Rev Obstet Ginecol Venez. 2026; 86 (2): 202-214.
https://doi.org/10.51288/00860204

Cáncer de endometrio. Impacto pronóstico de la reestadificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia 2023

Rosa Magdalena Mata Centeno[1], Franco Calderaro Di Ruggiero[2], Mireya González Blanco[3].

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 entre 2013 – 2023, posterior a la reestadificación según la clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia 2023, comparándola con la estadificación 2009.*

Métodos: *Estudio retrospectivo, observacional, correlacional, transversal. Incluyó 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 pronóstico.*

Resultados: *Hubo 106 (58,2 %) casos estadio I: 85 (46,7 %) pacientes estadio IA y 21 (11,7 %) estadio IB. Solo 88 (48,4 %) hubieran correspondido a estadio I en la nueva clasificación: 71 (39 %) 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 del 46 %, mientras la calculada según criterios 2009 hubiera sido del 25 % y según criterios 2023 sería del 65 % (p = 0,023).*

Conclusión: *Las pacientes hubieran aumentado su estadio al emplear el 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

SUMMARY

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 between 2013 – 2023, after re-staging according to the International Federation of Gynecology and Obstetrics classification 2023, comparing it with staging 2009.*

Methods: *Retrospective, observational, correlational, cross-sectional study. It included 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 (46.7%) stage IA patients and 21 (11.7%) stage IB. Only 88 (48.4%) would have corresponded to stage I in the new classification: 71 (39%) 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%, while that calculated according to 2009 criteria would have been 25% and according to 2023 criteria it would be 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 para 2022 (1). La mayoría de

[1]Ginecólogo Obstetra (UCV). Ginecólogo Oncólogo (UCV). Adjunto de Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Dr. Domingo Luciani. [2]Doctor en Ciencias de la Salud, de la Universidad Central de Venezuela (UCV). Individuo de Número, Sillón IX. Academia Nacional de Medicina. Cirujano General – Oncólogo. Ginecólogo Oncólogo, Jefe de Servicio, Director y Profesor de los Postgrados de Cirugía y Ginecología Oncológica del SOH-IVSS, de la UCV. [3] Médico especialista en obstetricia y ginecología. Directora/Editora de la Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Asesora en metodología. Correo para correspondencia: rositamagdamata@gmail.com

Trabajo realizado para optar al título académico de Especialista en Ginecología Oncológica, Universidad Central de Venezuela.

Forma de citar este artículo: Mata RM, Calderaro Di Ruggiero F, González-Blanco M. Cáncer de endometrio. Impacto pronóstico de la reestadificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia 2023. Rev Obstet Ginecol Venez. 86(2):202-214. DOI: 10.51288/00860204

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.

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).

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 de Creasman y cols. (3), quienes destacaron 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, Kandoth y cols. (4) como parte del Cancer Genome Atlas Research Network, realizaron la caracterización genómica, transcriptómica y proteómica integrada de 373 carcinomas de endometrio utilizando tecnologías basadas en matrices y secuenciación. 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. 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. Esta clasificación 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, 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 fue proveer grupos de riesgo mejor definidos, e introducir subestadios que permitieran dirigir el tratamiento quirúrgico, radiación y terapia sistémica (5). Sobre la base de esta nueva estadificación, 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, aunque 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. Incluye los diversos tipos histológicos, patrones tumorales y clasificación molecular para reflejar 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. Así, 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 (8).

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 (9).

El impacto clínico y pronóstico del sistema de estadificación FIGO 2023 ha sido evaluado por múltiples autores (5, 10 - 14) quienes han descrito cambios en la clasificación por estadios de los casos, con diferentes tasas de supervivencia según si se considera la clasificación de 2009 o la de 2023. Los dos estudios más recientes fueron realizados en 2025. Lim y cols. (15) describieron que la migración por estadios ocurrió en el 26,8 % de los casos, siendo más frecuente 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, se identificaron diferencias significativas en la supervivencia global o libre de progresión. Estos autores describieron que la revisión de la estadificación del cáncer de endometrio de la FIGO 2023 ha dado lugar a una migración significativa del estadio IA/IB al estadio II, debido a la incorporación de la invasión del espacio linfovascular, la histología y los perfiles moleculares.

