

Original / Caso clínico

RECONSTRUCTIVA

Estrategias terapéuticas en melanoma desmoplásico avanzado: a propósito de un caso

Therapeutic strategies in advanced desmoplastic melanoma: a case report



Casanova-Torrequebrada N.

Nuria CASANOVA-TORREQUEBRADA*, Anna ABADAL-LÓPEZ*
Josep María RIBAS i PUNTÍ **, Oscar HUC-GRASA***

Resumen

El melanoma desmoplásico es una variante infrecuente de melanoma con un 4% de prevalencia de todos los diagnósticos de melanoma. A nivel clínico se puede presentar como lentigo maligno (variante mixta) o como pápula-placa sin pigmentación mal delimitada (variante pura) que conduce a diagnósticos tardíos.

Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de una paciente con melanoma desmoplásico avanzado por su rareza, dificultad diagnóstica derivada de su localización y por la importancia del abordaje multidisciplinar realizado con inmunoterapia neoadyuvante.

Abstract

Desmoplastic melanoma is a rare variant of melanoma with a prevalence of 4% of all melanoma diagnoses. Clinically, it can present as a malignant lentiginous (mixed variant) or as a poorly demarcated, unpigmented papule-plaque (pure variant) leading to late diagnoses.

We present our experience in the treatment of a patient with advanced desmoplastic melanoma for its rarity, the challenges posed by its location, and the importance of the conducted multidisciplinary approach with neoadjuvant immunotherapy.

Palabras clave Melanoma, Melanoma desmoplásico, Inmunoterapia.**Nivel de evidencia científica** 4d Terapéutico
Recibido (esta versión) 15 abril / 2025
Aceptado 25 agosto / 2025**Key words** Melanoma, Desmoplastic melanoma, Immunotherapy.**Level of evidence** 4d Therapeutic
Received (this version) April / 2025
Accepted August 25 / 2025**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener ningún interés financiero relacionado con el contenido de este artículo.
Financiación: No hubo fuentes externas de financiación para este trabajo.

* Médico Residente

** Cirujano Plástico, Tutor de Residentes

*** Cirujano Plástico, Jefe del Servicio

Servicio de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética, Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Gerona, España.



Introducción

El melanoma desmoplásico es una variante infrecuente de melanoma que tan solo representa el 4% de todos los diagnósticos de melanoma primarios. Se calcula una incidencia alrededor de 0.2 por cada 100.000 habitantes-año, con un incremento del 4.6% anual. Este incremento está atribuido a una mayor exposición solar, al envejecimiento de la población o a la mejora del diagnóstico.⁽¹⁾

Se trata de una variante de melanoma más frecuente en los hombres (2:1) en edades comprendidas entre los 60 y 70 años, lo que representa una edad de aparición más tardía que para los melanomas no desmoplásicos, donde se presenta alrededor de los 50 años.⁽²⁾

Típicamente aparece en áreas de exposición solar crónica, como cabeza y cuello (50%), tórax (20%) y extremidades (20%), aunque también se puede presentar en mucosas y zonas acrales. Posiblemente se trate del subtipo de melanoma que con más frecuencia se presentará en la piel severamente dañada por la exposición solar y sea, por tanto, una variante de melanoma que presenta alta carga mutacional y mejor respuesta a inmunoterapia.⁽¹⁾

A nivel histológico su diagnóstico es difícil ya que requiere establecer el diagnóstico diferencial con tejido cicatricial, dermatofibroma y dermatofibrosarcoma protuberans, entre otros. Se presenta como una neoplasia en dermis (la epidermis no suele mostrar alteraciones), con un contorno mal definido constituido por pocas células que son principalmente melanocitos fusiformes sin melanina inmersos en un estroma muy colagenizado, lo que en histología se conoce como desmoplasia. Presenta positividad para el marcador S-100 y, a diferencia de los melanomas no desmoplásicos (MND), no presenta la típica mutación en BRAF V600E. Por otro lado, es frecuente, hasta en un 30-60% de los casos, que presente afinidad por las estructuras nerviosas y, por tanto, afectación del endo o del perineuro.^(3,4)

En el año 2005 se planteó su clasificación en 2 variantes: pura y mixta. La variante pura es aquella que presenta más de un 90% del componente infiltrante del tipo desmoplásico, mientras que la variante mixta presenta entre el 10-90%. Se trata de una clasificación importante de cara a establecer características diferenciales para el manejo terapéutico del melanoma desmoplásico.

