

# Nueva clasificación de la FIGO para la estadificación del carcinoma de endometrio.

## ¿Qué ha cambiado respecto a la previa?

Fernando Lobo Bailón<sup>1</sup>, Alirio Enrique Millán Urribarri<sup>1</sup>, Ana Peña Aisa<sup>1</sup>, Marta Gallego Verdejo<sup>1</sup>, Clara Rodrigo Pérez<sup>1</sup>, Lucía Pérez Gallego<sup>1</sup>, Juan José Fuertes Alija<sup>1</sup>, Emilio Bayón Álvarez<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

## OBJETIVO DOCENTE

Explicar qué novedades implica la versión más reciente de la clasificación de la FIGO para el carcinoma de endometrio.

## REVISIÓN DEL TEMA

El cáncer de endometrio es la neoplasia ginecológica más común en los países industrializados. En España el cáncer de endometrio es la cuarta neoplasia en mujeres tras el cáncer de mama, el colorrectal y el de pulmón.

La clasificación de la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) es el método más aceptado para la estadificación del carcinoma de endometrio. Se creó en 1958 y posteriormente fue actualizada en 1988 y en 2009. Desde esta última revisión ha surgido una gran cantidad de información tanto a nivel histológico y molecular como a nivel pronóstico que ha hecho necesario actualizar la clasificación.

Las sociedades de radiología abdominal recomiendan la RM para la evaluación primaria del tumor debido a la gran resolución de contraste de las partes blandas.

Mientras la TC es muy efectiva para detectar metástasis sistémicas, la PET-TC puede usarse, fundamentalmente para evaluar metástasis ganglionares.

En 2023 la FIGO publicó una actualización de la clasificación para estadificar el carcinoma de endometrio donde se sigue basando en el examen de las piezas quirúrgicas le da una gran importancia a los subtipos histológicos y moleculares, así como a la invasión del espacio linfovascular.

No obstante, el papel de las pruebas de imagen como la ecografía, TC, PET y, sobre todo, la RM siguen teniendo importancia.

En la Tabla 1 se describen los diferentes estadios de acuerdo a las clasificaciones de 2023 y 2009.

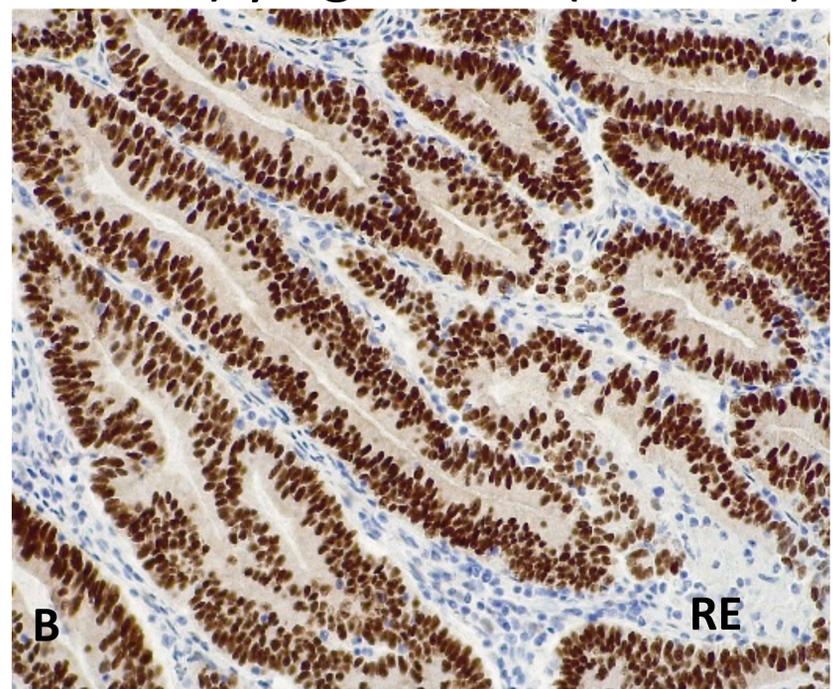
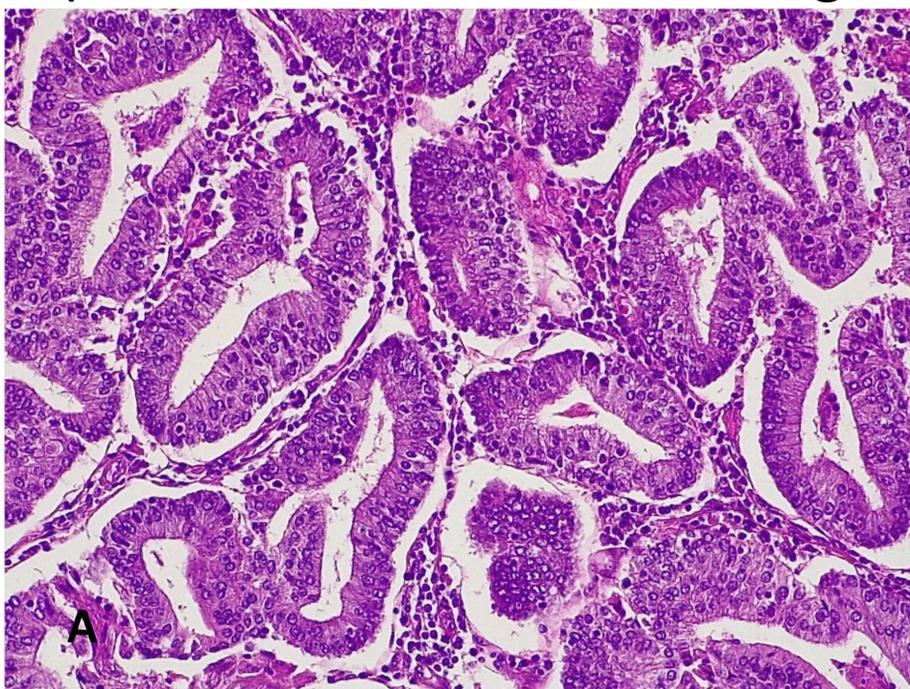
En este trabajo vamos a repasar los cambios histológicos y moleculares de la nueva clasificación, así como incidir en los aspectos radiológicos dependiendo del estadio tumoral.

	FIGO 2023	FIGO 2009
Estadio	Descripción	
I	Tumor limitado al cuerpo uterino y ovario <sup>a</sup>	Tumor limitado al útero
IA	Limitado al endometrio O tipo histológico no agresivo	<50% de invasión del miometrio
	IA1 Tipo histológico no agresivo limitado a un pólipo endometrial o que afecta solo al endometrio	
	IA2 Tipo histológico no agresivo que afecta a <50% del miometrio sin o con invasión FOCAL del ELV	
	IA3 Carcinoma endometrioide de bajo grado limitado al útero y ovario <sup>a</sup>	
IB	Tipo histológico no agresivo con invasión ≥50% del miometrio y sin o con invasión FOCAL del ELV	≥50% de invasión del miometrio
IC	Tipo histológico agresivo limitado a un pólipo o que afecta solo al endometrio	
II	Invasión del estroma cervical sin extensión extrauterina O con invasión significativa del ELV O tipo histológico agresivo con invasión del miometrio	Invasión del estroma cervical sin extensión extrauterina
IIA	Invasión del estroma cervical de tipos histológicos no agresivos	
IIB	Invasión significativa del ELV en tipos histológicos no agresivos	
IIC	Tipo histológico agresivo con cualquier afectación del miometrio	
III	Extensión local o regional de cualquier subtipo histológico	Extensión local o regional
IIIA	Infiltración de la serosa, anejos o ambos por extensión directa o metástasis.	Infiltración de la serosa o anejos
	IIIA1 Afectación del ovario o trompa (salvo si cumple criterios del estadio IA3)	
	IIIA2 Infiltración de la subserosa del útero o extensión a la serosa	
IIIB	Metástasis o extensión directa a la vagina y/o parametrios o peritoneo pélvico	Infiltración vaginal o de parametrios
	IIIB1 Metástasis o extensión directa a la vagina y/o parametrios	
	IIIB2 Metástasis al peritoneo pélvico	
IIIC	Metástasis a los ganglios pélvicos, paraaórticos o ambos.	Metástasis en ganglios pélvicos o paraaórticos
	IIIC1 Metástasis ganglionares pélvicas	Infiltración de ganglios pélvicos
	IIIC1i Micrometástasis	
	IIIC1ii Macrometástasis	
	IIIC2 Metástasis ganglionares paraaórticas hasta el nivel de los vasos renales, con o sin afectación ganglionar pélvica.	Infiltración de ganglios paraaórticos (con o sin afectación ganglionar pélvica)
	IIIC2i Micrometástasis	
	IIIC2ii Macrometástasis	
IV	Extensión a la mucosa vesical y/o mucosa intestinal y/o metástasis a distancia	Extensión a la pared pélvica, tercio inferior de la vagina, hidronefrosis o riñón no funcionando
IVA	Invasión de la mucosa vesical y/o mucosa intestinal	Invasión de la vejiga o mucosa intestinal
IVB	Metástasis abdominales peritoneales extrapélvicas	Metástasis a distancia, incluyendo abdominal, o afectación de ganglios inguinales
IVC	Metástasis a distancia, incluyendo cualquier metástasis ganglionar extra o intraabdominal por encima de los vasos renales	

Tabla 1. Estadios del carcinoma de endometrio de acuerdo a las clasificaciones de la FIGO de 2023 y de 2009.

