**1.- Clasificación Forrest para úlcera sangrante**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Grado | Descripción | Riesgo de resangrado |
| IA | Hemorragia arterial pulsátil | 55% |
| IB | Hemorragia arterial en napa o goteo | 55% |
| IIA | Vaso visible en fondo de úlcera | 43% |
| IIB | Coágulo adherido a la base de la úlcera | 22% |
| IIC | Base cubierta de fibrina | 10% |
| III | Úlcera sin estigmas de hemorragia | 5% |

John A. H. Forrest, N. D. C. Finlayson, D. J. C. Shearman, Endoscopy in gastrointestinal bleeding, The Lancet, Volume 304, 1974, Pages 394‐97.

**2.- Clasificación de Los Ángeles de esofagitis por reflujo**

|  |  |
| --- | --- |
| Clasificación | Descripción |
| Grado A | Una o más lesiones < 5 mm que no afecta a dos bordes de los pliegues mucosos |
| Grado B | Una o más lesiones >5 mm que no afecta a dos bordes de los pliegues mucosos |
| Grado C | Una o más lesiones continuas entre dos o más bordes de los pliegues mucosos y que afecta <75% de la circunferencia esofágica |
| Grado D | Una o más lesiones que afecta al menos el 75% de la circunferencia esofágica |

Ortiz Á. et.al. (2017). Cirugía esofagogástrica 2da edición. España: Aran.

**3.- Clasificación del cáncer gástrico avanzado según Bormann**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bormann | Imagen | Descripción |
| Bormann I |  | Poliposo |
| Bormann II |  | Ulcerado |
| Bormann III |  | Ulcerado-infiltrante |
| Bormann IV |  | Infiltrante difuso (Linitis plástica) |

<http://www.cirugiahsalvador.cl/upfiles/clasificaciones/47596f1cad953_Clasificaciaon_de_Borrmann%5B1%5D.pdf>

**4.- TNM cáncer gástrico**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| T | Tx | no se puede evaluar primario |
| T0 | no hay evidencia de tumor primario en el estómago |
| T1a | el tumor ha crecido en la lámina propia o la lámina muscular de la mucosa |
| T1b | el tumor ha crecido en la submucosa |
| T2 | el tumor ha crecido en la lámina muscular propia (capa muscular del estómago) |
| T3 | el tumor ha crecido a través de todas las capas musculares hasta el tejido conectivo fuera del estómago. No ha crecido en la capa externa del estómago |
| T4a | el tumor ha crecido en la serosa |
| T4b | el tumor ha crecido en los órganos que rodean el estómago |
| N | Nx | los ganglios linfáticos regionales no pueden evaluarse |
| N0 | el cáncer no se diseminó a los ganglios linfáticos regionales. |
| N1 | el cáncer se diseminó de 1 a 2 ganglios linfáticos regionales |
| N2 | el cáncer se diseminó de 3 a 6 ganglios linfáticos regionales. |
| N3a | el cáncer se diseminó de 7 a 15 ganglios linfáticos regionales. |
| N3b | el cáncer se diseminó a 16 o más ganglios linfáticos regionales |
| M | MX | no se puede evaluar la metástasis a distancia. |
| M0 | el cáncer no se ha diseminado a otras partes del cuerpo. |
| M1 | el cáncer se ha diseminado a otra u otras partes del cuerpo. |