Tan solo en 1 de cada 3 pacientes que presentan un melanoma desmoplásico la sospecha inicial es de melanoma. En la variante mixta típicamente se presenta como un lentigo maligno, lentígeno maligno melanoma o melanoma de extensión superficial. Por este motivo, se debe descartar esta entidad ante un nódulo subcutá-

neo asociado en lesiones sospechosas, por si se tratara de la variante desmoplásica mixta. En la variante pura acostumbra a presentarse como una pápula o placa (>1 cm) no pigmentada, indurada, de bordes mal definidos, localizada en piel con daño actínico crónico.^(1,4)

El melanoma desmoplásico presenta mayor recurrencia local pero menor afectación ganglionar que el melanoma no desmoplásico, debido a factores como un diagnóstico más tardío, la presencia de invasión perineural o la extirpación quirúrgica con márgenes insuficientes. Sin embargo, si los márgenes de resección están libres, la tasa de recurrencia no difiere entre ambas entidades.

Con menor frecuencia se presenta con afectación ganglionar (positividad del ganglio centinela del 6.5%) y afectación metastásica; esta última es más frecuente en los casos en los que ha habido recurrencia previa o lesiones más profundas, siendo la localización más frecuente el pulmón.

Destacar que no se ha observado diferencia en la supervivencia entre melanoma desmoplásico y melanoma no desmoplásico en aquellos melanomas que se presentan con el mismo Breslow.⁽¹⁾

El tratamiento estándar del melanoma desmoplásico es la extirpación quirúrgica con márgenes libres. El problema principal es que acostumbran a tener un Breslow al diagnóstico mayor que los melanomas no desmoplásicos, de entre 2 a 4.4 mm en melanoma desmoplásico frente a menos de 1 mm en los melanomas no desmoplásicos, lo que hará necesario más frecuentemente una exéresis con márgenes grandes.⁽²⁾

Hasta la fecha, y hasta donde podemos conocer, no hay estudios que definan los márgenes correctos según el Breslow; por este motivo, se toman como referencia los márgenes del melanoma no desmoplásico:⁽³⁾

- Breslow < 1 mm: márgenes de 1 cm.
- Breslow 1-2 mm: márgenes de 1-2 cm.
- Breslow > 2 mm: márgenes de 2 cm.

En la variante melanoma desmoplásico pura es esencial priorizar unos márgenes amplios debido a la naturaleza histológica del contorno de la lesión mal delimitado, para disminuir la recurrencia local.

Por otro lado, se recomienda la biopsia del ganglio centinela ya que se ha definido una positividad del 6.5% (la *National Comprehensive Cancer Network* la recomienda cuando es > 5%) a diferencia del 15-20% del melanoma no desmoplásico, siendo positiva en la variante mixta un 13.8% y en la variante pura un 5.4%. Persiste la controversia de si realizar linfadenectomía o seguimiento en el caso de positividad del ganglio centinela (como en el caso de los MND).⁽²⁾

La radioterapia ha demostrado, en estudios retrospectivos, ser eficaz en el control local de la enfermedad, con menor recurrencia si se asocia a cirugía y sobre todo si hay factores de riesgo asociados, que son: invasión perineural, presentar márgenes positivos o cercanos (< 8 mm), que se trate de enfermedad recurrente o sean tumores de cabeza y cuello, o con Breslow > 4 mm. Se ha observado una menor recurrencia local independientemente de tener márgenes libres o afectados: en el caso de márgenes libres la recurrencia disminuye del 24 al 7% si se asocia radioterapia; en el caso de márgenes positivos, la recurrencia disminuye del 54 al 14% al asociar radioterapia. Actualmente, está en marcha un ensayo clínico para ayudar a definir que el asociar radioterapia a la cirugía realmente sea la mejor estrategia terapéutica en melanoma desmoplásico.^(1,2)