- **Subtipo histológico:**

- Es un factor pronóstico importante en el carcinoma de endometrio.
- Debe usarse la clasificación de tumores genitales femeninos de la OMS.
- Según esta clasificación, existen los siguientes tipos histológicos:
  - Carcinoma endometriode de bajo grado (grados 1 y 2) y alto grado (grado 3)
  - Carcinoma seroso
  - Carcinoma de células claras
  - Carcinoma mixto
  - Carcinoma indiferenciado
  - Carcinosarcoma
  - Adenocarcinoma mesonéfrico
  - Carcinoma mucinoso tipo gastrointestinal
- La clasificación diferencia entre tumores no agresivos (Carcinoma endometriode grados 1 o 2) y agresivos (el resto)



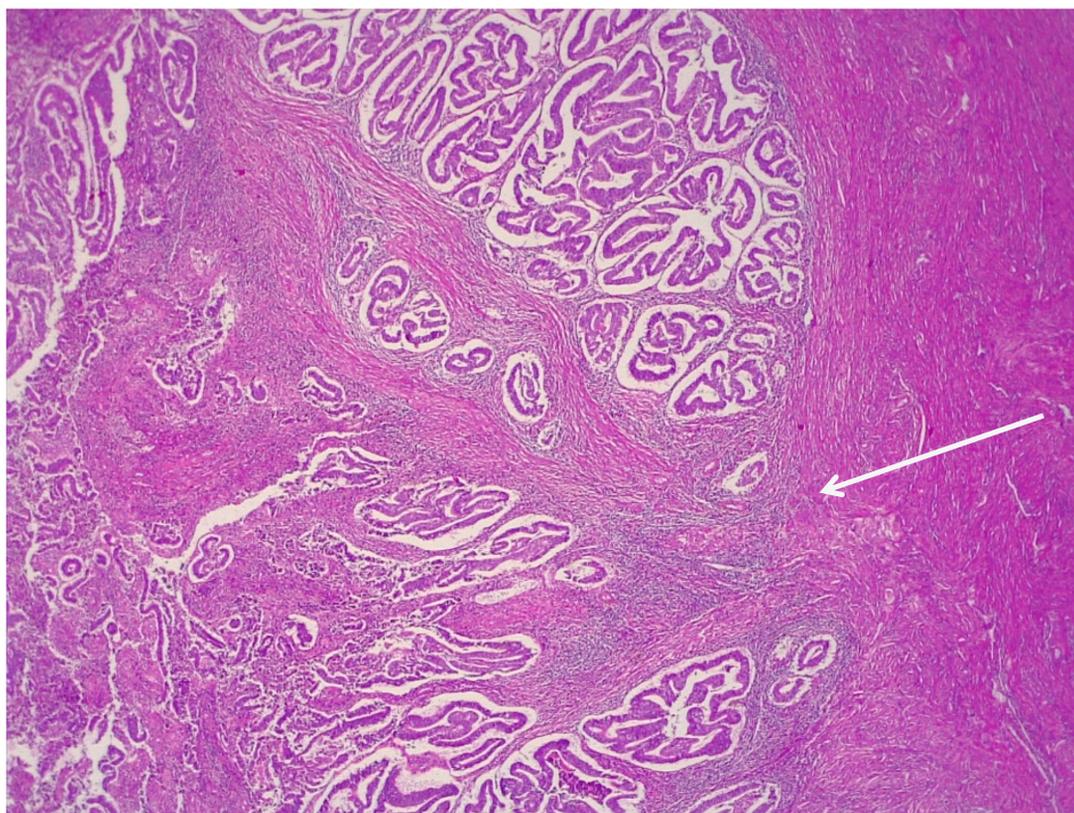
Adenocarcinoma endometriode tipo I (bajo grado). Se observa un abundante componente glandular que se asemeja al endometrio normal. A. Tinción de hematoxilina-eosina. B. Inmunohistoquímica donde se aprecia positividad para receptores de estrógenos.

- Grado tumoral:

- Factor pronóstico, sobre todo para los carcinomas endometrioides.
- Se basa, fundamentalmente, en el porcentaje de componente sólido no glandular del tumor.
  - Grado 1: < 5%
  - Grado 2: 6% - 50%
  - Grado 3: >50%
- También se tiene en cuenta la atipia nuclear, aumentando un grado cuando está presente.

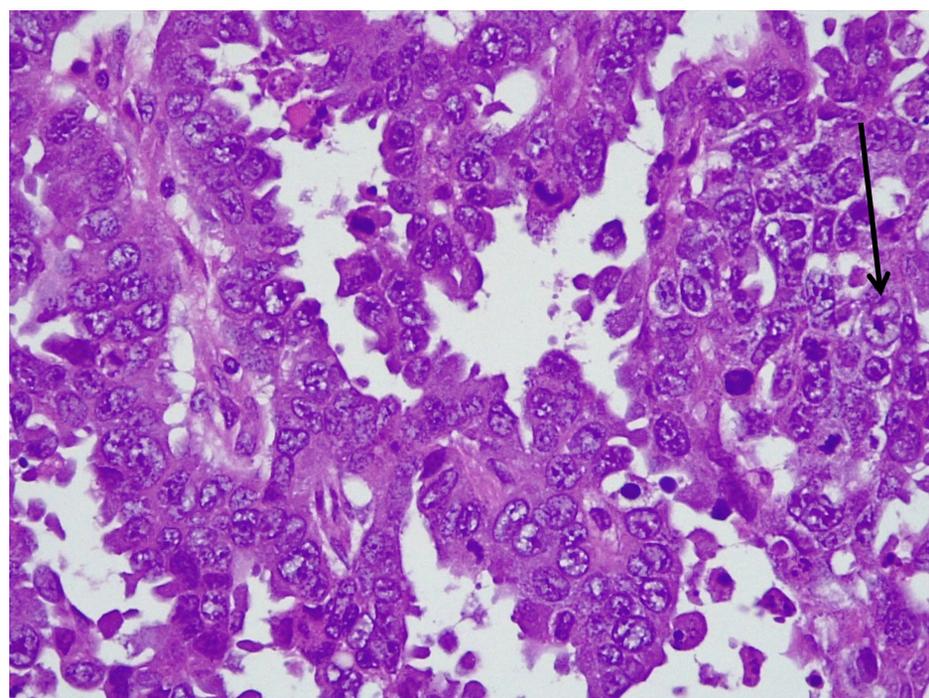
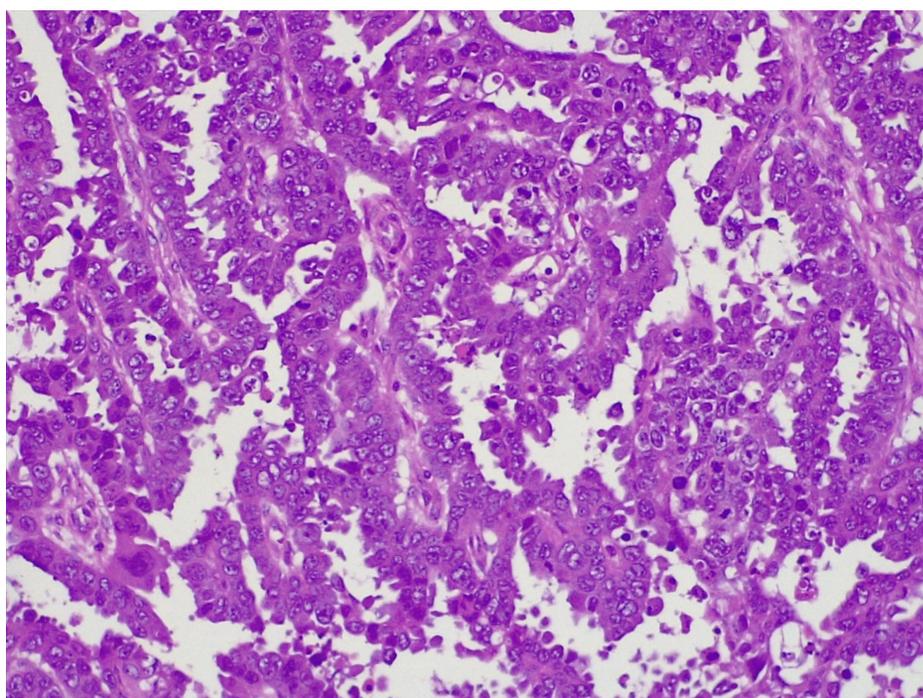
- Invasión del miometrio:

- Factor pronóstico claramente establecido.
- Se recomienda que se valore el porcentaje de invasión de la pared del miometrio de acuerdo a las siguientes categorías:
  - No existe infiltración
  - < 50%
  - > 50%



Adenocarcinoma endometriode de bajo grado que infiltra menos del 50% del espesor del miometrio (flecha blanca).