**Estadio 0:**(Tis, N0, M0).

**Estadio IA:** (T1, N0, M0).

**Estadio IB:** (T1, N1, M0). (T2, N0, M0).

**Estadio IIA:** (T1, N2, M0).(T2, N1, M0).(T3, N0, M0).

**Estadio IIB:** (T1, N3a, M0).(T2, N2, M0).(T3, N1, M0).(T4a, N0, M0).

**Estadio IIIA:** (T2, N3a, M0).(T3, N2, M0). (T4a, N1, M0).(T4b, N0, M0).

**Estadio IIIB:** (T1 o T2, N3b, M0).(T3, N3a, M0).(T4a, N3a, M0). (T4b, N1 o N2, M0).

**Estadio IIIC:** (T3 o T4a, N3b, M0). (T4b, N3a o N3b, M0).

**Estadio IV:** (cualquier T, cualquier N y M1).

https://www.cancer.net/es/tipos-de-cáncer/cáncer-de-estómago/estadios

**5.- TNM cáncer esofágico**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| T | Tis | displasia de alto grado |
| T1 | el tumor invade la lámina propia, muscularis, mucosa o submucosa. |
| T2 | el tumor invade la muscular propia |
| T3 | el tumor invade la adventicia |
| T4a | el tumor invade estructuras adyacentes como pleura, pericardio o diafragma (resecable) |
| T4b | el tumor invade estructuras adyacentes no resecables (aorta, tráquea, etc) |
| N | N0 | no hay ganglios comprometidos |
| N1 | 1 o 2 ganglios regionales comprometidos |
| N2 | 3 a 6 ganglios regionales comprometidos |
| N3 | siete o más ganglios regionales comprometidos |
| M | M0 | ausencia de metástasis |
| M1 | metástasis a distancia |

<https://www.cancer.gov/espanol/tipos/esofago/pro/tratamiento-esofago-pdq>

**6.- Etapificación del riesgo de cáncer gástrico según histología: Sistema OLGA (Operative Link for**

Gastritis Assesment). AG: Atrofia gástrica

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cuerpo | | | | | | |
|  | | | Sin AG  Score 0 | AG leve  Score 1 | AG Moderada  Score 2 | AG Intensa  Score 3 |
| A  N  T  R  O | Sin AG | Score 0 | Etapa 0 | Etapa I | Etapa II | Etapa II |
| AG leve | Score 1 | Etapa I | Etapa I | Etapa II | Etapa III |
| AG moderada | Score 2 | Etapa II | Etapa II | Etapa III | Etapa IV |
| AG Intensa | Score 3 | Etapa III | Etapa III | Etapa IV | Etapa IV |

Rollán, A., et.al. (2014). Diagnóstico precoz de cáncer gástrico: Propuesta de detección y seguimiento de lesiones premalignas gástricas: protocolo ACHED. *Revista médica de Chile*, *142*(9), 1181-1192. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000900013>

**7.-Clasificación de Praga para el esófago de Barrett**

|  |  |
| --- | --- |
| Caracteriza la extensión de la metaplasia incluyendo la longitud máxima de la lengüeta (M) y la extensión circunferencial (C), de forma tal de poder objetivar la magnitud de la metaplasia y su evolución en el tiempo. |  |

P. Sharma, J. Dent, D. Armstrong, J.J. Bergman, L. Gossner, Y. Hoshihara, *et al*.

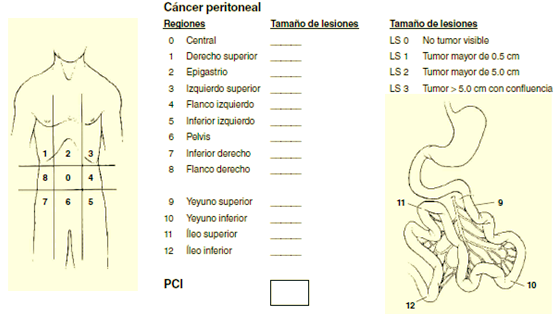
The development and validation of an endoscopic grading system for Barrett's esophagus: the Prague C & M criteria. Gastroenterology., 131 (2006), pp. 1392-1399

**8.- Clasificación de Johnson para úlcera gástrica perforada**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipo | Descripción | Imagen |
| I | Primaria a nivel de la curvatura menor |  |
| II | Gástrica y duodenal combinadas |  |
| III | Prepilórica |  |
| IV | Yuxtaesofágica |  |
| V | Relacionada con fármacos AINES |  |

Zinner J., Ashley J. Maingot: Operaciones abdominales Tomo II. Decimoprimera edición, Editorial McGraw Hill, Impreso en México 2008, Pág. 356-375.

