

Adenosarcoma mülleriano: reto diagnóstico en el sangrado posmenopáusico

Müllerian adenosarcoma: a diagnostic challenge in postmenopausal bleeding.

Vianney Guadalupe Álvarez Esparza,¹ Sara Elia Hernández Flores,² Claudia Sofía Meixueiro Calderón³

¹ Residente de Ginecología y Obstetricia, Departamento de Ginecología y Obstetricia.

² Ginecoobstetra, alta especialidad en endoscopia ginecológica, departamento de ginecología y obstetricia, jefa del departamento de tococirugía.

³ Anatomopatóloga, departamento de patología, jefa del departamento de patología. Centro Médico Naval, Secretaría de Marina, Armada de México, Ciudad de México.

Resumen

ANTECEDENTES: El adenosarcoma mülleriano es un tumor bifásico, de baja prevalencia. Su estudio ha sido posible gracias a los reportes de casos. Gran parte de las investigaciones se han centrado en el adenosarcoma mülleriano de bajo grado y poco se ha analizado el de alto grado, salvo que se ha reconocido que es una neoplasia agresiva y con mayor mortalidad asociada que la de bajo grado.

CASO CLÍNICO: Paciente de 68 años, con síntomas de sangrado transvaginal moderado, de dos meses de evolución, con astenia, adinamia, pérdida de peso y diaforesis nocturna. En la biopsia de endometrio y revisión de laminillas se observó una neoplasia maligna, con patrón de crecimiento bifásico. Se indicó la histerectomía total, con salpingooforectomía bilateral, asistida por robot Da Vinci. El reporte de patología fue de adenosarcoma mülleriano de alto grado, sin sobrecrecimiento sarcomatoide, Ki-67 de 55%, sin p53 mutado. No reportó complicaciones ni requirió reintervención.

CONCLUSIÓN: Si bien el adenosarcoma mülleriano es poco frecuente, el de alto grado poco se ha estudiado. Al comparar el caso aquí comunicado, con los reportados en la bibliografía, se identificaron algunos resultados heterogéneos que se sugiere continuar estudiando; en particular, un Ki-67 alto, la mutación del p53 y el sobrecrecimiento sarcomatoso.

PALABRAS CLAVE: Adenosarcoma; neoplasias de alto grado; adenosarcoma mülleriano de alto grado; neoplasias uterinas; robot Da Vinci.

Abstract

BACKGROUND: Müllerian adenosarcoma is a rare, biphasic tumor. Our understanding of this condition has been shaped primarily by case reports. Much of the research has focused on low-grade Müllerian adenosarcoma, while high-grade cases have received little attention, although it is recognized that high-grade adenosarcoma is an aggressive neoplasm associated with higher mortality than the low-grade form.

CLINICAL CASE: A 68-year-old female patient presented with symptoms of moderate transvaginal bleeding that had persisted for two months, along with asthenia, adinamia, weight loss, and night sweats. Endometrial biopsy and microscopic examination revealed a malignant neoplasm with a biphasic growth pattern. A total hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy was indicated, performed with the assistance of the Da Vinci robot. The pathology report indicated high-grade Müllerian adenosarcoma, without sarcomatoid overgrowth, Ki-67 55%, and no p53 mutation. No complications were reported, and no reoperation was required.

Correspondencia

Vianney Guadalupe Álvarez Esparza
dra.vianney@gmail.com

ORCID

<https://orcid.org/0009-0002-6614-3680>

<https://orcid.org/0009-0009-2431-6505>

<https://orcid.org/0009-0000-6678-1434>

Recibido: julio 2024

Aceptado: diciembre 2025

Este artículo debe citarse como:

Álvarez-Esparza VG, Hernández-Flores SE, Meixueiro-Calderón CS. Adenosarcoma mülleriano: reto diagnóstico en el sangrado posmenopáusico. Casos Clínicos de GOM 2026; 3: e10977.

CONCLUSION: Although Müllerian adenosarcoma is rare, high-grade cases have been little studied. When comparing the case reported here with those in the literature, some heterogeneous findings were identified that warrant further study; in particular, high Ki-67, p53 mutation, and sarcomatous overgrowth.

KEYWORDS: Adenosarcoma; High-grade neoplasms; High-grade Müllerian adenosarcoma; Uterine neoplasms; Da Vinci robot.