- Invasión del espacio linfovascular (ELV):
  - Debe valorarse en la porción infiltrante del tumor.
  - Existen entidades que se asemejan a la invasión del ELV.
    - Patrón microquístico elongado y fragmentado (MELF)
    - Artefactos de retracción (se asocian con cirugía mínimamente invasiva)
  - Se clasifican en dos grupos:
    - Sin invasión o con invasión focal:  $< 5$  vasos
    - Invasión extensa o significativa:  $\geq 5$  vasos
- Infiltración del estroma cervical:
  - Criterios estrictos porque existe una gran variabilidad interobservador.
  - Cualquier infiltración del estroma cervical que se encuentre al mismo nivel o sobrepase una cripta endocervical  $\rightarrow$  infiltración del estroma cervical.

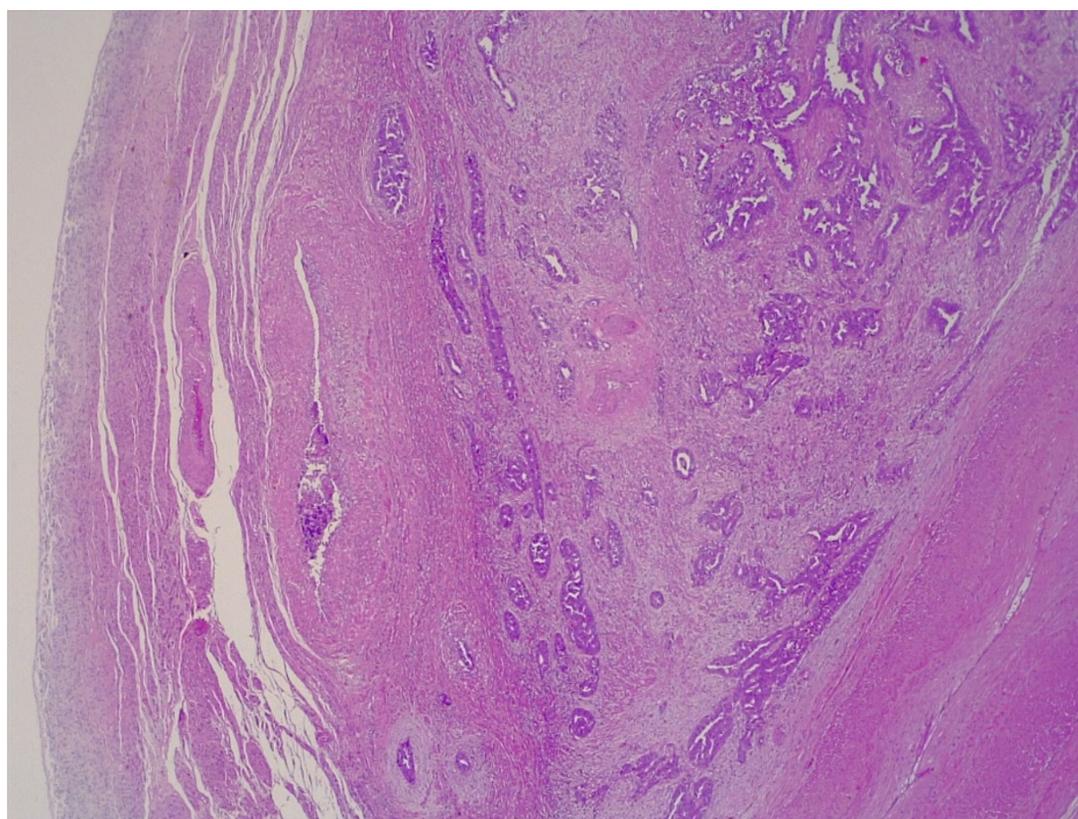


Adenocarcinoma endometriode de alto grado. Nótese que no presenta el componente glandular de los tumores de bajo grado. En la imagen de la derecha, a mayor aumento, se identifican varias mitosis (flecha negra).

- **Afectación de los anejos:**

- Claro impacto en la supervivencia media.
- En tumores de alto grado, la afectación ovárica se clasifica casi siempre como metastásica.
- En tumores de bajo grado la situación es más compleja:
  - Se ha visto una relación clonal entre el tumor endometrial y el del ovario que sugiere que el tumor de endometrio es primario y se extiende al ovario.
  - No obstante, en estos casos, no suelen producirse los resultados clínicos esperados en el caso de afectación metastásica, presentando una supervivencia media mayor.
  - Es por ello que las guías clínicas recomiendan un manejo conservador con un buen pronóstico en los casos en los que se cumplen TODOS los siguientes criterios (clasificado como un estadio IA3):
    - Carcinoma endometriode de bajo grado.
    - Infiltración del miometrio < 50%.
    - Ausencia de invasión del ELV significativa.
    - Ausencia de otras metástasis.
    - Afectación unilateral del ovario, sin invasión o rotura de la cápsula (equivalente a un pT1a de ovario)
- La afectación de la trompa se debe considerar un estadio IIIA1.

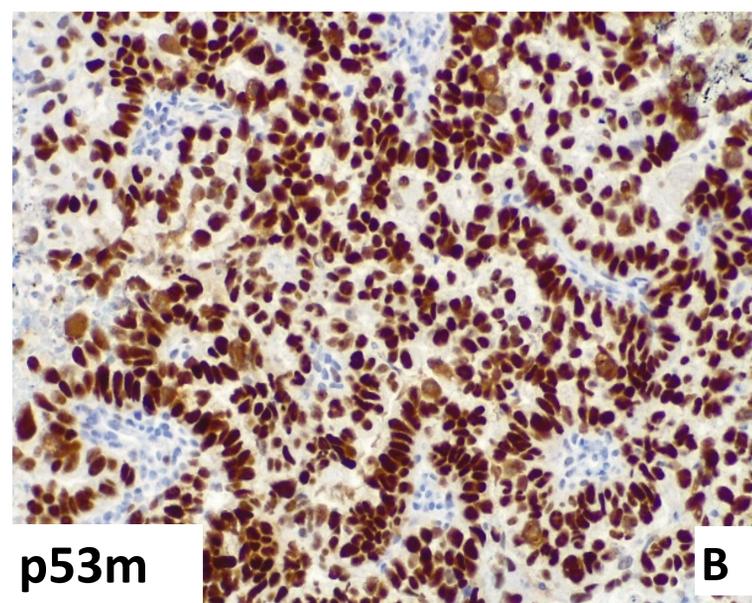
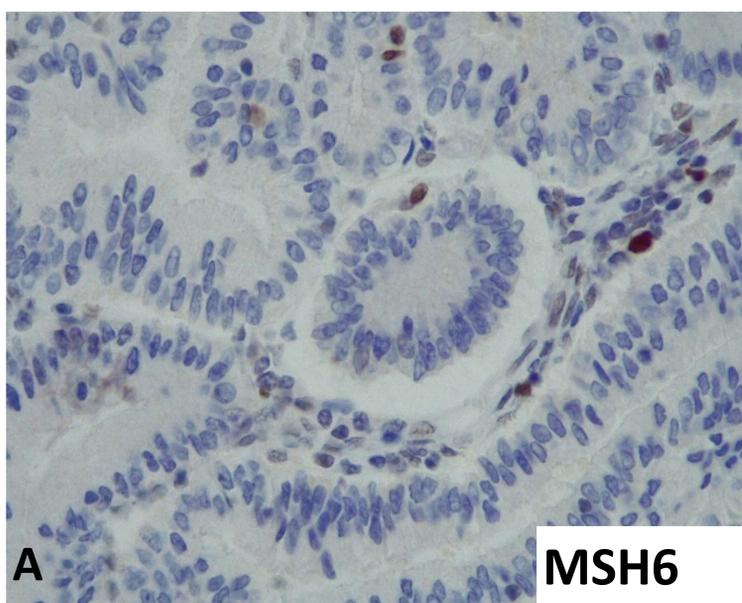
- **Afectación de la serosa uterina:**
  - El tumor alcanza el tejido fibroconectivo mesotelial o la capa mesotelial.
  - No es necesario que existan células tumorales en la superficie serosa del útero.
- **Metástasis ganglionares:**
  - Factor pronóstico muy importante.
    - Macrometástasis: > 2 mm
    - Micrometástasis: 0,2 mm – 2 mm o más de 200 células
    - Células tumorales aisladas: < 0,2 mm y menos de 200 células.
  - Si se observan células tumorales aisladas no se producen cambios en la estadificación.



