Selectiva	12	6,6	
Ganglio centinela			0,0001
Si	61	33,5	
No	121	66,5	
Detección			0,001
Unilateral	23	12,6	
Bilateral	38	20,9	

Tabla 2

Distribución de pacientes según las características histopatológicas del tumor

Característica	n	%	*p*
Tipo histológico			0,0001
Favorable			
Endometrioide Grado 1 y 2	122	67	
Desfavorable			
Endometrioide Grado 3	17	9,3	
Seroso	18	9,9	
Mucinoso	1	0,5	
Carcinosarcoma	8	4,4	
Células claras	6	3,3	
Mixto	10	5,5	
Grado de diferenciación			0,0001
Grado 1	40	22	
Grado 2	83	45,6	
Grado 3	59	32,4	
Tamaño tumoral (cm)			0,0001
Menor de 5 x 5 cm	117	64,3	
De 5 x 5 cm a 7 x 7 cm	57	31,3	
Mayo de 7 x 7 cm	8	4,4	
Invasión endometrial			0,1030
< 50 %	102	56	
≥ 50 %	80	44	

Tabla 3

Distribución de pacientes según la extensión de la enfermedad

Extensión	n	%	*p*
Invasión de espacio linfovascular			0,0001
Presente	57	31,3	
Ausente	125	68,7	
Compromiso de estroma cervical			0,0001
Presente	30	16,5	
Ausente	152	83,5	
Compromiso de anexos			0,0001
Presente	22	12,1	
Ausente	160	87,9	
Expansión clonal al ovario			0,0001
Presente	0	0	
Ausente	182	100	
Compromiso parametrial			0,0001
Presente	10	5,5	
Ausente	172	94,5	
Compromiso vaginal			0,0001
Presente	1	0,5	
Ausente	181	99,5	
Compromiso ganglionar			0,0001
Presente	45	24,7	
Ausente	137	75,3	
Ubicación anatómica			0,0001
Pélvico	37	20,3	
Paraaortico	6	3,3	
Pélvico / Paraaortico	2	1,1	
Compromiso peritoneal pélvico			0,0001
Presente	8	4,4	
Ausente	174	95,6	
Compromiso peritoneal abdominal			0,0001
Presente	10	5,5	
Ausente	172	94,5	
Metástasis a distancia			0,0001
No	177	97,3	
Pulmonar	3	1,6	
Hepático	2	1,1	

Tabla 4

Distribución de pacientes según los cambios en la distribución por estadios

Estadio	FIGO 2009		FIGO 2023		*P*
	n	%	n	%	
I	106	58,2	88	48,4	0,009
IA	85	46,7			
IA1			3	1,6	
IA2			68	37,4	
IB	21	11,5	15	8,2	
IC			2	1,1	
II	8	4,4	26	14,3	0,003
IIA			4	2,2	
IIB			1	0,5	
IIC			21	11,5	
III	58	31,9	58	31,9	---
IIIA	9	4,9			
IIIA1			9	4,9	
IIIB	7	3,8			
IIIB1			7	3,8	
IIIC					
IIIC1	34	18,7			
IIIC1ii			34	18,7	
IIIC2	8	4,4			
IIIC2i					
IIIC2ii			8	4,4	
IV	10	5,5	10	5,5	0,010
IVA					
IV B	10	5,5	5	2,7	
IVC			5	2,7	

Tabla 5

Distribución de pacientes según la necesidad y tipo de terapia adyuvante

Terapia adyuvante	FIGO 2009		FIGO 2023		*p*
	n	%	n	%	
Sí	100	54,9	109	59,9	0,534
No	82	45,1	73	40,1	
Tipo					
Braquiterapia	9	9	16	14,7	0,162
Radioterapia externa	5	5	--	--	--
Quimioterapia	14	14	10	9,2	0,414
Combinado	72	72	83	76,1	---
RTE + QTC	28	28	7	3,8	0,000
RTE + QTS	8	38,9	--	--	--
RTE + QT + BT	17	23,6	71	39	0,000
RTE + BT	19	26,4	5	2,7	0,004

RTE: radioterapia externa; QTC: quimioterapia concurrente; QTS: quimioterapia secuencial; QT: quimioterapia; BT: braquiterapia

Tabla 6

Distribución de pacientes según la supervivencia global y libre de progresión a 1 año

Supervivencia	Supervivencia real	Supervivencia esperada		*p*
		FIGO 2009	FIGO 2023	
	%	%	%	
SLP				
Estadio I	96	98	99	0,976
Estadio II	82	85	80	0,698
Estadio III	63	70	60	0,605
Estadio IV	32	35	20	0,114
SG				
Estadio I	97	98	99	0,901
Estadio II	91	93	88	0,769
Estadio III	79	85	75	0,604
Estadio IV	60	65	55	0,766

