

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v70i2.11118>

Melanoma agresivo en el párpado inferior

Aggressive melanoma in the lower eyelid.

Alejandra Logreira Castillo,¹ María Camila Amaya Muñoz,² Wilber Javier Martínez Corredor³

Resumen

ANTECEDENTES: El melanoma es un tipo de neoplasia maligna originada en los melanocitos, sumamente agresiva, cuya incidencia va en aumento. Se propaga rápidamente y puede ser mortal, lo que resalta la importancia de su detección temprana.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 38 años, de Colombia, con una lesión en el párpado inferior izquierdo de tres años de evolución y rápido crecimiento en los últimos tres meses. Se estableció el diagnóstico histopatológico de melanoma nodular con afectación a los ganglios linfáticos y adenopatías en la tomografía axial computada. Tuvo síntomas oculares y sistémicos y requirió tratamiento multidisciplinario, quirúrgico, sistémico y con radioterapia, que fue exitoso.

CONCLUSIONES: Este caso destaca la necesidad del diagnóstico temprano en áreas sensibles como el párpado. La educación acerca de los factores de riesgo y signos de alarma, y la atención oportuna de especialistas, puede mejorar las tasas de supervivencia, reducir la recurrencia y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: Melanoma; piel; párpados; neoplasias cutáneas; tratamiento.

Abstract

BACKGROUND: Melanoma is a type of malignant neoplasm originating in melanocytes, highly aggressive, and with an increasing incidence. It spreads rapidly and can be deadly, emphasizing the importance of early detection.

CLINICAL CASE: A 38-year-old male patient, from Colombia, with a lesion in the left lower eyelid, of three years of evolution, that had been growing rapidly in the last three months, with histopathological diagnosis of nodular melanoma with involvement of lymph nodes and lymphadenopathy on computed axial tomography. He experienced ocular and systemic symptoms and required successful multidisciplinary, surgical, systemic and radiotherapy management.

CONCLUSIONS: This case highlights the need for early diagnosis in sensitive areas such as the eyelid. Education on risk factors and warning signs, along with timely referral to specialists, can improve survival rates, reduce recurrence and enhance the quality of life for patients.

KEYWORDS: Melanoma; Skin; Eyelids; Skin neoplasms; Therapeutics.

¹ Residente de Dermatología, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Floridablanca, Colombia.

² Médica asistente de investigación, División de Investigaciones, Fundación Oftalmológica de Santander, Floridablanca, Santander, Colombia.

³ Médico especialista en Patología y Dermatopatología. Residente de Dermatología, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Cundinamarca, Colombia.

ORCID

<https://orcid.org/0000-0003-1304-0610>
<https://orcid.org/0000-0003-2850-5935>
<https://orcid.org/0000-0003-3722-3761>

Recibido: marzo 2024

Aceptado: noviembre 2024

Correspondencia

Alejandra Logreira Castillo
alejandra.logreiracastillo@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Logreira-Castillo A, Amaya-Muñoz MC, Martínez-Corredor WJ. Melanoma agresivo en el párpado inferior. Dermatol Rev Mex 2026; 70 (2): 272-279.

ANTECEDENTES

El melanoma es un tumor maligno que deriva de los melanocitos y, en la mayoría de los casos, es de origen cutáneo. También puede aparecer en superficies mucosas (oral, conjuntival, vaginal), en la úvea y en las meninges.¹

Las tasas de incidencia y prevalencia del melanoma maligno cutáneo muestran un aumento continuo y, de acuerdo con las proyecciones más actualizadas de la Sociedad Americana del Cáncer (ACS), en 2023 se diagnosticaron 97,610 nuevos melanomas (alrededor de 58,120 en hombres y 39,490 en mujeres) y aproximadamente 7990 personas murieron de melanoma (alrededor de 5420 hombres y 2570 mujeres).² En Colombia se cree que este tumor representa el 1% de todos los casos de cáncer y ocupa el lugar 13 en frecuencia entre los cánceres reportados.³

El melanoma es uno de los cánceres más agresivos, con un curso impredecible de la enfermedad.⁴ Una vez que el melanoma se ha propagado, este tipo de neoplasia se vuelve rápidamente mortal;⁵ su agresividad se manifiesta por una potente invasividad y un alto potencial metastásico. Incluso un tumor de menos de 2 mm de grosor puede provocar metástasis.⁵

