

COEXISTENȚA DERMATOFIBROSARCOMULUI PROTUBERANS ȘI A MELANOAMELOR CUTANATE MULTIPLE: PROVOCĂRI DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE

COEXISTENCE OF DERMATOFIBROSARCOMA PROTUBERANS AND MULTIPLE CUTANEOUS MELANOMAS: DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC CHALLENGES

ANDREI ALEXA*, LARISA-ALEXANDRA MATEESCU*, ALEXANDRA PETRUȚA SAVU*,**, ȘTEFANA
BUCUR**, MARIA MAGDALENA CONSTANTIN **,**

Rezumat

Dermatofibrosarcomul protuberans (DFSP) este un sarcom cutanat rar, caracterizat prin creștere lentă, dar cu potențial infiltrativ local semnificativ și risc crescut de recidivă, iar transformarea fibrosarcomatoasă reprezintă un eveniment asociat cu agresivitate biologică crescută și capacitate metastatică [1,2]. În paralel, apariția melanoamelor cutanate primare multiple constituie un fenomen relativ rar, sugerând o susceptibilitate individuală crescută, determinată de factori genetici, imunologici sau de mediu [6,15]. Coexistența acestor două entități neoplazice distincte din punct de vedere histogenetic la același pacient este relativ rară și ridică provocări semnificative de diagnostic, stadializare și management terapeutic.

Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 56 de ani, cu antecedente de dermatofibrosarcom protuberans diagnosticat inițial în 2015, complicat ulterior prin recidivă locală și metastază pulmonară confirmată histopatologic ca DFSP cu transformare fibrosarcomatoasă, tratat prin terapie țintită cu imatinib [3,8], cu evoluție favorabilă sub tratament. În cursul supravegherii oncologice, pacientul a dezvoltat succesiv trei neoplazii melanocitare distincte: un melanom in situ (2017), un melanom cutanat primar ulcerat (2024, stadiul IIB [6,12]) și o tumoră melanocitară

Summary

Dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) is a rare cutaneous sarcoma characterized by slow growth but significant local infiltrative potential and a high risk of recurrence, while fibrosarcomatous transformation represents an event associated with increased biological aggressiveness and metastatic capacity [1,2]. In parallel, the occurrence of multiple primary cutaneous melanomas constitutes a relatively rare phenomenon, suggesting increased individual susceptibility determined by genetic, immunologic, or environmental factors [6,15]. The coexistence of these two histogenetically distinct neoplastic entities in the same patient is uncommon and raises significant challenges in diagnosis, staging, and therapeutic management.

We present the case of a 56-year-old patient with a history of dermatofibrosarcoma protuberans initially diagnosed in 2015, subsequently complicated by local recurrence and pulmonary metastasis histopathologically confirmed as DFSP with fibrosarcomatous transformation, treated with targeted therapy using imatinib [3,8], with favorable evolution under treatment. During oncologic surveillance, the patient successively developed three distinct melanocytic neoplasms: melanoma in situ (2017),

* Spitalul Clinic Colentina, Secția Dermatologie II, București
Colentina Clinical Hospital, Department of Dermatology II, Bucharest

** Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, Clinica Dermatologie II, București
“Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy, Dermatology Clinic II, Bucharest

diagnosticată inițial ca MELTUMP (Tumoră Melanocitară cu Potențial Malign Incert), ulterior reclasificată, în urma reevaluării histopatologice și imunohistochemice, ca melanom cutanat primar neulcerat (pT2a). Biopsia ganglionului santinelă aferent ultimei leziuni a evidențiat o proliferare melanocitară subcapsulară suspectă, ulterior confirmată imunohistochimic ca nev melanocitar capsular, fără evidențierea metastazelor ganglionare, stabilindu-se stadializarea finală IB. Analiza moleculară a evidențiat absența mutației BRAF, cu implicații prognostice și terapeutice [11].

Acest caz evidențiază complexitatea diagnosticului diferențial al leziunilor melanocitare borderline, importanța reevaluării histopatologice în centre specializate și rolul esențial al corelării clinicopatologice și imunohistochemice în evitarea erorilor de stadializare. De asemenea, subliniază necesitatea unei monitorizări multidisciplinare riguroase la pacienții cu neoplazii cutanate multiple, în vederea optimizării managementului terapeutic și a prognosticului pe termen lung.

Cuvinte cheie: dermatofibrosarcom protuberans; melanom; MELTUMP; ganglion santinelă; neoplazii cutanate multiple.