ANTECEDENTES

El adenosarcoma mülleriano es un tumor bifásico, con componentes epiteliales y mesenquimales, que crece en el aparato genital femenino, derivado del conducto de Müller. Crece, sobre todo, del tejido mesodérmico mülleriano del epitelio endometrial.^{1,2} En el ámbito internacional la prevalencia reportada es baja, entre 5 y 10% de los sarcomas uterinos.^{3,4,5} El tipo de adenosarcoma genital más común es el uterino,⁶ seguido del de ovarios, pelvis y cuello uterino.⁴ Al tratarse de un tumor de baja prevalencia, el conocimiento del adenosarcoma mülleriano ha avanzado gracias a los reportes de casos clínicos. La bibliografía generada se ha centrado en adenosarcomas de bajo grado; por ello se ha reconocido que los de alto grado son poco frecuentes y, por tanto, poco estudiados.²

El adenosarcoma mülleriano fue descrito por primera vez por Clement y Scully en 1974. Por sus características clínicas y patológicas se distingue por el sangrado transvaginal y las lesiones polipoides; aunque también se han reportado casos con curso asintomático.^{3,7,8} En las investigaciones actuales, el adenosarcoma de bajo grado se asocia con diagnóstico benigno. En contraste, los de alto grado se han asociado con malignidad, con sobrecrecimiento sarcomatoso, con predominio del componente mesenquimatoso, propensión a la recurrencia y metástasis a corto plazo, con elementos heterólogos, alteraciones genómicas en el gen supresor de tumores TP53. Se trata de una neoplasia agresiva y de mayor mortalidad.^{2,6,9} Ante el vacío de conocimiento del adenosarcoma mülleriano y, en especial, el de alto grado, se comunica el siguiente caso clínico, previo consentimiento informado de la paciente y una revisión de la bibliografía más reciente.

CASO CLÍNICO

Paciente de 68 años, residente en Coatzacoalcos, Veracruz, con antecedentes ginecoobstétricos de: menarquia a los 14 años, inicio de la vida sexual a los 24 años, cuatro embarazos y cuatro partos eutócicos, con una sola pareja sexual, oclusión tubárica bilateral a los 35 años, citología cérvico-vaginal a los 38 años negativa para malignidad, menopausia a los 50 años, sin antecedentes declarados de enfermedades de transmisión sexual. Cirugía de fistulectomía perianal a los 62 años. Además, con acúfeno crónico, trastorno de ansiedad generalizado en tratamiento con desvenlafaxina cada 24 horas, alergia a la penicilina.

Acudió al Hospital Naval de Coatzacoalcos debido a un sangrado transvaginal moderado de dos meses de evolución, con síntomas adicionales de astenia, adinamia, pérdida de peso inexplicable y diaforesis nocturna en el último mes. En la exploración física inicial, a la palpación media del abdomen, no se advirtieron datos de tumoraciones. En la

especuloscopia, para inspección de la vulva, se advirtió una atrofia y sangrado transvaginal moderados. Como parte del protocolo de estudio del sangrado transvaginal en pacientes posmenopáusicas se tomó una biopsia de endometrio y se indicó la revaloración con resultados. El reporte histopatológico inicial fue de: neoplasia mesenquimal.

Para un análisis más minucioso se envió al departamento de patología un bloque de parafina rotulado como Q-24-12, con la correspondiente lámina teñida con hematoxilina y eosina. El patólogo observó una neoplasia maligna, con patrón de crecimiento bifásico, con componente estromal maligno, formado por células con atipia moderada, que se disponían predominantemente por debajo del epitelio y alrededor de las estructuras glandulares y vasculares, con patrón de crecimiento de aspecto foliáceo, con componente glandular, con contornos rígidos y dilatación quística focal. Las glándulas se observaron revestidas por epitelio cilíndrico simple, sin proliferación ni atipia, con áreas de metaplasia escamosa. Diagnóstico histopatológico definitivo: adenosarcoma mülleriano.

Los estudios de laboratorio informaron: leucocitos 7710 por microlitro; hemoglobina 15.5 g/dL; hematocrito 47.1%; plaquetas 366/μL; colesterol 202 mg/dL; triglicéridos 271 mg/dL; glucosa 101 mg/dL; creatinina 0.71 mg/dL; marcadores tumorales CA 125 11.80 U/mL; CA 19-9 U/mL; 18.90 U/mL; ACE 2.85 ng/mL; TP 12.6 segundos; TPT 45.4 segundos; INR 1.13.

La resonancia magnética de pelvis, con gadolinio, reportó una lesión ocupante de espacio en la cavidad endometrial, con probable etiología maligna, sin crecimientos ganglionares. La tomografía axial computada de tórax simple con dos nódulos pulmonares de carácter indeterminado a nivel del segmento apicoposterior, con diámetros promedio de 4 mm: un nódulo lingular de 2 mm, y un nódulo segmentario apical del lóbulo superior derecho de 3 mm. Como parte del protocolo de estudio se programó para una histeroscopia diagnóstica con nueva toma de muestra de tejido endometrial, en la que se observó un pólipo endometrial con endometrio atrófico (**Figura 1**), orificio cervical externo con evidencia de una lesión polipoide, orientada hacia el fondo uterino. **Figura 2**

Durante el proceso diagnóstico no se reportaron barreras culturales con la paciente. Para tratarla, el caso se comentó con los especialistas en oncología quirúrgica y clínica, con protocolo de estudio completo, y se decidió la histerectomía total y la salpingooforectomía bilateral, asistida por Robot Da Vinci (**Figuras 3 y 4**). La intervención quirúrgica transcurrió sin complicaciones. No se practicó la linfadenectomía porque no había daño de penetración ganglionar demostrado en el reporte de los estudios de extensión. Los hallazgos macroscópicos fueron: útero de 10 x 8 x 4 cm, sin sospecha de neoplasia, ni adenopatías.