Adenocarcinoma endometriode de alto grado que infiltra más del 50% del espesor endometrial, llegando a contactar con el tejido fibroconectivo mesotelial.

## • Clasificación molecular

- Se puede estimar el riesgo de recidiva y, por tanto, de supervivencia.
- La clasificación molecular más importante es la propuesta por *The Cancer Genome Atlas* (TCGA), que divide los carcinomas de endometrio en cuatro categorías:
  - POLE/ultramutado, con un número muy elevado de mutaciones y de buen pronóstico independientemente del grado histológico. Morfología habitualmente endometriode.
  - Inestabilidad de microsatélites (MSI) / *Mismatch repair deficiency* (MMRd), con un número elevado de mutaciones y pronóstico intermedio. Morfología endometriode o indiferenciada.
  - Perfil molecular no específico (NSMP): Pronóstico intermedio.
  - p53abn: mutaciones del TP53 en el 95% de los casos y de mal pronóstico. La mayoría son carcinomas serosos, pero se pueden ver carcinomas endometrioides y carcinosarcomas hasta en el 25% de las pacientes de este grupo.



Inmunohistoquímica de dos biopsias de adenocarcinoma de endometrio. A: Ausencia de expresión de proteínas reparadoras MSH6 (inestabilidad de microsatélites) en paciente con adenocarcinoma endometriode de bajo grado y síndrome de Lynch. B: Positividad para la mutación de p53 en un carcinoma endometriode de alto grado.

## RESONANCIA MAGNÉTICA

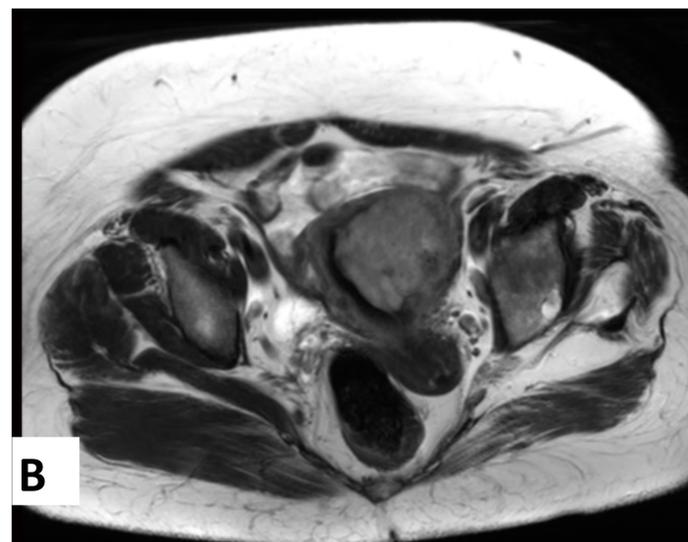
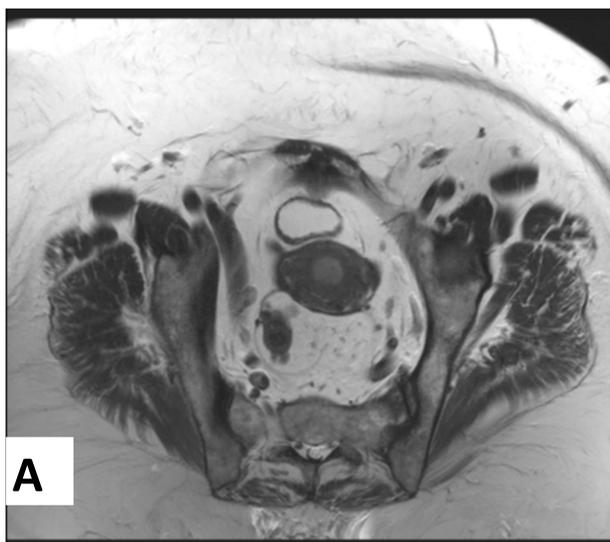
El protocolo recomendado para realizar el estudio mediante RM de los carcinomas de endometrio es el descrito abajo en la Tabla 2.

Secuencias recomendadas de RM		Utilidad de cada secuencia
Imágenes ponderadas en T2	Sagital T2	Secuencia fundamental para evaluar la extensión local del tumor. La proyección axial oblicua, perpendicular al eje mayor de la cavidad endometrial es necesaria para valorar de forma precisa la invasión del miometrio.
	Axial T2	
	Axial oblicuo T2	
Imágenes ponderadas en difusión (DWI)	$b = 0-800/1000 \text{ s/mm}^2$ sagital o axial	Secuencia fundamental para evaluar la extensión local del tumor. Se complementa con las secuencias en T2. Útil para detectar metástasis ganglionares.
Imágenes ponderadas en T1 con contraste intravenoso	150 segundos tras la inyección del contraste	Necesaria para valorar la profundidad de la invasión del miometrio debido al excelente contraste entre el tumor y el miometrio sano.
Imágenes ponderadas en T1	Sagital o axial	Evalúa la presencia de hemorragia en el tumor o alrededor del mismo.
Secuencia opcional		
Secuencia dinámica con contraste ponderada en T1		El realce subendometrial o el peritumoral pueden ayudar a decidir si existe invasión del miometrio.

Tabla 2. Protocolo de RM recomendado para el estudio del adenocarcinoma de endometrio.

## • Estadio I

- Tumor circunscrito al cuerpo uterino y ovario\*.
- El objetivo principal de las pruebas de imagen es valorar la presencia y el grado de invasión del miometrio o la existencia de un pólipo endometrial.
- Invasión del miometrio:
  - Es un factor muy importante para valorar tratamiento preservador de la fertilidad.
  - Una diferencia con la clasificación previa es que, además de la invasión del miometrio, se tienen en cuenta otros factores como el tipo histológico y el grado de invasión del espacio linfovascular.
  - La «ausencia de invasión del miometrio» y la «invasión superficial» se encuadran en distintos estadios (IA1 y IA2 respectivamente).
  - Los tipos histológicos agresivos que invaden el miometrio, independientemente del porcentaje de infiltración, pasan a ser estadio IIC
  - Pacientes con tipo histológico no agresivo sin invasión del miometrio serían un estadio IA1 pero en tipos agresivos sería un IC
  - Si no existe invasión del ELV o es focal, se trata de un estadio IA2, mientras si existe una invasión sustancial, sería un IIB.

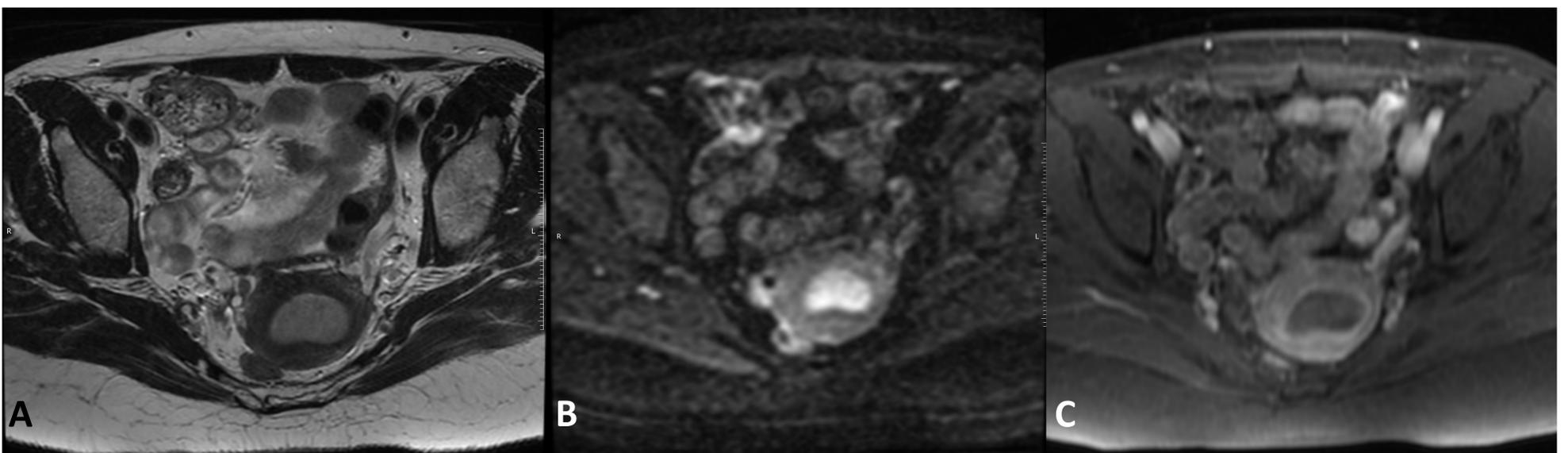


A: Corte axial de una lesión endometrial que infiltra menos del 50% del espesor miometrial. B: Corte axial de una masa endometrial que infiltra más del 50% del espesor del miometrio.

\* Ya explicados los criterios más arriba.