Se comunica el caso de un paciente con diagnóstico tardío de melanoma en el párpado inferior izquierdo, rápidamente progresivo. Resalta la importancia del reconocimiento clínico temprano de esta enfermedad con el fin de obtener mejores resultados en el tratamiento y la calidad de vida del paciente, mayor tasa de supervivencia y menor riesgo de recurrencia.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 38 años, procedente de Los Cueros, Santander, Colombia, sin antecedentes médicos de importancia. Tenía una lesión tipo nódulo hiperpigmentado, ulcerado, en la piel del

párpado inferior izquierdo, en seguimiento por cirugía plástica ocular, de tres años de evolución y crecimiento rápidamente progresivo, principalmente, en los últimos tres meses. Se tomó biopsia de piel, cuyos hallazgos histopatológicos mostraron una neoplasia melanocítica maligna, infiltrante, ulcerada, que estaba en contacto con el margen profundo en la biopsia, a una distancia de 1.4 mm y también con los márgenes periféricos, sin microsateletosis, neurotropismo, invasión linfovascular, ni cambios por regresión.

La tomografía axial computada (TAC) abdominal evidenció ganglios al interior de la grasa del epiplón menor, de origen reactivo o localizaciones secundarias de la enfermedad de base. La TAC con contraste de tejidos blandos del cuello mostró adenopatías intraparatiroides izquierdas y de los grupos II y V del lado izquierdo, y la TAC con contraste de las órbitas reveló una lesión expansiva infiltrante del párpado inferior izquierdo ya conocida (melanoma) y un proceso inflamatorio etmoidal bilateral. **Figura 1**

Con base en los hallazgos se estableció el diagnóstico de melanoma maligno nodular de la piel del párpado inferior izquierdo, pT4b pN3b cM0, estadio IIID.

Se programó la intervención quirúrgica; sin embargo, el paciente consultó antes al servicio de urgencias por padecer dolor, lagrimeo, enrojecimiento ocular, fiebre, sangrado y secreción por la lesión. En la valoración por cirugía plástica ocular, clínica del dolor y cuidado paliativo, oncología, medicina interna, cirugía de cabeza y cuello y cirugía plástica microvascular, se encontró una lesión nodular, pediculada en el párpado inferior de 2.5 x 2.5 cm, con afectación de borde libre, con ulceración y descamación, costra melicérica extensa en su superficie, asociada con ojo rojo y seco. **Figura 2**

El paciente fue hospitalizado y se inició tratamiento multidisciplinario con colirios of-

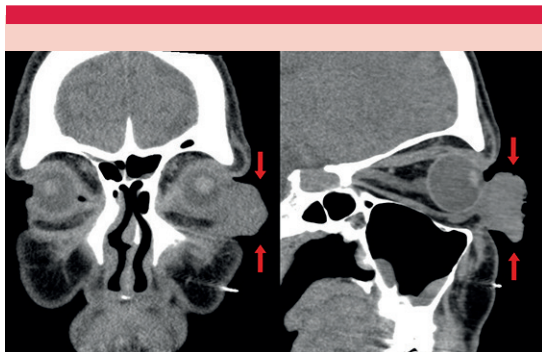


Figura 1. Tomografía axial computada de órbitas con lesión expansiva infiltrante en el párpado inferior izquierdo correspondiente a melanoma (flechas rojas).



Figura 2. Lesión tumoral en el párpado inferior izquierdo.

tálmicos, control del dolor, cobertura antibiótica y se programó para cirugía por el cirujano de cabeza y cuello, cirujano plástico microvascular y cirujano plástico ocular, que practicaron la resección del tumor más reconstrucción con colgajo de avance en V-Y, colgajo tarsoconjuntival de Hughes, paratiroidectomía izquierda y vaciamiento ganglionar cervical izquierdo, sin complicaciones. **Figura 3**

Los hallazgos del estudio de patología de la resección mostraron una neoplasia melanocítica maligna, infiltrante, de patrón nodular, ulcerada,



Figura 3. Posoperatorio inmediato y un mes después.

con un espesor tumoral de Breslow de 10 mm, nivel de Clark V, que se extendía en profundidad hasta el músculo esquelético, con una tasa mitótica de 14 mitosis/mm² y abundantes linfocitos que infiltraban el tumor. No se identificaron microsatelitosis, neurotropismo, invasión linfocelular ni cambios por regresión.

