



**Universidad Del Sureste**

**Campus Comitán**

**Licenciatura en Medicina Humana**



**Tema:**

**Clasificación para procesos neoplásicos “FIGO, Bi-RADS y O-RADS”**

**Alumna:**

**Anzueto Aguilar Mónica Monserrat.**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**Grupo: A**

**Grado: 6°**

**Materia:**

**“Ginecología y Obstetricia”**

**Docente:**

**Dr. Roberto Javier Ruiz Ballinas**

Comitán de Domínguez, Chiapas a 05 de julio de 2024.

# CLASIFICACIÓN

# BI-RADS

Forma estandarizada de relatar informes radiológicos de la mamografía.

CATEGORÍA	INTERPRETACIÓN	PROBABILIDAD	RESULTADO	ACCIÓN
0	Imágenes adicionales Exámenes anteriores Insuficiente para dx	No aplica, insuficiente <del>para diagnóstico.</del>	Incompleto	Se requiere evaluación con imágenes mamográficas u otros estudios.
1	Mantener el seguimiento	0%	Negativo	Tamizaje de rutina (mamografía anual a partir de los 40 A).
2	Mantener el seguimiento	0%	Benigno	Tamizaje de rutina (mamografía anual a partir de los 40 A.)
3	Control	$\leq 2\%$	Probablemente benigno	Envío a 2do. nivel. Seguimiento por imagen semestral 2-3 años de la mama afectada.
4	Patología	4a $\rightarrow$ Baja 2-10% 4b $\rightarrow$ Moderada 10-50% 4c $\rightarrow$ Alta 50-95%	Sospecha de malignidad.	Biopsia Referencia en <10 días a un servicio de patología mamaria
5	Patología	$\geq 95\%$	Altamente sugestivo de malignidad.	Envío a tercer nivel para atención inmediata y biopsia.
6	Tratamiento	Diagnóstico establecido.	Malignidad comprobada	Manejo en tercer nivel, tx quirúrgico o lo amerita.

# CLASIFICACIÓN FIGO DE LOS CARCINOMAS CU

<b>ESTADIO I</b>	Se limita estrictamente al cuello uterino. No se debe tomar en cuenta la extensión al cuello uterino. El dx IA1 y IA2 debe hacerse a partir de exámenes microscópicos de un tejido extirpado, preferentemente un cono, que rodee la lesión entera.
→ ESTADIO <u>IA</u> → ESTADIO <u>IA1</u> → ESTADIO <u>IA2</u> → ESTADIO <u>IB</u> → ESTADIO <u>IB1</u> → ESTADIO <u>IB2</u>	→ Cáncer invasor identificado a través de un examen microscópico únicamente. La invasión se limita a la invasión del estroma medida con un max. de 5mm de profundidad y 7mm de extensión horizontal. → la invasión medida en el estroma no supera 3mm de profundidad y 7mm de diámetro. → la invasión medida en el estroma está entre 3 y 5mm de prof. y no supera 7mm de diámetro. → las lesiones se limitan al cérvix, o lesiones preclínicas > que el IA. Lesión macroscópicamente visible. → Lesiones clínicas de tamaño máximo de 4cm. → Lesiones clínicas de tamaño superior a 4cm.
<b>ESTADIO II</b>	El carcinoma de estadio II se extiende más allá del cérvix, pero sin alcanzar las paredes pelvianas. Afecta la vagina, pero no más allá de sus dos tercios superiores.
→ ESTADIO <u>IIA</u> → ESTADIO <u>IIB</u>	→ Ninguna afección parametrial evidente. La invasión afecta los dos tercios superiores de la vagina. → Afección parametrial evidente, pero la pared pelviana no está afectada.
<b>ESTADIO III</b>	El carcinoma de estadio III se extiende hacia la pared pelviana. En el examen rectal, todas las zonas están invadidas por el cáncer entre el tumor de la pared pelviana. El tumor afecta el tercio inferior de la vagina.
→ ESTADIO <u>IIIA</u> → ESTADIO <u>IIIB</u>	→ Ninguna extensión en la pared pelviana, pero afección del tercio inferior de la vagina. → Extensión a la pared pelviana, hidronefrosis o distensión renal.
<b>ESTADIO IV</b>	El carcinoma de estadio IV se extiende más allá de la pelvis verdadera o invade la mucosa de la vejiga y la del recto.
→ ESTADIO <u>IVA</u> → ESTADIO <u>IVB</u>	→ Extensión del tumor a los órganos pelvianos cercanos. → Extensión a los órganos distantes.