Tabla 7

Distribución de pacientes según la supervivencia global y libre de progresión a 5 años

Supervivencia	Supervivencia real	Supervivencia esperada		*p*
		FIGO 2009	FIGO 2023	
	%	%	%	
SLP				
Estadio I	89	88	90	0,989
Estadio II	79	75	85	0,728
Estadio III	66	60	70	0,679
Estadio IV	46	25	65	0,023
SG				
Estadio I	92	90	95	0,934
Estadio II	71	78	70	0,771
Estadio III	54	60	50	0,618
Estadio IV	21	25	20	0,727

Tabla 8

Supervivencia global y libre de progresión

Supervivencia	Media	DE	Mínimo	Máximo	*p* vs. 1
SLP					
Real (1)					
Estadio I	3,34	2,31	1	10	---
Estadio II	2,00	1,60	1	5	---
Estadio III	2,12	1,73	1	10	---
Estadio IV	1,55	1,30	0,5	5	---
FIGO 2009 (2)					
Estadio I	3,23	2,27	0,33	9	0,9356
Estadio II	2,37	1,68	1	5	0,8523
Estadio III	1,39	0,82	0,42	5	0,7431
Estadio IV	0,45	0,08	0,33	0,58	0,0491
FIGO 2023 (3)					
Estadio I	3,48	2,26	1	9	0,8122
Estadio II	2,10	1,82	0,33	8	0,9251
Estadio III	1,39	0,82	0,42	5	0,7431
Estadio IV	0,45	0,08	0,33	0,58	0,0491
SG					
Real (1)					
Estadio I	3,54	2,33	1	10	---
Estadio II	2,26	1,88	1	8	---
Estadio III	2,12	1,73	0,50	10	---
Estadio IV	1,55	1,30	0,50	5	---
FIGO 2009 (2)					
Estadio I	3,43	2,40	1	10	0,8914
Estadio II	2,00	1,60	1	5	0,7984
Estadio III	2,12	1,76	1	10	1,0000
Estadio IV	1,15	0,47	0,50	2	1,0000
FIGO 2023 (3)					
Estadio I	3,65	2,42	1	10	0,6542
Estadio II	2,27	1,88	1	8	0,7456
Estadio III	2,12	1,76	1	10	1,0000
Estadio IV	1,15	0,47	0,50	2	1,0000

Tabla 9

Distribución de pacientes según el impacto pronóstico de las características añadidas

Supervivencia	Supervivencia real (1)		FIGO 2009 (2)		FIGO 2023 (3)		*p* 1 vs. 2	*p* 1 vs. 3
	Media ± DE	Mín – Máx	Media ± DE	Mín - Máx	Media ± DE	Mín - Máx		
SLP								
IELV								
Presente	2,47±2,14	1 - 10	1,89 ± 1,73	0,33 – 9	2,09 ± 1,38	0,33 – 10	0,1710	0,2013
Ausente	2,94±2,16	0,5 - 10	2,71 ± 2,15	0,33 – 9	2,98 ± 2,52	0,33 – 10		
THD								
Presente	3,11±2,28	1 - 10	2,07 ± 2,20	0,33 – 9	4,15 ± 2,01	0,33 – 9	0,0056	0,0058
Ausente	2,15±1,74	0,5 - 8	1,01 ± 1,43	0,33 – 8	1,01 ± 1,34	0,33 – 10		
ECO								
Presente	---	---	---	---	---	---	0,3561	0,3267
Ausente	2,79±2,16	0,5 - 10	2,46 ± 2,06	0,33 – 9	2,77 ± 2,01	0,33 – 10		
SG								
IELV								
Presente	2,58±2,01	1 - 10	2,45 ± 2,14	1 – 10	2,60 ± 2,41	1 – 10	0,5621	0,5223
Ausente	2,99±2,10	0,5 - 10	2,99 ± 2,26	0,5 - 10	3,26 ± 2,16	0,5 - 10		
THD								
Presente	2,78±2,01	1 - 10	3,15 ± 2,36	1 – 10	2,46 ± 2,33	1 – 10	0,6789	0,6971
Ausente	3,15±1,47	0,5 - 8	2,16 ± 1,77	0,5 - 8	3,16 ± 1,45	0,5 - 9		
ECO								
Presente	---	----	---	---	---	---	0,6523	0,6222
Ausente	3,11±2,61	0,5 - 10	3,29 ± 2,13	0,5 - 10	2,82 ± 2,23	0,5 – 10		

IELV: invasión al espacio linfovascular; THD: tipos histológicos desfavorables; ECO: expansión clonal al ovario