- Estadio I

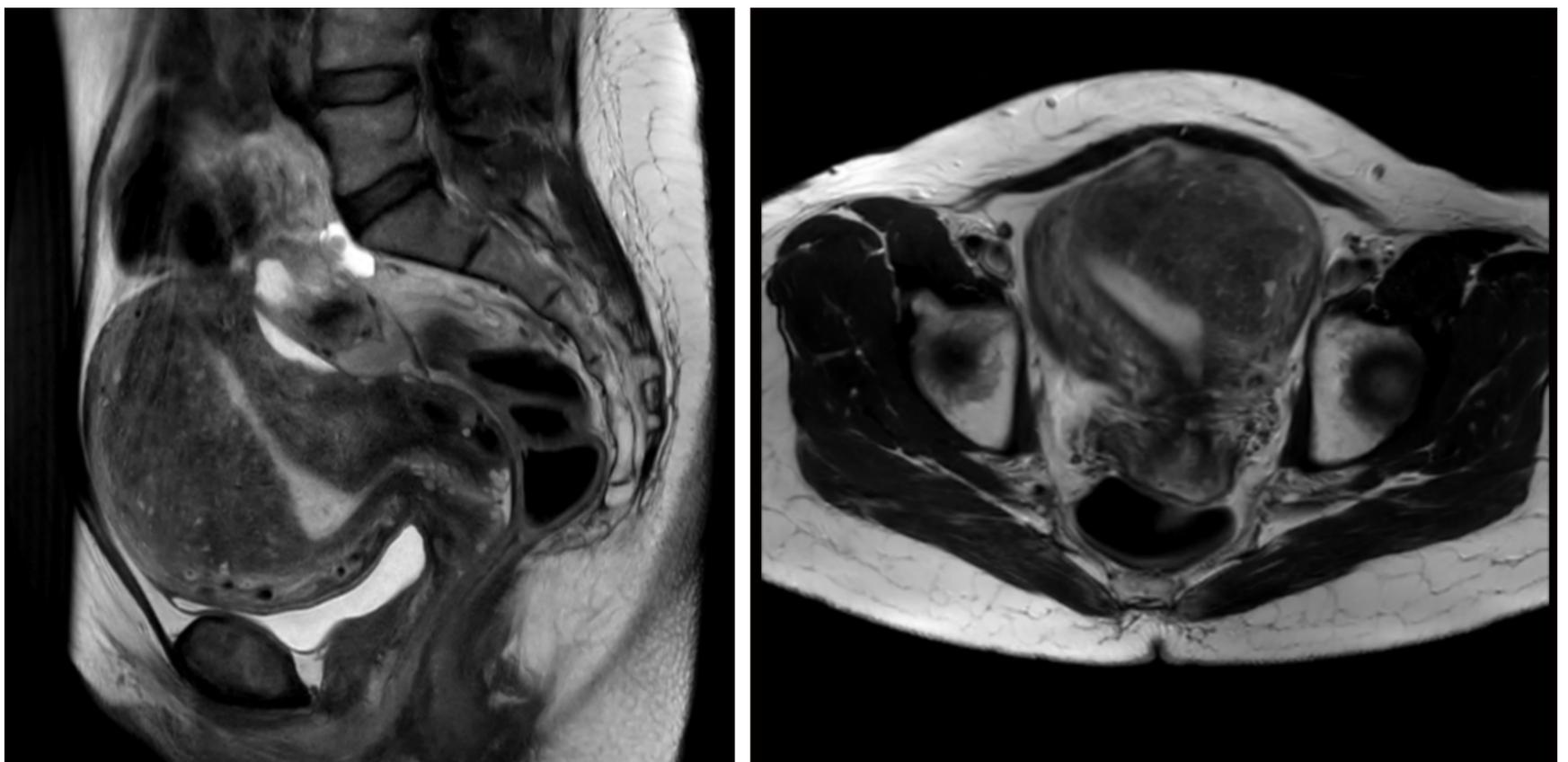
- **Desde el punto de vista radiológico** es un reto valorar de forma acertada la invasión del miometrio, si bien existen ciertos hallazgos que sugieren una baja probabilidad de invasión:
  - La zona de unión está íntegra en secuencias potenciadas en T2.
  - Existe realce precoz subendometrial en las secuencias dinámicas.
  - La interfase tumor-miometrio es lisa y no se interrumpe en secuencias en difusión ni en fase tardía postcontraste
- En la práctica clínica la valoración de las tres secuencias (T2, DWI, DCE) conlleva una determinación más precisa de:
  - La existencia de invasión del miometrio.
  - El porcentaje de invasión.



A. Corte axial potenciado en T2 donde se observa ocupación de la cavidad endometrial por una masa de señal intermedia rodeada por un área hipointensa correspondiente al miometrio. Nótese que no hay disrupción de la zona de unión. B. Mismo corte axial en DWI donde se aprecia que la lesión es hiperintensa pero presenta unos bordes bien definidos y existe un adecuado contraste entre los tejidos para valorarlo correctamente. C. Tras la administración de contraste, en una fase tardía se identifica un realce subendometrial íntegro.

- Estadio I

- La fase tardía a los 150 s tras la administración del contraste proporciona una diferenciación excelente del tumor respecto al miometrio.
- Existen varios *pitfalls* que nos pueden llevar a error:
  - La intensidad de señal del tumor en T2 puede ser parecida al miometrio.
  - La presencia de adenomiosis y fibroides complican mucho la valoración de la profundidad de invasión, siendo extremadamente difícil en algunos casos.
  - Si el tumor se extiende hacia el miometrio de los *corni* uterinos se puede sobreestimar la infiltración ya que el grosor del miometrio es pequeño en esas zonas.



Cortes sagital y axial potenciados en T2 donde se observa un útero aumentado de tamaño secundario, fundamentalmente, a un gran aumento del grosor endometrial en relación con extensa adenomiosis.

## • Estadio I

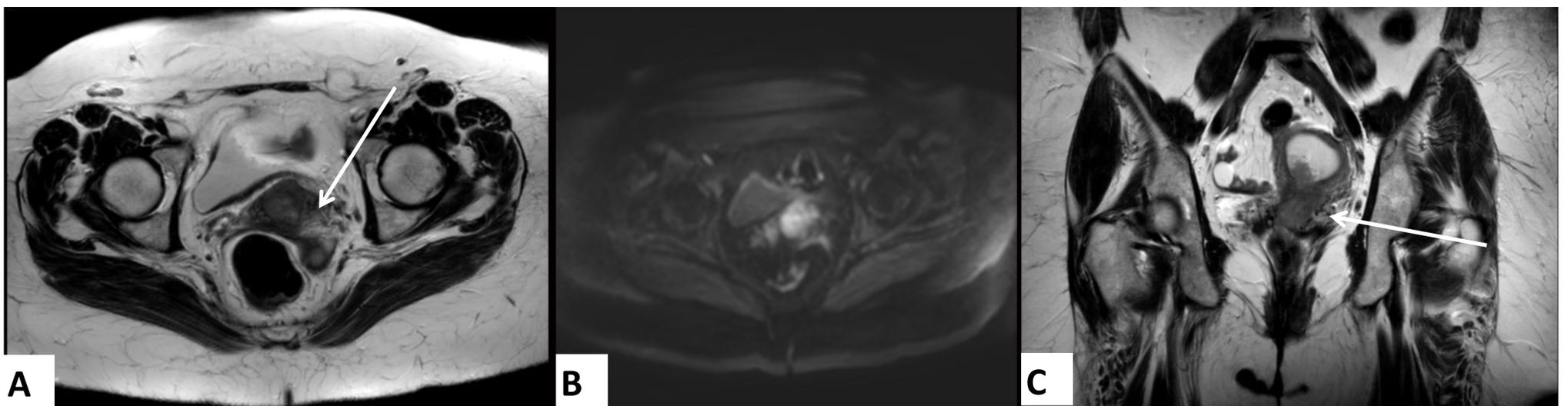
- En la nueva clasificación se ha incluido el concepto de “pólipos” en el estadio IA1.
  - Se podría interpretar como un pólipo que tiene algún componente de carcinoma de endometrio.
  - Los pólipos presentan formas que van de redondos a ovalados y la superficie puede ser lisa o más irregular.
  - En la RM la presencia de quistes intratumorales y núcleos fibrosos en el espesor de la lesión orientan más el diagnóstico hacia un pólipo.
  - Un núcleo fibroso indica la presencia de estroma focal o difuso de músculo liso o tejido fibroso y se vería hipointenso en secuencias ponderadas en T2.



Corte coronal potenciado en T2 donde se observa una lesión pediculada en la vertiente lateral izquierda del fundus uterino (flecha blanca), identificándose una pequeña interrupción de la zona de unión, encontrándose íntegra en el resto del contorno de la lesión. Imagen compatible con un pólipo.