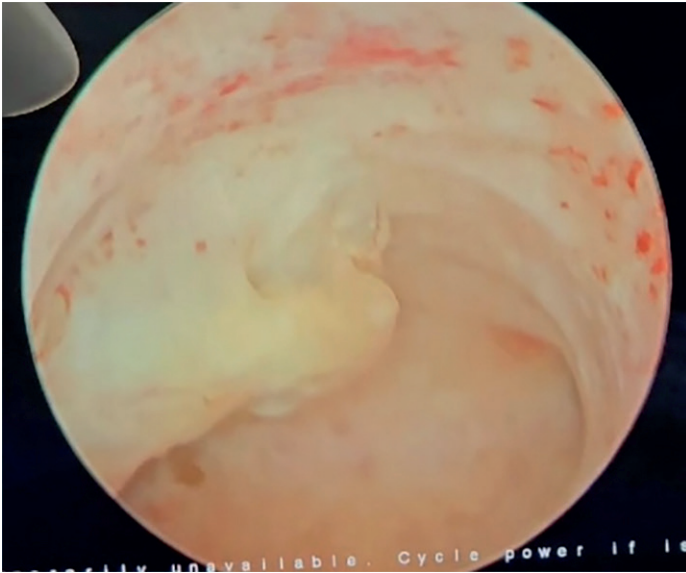


Figura 1. Pólipo endometrial. Fondo de endometrio atrófico con lesión de características polipoides con evidencia de vasos atípicos, puntillo con calcificaciones aproximadamente de 3 cm cerca de ostium y receso derecho. Fuente: Centro Médico Naval.

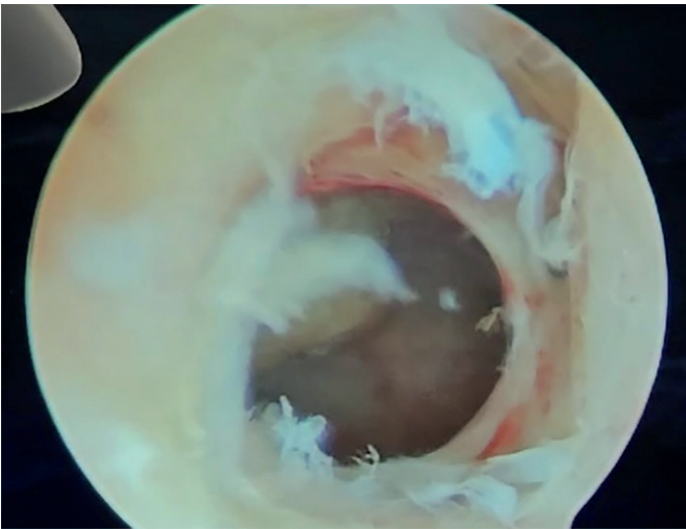


Figura 2. Canal endocervical. Orificio cervical externo, permeable, sin descripción de lesiones cervicales donde se evidencia, al fondo, una lesión polipoide hacia el fondo uterino. Fuente: Centro Médico Naval.

En el reporte de patología del útero, y de ambos ovarios, se diagnosticó un adenosarcoma mülleriano de alto grado y un tumor de 4.9 x 3.6 x 3.0 cm localizado en la pared anterior (**Figura 5**). No se observaron sobrecrecimiento sarcomaotíde ni elementos heterólogos. No se informó invasión miometrial al estroma cervical o linfovascular. Los márgenes quirúrgicos de resección se encontraron libres de neoplasia. La biopsia de la lesión pélvica se reportó con: mucina, quistes mesoteliales simples, cervicitis, endocervicitis crónica y adenomiosis. A los 13 días posquirúrgicos se reportaron los estudios de inmunohistoquímica con Ki67 de 55% y P53 no mutado.

