



UNIVERSIDAD DEL SURESTE  
CAMPUS COMITÁN  
LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA



# **GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**clasificaciones para procesos neoplásicos ginecológicos**

Docente:

Dr. Roberto Ruiz

Alumno: Jorge Alberto Hilerio González

Grado: 6 to    Grupo: A

GINECOLOGIA

Comitán de Domínguez Chiapas, Julio; 2024.

## FIGO

### INTRODUCCION

De acuerdo a la nueva clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), las SUA en mujeres no gestantes, en edad reproductiva, pueden dividirse en nueve categorías básicas que se ordenan de acuerdo al acrónimo PALM-COEIN (pahm-koin), y están enfocada en la causa de la SUA, lo que permite agruparla de una manera más ordenada.

Los componentes del grupo PALM corresponden a causas estructurales, mensurables visualmente por técnicas de imagen o por histopatología, a saber: pólipos, adenomiosis, leiomiomas, e hiperplasias y carcinomas; mientras que el grupo COEIN está relacionado con causas no estructurales, que no se definen por imagenología o histopatología: coagulopatías, trastornos anovulatorios, trastornos endometriales, causas iatrogénicas y no clasificadas.

- Pólipos
- Adenomiosis
- Leiomioma
- Submucoso
- Otro
- Malignidad e hiperplasia
- Coagulopatía
- Disfunción Ovulatoria (Ovulatory dysfunction)
- Endometrial
- Iatrogénica
- No clasificado

# Manual práctico para la Detección Visual de las Neoplasias Cervicales

## Anexo 1 / Clasificación de FIGO de los carcinomas cervicouterinos

---

**Estadio I** El carcinoma de estadio I se limita estrictamente al cuello uterino. No se debe tomar en cuenta la extensión al cuerpo uterino. El diagnóstico de los estadios IA1 y IA2 debe hacerse a partir de los exámenes microscópicos de un tejido extirpado, preferentemente un cono, que rodee la lesión entera.

**Estadio I** El carcinoma de estadio I se limita estrictamente al cuello uterino. No se debe tomar en cuenta la extensión al cuerpo uterino. El diagnóstico de los estadios IA1 y IA2 debe hacerse a partir de los exámenes microscópicos de un tejido extirpado, preferentemente un cono, que rodee la lesión entera.

- **Estadio IA:** Cáncer invasor identificado a través de un examen microscópico únicamente. La invasión se limita a la invasión del estroma medida con un máximo de 5 mm de profundidad y 7 mm de extensión horizontal.
- **Estadio IA1:** La invasión medida en el estroma no supera 3 mm de profundidad y 7 mm de diámetro.
- **Estadio IA2:** La invasión medida en el estroma está entre 3 y 5 mm de profundidad y no supera 7 mm de diámetro.
- **Estadio IB:** Las lesiones clínicas se limitan al cérvix, o las lesiones preclínicas son mayores que en el estadio IA. Toda lesión macroscópicamente visible incluso con una invasión superficial es un cáncer de estadio IB.
- **Estadio IB1:** Lesiones clínicas de tamaño máximo de 4 cm.
- **Estadio IB2:** Lesiones clínicas de tamaño superior a 4 cm.

**Estadio II** 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 IIA:** Ninguna afección parametrial evidente. La invasión afecta los dos tercios superiores de la vagina.
- **Estadio IAB:** Afección parametrial evidente, pero la pared pelviana no está afectada.

**Estadio III** El carcinoma de estadio III se extiende hacia la pared pelviana. En el examen rectal, todas la zonas están invadidas por el cáncer entre el tumor y la pared pelviana. El tumor afecta el tercio inferior de la vagina. Todos los cánceres con una hidronefrosis o una disfunción renal son

cánceres de estadio III.

- **Estadio IIIA:** Ninguna extensión en la pared pelviana, pero afección del tercio inferior de la vagina.
- **Estadio IIIB:** Extensión a la pared pelviana, hidronefrosis o disfunción renal.

**Estadio IV** El carcinoma de estadio IV se extiende más allá de la pelvis verdadera o invade la mucosa de la vejiga y/o del recto.