La inmunoterapia con fármacos anti-PD1, como pembrolizumab, ha demostrado ser útil debido a que los melanomas desmoplásicos son neoplasias con una alta carga mutacional inducida por radiación ultravioleta. Se puede utilizar como tratamiento neoadyuvante o en casos donde la extirpación quirúrgica no sea posible. Está en marcha un ensayo clínico para determinar el grado de utilidad del pembrolizumab en melanoma desmoplásico.⁽⁵⁾ Recordar que el melanoma desmoplásico no es tributario de terapia dirigida con fármacos con diana la mutación BRAF V600E debido a que específicamente no presentan esta mutación.^(1,2)

En este artículo presentamos un caso de melanoma desmoplásico avanzado con localización paranasal abordado mediante inmunoterapia neoadyuvante y posterior cirugía reconstructiva compleja e inmunoterapia adyuvante combinada. Consideramos que es de interés relevante debido a la rareza de esta variante tumoral, su dificultad diagnóstica y terapéutica asociada a su localización, y el valor añadido de un manejo terapéutico multidisciplinar que integra inmunoterapia y cirugía, aportando así experiencia útil para el tratamiento de casos similares.

Caso clínico

Mujer de 72 años, alérgica a nifedipino y fumadora de 2-3 cigarrillos al día, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes y neoplasia de mama ya tratada y libre de enfermedad, con lesión en pliegue nasopalpebral izquierdo de 10 meses de evolución. A la exploración física se presenta como un engrosamiento difuso mal delimitado, adherido y de coloración violácea, que asocia obstrucción nasal ipsilateral e hipoestesia del territorio infraorbitario (Fig. 1 y 2).



Figuras 1 y 2. Aspecto clínico de la lesión en región nasopalpebral izquierda, sin apreciarse lesión macroscópica evidente.

En estudios previos de imagen realizados de manera privada (RMN y ecografía), se identificó un engrosamiento de aproximadamente 3 cm acompañado de edema localizado, motivo por el cual se recomendó realizar una biopsia diagnóstica. La biopsia fue positiva para melanoma desmoplásico, variante poco frecuente y de diagnóstico complejo. El informe anatomopatológico indica afectación de los márgenes lateral y profundo, lo que sugiere resección incompleta. Además, se informa negatividad para mutación en BRAF. No fue posible determinar el índice de Breslow en el informe de anatomía patológica dado que el diagnóstico anatomopatológico del melanoma desmoplásico es particularmente difícil.

Con el resultado de la biopsia, se decide realizar una nueva RMN (Fig. 3) que describe una extensa lesión

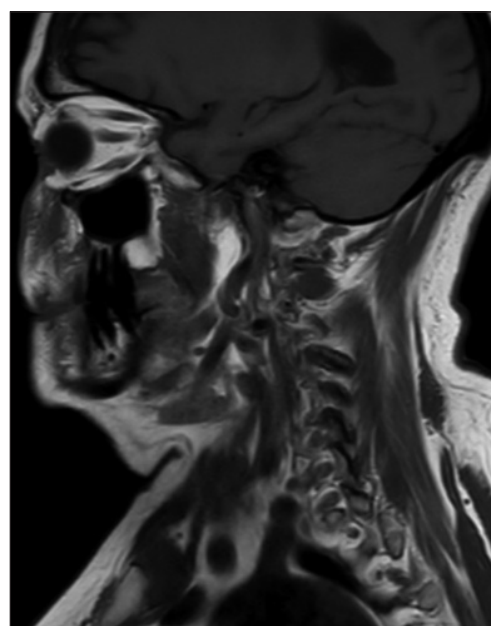


Figura 3. Corte sagital de RMN: lesión subcutánea en región nasomalar izquierda, con extensión hacia la cortical del seno maxilar y hueso alveolar del segundo cuadrante, sin evidencia clara de infiltración orbitaria pero próxima al saco lagrimal.



Figura 4. Diseño de la zona a extirpar con márgenes de seguridad.



Figura 5. Diseño del colgajo ALT con dimensiones de 8 x 14 cm.



Figura 6. Resección amplia de la lesión a nivel nasopalpebral izquierdo, con defecto de 5 x 4.5 x 3 cm. La resección incluyó piel, mucosas, tejido subcutáneo, musculatura y hueso maxilar.

subcutánea en región nasomalar izquierda, con infiltración en profundidad de la musculatura local hasta fosa nasal izquierda. Se aprecia extensión inferior hasta la cortical de la pared anterior del seno maxilar y hueso alveolar del segundo cuadrante, sin clara infiltración de la órbita izquierda aunque la lesión se encuentra cercana al saco lagrimal. Se realiza estudio de extensión con TAC tóraco-abdomino-pélvico que resulta negativo.