**9.-Índice de carcinomatosis peritoneal + tabla indicación**

<http://scielo.isciii.es/pdf/onco/v27n4/28onco10.pdf>

**10.- Índice histológico para diagnóstico de linfoma MALT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Grado | Descripción | Características histológicas |
| 0 | Normal | Ocasionales células plasmocitarias en la lámina propia, sin folículos linfoides. |
| 1 | Gastritis crónica activa | Lámina propia infiltrada por linfocitos pequeños en agrupaciones pequeñas, sin folículos linfoides. No hay lesión linfoepitelial. |
| 2 | Gastritis crónica activa con formación de folículos linfoides | Presencia de prominentes folículos linfoides rodeados por células del manto y plasmocitos. No hay lesión linfoepitelial. |
| 3 | Infiltrado linfoide sospechoso, probablemente de naturaleza reactiva | Folículos linfoides rodeados por linfocitos pequeños que infiltran difusamente la lámina propia y ocasionalmente son intraepiteliales. Requiere análisis de inmunofenotipo y/o molecular para confirmar o excluir. |
| 4 | Infiltrado linfoide sospechoso, probablemente linfoma | Folículos linfoides rodeados por células de la zona marginal que infiltran difusamente la lámina propia e intraepiteliales en grupos pequeños. Requiere análisis de inmunofenotipo y/o molecular para confirmar o excluir. |
| 5 | Linfoma MALT | Presencia de denso y difuso infiltrado inflamatorio con células de la zona marginal en la lámina propia y con prominente lesión linfoepitelial. |

Ortiz Á. et.al. (2017). Cirugía esofagogástrica 2da edición. España: Aran.

**11.- Clasificación de los GIST según localización**

GIST gástrico

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | N0 yM0 | | N1 o M1 |
| Índice mitótico | | IV |
| Bajo (< o igual 5/50hpf) | Alto (>5) |
| T1 (< o igual 2 cm) | IA | II |
| T2 (2-5cm incl.) |
| T3 (5-10 cm incl.) | IB | IIIA |
| T4 (>10 cm) | II | IIIB |

GIST Intestino delgado

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | N0 yM0 | | N1 o M1 |
| Índice mitótico | | IV |
| Bajo (< o igual 5/50hpf) | Alto (>5) |
| T1 (< o igual 2 cm) | I | IIIA |
| T2 (2-5cm incl.) | IIIB |
| T3 (5-10 cm incl.) | II |
| T4 (>10 cm) | IIIA |

Ortiz Á. et.al. (2017). Cirugía esofagogástrica 2da edición. España: Aran.

**12.- Clasificación de Chicago de los trastornos motores esofágicos**

|  |  |
| --- | --- |
| Trastornos con obstrucción al flujo de la unión esofagogástrica | Acalasia de tipo I (acalasia clásica) |
| Acalasia de tipo II (acalasia con compresión panesofágica) |
| Acalasia de tipo III (Acalasia vigorosa) |
| Obstrucción al flujo de la unión gastroesofágica |
| Trastornos mayores del peristaltismo (no observados en sujetos sanos) | Aperistalsis (ausencia de peristaltismo) |
| Espasmo esofágico distal |
| Esófago hipercontráctil |
| Alteraciones menores del peristaltismo | Peristalsis ineficaz |

Ortiz Á. et.al. (2017). Cirugía esofagogástrica 2da edición. España: Aran.

**13.-Clasificación de lesión esofágica por cáusticos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Grado de lesión | Hallazgos endoscópicos | Hallazgos patológicos |
| Grado I | Edema, eritema y/o exudado | Mínima lesión mucosa |
| Grado II | Úlceras, ampollas y/o hemorragia | Afectación submucosa o músculo liso |
| Grado III | Úlceras profundas y/o mucosa negruzca | Afectación de toda la pared y/o perforación |

Ortiz Á. et.al. (2017). Cirugía esofagogástrica 2da edición. España: Aran.