Por su parte, Koskas y cols. (16) resaltaron los parámetros no anatómicos incluidos en la reestadificación FIGO 2023 y describieron como ventajas del nuevo sistema de estadificación, que incluye esencialmente todos los parámetros importantes para el manejo y pronóstico. 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, mencionaron 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.

En el Servicio Oncológico Hospitalario del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (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 2009 (8). 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.

El objetivo de este trabajo fue evaluar el impacto en el pronóstico de las pacientes con diagnóstico de carcinoma de endometrio tratadas en el periodo 2013 – 2023, en el Servicio Oncológico Hospitalario del IVSS, posterior a la reestadificación según la clasificación FIGO 2023, en comparación con la estadificación 2009.

MÉTODOS

Se presenta un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y correlacional. 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 el año 2013 y 2023. La muestra, no probabilística, intencional, estuvo conformada por 182 pacientes, según los siguientes criterios: pacientes con diagnóstico histológico de cáncer de endometrio, intervenidas quirúrgicamente a través de una cirugía estadificadora de endometrio, que contaran con reporte anatomopatológico posterior a la intervención. Los criterios de exclusión fueron aquellas pacientes con historias clínicas no disponibles.

El estudio contó con aprobación del Comité Académico del Programa de Especialización en Ginecología Oncológica y el Comité de Bioética de la institución. Se revisaron las historias de las pacientes seleccionadas. Se documentó la extensión de enfermedad, estadificación FIGO 2009 y reestadificación 2023, características anatomopatológicas e impacto en el pronóstico.

Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva, 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 el año 2017 (18,7 %) fue el año con mayor registro de casos y los años 2016 (4,4 %) y 2022 (4,9 %) tuvieron 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

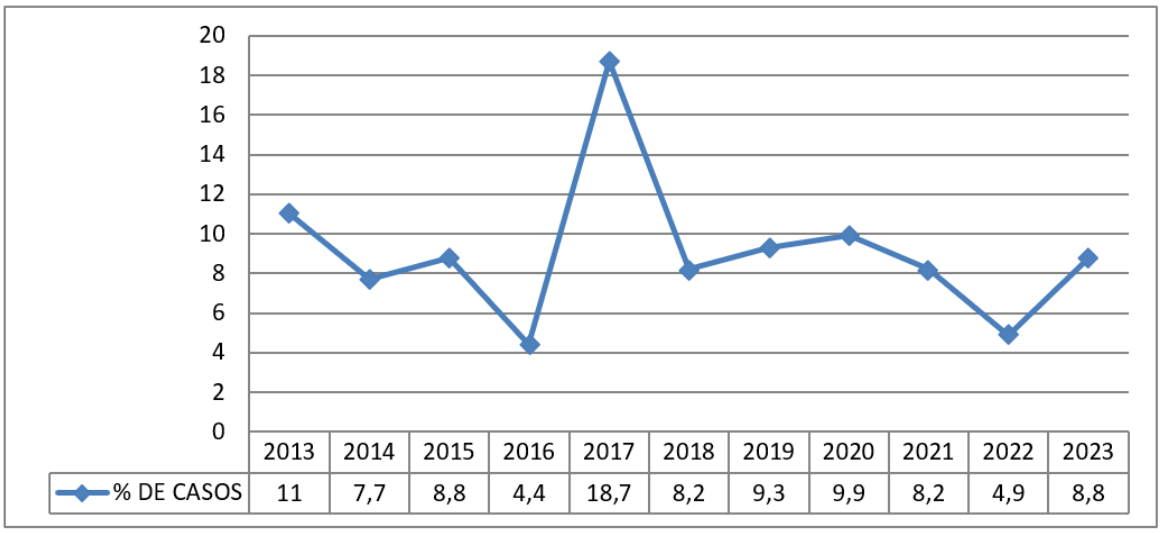


Gráfico 1. Distribución de las pacientes con diagnóstico de carcinoma de endometrio tratadas en el Servicio Oncológico Hospitalario del IVSS, de acuerdo a los años de ingreso.