Con el diagnóstico histológico y estudio de extensión se presenta al Comité de Cáncer de Piel de nuestro hospital. Se decide tratamiento neoadyuvante con inmunoterapia, resección quirúrgica amplia con reconstrucción inmediata y biopsia de ganglio centinela previa reevaluación de tratamiento adyuvante si fuera necesario.

Como tratamiento neoadyuvante se decide inmunoterapia con la administración de 3 tandas de pembrolizumab, con la intención de reducir el tamaño tumoral y hacer una resección que permita preservar el globo ocular; la pauta de administración del tratamiento fue de 3 ciclos, uno cada 21 días.

Dado el comportamiento incierto de esta variante tumoral y la ausencia de un Breslow concluyente, se considera prudente realizar una resección quirúrgica amplia con márgenes de 2 cm desde la lesión clínicamente palpable para reducir el riesgo de recurrencia local. Se comenta con la paciente la necesidad de obtener márgenes quirúrgicos libres; sin embargo, ella no está dispuesta a someterse a una exenteración orbitaria. Tras discutir riesgos y beneficios se consensúa la preservación del ojo ipsilateral, asumiendo la posibilidad de que los márgenes quirúrgicos a nivel de la órbita ipsilateral puedan quedar afectados.

Se diseña resección quirúrgica amplia, con márgenes de seguridad de 2 cm a excepción del margen orbitario

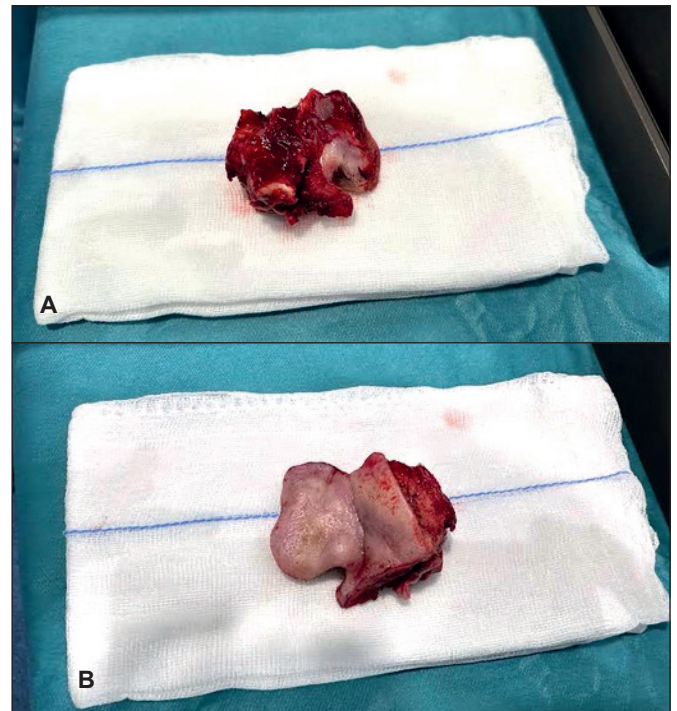


Figura 7. Pieza quirúrgica. A: vista anterior - cara externa. B vista posterior - cara interna

(Fig. 4), con reconstrucción mediante colgajo fasciocutáneo libre anterolateral de muslo (ALT) (Fig. 5), que se realiza a los 3 meses y medio de la biopsia diagnóstica y a las 2 semanas tras el último ciclo de inmunoterapia.