- **Estadio IVA:** Extensión del tumor a los órganos pelvianos cercanos.
- **Estadio IVB:** Extensión a los órganos distantes.

## BI-RADS

El BI-RADS, es una forma estandarizada de relatar los informes radiológicos de la mamografía, que reduce mucho el riesgo de interpretaciones subjetivas de los informes puramente descriptivos e impide que un mismo hallazgo sea interpretado de forma diferente entre el médico radiólogo que realizó el examen y el médico tratante de la paciente que solicitó el examen.

La clasificación BI-RADS también ayuda al médico asistente averiguar cuándo la investigación de un nódulo sospechoso debe ser complementada con otros métodos y cuando ella puede ser interrumpida satisfactoriamente solamente con el resultado de la mamografía. También ayuda a estandarizar las conductas médicas.

Originalmente propuesta como una clasificación para los informes de mamografía, actualmente el BI-RADS ha sido utilizado también para describir informes de ecografía mamaria y de resonancia magnética de las mamas.

### CLASIFICACIÓN ACR BI-RADS DE 0 A 6

Si haces una mamografía y presentas alguna lesión sospechosa, sea ella un nódulo, un quiste, una calcificación o una lesión claramente maligna, es importante que el informe de esta mamografía sea lo más sencillo y comprensible como sea posible.

Para que todos los médicos, independientemente de sus especialidades, puedan entender e interpretar los resultados de tu mamografía de modo uniforme, el radiólogo necesita sintetizar los hallazgos mamográficos usando una de las 6 categorías de la

clasificación de BI-RADS. A través de esta clasificación, tu médico podrá fácilmente distinguir la probabilidad de la lesión ser maligna o benigna.

Lo que vamos a describir a continuación son las 6 categorías de clasificación de BI-RADS (criterios actualizados en noviembre de 2015 por el Colegio Americano de Radiología).

### **BI-RADS Categoría 0: examen inconcluso**

Cuando el radiólogo clasifica su resultado como BI-RADS 0, esto significa que él considera el examen inconcluso o incompleto.

Las causas de una BI-RADS 0 incluyen factores técnicos, tales como imágenes de baja calidad que pueden ser debidas a una colocación incorrecta de la mama o al movimiento de la paciente durante el examen.

El BI-RADS 0 también puede ser asignado cuando hay duda acerca de la existencia o no de una lesión, teniendo la necesidad de la realización de otro examen de imagen para sacar la conclusión.

La disponibilidad de informes de mamografía anteriores para que el radiólogo pueda comparar imágenes antiguas con imágenes actuales reduce el riesgo de la mamografía ser clasificada como BI-RADS 0.

Por ejemplo, una lesión de difícil evaluación, pero que existe desde hace varios años y nunca ha cambiado su aspecto, habla claramente a favor de una lesión benigna. Con la ayuda de los resultados anteriores, el médico puede cambiar la clasificación de BI-RADS 0 para BI-RADS 2 (ver adelante).

Cuando el informe de mamografía recibe la clasificación BI-RADS, la paciente está orientada a realizar imágenes mamográficas adicionales y/o una ecografía de la mama.

Por lo tanto, un BI-RADS 0 no indica si la lesión es probablemente benigna o que es probablemente maligna. BI-RADS 0 es un examen inconcluso que debe repetirse.

### **BI-RADS Categoría 1: examen normal o examen negativo**

Cuando el radiólogo clasifica su resultado como BI-RADS 1, esto significa que la mamografía no presenta ningún cambio. El examen es completamente normal. Las mamas son simétricas y no se visualizaron masas, distorsiones de la arquitectura o calcificaciones sospechosas.

El riesgo de lesión maligna en un examen clasificado como BI-RADS 1 es de 0%.

### **BI-RADS Categoría 2:** examen con hallazgos seguramente benignos

Cuando el radiólogo clasifica su resultado como BI-RADS 2, esto significa que él encontró cambios en la mamografía, pero las características de la lesión permiten afirmar que es benigna.

Entre las lesiones que se encuentran generalmente en los exámenes con clasificación BI-RADS 2 incluyen:

- **Fibroadenomas** calcificados.
- **Quistes simples de mama.**
- Ganglios linfáticos intramamarios.
- Calcificaciones vasculares.
- **Lipomas.**
- Hamartomas.
- Calcificaciones de origen secretor.
- Implantes de silicona.
- Cicatriz quirúrgica.