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

Características clínicas	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 miometrial			0,1030
< 50 %	102	56	
≥ 50 %	80	44	

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 casos (56 %) y del 50 % o más en 80 (44 %) (p = 0,103).

En la tabla 3 se observa que había invasión linfovascular en solo 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).

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	

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

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	---
IVA					
IV B	10	5,5	5	2,7	
IVC			5	2,7	

FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

cuales, solo 88 (48,4 %) corresponderían al 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 %) quimioterapia 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 del 46 %, según FIGO 2009 hubiera sido del 25 % y según FIGO 2023, del 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

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; FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

Tabla 6. Distribución de pacientes según la supervivencia global y libre de progresión a un 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

SLP: supervivencia libre de progresión; SG: supervivencia global; FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

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

SLP: supervivencia libre de progresión; SG: supervivencia global; FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

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.

Las tablas 9 y 10 muestran el impacto de las características histopatológicas añadidas a la clasificación, en la supervivencia. No se observaron

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

SLP: supervivencia libre de progresión; SG: supervivencia global; FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

Tabla 9. Supervivencia libre de progresión

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		

IELV: invasión al espacio linfovascular; THD: tipos histológicos desfavorables; ECO: expansión clonal al ovario. SLP: supervivencia libre de progresión; FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

Tabla 10. Supervivencia global

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		
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. SG: supervivencia global; FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

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), pero sí para los tipos histológicos desfavorables (p = 0,0056 y p = 0,0058). No hubo ningún caso con extensión clonal al ovario. Con relación a la supervivencia global, no hubo asociación entre la presencia o ausencia de estas 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 (8) con el actual FIGO 2023 (7), estableciendo evidencia robusta de 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 y cols. (10) 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 las pacientes; la vía de abordaje en un 99,4 % fue laparotomía, lo cual difiere de las recomendaciones sugeridas por la European Society of Gynaecological Oncology/European Society for Radiotherapy and Oncology/European Society of Pathology (ESGO/ESTRO/ESP) 2021 (6), quienes sugieren que la vía de abordaje ideal es

la laparoscopia; sin embargo, en el país, 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 y cols. (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 y cols. (10). 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 miometrio, similar a los resultados de las pacientes incluidas en el estudio de Yu y cols. (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 el sistema de estadificación FIGO 2009 (8) 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 (8), solo 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 y cols. (11), de Loukovaaray cols. (5) y de Lim y cols. (15), en los que la mayor cantidad de cambios se hubieran visto entre los estadios IA o IB FIGO 2009 (8) 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 (8) lo que representaba el 5,5 % del total de pacientes. Según la nueva clasificación, la mitad seguían siendo IVB (2,7 %) y la otra mitad pasó a ser clasificada como IVC (2,7 %), lo cual se asemeja a los resultados de Tsolaikidis y cols. (10), 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 u 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 y cols. (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 a la calculada según el sistema de estadificación FIGO 2009 (8) en todos los estadios, aunque la diferencia solo alcanzó significancia estadística en el estadio IV (p = 0,023).

Esto difiere de lo observado en la literatura consultada. Según Schwameis y cols. (11) en estadio I hubo diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia libre de progresión entre ambos sistemas de estadificación, FIGO 2009 (8) y FIGO 2023 (7), correspondiendo para el estadio I una supervivencia libre de progresión del 93 % a los 5 años según FIGO 2023 (7), a diferencia de un 87,4 % empleando el sistema de estadificación FIGO 2009 (8), aunque se obtuvo cifras de 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 y cols. (10) quienes concluyeron 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 (8), 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 hubo 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; 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 y cols. (7) destacaron 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 un 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 del 46 % al 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.

Se recomienda 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 FIGO 2023 (7), haciendo énfasis en la invasión del espacio linfovascular (nulo, focal o sustancial); además, 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 y continuar la línea de investigación, incorporando el perfil molecular, con un diseño prospectivo. También es de gran importancia que se elabore 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.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Global Cancer Observatory. Venezuela [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. 2022 [consultado 28 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/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. 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.
9. 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.
10. 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.
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.

Recibido 29 de marzo de 2026
Aprobado para publicación 6 de abril de 2026