Los estudios de inmunohistoquímica para SOX-10, Melan A y S100 mostraron una positividad fuerte y difusa en las células tumorales. También se recibieron en el laboratorio de patología muestras ganglionares rotuladas como niveles I, II, III, IV y V del hemicuello izquierdo, además de la glándula parótida izquierda; en conjunto se evidenció daño tumoral de 6 de los 56 ganglios linfáticos aislados, sin metástasis a la glándula parótida. **Figura 4**

Al paciente se le practicó un segundo procedimiento quirúrgico por parte del cirujano plástico ocular (dacriocistorrinostomía con dispositivo vía endoscópica, set unicanalicular de silicona monoka y reconstrucción del párpado inferior con colgajo en el ojo izquierdo), sin complicaciones. En la actualidad está recibiendo el ciclo IV de tratamiento antineoplásico sistémico, coadyuvante con inmunoterapia, esquema nivolumab más ipilimumab, sin complicaciones, acompañada de radioterapia con rayos X tipo

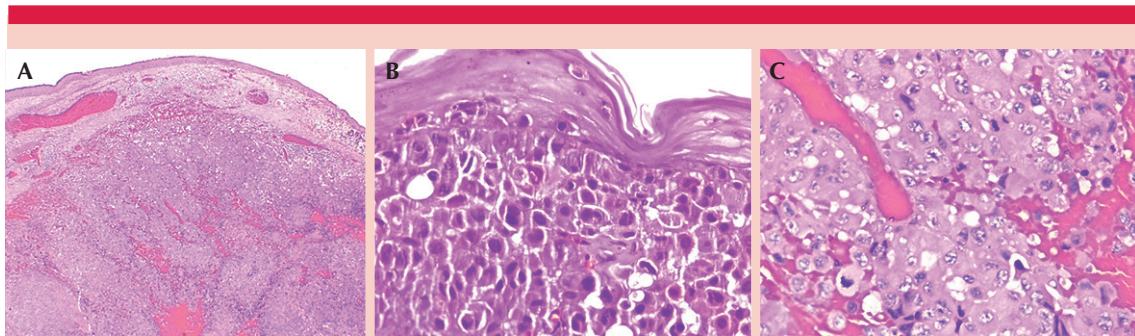


Figura 4. Hallazgos histopatológicos que corresponden a una neoplasia melanocítica maligna, en fase de crecimiento vertical, focalmente ulcerada, con un espesor tumoral de Breslow de 10 mm, gran pleomorfismo celular y alto índice mitótico de, incluso, 14 mitosis/mm² H&E 4x (A), 40x (B y C).

radioterapia externa de intensidad modulada (IMRT); se habían completado 16 sesiones, con radiodermatitis moderada en la hemicara izquierda sin otros efectos adversos referidos.

DISCUSIÓN

El melanoma representa sólo el 4% de todos los cánceres de piel; su patrón de crecimiento invasivo y diseminación temprana lo hacen responsable de aproximadamente el 80% de todas las muertes por cáncer de piel.^{6,7,8} En todo el mundo, entre los diferentes subtipos de melanoma, la forma nodular es la más común después del melanoma de extensión superficial.⁹ Éste se distingue por un rápido crecimiento y alto potencial metastásico; afecta predominantemente a hombres y se localiza, principalmente, en el tronco.^{6,10,11} En América Latina la epidemiología del melanoma cutáneo difiere de la de otras regiones.^{12,13}

En el estudio basado en los datos del Registro de Cáncer del Área Metropolitana de Bucaramanga, Colombia, el subtipo histológico más frecuente fue el nodular, principalmente afecta la cabeza, el cuello y el tronco,¹³ hallazgo similar al del estudio poblacional efectuado en Manizales, Colombia.¹⁴

Algunos factores de pronóstico (la edad y el sexo) pueden ayudar a modificar el curso de la enfermedad y aumentar la supervivencia global.