En la valoración posquirúrgica a los 10 días se dio cita para seguimiento en cuatro meses, con tomografía abdominopélvica simple y contrastada. En el informe de la TAC simple y contrastada se reportó sin evidencia de enfermedad, y CA 125 de control de 8 U/mL, con indicador

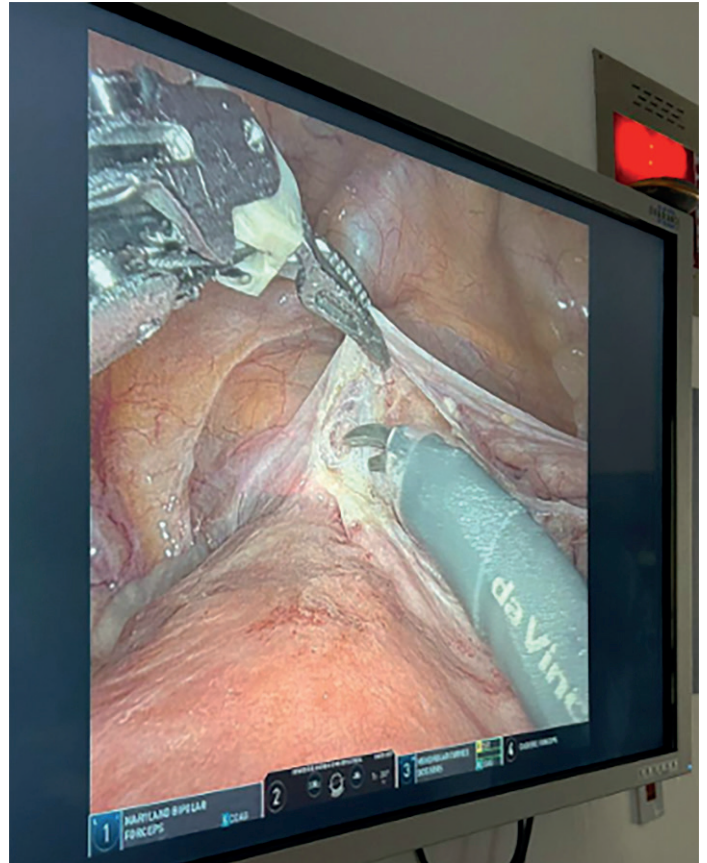


Figura 3. Cirugía robótica Da Vinci. Histerectomía total con salpingooforectomía y apertura del pliegue vesicouterino. Fuente: archivo del Centro Médico Naval.

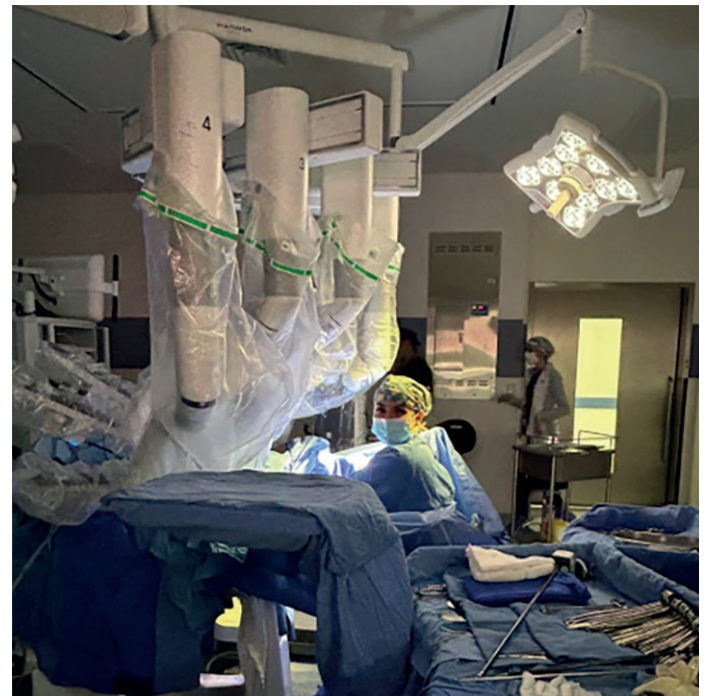


Figura 4. Cirugía robótica Da Vinci, archivo del Centro Médico Naval.

previo de 11 U/mL. Se indicó seguimiento en seis meses con nueva TAC y citología vaginal. Durante esa valoración no se reportaron complicaciones posquirúrgicas ni necesidad de reintervención. La paciente acudió a revisión de control en la fecha indicada, con reportes en parámetros de normalidad, con indicación de seguimiento en seis meses.