Se realiza resección amplia en bloque de piel, fosa nasal izquierda, pared anterior de seno maxilar y hueso alveolar de segundo cuadrante, dejando un amplio defecto a nivel nasopalpebral izquierdo (Fig. 6 y 7). Se coloca placa Osteomed® preformada de órbita de 1.2 mm para la osteosíntesis de la órbita con la ayuda del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial de nuestro hospital (Fig. 8). Cobertura del defecto cutáneo con dimensiones de 5 x 4.5 x 3 cm con colgajo libre ALT anastomosado a

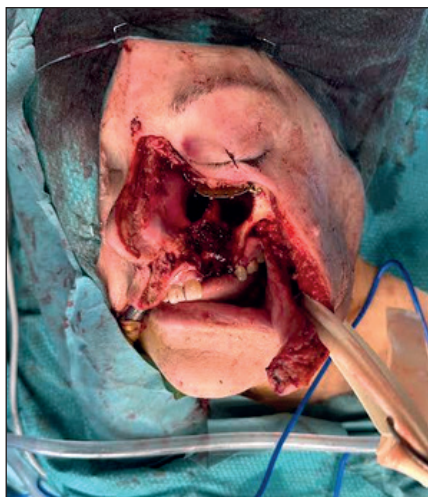


Figura 8. Defecto cutáneo, visión de la placa de osteosíntesis en el suelo de la órbita.



Figuras 9 y 10. Preparación de vasos receptores: arteria y vena facial expuestas, tunelización del pedículo del colgajo desde el defecto hasta los vasos receptores cervicales.



Figura 11. Resultado final de la reconstrucción del defecto.

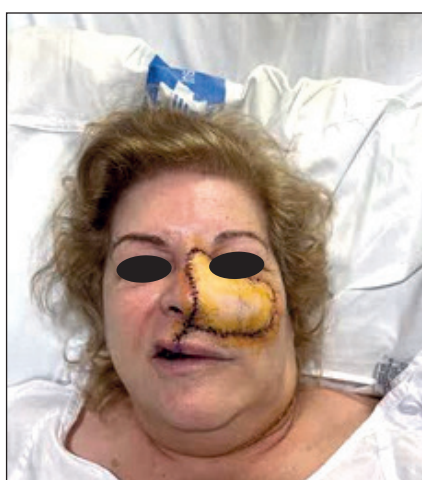


Figura 12. Resultado al primer día de postoperatorio.



Figura 13. Induración en cara medial del colgajo (margen nasal) a los 8 meses de la cirugía.

vasos faciales izquierdos a nivel cervical, con tunelización del pedículo de 10 cm de longitud (Fig. 9 y 10) y adaptación del colgajo (Fig. 11 y 12).

En el postoperatorio, la paciente se mantuvo hemodinámicamente estable y el colgajo vital en todo momento, sin signos de isquemia arterial ni congestión venosa. Las heridas quirúrgicas presentaron buen aspecto, sin signos de infección o dehiscencia. Dolor controlado con analgesia en todo momento a excepción de cierta molestia a nivel de remanente de vestíbulo maxilar. Los drenajes fueron poco productivos y se retiraron a los 3 días de la cirugía. La paciente fue dada de alta a los 7 días de postoperatorio.

En controles posteriores en consultas externas la paciente estaba satisfecha con el resultado. El colgajo fue vital y se adaptó correctamente al defecto, con disminución de la inflamación inicial.

El informe definitivo de Anatomía Patológica describió la presencia de restos de melanoma desmoplásico en un área de 0,5 cm de diámetro, con márgenes quirúrgicos libres. El margen más próximo fue el medial (región nasal), a 1.2 cm de distancia. La biopsia del ganglio cen-