## • Estadio II

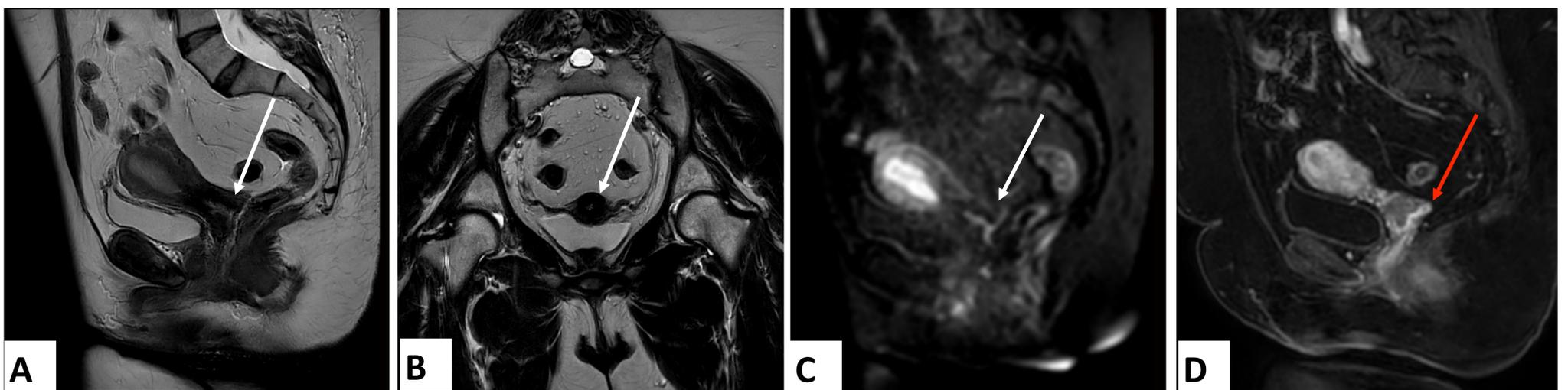
- Corresponde a la invasión del estroma cervical con extensión extrauterina **O** con infiltración del ELV significativa **O** subtipos histológicos agresivos con invasión del miometrio.
- Los estadios IIB y IIC son exclusivamente de diagnóstico patológico
- Sin embargo, el estadio IIA sí puede valorarse mediante pruebas de imagen.
- Si se identifica invasión del estroma cervical no se pueden realizar tratamientos de preservación de la fertilidad ya que existe un mayor riesgo de metástasis linfáticas y el pronóstico es peor.



A: Corte axial ponderado en T2 donde se aprecia una lesión endometrial que infiltra el estroma cervical (flecha blanca). B: Mismo corte en DWI donde se confirma la infiltración del estroma cervical. C: Corte coronal de la misma lesión que en la imagen A.

## • Estadio II

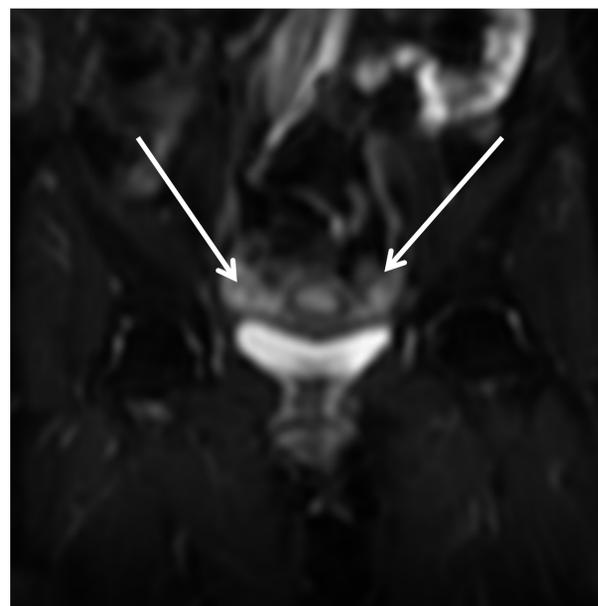
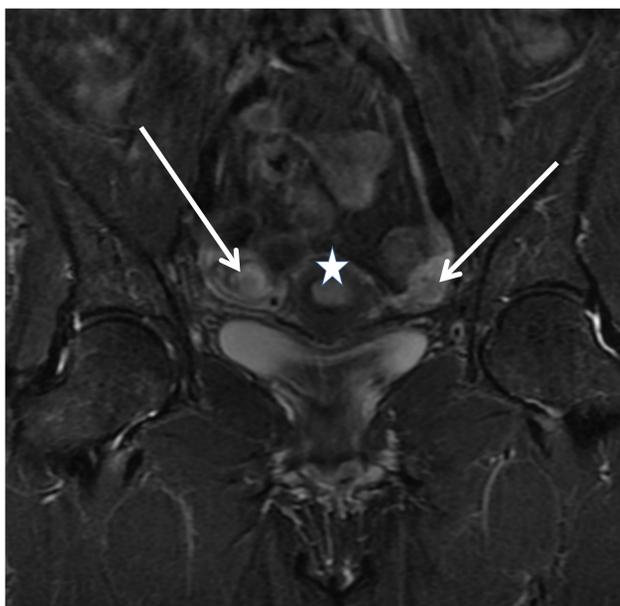
- En la RM, el estroma cervical es hipointenso en secuencias ponderadas en T2 y en DWI. Si existe alguna interrupción de esa hipointensidad, habría que pensar en infiltración del mismo.
- Tras la administración de contraste el epitelio cervical presenta realce precoz por lo que, si se identifica algún área que no realza, puede indicar infiltración.
- En las fases tardías postcontraste (4-5 minutos) es donde se observa mejor la diferenciación entre el estroma y el tumor.
- Se ha demostrado que la valoración multiparamétrica (T2, DWI y DCE) presenta una mayor sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de infiltración del estroma cervical.



Paciente con adenocarcinoma de endometrio estadio Ia. Con flecha blanca se señala el estroma cervical íntegro, siendo hipointenso en secuencias potenciadas en T2 (Imágenes A y B) y en difusión (Imagen C). Tras la administración de contraste (imagen D) se observa un realce precoz del epitelio cervical (flecha roja), mostrando la integridad del mismo

## • Estadio III

- Extensión local y/o regional del tumor, independientemente del subtipo histológico.
- Incluye la invasión de:
  - Anejos
  - Serosa uterina
  - Vagina
  - Parametrios
  - Metástasis ganglionares
- Estadio IIIA (invasión de la serosa uterina y anejos)
  - Invasión de la serosa uterina:
    - Si el tumor presenta una intensidad de señal media-alta y se acompaña de edema, puede sobreestimarse la extensión del tumor.
    - Es importante valorarlo en secuencias tardías postcontraste para apreciar mejor los límites del tumor.
  - Invasión de los anejos:
    - La valoración de los ovarios en la RM es muy difícil, mostrando una sensibilidad baja (54%-62%) para la detección de infiltración de los anejos.