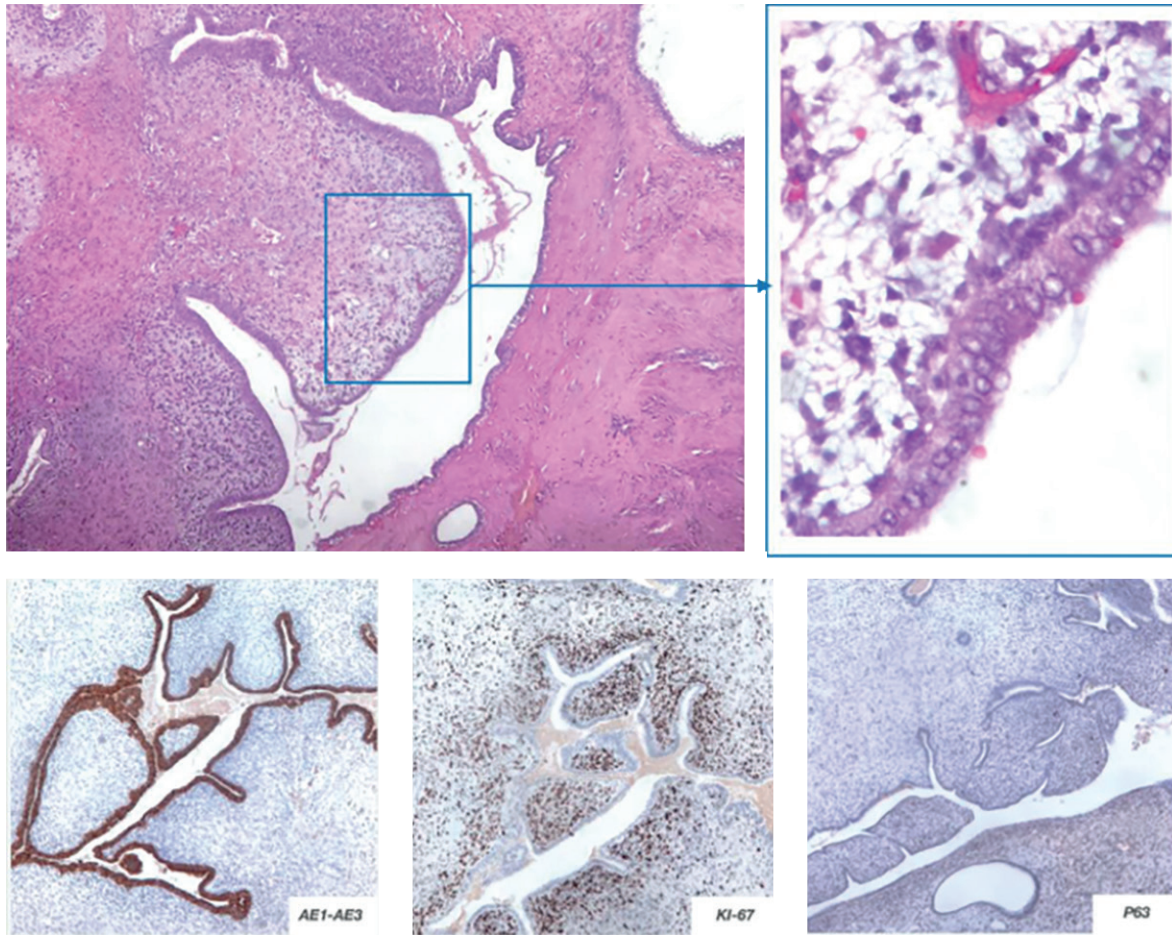


Figura 5. Adenosarcoma mülleriano de alto grado: Neoplasia bifásica (glandular y estroma), con componente glandular benigno conformado por glándulas irregulares, dilatadas, revestidas por epitelio cilíndrico simple, sin proliferación, ni atipia. El componente estromal muestra una proliferación marcada, que comprime las glándulas. Hiper celular con condensación periglandular y formación de proyecciones intraglandulares. Constituido por células fusiformes con atipia leve y actividad de mitosis aumentada (más de 2 en 10 campos de alto poder), otros campos muestran mitosis atípicas hasta 10 en 10 campos de gran aumento. Fuente: archivo del Centro Médico Naval.

Revisión de la bibliografía

Se emprendió una búsqueda en PubMed, Google Académico y Scielo con las palabras clave: "Müllerian adenosarcoma AND case report" de artículos publicados en los últimos 10 años, escritos en inglés o español. De 6964 artículos identificados se seleccionaron 7 por ser los que reportaron mayor evidencia clínica comprobable y ser los más actuales. Una vez identificados se construyó una matriz comparativa. **Cuadro 1**

DISCUSIÓN

La manifestación clínica y el diagnóstico del adenosarcoma mülleriano del caso aquí reportado coinciden con lo que se encontró en la bibliografía respecto del sangrado transvaginal como síntoma principal.^{10,11,12} Está reportado que los casos asintomáticos y de diagnóstico fortuito sugieren desenlaces heterogéneos en la manifestación clínica del adenosarcoma.⁶ En referencia a la edad, el caso coincide con lo asentado en la bibliografía en cuanto a que la mayoría de pacientes se encuentran en la posmenopausia.^{8,10,11,12} Desde luego que hay reportes de casos de adenosarcoma mülleriano en mujeres jóvenes, de 20 años que, incluso, desean preservar la fertilidad. Al igual que hay pacientes que están en los finales de los 30 y principios de los 40

años.^{13,14} Si bien es más frecuente en la posmenopausia, hay evidencia de que es posible que lo haya en mujeres jóvenes.