El reconocimiento clínico temprano es el factor más importante para un tratamiento exitoso. Puede usarse el acrónimo ABCDE (asimetría, bordes irregulares, variación de color, diámetro y evolución); sin embargo, los melanomas nodulares, generalmente, no se apegan a estos signos.^{6,9,11} La biopsia por escisión es el patrón de referencia para el diagnóstico, según la *American Academy of Dermatology* y la *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN), los márgenes laterales deben ser de 1-3 mm en todas las lesiones sospechosas de melanoma, esto garantiza que se remueva toda la lesión y proporciona información importante de pronóstico para la estadificación.^{6,11}

El melanoma maligno primario de párpado es un cáncer poco común y agresivo, se asocia con dos terceras partes de las muertes relacionadas con tumores por neoplasias malignas de los párpados^{15,16} y, según la Base de Datos Nacional del Cáncer de Estados Unidos, entre 2004 y 2015 representó, aproximadamente, al 2% de los melanomas de cabeza y cuello.¹⁷ Es más frecuente

en mujeres y se localiza, principalmente, en el párpado inferior.^{17,18}

En el estudio retrospectivo de Chan y su grupo, llevado a cabo en dos centros de referencia regional en Australia, la edad promedio de los pacientes con melanoma maligno primario fue de 65 años; su prevalencia en mujeres fue del 51.7%, en el 62% se localizaba en el párpado inferior; el tipo histológico más frecuente fue el lentigo maligno (65.5%) y el menos frecuente el melanoma nodular (6.8%).¹⁹ Sin embargo, en el análisis retrospectivo poblacional de pacientes con melanoma maligno primario de párpado efectuado en Estados Unidos por Shan y su grupo, y en el estudio de Brunetti y colaboradores, en el que se evaluó la incidencia de melanoma cutáneo del párpado según la base de datos de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER), se encontró mayor incidencia en hombres (53%).^{15,16}

Este melanoma puede manifestarse como una tumoración cutánea pigmentada e indolora en el párpado que puede confundirse con un nevo pigmentado, lo que favorece que el diagnóstico y tratamiento se retrasen;¹⁵ además, la baja incidencia del melanoma cutáneo de párpado dificulta la experiencia clínica en su tratamiento; sin embargo, la escisión quirúrgica sigue siendo el tratamiento principal.^{16,20,21} Existe controversia acerca de los márgenes de escisión apropiados en casos de melanoma en los párpados.²¹ En general, los grados de márgenes de seguridad se basan en el espesor de Breslow del melanoma; sin embargo, esto no es práctico cuando se trata de melanomas de la piel del párpado^{22,23} debido a la proximidad de los tumores a estructuras críticas y a la dificultad reconstructiva de los defectos palpebrales grandes, lo que la convierte en una zona con alta sensibilidad cosmética y funcional.^{23,24}

El estudio efectuado en Australia por Harish y su grupo sugiere que el margen mínimo debe

ser de 3 mm para un melanoma de párpado con un espesor de Breslow ≤ 1 mm, pero para los mayores de 1 mm se recomiendan márgenes de 5 mm cuando sea posible.²³ Respecto de la profundidad, no se ha evidenciado ningún beneficio adicional con una incisión más allá de la fascia.²² Una guía basada en la evidencia publicada por la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica y la Sociedad de Cirugía Oncológica para melanomas cutáneos de todas las localizaciones recomienda mapeo linfático y biopsia del ganglio centinela para todos los pacientes con melanomas de 1 mm o más de espesor, y también para pacientes de alto riesgo con melanomas menores de 1 mm de espesor.²³

En pacientes con enfermedad a partir del estadio III, como el paciente del caso, según la *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN), guía en la que se basó su tratamiento, se recomienda una terapia coadyuvante, escisión amplia de tumor primario, disección terapéutica de ganglios linfáticos y debe considerarse la radioterapia locorregional.²⁵

En el tratamiento coadyuvante, los inhibidores de punto de control inmunológico son terapias recientes que han demostrado eficacia en neoplasias malignas, incluido el melanoma cutáneo metastásico. Estos tratamientos incluyen el ipilimumab, nivolumab, pembrolizumab y cemiplimab. Los melanomas de párpados no se incluyeron específicamente en los estudios del desarrollo de estas terapias, por lo que hay limitación acerca de sus posibles riesgos y beneficios.²⁴ En un ensayo doble ciego en fase 3, efectuado con pacientes con melanoma cutáneo estadio III, el ipilimumab mostró una tasa de supervivencia libre de recidivas significativamente más prolongada que el placebo, independientemente de la cantidad de ganglios linfáticos positivos.²⁶