Para ser clasificada como BI-RADS 2, el médico debe tener seguridad para afirmar que la lesión es de origen benigno. Si el médico tiene dudas, el resultado no puede ser clasificado como BI-RADS 2 pero como BI-RADS 3.

Por lo tanto, en la práctica, un resultado BI-RADS 2 tiene el mismo valor clínico de un BI-RADS 1. El riesgo de lesión maligna es de 0%.

### **BI-RADS Categoría 3:** examen con hallazgos probablemente benignos

Cuando el radiólogo clasifica su resultado como BI-RADS 3, esto significa que él encontró cambios en la mamografía, que probablemente son benignos, pero no tiene 100% de seguridad. Aunque el médico esté casi seguro que la lesión es benigna, si tiene la mínima duda, la clasificación debe ser Bi-RADS 3.

Cuando el examen se clasifica como BI-RADS 3, la conducta sugerida es repetir la mamografía después de 6 meses. Si el nuevo examen es también BI-RADS 3, se repite una nueva mamografía después de más 6 meses (12 meses después de la primera). Si en esta mamografía el resultado es lo mismo, se debe hacer una última reevaluación de la mamografía después de más de 1 año (2 años después del primer resultado). Si después de 2 años, la lesión sigue siendo la misma, el radiólogo puede pasar a considerarla un BI-RADS 2.

Por otra parte, si en cualquier momento del seguimiento la lesión cambiar de características y convertirse en más sospecha, debe cambiarse la clasificación para BI-RADS 4 y debe hacerse una biopsia en la lesión.

Varios estudios han demostrado que este seguimiento semestral no implica riesgo a la paciente. Incluso en los raros casos donde la lesión cambia de característica y pasa a existir la sospecha de malignidad, la espera no trae daños a la salud de la paciente.

Por lo tanto, un resultado BI-RADS 3 indica una lesión con muy bajo riesgo de malignidad, que no necesita inicialmente de una biopsia, pero, por prudencia, debe ser seguida muy de cerca en los próximos 2 años.

El riesgo de lesión maligna de BI-RADS 3 es solamente un 2% o sea, el 98% de los casos son, en verdad, lesiones benignas.

#### **BI-RADS Categoría 4:** examen con hallazgos sospechosos

Cuando el radiólogo clasifica su resultado como BI-RADS 4, esto significa que él encontró algunos cambios en la mamografía, que puede ser un cáncer, pero que no es necesariamente cáncer. Todas las pacientes con un resultado de BI-RADS 4 deben ser sometidas a la biopsia de la lesión para que se pueda establecer el diagnóstico correcto.

La clasificación de BI-RADS 4 se divide generalmente en 3 subcategorías según el riesgo de cáncer:

- **BI-RADS 4A:** Lesión con baja sospecha de malignidad – 2 a 10% de riesgo de cáncer.
- **BI-RADS 4B:** Lesión con moderada sospecha de malignidad – 11 a 50% de riesgo de cáncer.
- **BI-RADS 4C:** Lesión con alta sospecha de malignidad – 51 a 95% de riesgo de cáncer.

Independientemente de la subcategoría de BI-RADS 4, todos los casos deben someterse a la biopsia. La diferencia es que en la paciente con BI-RADS 4A, lo esperado es que la biopsia confirme una lesión benigna, mientras que en la BI-RADS 4 C, lo esperado es que la biopsia confirme el diagnóstico de cáncer.

## **BI-RADS Categoría 5:** examen con alto riesgo de cáncer

Cuando el radiólogo clasifica su resultado como BI-RADS 5, esto significa que encontró cambios en la mamografía, que seguramente se deriva de un cáncer de mama.

Lesiones de las mamas con las características típicas incluyen nódulos densos y espiculados, calcificaciones pleomórficas, lesiones con retracción de piel o distorsión de la arquitectura de la mama o calcificaciones lineales delgadas dispuestas en un segmento de la mama.

Todas las lesiones BI-RADS 5 deben ser sometidas a una biopsia.

El riesgo de lesión maligna en un examen clasificado como BI-RADS 5 es superior al 95%.