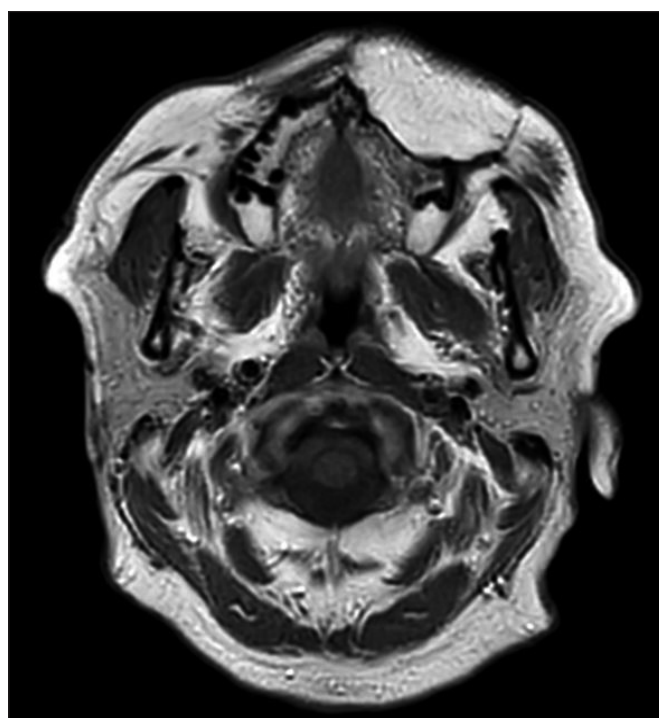


Figura 14. Corte axial de RMN: lesión subcutánea mal definida e infiltrativa en malar izquierdo con captación homogénea de contraste, sugestiva de recidiva tumoral (hipointensa en T1 y con realce homogéneo tras la administración de contraste - mismo comportamiento que la lesión inicial).

tinela resultó negativa, sin evidencia de afectación metastásica regional. Con base en estos hallazgos, se concluyó que la decisión de preservar el ojo ipsilateral fue adecuada, ya que la lesión residual se encontraba alejada del margen orbitario.

Un mes después de la cirugía, el caso fue reevaluado en el Comité de Cáncer de Piel con el objetivo de definir el tratamiento adyuvante más adecuado. Tras la discusión multidisciplinaria y en base a la evidencia científica actual, se indica iniciar inmunoterapia adyuvante con pembrolizumab, administrado a razón de un ciclo cada 3 semanas durante 1 año. Esta decisión se apoyó en los resultados del estudio KEYNOTE-054,⁽⁶⁾ un ensayo clínico fase III que demostró que el uso de pembrolizumab como tratamiento adyuvante en pacientes con melanoma estadio III resecado mejora significativamente la supervivencia libre de recaída, con un perfil de seguridad aceptable. Aunque el estudio no se centró exclusivamente en el subtipo desmoplásico, este ha mostrado alta sensibilidad a los inhibidores de PD-1 por su frecuente expresión de PD-L1 y elevada carga mutacional, lo que refuerza la indicación de inmunoterapia en este contexto.

A los 8 meses de la cirugía y durante el seguimiento clínico estándar mensual mientras la paciente estaba en tratamiento con inmunoterapia, presentó una induración a nivel zigomático izquierdo, para la cual se realiza estudio de imagen con RMN que describe lesión subcutánea mal definida, de aspecto infiltrativo a nivel malar izquierdo, en la unión entre el colgajo y el tejido subcutáneo, con características de señales similares a la lesión reseca, captando contraste de manera homogénea, sugerente de recidiva tumoral. Adicionalmente, la paciente presenta otra induración en la pared lateral nasal derecha que es biopsiada, confirmando el diagnóstico de melanoma desmoplásico parcialmente desdiferenciado, y destacando que se trata de una lesión que ya ha perdido la expresión para la proteína S-100 (Fig. 13). Señalar que esta área corresponde a la región más próxima a la resección quirúrgica, a pesar de contar con márgenes libres, estando el margen medial (margen nasal) a 1.2 cm de distancia.

A los 12 meses de la cirugía, la paciente rechaza la opción de rescate quirúrgico debido a que este implicaría una resección mutilante seguida de reconstrucción. En su lugar, acepta participar en un ensayo clínico que combina doble inmunoterapia (nivolumab e ipilimumab) con anticuerpos monoclonales dirigidos a FCγRIIB.

A los 19 meses de postoperatorio, la paciente presenta buena respuesta clínica con disminución del eritema y con PET-TAC que describe un engrosamiento subcutáneo en la región de ala nasal derecha pero sin actividad metabólica significativa. Continúa en seguimiento mediante controles clínicos regulares.