En un estudio fase I, en el que se evaluó la seguridad, actividad antitumoral y farmacocinética del nivolumab en pacientes con tumores sólidos

avanzados seleccionados, incluido el melanoma avanzado, se observó actividad antitumoral en todas las dosis probadas (1, 3 o 10 mg por kilogramo de peso corporal). En el melanoma se observaron 26 respuestas objetivas a dosis entre 0,1 y 10 mg/kg, con tasas de respuesta entre el 19 y el 41% por nivel de dosis.²⁷

Postow y su grupo, en su estudio doble ciego de pacientes con melanoma metastásico sin tratamiento previo, evidenció una tasa de respuesta objetiva del 59% para el grupo de combinación de nivolumab e ipilimumab *versus* ipilimumab como monoterapia; además, se observó una respuesta completa en el 22.1% de los pacientes tratados con la combinación y ninguno en el grupo de monoterapia.²⁸

En otro ensayo fase I, efectuado en 86 pacientes con melanoma avanzado con dosis crecientes de nivolumab e ipilimumab endovenosos, con tratamiento previo, 53 recibieron régimen concurrente y se obtuvo el 40% de respuestas objetivas confirmadas (según los criterios modificados de la OMS); de los 33 sujetos que recibieron régimen secuenciado se obtuvo una respuesta objetiva en 7.²⁹

La radioterapia no suele indicarse como primera línea porque el melanoma es radiorresistente en comparación con otros cánceres, pero es útil cuando la intervención quirúrgica puede generar disfunción anatómica y mal resultado estético.^{11,22,30} En el estudio retrospectivo de Lazarevic y su grupo, en el que se evaluó la seguridad y eficacia de la radioterapia para tratar tumores de piel periorbitales, se incluyeron 145 pacientes con un total de 159 lesiones, de las que el 18.1% eran melanomas cutáneos. Los esquemas de dosis total y fraccionamiento se basaron en el subtipo del tumor y en el tamaño y localización de la lesión. Los lentigos malignos y otros melanomas cutáneos se trataron con rayos X suaves o de Grenz (10-20 kV) y otras lesiones con rayos suaves (20-50 kV). Los efectos

adversos más frecuentes fueron la radiodermatitis leve (79%), seguida de radiodermatitis moderada y descamación. Otros menos comunes fueron: infección de la herida, conjuntivitis, blefaritis y estenosis canalicular. La tasa de recurrencia fue del 13% (20 de 159 lesiones), fue más alta en pacientes con queratosis actínica y enfermedad de Bowen en un 27%, seguidas del melanoma cutáneo en un 17%.³⁰

El estudio de Hedblad y su grupo encontró que, de 593 pacientes con lentigo maligno o melanoma lentigo maligno temprano, tratados con rayos X suaves o de Grenz, el 12% de los pacientes no mostraron eliminación completa de la lesión, el 21% tuvo radiodermatitis leve con lesiones residuales y en el 49% se observó recurrencia.³¹

El estudio de Cammille y su grupo acerca del pronóstico del melanoma cutáneo determinó que la edad avanzada en el momento del diagnóstico, la estadificación T4, la afectación de ganglios linfáticos, el subtipo histológico melanoma nodular y las metástasis se relacionan con menor supervivencia. La tasa de supervivencia general a cinco años fue del 88.6% en pacientes con melanoma *in situ* y del 77.1% en sujetos con melanoma invasor.³²

Es decisivo considerar las características específicas de los pacientes latinoamericanos, quienes, según la bibliografía, enfrentan un melanoma cutáneo más agresivo, debido, en gran parte, a diagnósticos tardíos.³³ En el paciente del caso el pronóstico de supervivencia a cinco años, evaluado mediante la clasificación de Breslow y la ulceración, fue del 45%.³⁴ Estos hallazgos refuerzan la importancia de la detección temprana en esta población.