## **BI-RADS Categoría 6:** examen con lesión maligna conocida

La clasificación de BI-RADS 6 solamente es utilizada en pacientes que ya tienen un diagnóstico de cáncer de mama establecido y eventualmente hacen una mamografía para el control de la enfermedad, por ejemplo, después de comenzar la quimioterapia.

Esta clasificación solamente sirve para confirmar al médico que la lesión maligna identificada en la mamografía es la misma ya conocida anteriormente.

## **CLASIFICACIÓN ACR PARA LA DENSIDAD MAMARIA**

Según la última actualización del Colegio Americano de Radiología, las clasificaciones BI-RADS deben describir también las mamas de la paciente, clasificándolas de la A a la D según su densidad:

**Mamas de tipo A:** las mamas están compuestas casi en su totalidad por grasa. Aproximadamente 1 de cada 10 mujeres tiene este resultado.

**Mamas tipo B:** hay zonas dispersas de densidad fibroglandular. Hay una mayor densidad en algunas zonas de la mama, pero la mayor parte del tejido mamario está compuesto por grasa. Aproximadamente 4 de cada 10 mujeres tienen este resultado.

**Mamas de tipo C:** las mamas son heterogéneamente densas. Puede haber algunas zonas de tejido graso, pero la mayor parte del tejido mamario es denso. Aproximadamente 4 de cada 10 mujeres tienen este resultado.

**Mamas de tipo D:** los senos son extremadamente densos. Indica que casi todo el tejido mamario está formado por tejido fibroglandular y casi nada por grasa. Aproximadamente 1 de cada 10 mujeres tiene este resultado.

## O-RADS

Conceptos fundamentales del análisis de riesgo de O-RADS MRI.

1. ORADS-MRI se aplica en pacientes con riesgo promedio y sin síntomas agudos. El manejo clínico del médico tratante debe priorizarse sobre las recomendaciones basadas en los hallazgos por imágenes.
2. Las pacientes deben ser categorizadas como pre- o post- menopausia (definida como  $\geq 1$  año de amenorrea)
3. En caso de lesiones múltiples o bilaterales, cada lesión debe ser categorizada individualmente, y el manejo clínico se basará en la lesión con la categoría más alta.
4. Teratoma quístico maduro o quiste dermoide. Los característicos teratomas quísticos maduros (lesiones quísticas que contienen grasa macroscópica) deben ser categorizados como ORADS MRI 2, debido a su riesgo muy bajo de malignidad. Los característicos teratomas quísticos maduros pueden contener septos o mínimo realce de los nódulos de Rokitansky y esos hallazgos no justifican caracterizar a la lesión como ORADS MRI 4. Sin embargo, las lesiones anexiales que contienen grasa y una gran proporción de tejido sólido que realza se clasifican como ORADS MRI 4 debido al riesgo de teratoma inmaduro o alguna otra malignidad.
5. Algunas lesiones características se pueden diagnosticar con confianza en MRI, independientemente de la categoría de O-RADS MRI. En estos casos, se puede informar el diagnóstico radiológico final (por ejemplo: disgerminoma, tumor de células de la granulosa, linfoma, tumores serosos papilares, pseudoquiste peritoneal, etc.).
6. Se prefiere el estudio dinámico de contraste (DCE) con curvas de intensidad de tiempo de perfusión por encima a las imágenes post-contraste DCE no dinámicas para la evaluación de riesgo. La resolución de tiempo DCE debe ser de 15 segundos o menos.
7. El esquema abreviado a continuación proporciona orientación para la evaluación inicial de las lesiones anexiales. Si la lesión no se ajusta a este esquema, consulte la tabla de estratificación de riesgo de O-RADS RM expandida.