En cuanto al grado histológico y agresividad, el caso aquí comunicado aporta hallazgos que amplían el conocimiento del adenosarcoma mülleriano de alto grado, en particular el referente de 55% de concentraciones de Ki-67 (un marcador inmunohistoquímico de proliferación celular que indica cuántas células dentro del tumor están dividiéndose), porcentaje superior a los casos revisados, que en su mayoría fueron bajos o menores de 50%.^{11,13,14}

A pesar de un Ki-67 elevado, en la paciente del caso no se reportó sobrecrecimiento sarcomatoso, a diferencia de otros informes con sobrecrecimiento y concentraciones de Ki-67 de 40%.¹³ Este hallazgo puede sugerir que la paciente del caso tuvo una evolución temprana, lo que refuerza la necesidad de continuar estudiando la caracterización histórica del adenosarcoma mülleriano.

La evaluación del p53, un marcador inmunohistoquímico que refleja alteraciones en el gen TP53, no se reportó mutada, ni tampoco en la mayoría de los casos revisados, salvo un caso con bajo grado.¹⁰ Si bien en la bibliografía se reportan mutaciones frecuentes del TP53 en tumores de

Cuadro 1. Antecedentes de investigación (continúa en la siguiente página)

Autores	Edad	Tipo de tumor	Síntomas principales	Comorbilidades	Método diagnóstico inicial	Evaluación imagenológica y patológica	Tratamiento	Seguimiento y evolución	Comentario clínico relevante
Wang et al., 2024 ¹⁰	Finales de los 50	Uterino y de bajo grado	Sangrado posmenopáusico	No reportadas	TAC, RM y biopsia posquirúrgica	Resonancia magnética: masa polipoide con quistes, ocupante de espacio en la cavidad uterina; tamaño no claro. P53 mutado, CD10+, ER/PR+	HT, salpingooforectomía, linfadenectomía pélvica y paraaórtica	Sin recurrencia a 10 meses	Coexistencia con carcinoma endometriode. Sin metástasis
Fujito et al., 2025 ¹¹	60	Uterino, cavidad endometrial y de bajo grado	Sangrado vaginal de un mes, dolor abdominal bajo, masa prolapsada	DM2, hipertensión	RM, TAC y biopsia quirúrgica	Resonancia magnética: masa con señal mixta; 5x6.3 cm; invasión no reportada; diagnóstico postquirúrgico. GB de 17,000/μL y PCR de 7,53 mg/dL. No se reportó sobrecrecimiento sarcomatoso. Ki-67 bajo.	HT + salpingooforectomía	Sin recurrencia inmediata	Diagnóstico inicial erróneo de leiomioma. La paciente deseó conservar su útero.
Rafiq et al., 2025 ¹²	52	Uterino, con endometrio y alto grado	Sangrado vaginal anormal, dolor abdominal bajo	Hipertensión	Biopsia y resonancia magnética	Resonancia magnética: masa endometrial; tamaño no especificado y de tipo benigno. Análisis histopatológico de: tumor bifásico maligno. Diagnóstico final: adenosarcoma	HT, salpingooforectomía bilateral + quimioterapia adyuvante	Al publicar el artículo continuaba con seguimiento	Riesgo alto de recurrencia y sin evidencia de enfermedad metastásica.
Wang et al., 2023 ¹⁴	38	Cervical con endometrio y bajo grado	Sangrado vaginal persistente de 15 días	Cesárea previa	Ultrasonido, resonancia magnética e histeroscopia	Resonancia magnética: masa de 3.8 cm, señal mixta; Ki67 <50%; sin invasión; CD10+, márgenes libres. Examen patológico: reveló que el tumor compuesto por elementos glandulares benignos y componentes estromales malignos.	Histerectomía, salpingooforectomía, linfadenectomía + QT	Libre de enfermedad a 15 meses	Buen pronóstico; diagnóstico inicial como pólipo
Qing et al., 2024 ⁶	56	Uterino y cervical de bajo grado	Ninguno, (hallazgo fortuito por resultados anormales en detección de cáncer de cuello uterino).	Sin sangrado, sin dolor, ni distensión abdominal.	Citología y biopsia cervical	TAC de tórax sin anomalías. MA y carcinoma in situ cervical confirmados por histopatología. Los resultados histopatológicos reportaron cuello uterino con neoplasia intraepitelial escamosa de alto grado. Ki-67 bajo y mutación de p53 negativo.	HT + anexectomía bilateral	Seguimiento ambulatorio, sin datos de recurrencia	Coexistencia de MA con carcinoma in situ; hallazgo fortuito
Bruguier et al., 2024 ⁵	41	Cervical y de bajo grado	Sangrado menstrual abundante, dolor pélvico crónico	Endometriosis	Telemedicina y biopsia cervical	RM preoperatoria sin endometriosis activa. MA cervical; sin metástasis visible. No se observaron elementos heterólogos. La histología del pólipo no mostró sobrecrecimiento sarcomatoso.	HT radical conservando fertilidad sin tratamiento adyuvante.	Seguimiento con estudios de imagen.	Relación con endometriosis; reconocen el reto de las opciones de tratamiento para MA; sobre todo, en casos para preservar la fertilidad.