# CLASIFICACIÓN FIGO DE LOS LEIOMIOMAS

<p><b>1-LEIOMIOMAS SUBMUCOSOS</b></p>	<p>Son causa frecuente de sangrado uterino puesto que pueden protruir hacia el canal endometrial. Puede provocar infertilidad o abortos.</p> <p>→ TIPO 0 = Crecidos como micomas pediculados, son los que se encuentran dentro de la cavidad endometrial unidos al endometrio por un pedículo donde está el tallo vascular. Pueden complicarse prolapándose por el canal produciendo el llamado "parte del micoma".</p> <p>→ TIPO 1 y 2 = Si afecta &gt;50% de la submucosa y el componente intramural es &lt;50% = tipo 1. Si afecta &gt;50% de la submucosa y tienen un componente intramural &gt;50% = tipo 2.</p> <p>- Importancia de diferenciación = Comprender la extensión intramural durante la extirpación histeroscópica.</p> <p style="text-align: right;">o Histeroscopia</p>
<p><b>2- OTROS LEIOMIOMAS</b></p>	<p>→ Se incluyen todos los que no tienen componente submucoso = intramurales, subserosos y localizaciones extrauterinas &lt;&lt;.</p> <p>→ TIPO 3 = Presentan un componente 100% intramural y contactan con el endometrio sin extenderse a la cavidad endometrial. - laparoscopia / laparotomía</p> <p>→ TIPO 4 = 100% intramurales que no contactan ni con el endometrio ni con la serosa. * "Signo de la garra".</p> <p>→ TIPO 5 = &gt;50% intramural y &lt;50% subseroso. → TIPO 6 = Intramural &lt;50% y subseroso &gt;50%</p> <p>→ TIPO 7 = Subseroso pediculado sin componente intramural. → TIPO 8 = Extrauterino. (Cérvix o ligamento ancho).</p> <p>→ TIPO 7 = presentan un tallo vascular.</p>
<p><b>3-LEIOMIOMAS HÍBRIDOS</b></p>	<p>Leiomiomas que se extienden desde la submucosa a la serosa, de modo que se enumeran dos números separados por un guión: El primero indica la relación con el <u>endometrio</u> y el segundo con la <u>serosa</u>. Micoma FIGO 2-5 = componente submucoso &lt;50% y un subseroso &gt;50%.</p>

0- R A D S MRI	CATEGORÍA DEL RIESGO	VALOR PREDICTIVO + DE MALIGNIDAD	~ DESCRIPCIÓN ~
0	Evaluación incompleta	N/A	N/A
1	Ovarios normales	N/A	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Sin lesiones ováricas</li> <li>→ Folículo, definido como un quiste simple <math>\leq 3</math> cm en una mujer perimenopáusicas</li> <li>→ Quiste hemorrágico <math>\leq 3</math> cm en una mujer pre-menopáusicas</li> <li>→ Cuerpo lúteo +/- hemorragia <math>\leq 3</math> cm en una ♀ pre-menopáusicas</li> </ul>
2	Probablemente benigno.	$< 0.5\%$	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Quiste = Unilocular - cualquier tipo de contenido líquido. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin realce de la pared</li> <li>• Sin tejido sólido que realce</li> </ul> </li> <li>→ Quiste = unilocular - contenido de liq. simple o endometriósico. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pared lisa con mínimo realce</li> <li>• Sin tejido sólido que realce</li> </ul> </li> <li>→ Lesión con contenido graso = sin tejido sólido que realce.</li> <li>→ Lesión con tejido sólido T2 oscuro / imágenes ponderadas en difusión (DWI) oscuro. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Homogéneamente hipointenso en T2 y DWI</li> </ul> </li> <li>→ Trompa de falopio dilatada - contenido de líquido simple <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paredes / pliegues endoxalpingeales lisos y finos con mínimo realce.</li> <li>• Sin tejido sólido que realce.</li> </ul> </li> <li>→ Quiste para-ovárico con cualq. tipo de fluidos. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paredes finas y lisas +/- realce.</li> <li>• Sin tejido sólido que realce.</li> </ul> </li> </ul>
3	Bajo Riesgo	5%	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Quiste = Contenido de líquido unilocular - proteinoso, hemorrágico o mucinoso. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pared lisa con mínimo realce</li> <li>• Sin tejido sólido que realce.</li> </ul> </li> <li>→ Quiste = Multilocular - cualquier tipo de líquido sin contenido de lípidos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Septos lisos y pared con mínimo realce</li> <li>• Sin tejido sólido que realce.</li> </ul> </li> <li>→ Lesión con tejido sólido (excluyendo T2 oscuro / DWI oscuro) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Curva de intensidad de tiempo de bajo riesgo en RM DCE</li> </ul> </li> <li>→ Trompa de falopio dilatada: <ul style="list-style-type: none"> <li>• fluido no simple = pared delgada / pliegues</li> <li>• fluido simple = pared / pliegues gruesos y lisos</li> <li>• Sin tejido sólido que realce.</li> </ul> </li> </ul>