Esquema abreviado para la evaluación inicial de O-RADS MRI 1 (sin lesiones anexiales), 2 (lesiones probablemente benignas), y 5 (alto riesgo para lesiones anexiales malignas)

<b>O-RADS MRI 1</b>	Sin lesiones tubo-ováricas.
	Folículo fisiológico, cuerpo lúteo, o quiste hemorrágico ≤ 3cm en mujeres pre-menopáusicas.
<b>O-RADS MRI 2</b>	Quiste unilocular sin realce de la pared o de un tejido sólido.
	Característicos hidrosalpinx simple, quiste de inclusión peritoneal, endometrioma, o teratoma maduro sin tejido sólido.
<b>O-RADS MRI 5</b>	Tejido sólido con señal muy baja y homogénea en T2 y DWI.
	Lesión anexial con tejido sólido con una curva de intensidad de alto riesgo en DCE MRI.
	Lesión anexial con tejido sólido que realza > miometrio a los 30-40 segundos en DCE MRI.
	Engrosamiento del peritoneo, nódulos peritoneales, o nódulos omentales definidos.

T2WI = imágenes ponderadas en T2

DWI = imágenes ponderadas en difusión

DCE MRI = evaluación dinámica del realce en MRI

Ar  
Ve

**O-RADS MRI estratificación del riesgo y del manejo clínico**

O-RADS MRI Categoría	Categoría del riesgo	Valor predictivo positivo de malignidad <sup>^</sup>	Descripción de la terminología
<b>0</b>	<b>Evaluación incompleta</b>	<b>N/A</b>	N/A
<b>1</b>	<b>Ovarios normales</b>	<b>N/A</b>	Sin lesiones ováricas Folículo, definido como un quiste simple ≤ 3 cm en una mujer premenopáusica Quiste hemorrágico ≤ 3 cm en una mujer premenopáusica Cuerpo lúteo +/- hemorragia ≤ 3 cm en una mujer premenopáusica
<b>2</b>	<b>Probablemente benigno</b>	<b>&lt;0.5%<sup>^</sup></b>	Quiste: Unilocular- cualquier tipo de contenido de líquido <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sin realce de la pared</li> <li>▪ Sin tejido sólido que realza*</li> </ul> Quiste: Unilocular – contenido de líquido simple o endometriósico <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pared lisa con mínimo realce</li> <li>▪ Sin tejido sólido que realza</li> </ul> Lesión con contenido graso** <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sin tejido sólido que realza</li> </ul> Lesión con tejido sólido "T2 oscuro/DWI oscuro" <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Homogéneamente hipointenso en T2 y DWI</li> </ul> Trompa de Falopio dilatada - contenido de líquido simple <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Paredes/pliegues endosalpingeales lisos y finos con mínimo realce</li> <li>▪ Sin tejido sólido que realza*</li> </ul> Quiste para-ovárico, con cualquier tipo de fluidos <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Paredes finas y lisas +/- realce</li> <li>▪ Sin tejido sólido que realza</li> </ul>
<b>3</b>	<b>Bajo riesgo</b>	<b>~5%<sup>^</sup></b>	Quiste: Contenido de líquido unilocular – proteínico, hemorrágico o mucinoso*** <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pared lisa con mínimo realce</li> <li>▪ Sin tejido sólido que realza</li> </ul> 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 realza</li> </ul> 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> 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 realza</li> </ul>
<b>4</b>	<b>Riesgo intermedio</b>	<b>~50%<sup>^</sup></b>	Lesión con tejido sólido (excluyendo T2 oscuro/DWI oscuro) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Curva de intensidad de tiempo de riesgo intermedio en RM DCE</li> <li>▪ Si la resonancia magnética DCE no es factible, la puntuación 4 es cualquier lesión con tejido sólido (excluyendo T2 oscuro / DWI oscuro) que está realzando ≤ miometrio a los 30-40 segundos en RM sin DCE</li> </ul> Lesión con contenido graso <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Con tejido sólido extenso que realza</li> </ul>
<b>5</b>	<b>Alto riesgo</b>	<b>~90%<sup>^</sup></b>	Lesión con tejido sólido (excluyendo T2 oscuro/DWI oscuro) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Curva de intensidad de tiempo de alto riesgo en la resonancia magnética DCE</li> <li>▪ Si la resonancia magnética DCE no es factible, la puntuación 5 es cualquier lesión con tejido sólido (excluyendo T2 oscuro / DWI oscuro) que está realzando &gt; miometrio a los 30-40 segundos en RM sin DCE</li> </ul> Nódulos peritoneales, mesentéricos, u omental o engrosamiento irregular del peritoneo con o sin ascitis