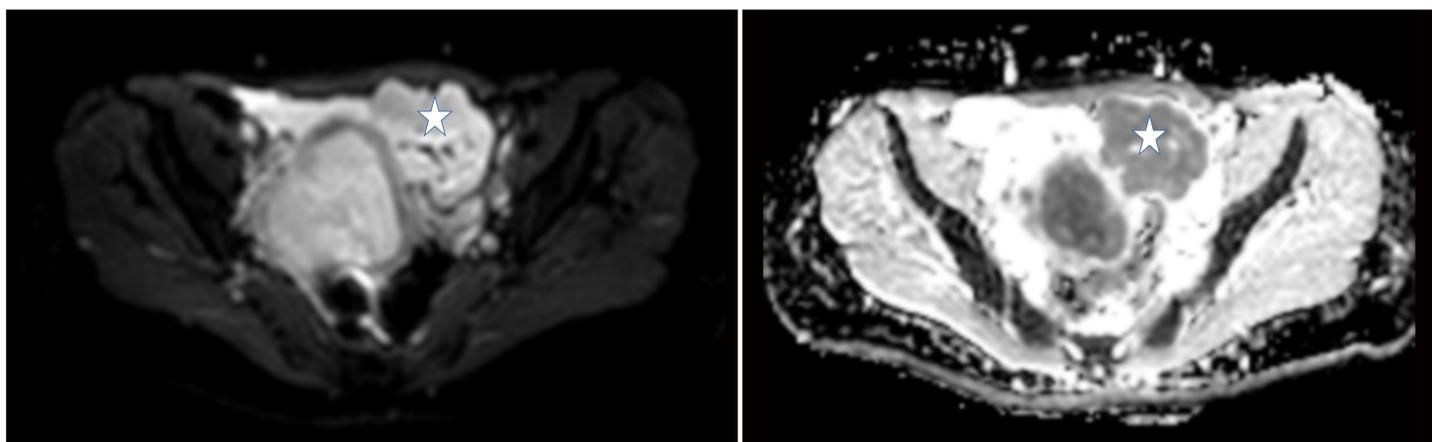
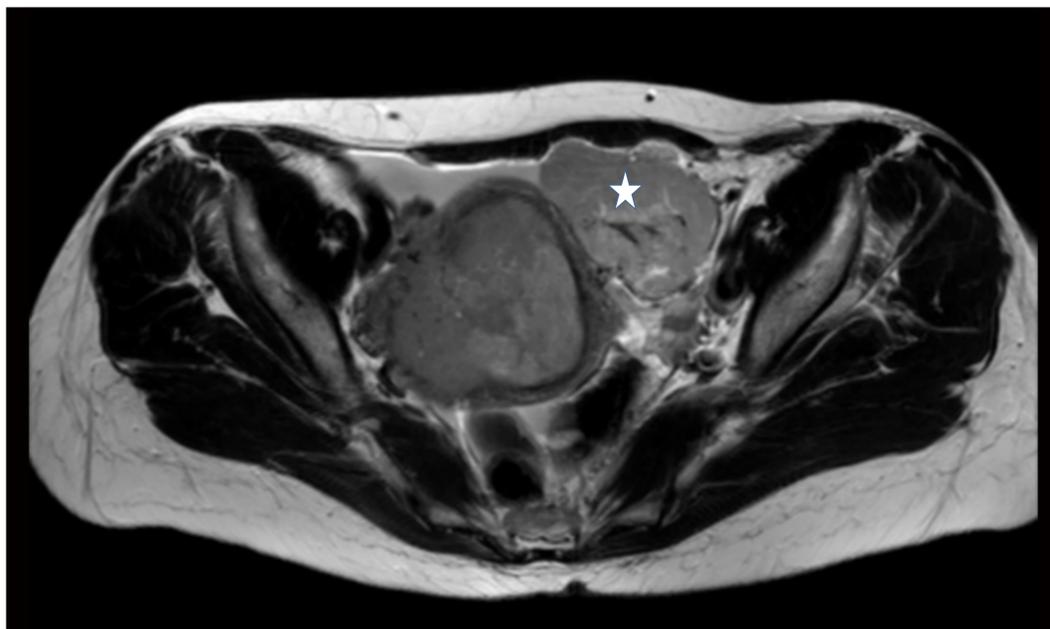


Corte axial oblicuo donde se visualizan ambos anejos (flechas) identificando áreas de la misma intensidad que la tumoración endometrial (estrella). En la secuencia DWI se muestran hiperintensas respecto al resto del parénquima ovárico e isointensa respecto a la tumoración de endometrio. Se confirmó en la histología la afectación de ambos ovarios por el tumor.

- Estadio III

- Estadio IIIB

- Extensión directa de la vagina o los parametrios (IIIB1):
      - Los parametrios se afectan cuando existe:
        - Infiltración de espesor completo a través del estroma cervical.
        - Lesión nodular tumoral en la interfase de los parametrios.
        - Lesiones espiculadas.
        - Tumor englobando los vasos del parametrio.
    - Invasión del peritoneo pélvico (IIIB2)
    - La detección de metástasis en secuencias ponderadas en T2 es complicada, pudiendo ser útil las secuencias en difusión.

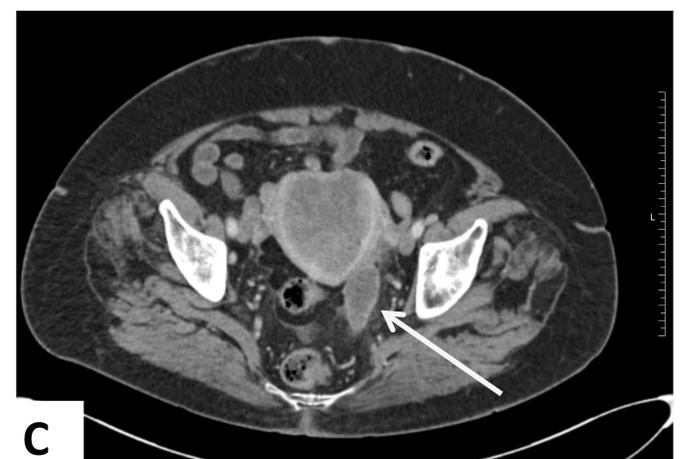
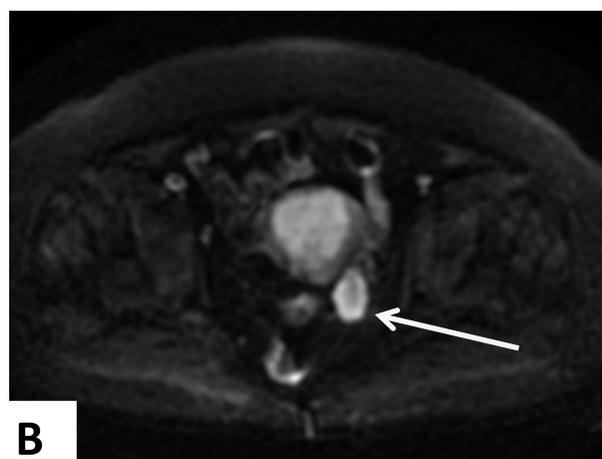
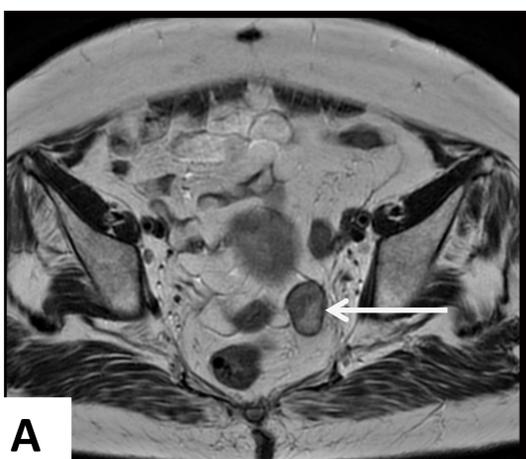


Masa uterina que asocia otra masa de localización extrauterina y gran tamaño que restringe la difusión, compatible con implante peritoneal pélvico.

- **Estadio III**

- **Estadio IIIC**

- Metástasis ganglionares (ver Tabla 1)
- La valoración de las metástasis ganglionares en la RM se basan tanto en criterios de tamaño como de morfología, aunque las micrometástasis pueden estar presentes en ganglios de tamaño normal.
- Según un consenso internacional, los ganglios pélvicos mayores de 8 mm en su eje corto y los ganglios paraaórticos mayores de 10 mm se consideran sospechosos, si bien esta medida presenta una baja sensibilidad (44%-63%) pero alta especificidad (71%-95%).
- También son ganglios sospechosos si presentan:
  - Contornos irregulares.
  - Intensidad de señal heterogénea, similar a la del tumor primario.
  - Forma redondeada.
  - Apariencia necrótica.
- El PET-TC tiene mayor sensibilidad (59%-70%) y especificidad (76%-90%) con los siguientes criterios:
  - > 10 mm y captación



Paciente con adenocarcinoma de endometrio estadio IIIC. En las imágenes se observa una metástasis ganglionar en la cadena ilíaca izquierda (flecha blanca). A: Corte axial potenciado en T2. B: Mismo corte potenciado en DWI. C: Corte axial de TC con contraste.

- **Estadio III**

- Se han comprobado que existen diferentes factores de riesgo para la presencia de metástasis ganglionares:
  - **Histológicos:**
    - Carcinomas de alto grado.
    - Invasión del ELV significativa.
    - Infiltración profunda del miometrio.
  - **Analíticos:**
    - Elevación de los niveles séricos de CA-125.
  - **Radiológicos en RM:**
    - Infiltración profunda del miometrio.
    - Ganglios > 1 cm en el eje corto.
    - Extensión tumoral que sobrepase el cuerpo uterino.
- **Mención especial merece un patrón de invasión del miometrio conocido como MELF (microquístico, elongado y fragmentado):**
  - Conlleva un alto riesgo de metástasis ganglionares, incluso en tumores de bajo grado.
  - No existen signos radiológicos específicos que permitan identificar el patrón MELF ni en RM ni en TC.