0-RADS MRI	CATEGORIA DEL RIESGO	VALOR PREDICTIVO + DE MALQUIDAD	~ DESCRIPCIÓN ~
4	Riesgo Intermedio	50%	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Lesión con tejido sólido (excluyendo T2 oscuro / DWI oscuro)</li> <li>• Curva de intensidad de tiempo de riesgo intermedio en RM DCE</li> <li>• Si la RM DCE no es factible, la puntuación 4 es cualquier lesión con tejido sólido (excluyendo T2 oscuro / DWI oscuro) que está realzando <math>\leq</math> micrométrico a los 30-40 s. en RM sin DCE</li> <li>→ Lesión con contenido graso</li> <li>• Con tejido sólido extenso que realza.</li> </ul>
5	Alto Riesgo	90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Lesión con tejido sólido (excluyendo T2 oscuro / DWI oscuro)</li> <li>• Curva de intensidad de tiempo de alto riesgo en la RM DCE</li> <li>• Si la RM DCE no es factible, la puntuación 5 es cualquier lesión con tejido sólido (excluyendo T2 oscuro / DWI oscuro) que está realzando <math>&gt;</math> micrométrico a los 30-40 s. RM sin DCE</li> <li>→ Nódulos periféricos, mesentéricos u omentales o engrosamiento irregular del peritoneo con o sin ascitis</li> </ul>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Gomez, E. N. (15 de junio de 2021). *Revisión pictórica por RM de la clasificación de la FIGO para los leiomiomas*. Obtenido de Society of Abdominal Radiology SAR: <https://cbseram.com/2021/06/15/revison-pictorica-por-rm-de-la-clasificacion-de-la-figo-para-los-leiomiomas/>

*Manual práctico para la Detección Visual de las Neoplasias Cervicales- Anexo 1 / Clasificación de FIGO de los carcinomas cervicouterinos*. (s.f.). Obtenido de World Health Organization: <https://screening.iarc.fr/viaviliappendix1.php?lang=3>

Pinheiro, D. P. (7 de julio de 2023). *CLASIFICACIÓN ACR BI-RADS (CATEGORÍAS 0 A 6)*. Obtenido de MD. SAÚDE : <https://www.mdsaude.com/es/ginecologia-es/mamografia-bi-rads/#:~:text=La%20clasificaci%C3%B3n%20de%20BI-RADS%20se%20divide%20generalmente,%E2%80%93%2051%20a%2095%25%20de%20riesgo%20de%20c%C3%A1ncer.>

Sadowski, E. A. (9 de mayo de 2023). *Adnexal Lesion Imaging: Past, Present, and Future*. Obtenido de RSNA: <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.223281>

Sebastià C, C. L. (15 de noviembre de 2022). *La clasificación O-RADS RM para caracterización de las masas ováricas indeterminadas. De la teoría a la práctica*. Obtenido de Sociedad Española de Radiología Médica SERAM : <https://cbseram.com/2022/11/15/la-clasificacion-o-rads-rm-para-caracterizacion-de-las-masas-ovaricas-indeterminadas-de-la-teoria-a-la-practica/>