La incidencia de la variante desmoplásica de melanoma representa aproximadamente el 4% de todos los diagnósticos de melanoma primario.^(1,2,4) A pesar de su baja frecuencia, su relevancia clínica es significativa debido a su comportamiento biológico peculiar y a los desafíos tanto diagnósticos como terapéuticos que presenta. En España, la incidencia de melanoma ha mostrado un aumento progresivo, estimándose alrededor de 6.000 casos nuevos en 2020,⁽³⁾ lo que subraya la necesidad de considerar variantes menos comunes en el diagnóstico de las presentaciones atípicas.⁽¹⁾ Esta atención es crucial ya que el melanoma es el tumor cutáneo maligno con mayor tendencia a metastatizar, y un retraso en el diagnóstico se asocia a un peor pronóstico y a una mayor mortalidad.^(1,2,3)

A pesar de su importancia, existe poca bibliografía publicada específicamente sobre el melanoma desmoplásico, y la mayoría de los datos disponibles se basan en estudios descriptivos observacionales. La ausencia de un protocolo específico para la variante desmoplásica del melanoma obliga a aplicar criterios terapéuticos similares a los establecidos para la variante no desmoplásica. Esta situación genera dificultades en la selección y adecuación del tratamiento, ya que las particularidades biológicas y clínicas del melanoma desmoplásico podrían requerir enfoques diferentes para optimizar los resultados y mejorar el pronóstico.

La sospecha clínica de melanoma desmoplásico debe plantearse ante la presencia de un léntigo maligno, léntigo maligno melanoma o melanoma de extensión superficial asociado a un nódulo cutáneo, o ante una pápula o placa no pigmentada de bordes mal definidos. En nuestro caso, la lesión se manifestó como una placa no pigmentada de límites imprecisos.

Como en cualquier tipo de melanoma, la confirmación diagnóstica requiere biopsia excisional.⁽³⁾ En el caso específico del melanoma desmoplásico, los hallazgos histopatológicos típicos incluyen melanocitos fusiformes amelanóticos inmersos en un estroma collagenizado, con positividad para S100 y negatividad para BRAF V600, lo que lo diferencia de la variante no desmoplásica.^(1,2,4) En la biopsia de nuestra paciente, el informe de anatomía patológica concluía una proliferación celular fusiforme, atípica y mal delimitada, dispuesta en haces y no pigmentadas, rodeadas de abundantes haces de colágeno, con un perfil inmunohistoquímico con positividad para SOX10 y S-100 y negatividad para BRAF.

En cuanto al tratamiento, la cirugía continúa siendo el pilar fundamental en el manejo del melanoma desmoplásico, recomendándose la exéresis completa con

márgenes de seguridad adecuados habitualmente definidos según el índice de Breslow. No obstante, dada la naturaleza del melanoma desmoplásico, caracterizado por un riesgo elevado de recurrencia local incluso con márgenes aparentemente libres, en el caso presentado se consideró realizar resección quirúrgica amplia (en melanoma se consideran márgenes de 2 cm); sin embargo, la paciente rechazó la opción de exenteración orbitaria lo que limitó la posibilidad de obtener márgenes quirúrgicos completos en el área adyacente a la órbita, comprometiendo potencialmente la radicalidad del tratamiento quirúrgico realizado.

Por otro lado, la biopsia selectiva del ganglio centinela es controvertida en esta variante debido a la menor tasa de afectación ganglionar reportada en algunos estudios; sin embargo, se recomienda en casos con índice de Breslow elevado.⁽¹⁾ En nuestro caso, se decidió llevar a cabo la biopsia del ganglio centinela considerando que se trataba de una paciente joven y que el procedimiento no implicaba una morbilidad significativa adicional, permitiendo sin embargo una estadificación más completa sin comprometer la seguridad de la paciente.

En estudios recientes se ha determinado que los pacientes con melanoma desmoplásico pueden beneficiarse significativamente de terapias adyuvantes.^(2,6) La inmunoterapia con inhibidores de puntos de control inmunológico, como nivolumab o pembrolizumab, ha demostrado resultados prometedores, especialmente en subtipos desmoplásicos con elevada infiltración linfocitaria y alta carga tumoral. En el caso de nuestra paciente, ante la aparición de recidiva durante el seguimiento bajo inmunoterapia con pembrolizumab, se optó por una estrategia de terapia adyuvante combinada favoreciendo la inmunoterapia sobre la radioterapia. Si bien la radioterapia adyuvante ha demostrado reducir el riesgo de recurrencia local, en algunos estudios hasta en más del 50% en melanomas desmoplásicos puros, su impacto en la supervivencia global no está claramente evidenciado y además conlleva riesgos y toxicidad adicionales, especialmente en zonas anatómicas sensibles. Por el contrario, la evidencia actual respalda con más fuerza el uso de inmunoterapia que ha demostrado mejorar de forma consistente la supervivencia libre de recaída y de metástasis a distancia, con un perfil de seguridad más favorable.⁽⁷⁻⁹⁾