Cuadro 1. Antecedentes de investigación

Autores	Edad	Tipo de tumor	Síntomas principales	Comorbilidades	Método diagnóstico inicial	Evaluación imagenológica y patológica	Tratamiento	Seguimiento y evolución	Comentario clínico relevante
Chen et al., 2024 ¹³	20	Cervical de alto grado	Tumoración vulvar con secreción mucoide y sanguinolenta	No reportadas	Exploración física, biopsia e inmunohistoquímica	Masa cervical con sobrecrecimiento sarcomatoso; sin componente heterogéneo; márgenes libres; Ki67 elevado de 40%. Resultados negativos para desmina, miogenina	Resección tumoral conservadora	6 meses sin recurrencia	Paciente asexual con deseo de fertilidad; no aceptó segunda cirugía

Nota: HT= histerectomía total, MA= adenosarcoma mülleriano, GB=recuento de leucocitos, PCR=proteína C reactiva.

alto grado,^{2,9} la evidencia empírica coincide en la ausencia de sobreexpresión y de pérdida de p53. Este hallazgo sugiere que es necesario continuar explorando los síntomas y complicaciones que distinguen a los adenosarcomas de alto grado.

Con respecto al procedimiento clínico puede reconocerse que en la mayoría de los casos se optó por la histerectomía total, salvo en pacientes jóvenes que eligieron el tratamiento conservador por deseo de embarazo.^{5,13} Un aspecto novedoso, respecto de la bibliografía previa, es la utilización del robot Da Vinci para asistir en la histerectomía con salpingooforectomía, que constituye una innovación en el tratamiento quirúrgico de este padecimiento que podría ofrecer ventajas en términos de precisión y recuperación posoperatoria, con una técnica laparoscópica convencional, con tecnología robótica de alta precisión.

CONCLUSIONES

El adenosarcoma mülleriano de alto grado es una neoplasia realmente excepcional en mujeres posmenopáusicas, con escasa documentación en la bibliografía más reciente. El caso clínico aquí comunicado reporta hallazgos de una variante de alto grado sin sobrecrecimiento sarcomatoso ni metástasis evidente, y mutación en p53, con concentraciones de Ki-67 muy elevadas en comparación con estudios previos. La investigación coincide en reconocer la importancia de considerar este diagnóstico en mujeres con sangrado posmenopáusico, pero sin descartarlo en mujeres en edad fértil.

DECLARACIONES

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener algún conflicto de intereses.

Financiamiento

Los autores declaran no tener relación comercial ni financiera con algún patrocinador.

Uso de IA

Para este trabajo no se recurrió a la inteligencia artificial.

Contribución de los autores

VGAE: redacción, búsqueda de información y recolección de datos. SEHF: análisis de datos y redacción. CMC: elaboración de cuadros y figuras.

Declaración de derechos humanos y de los animales

Se estudió la paciente del caso; no se requirieron estudios en animales.

Consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado de la paciente para publicar este artículo

Referencia clave

- Zhong ND. Fertility-sparing treatment for cervical mullerian adenocarcinoma: A case report and literature review. *Journal of Central South University* 2022; 47 (11): 1622-28. <https://doi.org/10.11817/j.issn.1672-7347.2022.220453>
- Hodgson A, Amemiya Y, Seth A, Djordjevic B, et al. High-grade müllerian adenocarcinoma: genomic and clinicopathologic characterization of a distinct neoplasm with prevalent TP53 pathway alterations and aggressive behavior. *Am J Surg Pathol* 2017; 41: 1513-22. https://journals.lww.com/ajsp/abstract/2017/11000/high_grade_mullerian_adenocarcinoma_genomic_and.9.aspx#:~:text=10.1097/PAS.0000000000000907
- Fujito H, et al. A case of postmenopausal uterine adenocarcinoma with concomitant diabetes mellitus. *Cureus* 2025. <https://doi.org/10.7759/cureus.78978>

Permisos

Todas las figuras y cuadros son originales.

REFERENCIAS

- Reyna-Villasmil E, Guerra-Velásquez M, Torres-Cepeda D. Adenosarcoma mülleriano del útero. Reporte de caso. *Rev Obstet y Ginecol Ven* 2006; 66: 97-99. [cholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=1.%09Reyna-Villasmil+E%-2C+Guerra-Velásquez+M%2C+Torres-Cepeda+D.+Adenosarcoma+mülleriano+del+útero.+Reporte+de+caso.+Rev+Obstet+y+Ginecol+Ven+2006%3B+66%3A+97-99.&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=1.%09Reyna-Villasmil+E%-2C+Guerra-Velásquez+M%2C+Torres-Cepeda+D.+Adenosarcoma+mülleriano+del+útero.+Reporte+de+caso.+Rev+Obstet+y+Ginecol+Ven+2006%3B+66%3A+97-99.&btnG=)
- Zhong ND. Fertility-sparing treatment for cervical mullerian adenocarcinoma: A case report and literature review. *Journal of Central South University* 2022; 47 (11): 1622-28. <https://doi.org/10.11817/j.issn.1672-7347.2022.220453>
- Frías-Sánchez, Z. et al. Adenosarcoma de alto grado de endocervix y cavidad endometrial con componente heterólogo de rhabdomyosarcoma. Reporte de caso y revisión de la literatura.