**14.- Escala de gravedad mediante TC para predecir la estenosis esofágica secundaria a ingesta de cáusticos**

|  |  |
| --- | --- |
| Grado | Lesión Radiológica |
| I | Ausencia de edema de la pared esofágica (< 3 mm) |
| II | Edema de pared esofágica sin infiltración del tejido periesofágico |
| III | Edema de pared esofágica con infiltración del tejido periesofágico y con delimitación entre ambas estructuras |
| IV | Edema de pared esofágica con infiltración del tejido periesofágico y pérdida de la delimitación entre ambas estructuras o presencia de colecciones fluidas periesofágicas o periaórticas. |

**15.-Clasificación de Zagar para descripción endoscópica esofágica de lesión por ingesta de cáusticos.**

|  |  |
| --- | --- |
| Grado de lesión | Hallazgos endoscópicos |
| Grado 0 | Normal |
| Grado I | Edema y eritema de la mucosa superficial |
| Grado II  Grado IIA  Grado IIB | Úlcera en mucosa y submucosa  Úlcera superficial, erosiones  Úlcera circunferencial |
| Grado III  Grado IIIA  Grado IIIB | Úlcera transmural con necrosis  Necrosis focal  Necrosis extensa |
| Grado IV | Perforación |

Ortiz Á. et.al. (2017). Cirugía esofagogástrica 2da edición. España: Aran.

**16.- Clasificación de las hernias hiatales**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipo | Descripción |  |
| I o hernia por deslizamiento | Desplazamiento axial de la unión esófago gástrica al tórax. |  |
| II | Unión esófago gástrica en posición normal con deslizamiento del fondo gástrico hacia el tórax |  |
| III | La combinación de la tipo I y tipo II. |  |
| IV | Porción del estómago y de algún otro órgano intraabdominal (Colon, bazo, epiplón, intestino delgado, etc) intratorácicos |  |

Hernias hiatales verdaderas: tratamiento quirúrgico por vía laparoscópica Drs. ITALO BRAGHETTO, et al, Rev. Chilena de Cirugía. Vol 54 - Nº 6, Diciembre 2002; págs. 628-638

**17.-Clasificación de Savary- Miller modificada para evaluar la esofagitis y sus complicaciones**

|  |  |
| --- | --- |
| Grado | Descripción |
| Grado I | Se aprecian lesiones mucosas no confluentes, acompañadas de eritema, con o sin exudado o erosiones superficiales |
| Grado II | Existen lesiones exudativas confluentes que no recubren toda la circunferencia esofágica |
| Grado III | Las lesiones cubren toda la circunferencia, infiltrando la pared sin producir estenosis |
| Grado IV | Engloba las formas complicadas de esofagitis, es decir, la úlcera esofágica, la estenosis por reflujo y/o el esófago de Barrett |
| Grado V | Esófago de Barrett, aislado o asociado a lesiones de grado I-IV |

Ortiz Á. et.al. (2017). Cirugía esofagogástrica 2da edición. España: Aran.

**18.- Clasificación de Siewert de cáncer de unión esofagogástrica (UEG).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipo | Descripción |  |
| Tipo I | El centro del tumor o más de los dos tercios de la masa tumoral se localizan más allá de 1 cm de la UEG. Se trata de un adenocarcinoma de esófago distal generalmente relacionado con el esófago de Barrett. |
| Tipo II | El centro del tumor se localiza entre 1 cm por arriba y 2 cm por debajo de la UEG. Sería el verdadero adenocarcinoma de cardias que se origina en el epitelio de transición o en segmentos cortos de la metaplasia intestinal. |
| Tipo III | El centro del tumor o la mayoría de la masa tumoral se localiza más allá de 2 cms por debajo de la UEG. Se trata de un adenocarcinoma gástrico que se propagó hasta el esófago. |

Ortiz Á. et.al. (2017). Cirugía esofagogástrica 2da edición. España: Aran.