En el momento de redactar este trabajo, nuestra paciente presenta una evolución clínica favorable tras su inclusión en un ensayo clínico de inmunoterapia combinada con nivolumab e ipilimumab, después de haber rechazado una nueva cirugía radical debido a su potencial impacto funcional y estético. A los 19 meses del postoperatorio, la paciente muestra buena respuesta clínica,

con reducción visible de las lesiones y un PET-TAC sin captación patológica, lo que sugiere ausencia de enfermedad metabólicamente activa. En este contexto, la estrategia terapéutica actual se basa en el mantenimiento de la inmunoterapia dentro del ensayo clínico, asociada a un seguimiento estrecho mediante controles clínicos y radiológicos periódicos. Se prioriza un abordaje conservador, individualizado y centrado en la calidad de vida de la paciente, sin comprometer el control oncológico.

Conclusiones

Presentamos un caso de melanoma desmoplásico poco frecuente atendido en nuestra consulta. El objetivo ha sido doble: por un lado, presentar un abordaje terapéutico óptimo para la paciente actual y basado en la evidencia más reciente, y por otro, contribuir a la mejora de la práctica clínica para futuros casos.

Nuestra revisión pone de manifiesto la importancia de un enfoque multidisciplinario para este tipo de lesiones, que incluya la colaboración entre dermatólogos, oncólogos, cirujanos plásticos y patólogos a fin de optimizar el diagnóstico y reducir la mortalidad asociada a esta variante de melanoma.

La poca bibliografía existente recalca la necesidad de reportar casos clínicos de melanoma desmoplásico como el presentado en este trabajo, para ampliar el conocimiento disponible sobre la patología y así facilitar la toma de decisiones clínicas basadas en evidencia científica.

Dirección del autor

Dra. Nuria Casanova Torrequebrada

Correo electrónico: nuriacasanova97@gmail.com

Bibliografía

1. Boada-García A, Quer Pi-Sunyer A, Richarz N, Jaka-Moreno A. Actualización en el diagnóstico y manejo del melanoma desmoplásico. *Actas Dermosifiliogr.* 2022;113:47-57.
2. Chen L, Jaimes N, Barker C, Busam K, Marghoob A. Desmoplastic melanoma: clinical and dermoscopic characteristics and management considerations. *J Am Acad Dermatol.* 2013;68(5):825-833.
3. Majem M, Manzano JL, Márquez-Rodas I, Mujika K, Muñoz-Couselo E, Pérez-Ruiz E, et al. SEOM clinical guideline for the management of cutaneous melanoma (2020). *Clin Transl Oncol.* 2021;23(5):948-960.
4. Bobos M. Histopathologic classification and prognostic factors of melanoma: a 2021 update. *Ital J Dermatol Venereol.* 2021;156:300-321.
5. National Cancer Institute. Rare Melanoma Very Likely to Respond to Treatment with Pembrolizumab. National Cancer Institute. 2023 Jan 31 [cited 2025 Mar 6]. Available from: <https://www.cancer.gov/news-events/cancer-currents-blog/2023/pembrolizumab-alone-desmoplastic-melanoma>

6. **Eggermont AM, Kicinski M, Blank CU, Mandal M, Long GV, Atkinson V, et al.** Seven-year analysis of adjuvant pembrolizumab versus placebo in stage III melanoma in the EORTC1325 / KEYNOTE-054 trial. *Eur J Cancer*. 2024;211:114327.
7. **Sharafi CS, Guadagnolo BA, Nelson KC, Mitra D.** Adjuvant Radiation Therapy in Desmoplastic Melanoma: A Scoping Review. *Cancers*. 2024;16(22):3874.
8. **Eljilany I, Castellano E, Tarhini AA.** Adjuvant Therapy for High-Risk Melanoma: An In-Depth Examination of the State of the Field. *Cancers (Basel)*. 2023;15(16):4125.
9. **Donia M, Jespersen H, Jalving M, et al.** Adjuvant immunotherapy in the modern management of resectable melanoma: current status and outlook to 2028. *ESMO Open*. 2025;10(3):104295.