- ra. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2019; 70: 122-28. <https://doi.org/10.18597/rcog.3258>
4. Teco-Cortes J, Grube-Pagola P, Saldaña-Quiroz V, Alderete-Vázquez G. Adenosarcoma mulleriano del cérvix: reporte de caso con manejo conservador. *Cir Cir* 2018; 191-95. <https://dx.doi.org/10.24875/CIRU.M18000027>
 5. Bruguier H, et al. Rare Mullerian adenosarcoma of the uterine cervix arising on a background of endometriosis: A diagnostic challenge with risk of malignant transformation. A case report and review of the current literature. *Clin Cas Rep* 2024; 12: e9075. <https://doi.org/10.1002/ccr3.9075>
 6. Qing X, Xie M, Guo H, Zhang H, et al. Mullerian adenosarcoma accidentally detected and coexisting with cervical carcinoma in situ: a rare case report. *Front Oncol* 2024; 14: 01-09. <https://doi.org/10.3389/fonc.2024.1482768>
 7. Cobos Baena P, Días-García J, Ibañez-Feijoo E, et al. Tratamiento conservador del adenosarcoma mülleriano de cérvix uterino. *Prog Obstet Gineco* 2014; 57: 83-87. <https://doi.org/10.1016/j.pog.2013.07.004>
 8. Hodgson A, Amemiya Y, Seth A, Djordjevic B, et al. High-grade müllerian adenosarcoma: genomic and clinicopathologic characterization of a distinct neoplasm with prevalent TP53 pathway alterations and aggressive behavior. *Am J Surg Pathol* 2017; 41: 1513-22. https://journals.lww.com/ajsp/abstract/2017/11000/high_grade_m_lleri-an_adenosarcoma_genomic_and.9.aspx#:~:text=10.1097/PAS.0000000000000907
 9. Wang W. et al. Coexistence of uterine adenosarcoma and endometrioid endometrial carcinoma: A case report and literature review. *Sci Prog.* 2024; 107(4). <https://doi.org/10.1177/00368504241296291>
 10. Fujito H, et al. A case of postmenopausal uterine adenosarcoma with concomitant diabetes mellitus. *Cureus* 2025. <https://doi.org/10.7759/cureus.78978>
 11. Rafiq S, Ali S, Makky Abouzied H, Qamar Y. A rare case of endometrial adenosarcoma and its management: A case report and literature review. *Cureus* 2025; 17 (3). <https://doi.org/10.7759/cureus.79970>
 12. Qing X. et al. Mullerian adenosarcoma accidentally detected and coexisting with cervical carcinoma in situ: a rare case report. *Front Oncol* 2024; 10 (14). <https://doi.org/10.3389/fonc.2024.1482768>
 13. Chen JW. et al. Mullerian adenosarcoma of the uterus with MASO: a case report of cervical adenosarcoma in a young female that never had sexual behavior. *BMC Women's Health* 2024; 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03140-w>
 14. Wang Q, Sun S, Cai J, Yang L, et al. Uterine adenosarcoma: a case report and review of the literature. *Am J Nucl Med Mol Imaging* 2023; 13 (2): 70-76. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10193199/>

Los artículos publicados, recibidos a través de la plataforma de la revista, con fines de evaluación para publicación, una vez aceptados, aun cuando el caso clínico, un tratamiento, o una enfermedad hayan evolucionado de manera distinta a como quedó asentado, nunca serán retirados del histórico de la revista. Para ello existe un foro abierto (**Cartas al editor**) para retractaciones, enmiendas, aclaraciones o discrepancias.

Las adscripciones de los autores de los artículos son, de manera muy significativa, el respaldo de la seriedad, basada en la experiencia de quienes escriben. El hecho de desempeñarse en una institución de enseñanza, de atención hospitalaria, gubernamental o de investigación no describe la experiencia de nadie. Lo que más se acerca a ello es la declaración de la especialidad acreditada junto con el cargo ocupado en un servicio o una dirección. Cuando solo se menciona el nombre de la institución hospitalaria ello puede prestarse a interpretaciones muy diversas: efectivamente, labora en un gran centro hospitalario, pero se desempeña en funciones estrictamente administrativas, ajenas al tema de la investigación, estrictamente clínico.