**19.- Clasificación de Viena de las neoplasias epiteliales gastrointestinales**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Categoría | Diagnóstico | Manejo clínico |
| 1 | Negativo para displasia | Seguimiento opcional |
| 2 | Indefinida para displasia | Seguimiento |
| 3 | Neoplasia mucosa de bajo grado (BG)  Adenoma BG (Lesión focal)  Displasia BG (sin lesión focal) | Resección endoscópica  Seguimiento |
| 4 | Neoplasia mucosa de alto grado (AG)   * 1. Adenoma/displasia AG   2. Carcinoma no invasivo (Carcinoma in situ)   3. Sospecha carcinoma invasivo   4. Carcinoma intramucoso | Resección endoscópica o quirúrgica |
| 5 | Carcinoma con invasión submucosa | Resección quirúrgica |

Rollán, A. et.al.. (2014). Diagnóstico precoz de cáncer gástrico: Propuesta de detección y seguimiento de lesiones premalignas gástricas: protocolo ACHED. *Revista médica de Chile*, *142*(9), 1181-1192. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000900013>

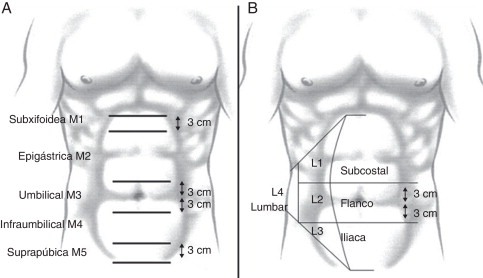
**20.- Clasificación de Obesidad, según la OMS**

|  |  |
| --- | --- |
| Clasificación | IMC (Kg/m2) |
| Peso insuficiente | <18.5 |
| Normopeso | 18.5-24.9 |
| Sobrepeso grado I | 25-26,9 |
| Sobrepeso grado II (Pre Obesidad) | 27-29.9 |
| Obesidad de tipo I | 30-34.9 |
| Obesidad de tipo II | 35-39.9 |
| Obesidad de tipo III (mórbida) | 40-49,9 |
| Obesidad de tipo IV (extrema) | >50 |

Consenso SEEDO-FESNAD. Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos (Consenso FESNAD-SEEDO). Rev. Esp. Obes. 2011; Vol 10, Supl.1

**21- Clasificación de la European Hernia Society (EHS) de las hernias primarias e incisionales de la pared abdominal.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Clasificación EHS | Hernias primarias |  | Eventraciones o hernias incisionales |
| Localización anatómica | |  |  |
| Línea media | Epigástrica | M1 | Subxifoidea |
|  |  | M2 | Epigástrica |
|  | Umbilical | M3 | Umbilical |
|  |  | M4 | Infraumbilical |
|  |  | M5 | Suprapúbica |
| Laterales | Spiegel | L1 | Subcostal |
|  |  | L2 | Flanco |
|  |  | L3 | Ilíaca |
|  | Lumbar | L4 | Lumbar |
| Diámetro transverso | Pequeñas <2cm | W1 | <4 cm |
|  | Medianas > o= 2-4 cm | W2 | > o = 4-10 cm |
|  | Grandes >4 cm | W3 | > 10 cm |



F.E. Muysoms, M. Miserez, F. Berrevoet, G. Campanelli, G.G. Champault, E. Chelala, *et al.*

Classification of primary and incisional abdominal wall hernias Hernia, 13 (2009), pp. 407-414

**22- Clasificación de París**

|  |  |
| --- | --- |
| Clasificación de París:  Se aplica para caracterizar las lesiones según su morfología, en elevadas, planas o deprimidas. Todas las lesiones visibles en el segmento de Barrett deben describirse utilizando la clasificación de París. |  |

The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon: November 30 to December 1, 2002. Gastrointest Endosc. 2003;58:S3-43.

**23- Clasificación de hernia inguino-crurales**

**Clasificación de Nyhus.**

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo I | Indirecta, pequeña |
|  | Anillo interno normal |
|  | Saco en canal inguinal |
| Tipo II | Indirecta, media |
|  | Anillo interno alargado |
|  | Saco no en el escroto |
| Tipo III | a Directas pequeñas o medianas. Sin protrusión por anillo interno |
|  | b Indirectas, grandes, comprometen la pared posterior del conducto inguinal |
|  | c Hernia femoral |
| Tipo IV | Hernias recurrentes |
|  | a Indirectas |
|  | b Directas |
|  | c Femorales |
|  | d Combinación |

Gabrielli NM. Resultados quirúrgicos de la hernioplastía inguinal laparoscópica con técnica transabdominal preperitoneal (TAPP). Rev Chil Cir. 2015; 67: 167-174.