CONCLUSIONES

Se necesitan más estudios que permitan comprender mejor la epidemiología del melanoma cutáneo en la población latina, así como in-

investigaciones específicas acerca del melanoma cutáneo periocular. Al ser una zona anatómica sensible estética y funcionalmente, su diagnóstico y tratamiento pueden ser desafiantes, especialmente en estadios avanzados, como en el paciente del caso. Por lo tanto, el diagnóstico temprano es decisivo y, ante la duda diagnóstica, es fundamental tomar una biopsia de piel, de preferencia por escisión. El conocimiento de las características de cada población, la educación en los factores de riesgo y los signos de alarma en las lesiones cutáneas por parte del personal médico, así como la interconsulta temprana a los especialistas correspondientes, pueden facilitar la detección oportuna y, por lo tanto, un tratamiento en etapas más tempranas, que conllevan a mejores tasas de supervivencia y resultados estéticos y funcionales, así como a menor riesgo de recurrencia.

REFERENCIAS

- Bolognia J, Jorizzo J, Schaffer J. *Dermatología: Principales diagnósticos y tratamientos*. 4th ed. 2016.
- Cazzato G. Histopathological diagnosis of malignant melanoma at the dawn of 2023: Knowledge gained and new challenges. *Dermatopathology* 2023; 10 (1): 91-2. <https://doi.org/10.3390/dermatopathology10010013>
- Uribe Ortiz PA, Nova Villanueva JA, Colmenares Mejia CC, et al. Características del melanoma cutáneo en dos instituciones de Bogotá, Colombia: Análisis 2012-2016. *Rev Col Can* 2021; 25 (4): 188-95.
- Olbryt M. Molecular background of skin melanoma development and progression: therapeutic implications. *Adv Dermatol Allergol* 2019; 36 (2): 129-38. <https://doi.org/10.5114/ada.2019.84590>
- Schadendorf D, van Akkooi ACJ, Berking C, et al. Melanoma. *Lancet* 2018; 392 (10151): 971-84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31559-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31559-9)
- Acosta ÁE, Fierro E, Velásquez VE, et al. Melanoma: patogénesis, clínica e histopatología Melanoma: pathogenesis, clinic and histopathology. *Rev Asoc Col Dermatol* 2009; 17 (2): 87-108.
- Zaremba A, Zimmer L, Griewank KG, et al. Immuntherapie beim malignen Melanom. *Internist (Berl)* 2020; 61 (7): 669-75. <https://doi.org/10.1007/s00108-020-00812-1>
- Lodde G, Zimmer L, Livingstone E, et al. Malignes melanom. *Pathology* 2020; 41 (3): 281-92. <https://doi.org/10.1007/s00292-020-00776-x>
- Saaqi M, Ashraf B, Siddiqui S. Nodular melanoma. *Iran J Med Sci* 2016; 41 (2): 164-5.
- Kamińska-Winciorek G, Galwas K, Suchorzepka M, et al. Characteristics of giant nodular melanomas in special locations: a case series and review of the literature. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2022; 12 (12): 2851-62. <https://doi.org/10.1007/s13555-022-00841-8>
- Tuong W, Cheng LS, Armstrong AW. Melanoma: Epidemiology, diagnosis, treatment, and outcomes. *Dermatol Clin* 2012; 30 (1): 113-24. <https://doi.org/10.1016/j.det.2011.08.006>
- Nova JA, Sánchez-Vanegas G, Gamboa M, et al. Melanoma risk factors in a Latin American population. *An Bras Dermatol* 2020; 95 (4): 531-3.
- De Vries E, Uribe C, Beltrán Rodríguez CC, et al. Descriptive epidemiology of melanoma diagnosed between 2010 and 2014 in a Colombian Cancer Registry and a call for improving available data on melanoma in Latin America. *Cancers (Basel)* 2023; 15 (24): 5848.
- Rodríguez-Betancourt JD, Arias-Ortiz N. Cutaneous melanoma incidence, mortality, and survival in Manizales, Colombia: a population-based study. *J Inter Med Res* 2022; 50 (6): 030006052211067.
- Shan Y, Xu Y, Lu Y, et al. Epidemiology and survival outcomes for eyelid primary malignant melanoma: An analysis of 1397 cases in the SEER database. *J Ophthalmol* 2020; 2020: 1-9. <https://doi.org/10.1155/2020/4858636>
- Brunetti P, Margo CE, French DD. Incidence of cutaneous melanoma of eyelid analysis of the surveillance, epidemiology, and end results database. *Ocul Oncol Pathol* 2021; 7 (1): 66-9. <https://doi.org/10.1159/000511215>
- Rana H, Stokkermans TJ, Purt B. Malignant eyelid lesions. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls, 2023.
- Moran JM, Phelps PO. Periocular skin cancer: Diagnosis and management. *Disease-a-Month* 2020; 66 (10): 101046. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2020.101046>
- Chan FM, O'Donnell BA, Whitehead K, et al. Treatment and outcomes of malignant melanoma of the eyelid. *Ophthalmology* 2007; 114 (1): 187-92. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2006.08.043>
- Mancera N, Smalley KSM, Margo CE. Melanoma of the eyelid and periocular skin: Histopathologic classification and molecular pathology. *Surv Ophthalmol* 2019; 64 (3): 272-88. <https://doi.org/10.1016/j.survophthal.2018.12.002>
- Vaziri M, Buffam F V, Martinka M, et al. Clinicopathologic features and behavior of cutaneous eyelid melanoma. *Ophthalmology* 2002; 109 (5): 901-8. [https://doi.org/10.1016/s0161-6420\(02\)00962-4](https://doi.org/10.1016/s0161-6420(02)00962-4)
- Hartman RI, Lin JY. Cutaneous melanoma—A review in detection, staging, and management. *Hematol Oncol Clin North Am* 2019; 33 (1): 25-38. <https://doi.org/10.1016/j.hoc.2018.09.005>
- Harish V, Bond JS, Scolyer RA, et al. Margins of excision and prognostic factors for cutaneous eyelid melanomas. *J*