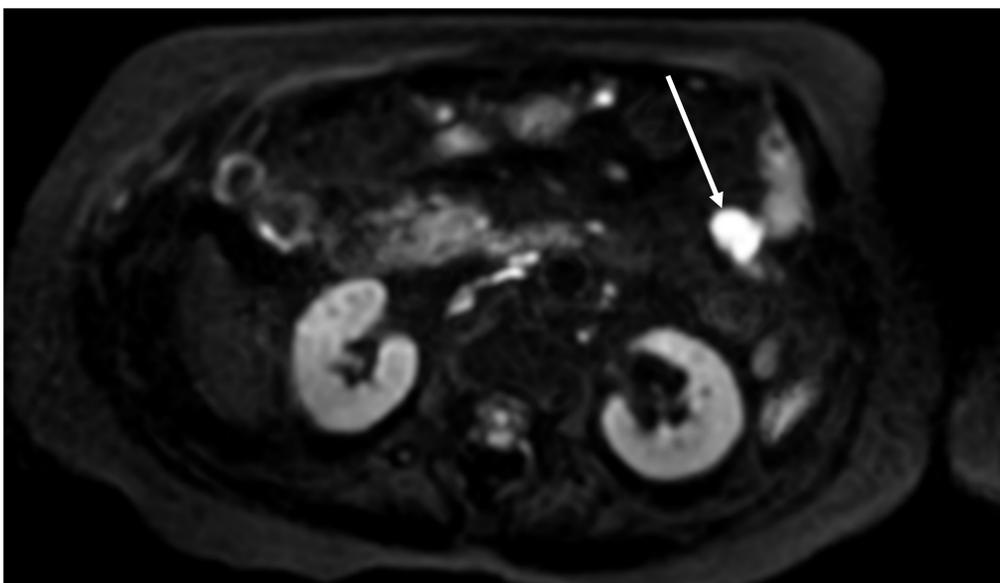
- **Estadio IV**

- **Infiltración de la mucosa vesical y/o intestinal (IVA).**

- Es necesario obtener imágenes multiplanares para una valoración adecuada.
- La presencia de un plano graso de separación descarta la infiltración directa. Sin embargo, el borramiento del plano graso no tiene por qué indicar infiltración.
- Asimismo, el estadio IVA indica afectación de la mucosa, por lo que la infiltración debe ser transmural.
- El edema bulloso de la pared del recto o de la vejiga no implica necesariamente la infiltración de la mucosa.

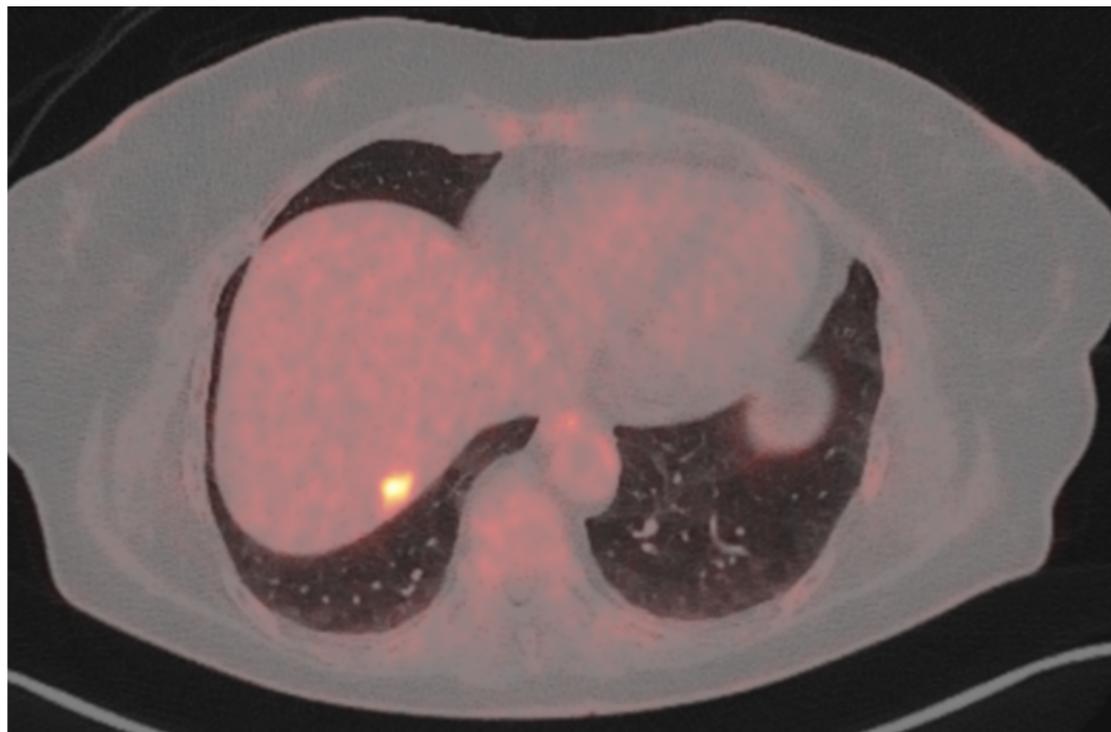
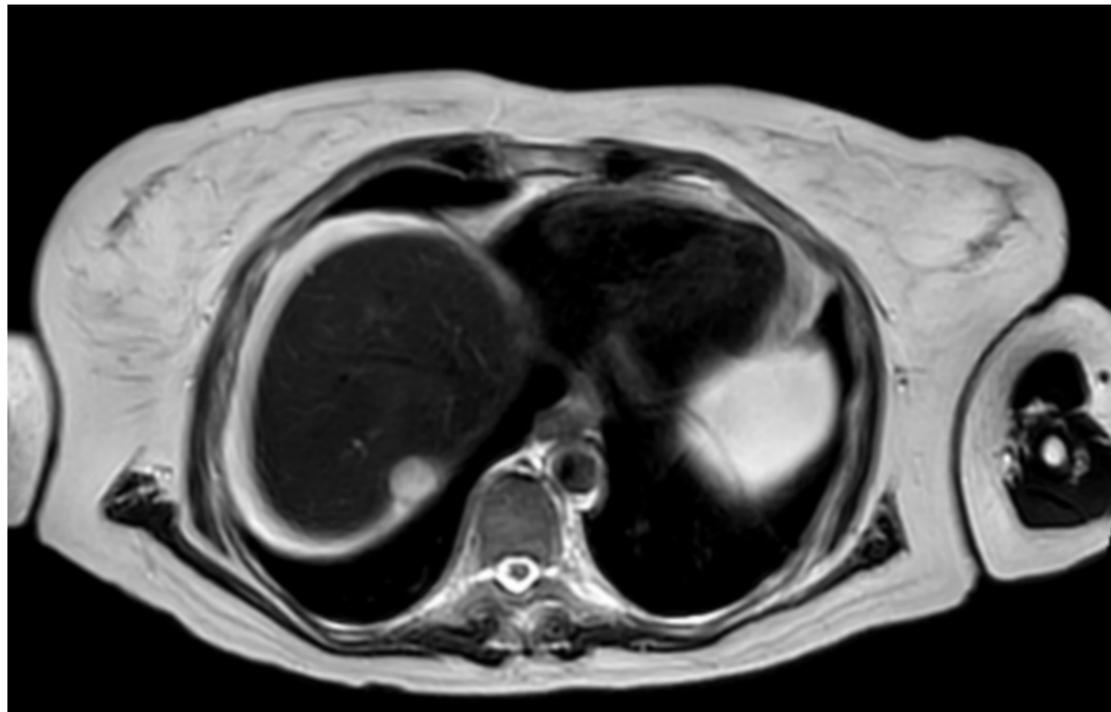
- **Infiltración del peritoneo extrapélvico (IIIB).**

- Las secuencias en difusión pueden ser útiles para valorar los implantes peritoneales.



Paciente con adenocarcinoma de endometrio estadio IIIB, donde se identifica una lesión hiperintensa en DWI que presenta un centro necrótico en T2, compatible con un implante peritoneal.

- Estadio IV
  - Metástasis a distancia (IVC).
    - Metástasis ganglionares:
      - Superiores al hilio renal
      - Inguinales
    - Metástasis hematógenas:
      - Pulmón (más frecuentes)
      - Hígado



Paciente con adenocarcinoma de endometrio estadio IVC. A: Corte axial potenciado en T2 donde se observa una imagen nodular hiperintensa en la vertiente posterior del segmento VII. B: Se realizó PET-TC donde se observó una gran avidez por la 18-FDG, siendo la lesión compatible con metástasis hepática.

## • CONCLUSIONES

- La nueva clasificación de la FIGO para el carcinoma de endometrio ha introducido varios cambios histológicos y moleculares.
- Desde el punto de vista radiológico no presenta cambios significativos.
- La valoración multiparamétrica de los tumores de endometrio ha demostrado mejorar la precisión diagnóstica y de extensión.

## • BIBLIOGRAFÍA

- 1. Freeman SJ, Aly AM, Kataoka MY, Addley HC, Reinhold C, Sala E. The Revised FIGO Staging System for Uterine Malignancies: Implications for MR Imaging. *RadioGraphics*. 2012 Oct;32(6):1805–27.
- 2. Berek JS, Matias-Guiu X, Carien Creutzberg, Fotopoulou C, Gaffney D, Kehoe S, et al. FIGO staging of endometrial cancer: 2023. 2023 Jun 20;
- 3. Kido A, Himoto Y, Kurata Y, Minamiguchi S, Nakamoto Y. Preoperative Imaging Evaluation of Endometrial Cancer in FIGO 2023. *Journal of Magnetic Resonance Imaging*. 2023 Dec 26;