- Plastic, Reconstructive Aesthetic Surg 2013; 66 (8): 1066-73. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2013.04.032>
24. Lu JE, Chang JR, Berry JL, et al. Clinical update on checkpoint inhibitor therapy for conjunctival and eyelid melanoma. *Int Ophthalmol Clin* 2020; 60 (2): 77-89. <https://doi.org/10.1097/IIO.0000000000000308>
 25. Coit DG, Thompson JA, Albertini MR, et al. Cutaneous melanoma, version 2.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J National Comprehensive Cancer Network* 2019; 17 (4): 367-402. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2019.0018>
 26. Eggermont AMM, Chiarion-Sileni V, Grob JJ, et al. Adjuvant ipilimumab versus placebo after complete resection of high-risk stage III melanoma (EORTC 18071): a randomised, double-blind, phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2015; 16 (5): 522-30. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(15\)70122-1](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(15)70122-1)
 27. Topalian SL, Hodi FS, Brahmer JR, et al. Safety, activity, and immune correlates of anti-PD-1 antibody in cancer. *N Engl J Med* 2012; 366 (26): 2443-54. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1200690>
 28. Postow MA, Chesney J, Pavlick AC, et al. Nivolumab and ipilimumab versus ipilimumab in untreated melanoma. *New Engl J Med* 2015; 372 (21): 2006-17. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1414428>
 29. Wolchok JD, Kluger H, Callahan MK, et al. Nivolumab plus Ipilimumab in Advanced Melanoma. *New Engl J Medicine* 2013; 369 (2): 122-33. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1302369>
 30. Lazarevic D, Ramelyte E, Dummer R, et al. Radiotherapy in periocular cutaneous malignancies: A retrospective study. *Dermatology* 2019; 235 (3): 234-9. <https://doi.org/10.1159/000496539>
 31. Hedblad MA, Mallbris L. Grenz ray treatment of lentigo maligna and early lentigo maligna melanoma. *J Am Acad Dermatol* 2012; 67 (1): 60-8. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2011.06.029>
 32. Go CC, Kim DH, Go BC, et al. Clinicopathologic characteristics and prognostic factors impacting survival in melanoma of the eyelid. *Am J Ophthalmol* 2022; 234: 71-80. <https://doi.org/10.1016/j.ajo.2021.07.031>
 33. Duarte CA, Flórez JP, López HG, et al. Survival of acral lentiginous melanoma in the National Cancer Institute of Colombia. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017; 31 (3): 438-42. <https://doi.org/10.1111/jdv.13913>
 34. Ilmonen S, Asko-Seljavaara S, Kariniemi AL, et al. Prognosis of primary melanoma. *Scandinavian J Surg* 2002; 91 (2): 166-71.

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 sólo 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.