Intrat în redacție: 3.03.2026

Acceptat: 15.04.2026

ulcerated primary cutaneous melanoma (2024, stage IIB [6,12]), and a melanocytic tumor initially diagnosed as MELTUMP (Melanocytic Tumor of Uncertain Malignant Potential), later reclassified following histopathological and immunohistochemical reassessment as non-ulcerated primary cutaneous melanoma (pT2a). Sentinel lymph node biopsy of the latter lesion revealed suspicious subcapsular melanocytic proliferation, subsequently confirmed by immunohistochemistry as a capsular melanocytic nevus, with no evidence of nodal metastasis, resulting in a final stage IB. Molecular analysis revealed absence of BRAF mutation, with prognostic and therapeutic implications [11].

This case highlights the complexity of differential diagnosis in borderline melanocytic lesions, the importance of histopathological reassessment in specialized centers, and the essential role of clinicopathologic and immunohistochemical correlation in avoiding staging errors. It also underscores the need for rigorous multidisciplinary monitoring in patients with multiple primary cutaneous neoplasms to optimize therapeutic management and long-term prognosis.

Keywords: dermatofibrosarcoma protuberans; melanoma; MELTUMP; sentinel lymph node; multiple cutaneous neoplasms.

Received: 3.03.2026

Accepted: 15.04.2026

Introducere

Dermatofibrosarcomul protuberans (DFSP) reprezintă un sarcom cutanat rar, de origine fibroblastică, cu o incidență anuală estimată între 0,8 și 4,5 cazuri la un milion de locuitori [1]. Această neoplazie se caracterizează printr-o evoluție lent progresivă, dar cu un potențial infiltrativ local pronunțat, responsabil de o rată semnificativă de recidivă după excizia chirurgicală. Datele din literatură semnaleză faptul că 10–15% dintre cazuri prezintă transformare fibrosarcomatoasă (FS-DFSP), eveniment biologic asociat cu o creștere substanțială a agresivității tumorale și a riscului de metastazare sistemică [2], predominant pulmonară. Introducerea inhibitorilor de tirozin-kinază, în special imatinib, care țintește translocația caracteristică t(17;22)(q22;q13), implicând genele COL1A1 și PDGFRB, a modificat semnificativ prognosticul formelor avansate sau inoperabile [3,8].

Melanoamele cutanate primare multiple sunt raportate la aproximativ 1–8% dintre pacienții diagnosticați cu melanom și sunt frecvent

Introduction

Dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) is a rare cutaneous sarcoma of fibroblastic origin, with an estimated annual incidence of 0.8 to 4.5 cases per million inhabitants [1]. This neoplasm is characterized by slow progressive evolution but marked local infiltrative potential, responsible for a significant recurrence rate after surgical excision. Literature data indicate that 10–15% of cases undergo fibrosarcomatous transformation (FS-DFSP), a biological event associated with substantially increased tumor aggressiveness and systemic metastatic risk [2], predominantly pulmonary. The introduction of tyrosine kinase inhibitors, particularly imatinib, targeting the characteristic t(17;22)(q22;q13) translocation involving the COL1A1 and PDGFRB genes, has significantly improved the prognosis of advanced or inoperable forms [3,8].

Multiple primary cutaneous melanomas are reported in approximately 1–8% of patients diagnosed with melanoma and are frequently associated with genetic predisposition factors,

asociate cu factori de predispoziție genetică, inclusiv mutații ale genei CDKN2A [6,15]. Coexistența DFSP și a melanomului la același pacient constituie o asociere rară [9], ridicând ipoteze privind existența unor mecanisme patogenice comune, susceptibilitate genetică sau influența factorilor imunologici și terapeutici.

Diagnosticul leziunilor melanocitare cu caracteristici histopatologice intermediare, precum tumorile melanocitare cu potențial malign incert (MELTUMP), reprezintă o provocare majoră în practica dermatopatologică, necesitând corelarea atentă a parametrilor morfologici, imunohistochimici și clinici pentru evitarea sub- sau supradiagnosticării, dar stabilirea totodată a unei conduite terapeutice optime [4,5,13].

Prezentare de caz

Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 56 de ani, fumător cronic, cu expunere profesională îndelungată la noxe industriale, cu antecedente heredocolaterale de melanom, aflat în urmărire dermatologică periodică pentru antecedente oncologice cutanate multiple.

Pacientul a fost diagnosticat cu dermatofibrosarcom protuberans în anul 2015, la nivelul fosei claviculare drepte, care a fost tratat prin excizie chirurgicală, urmată de chimioterapie sistemică (8 cicluri cu carboplatin și paclitaxel).

În anul 2016, DFSP recidivează local, motiv pentru care se reintervine chirurgical. În 2017, examinarea PET-CT a evidențiat adenopatii mediastino-hilare active metabolic, care au fost biopsiate, însă rezultatul histopatologic a fost negativ pentru infiltrare tumorală. Având în vedere evoluția bolii, medicul oncolog a inițiat terapie țintită cu imatinib 400 mg (2 comprimate/zi), administrată până în anul 2019. În 2020, investigațiile imagistice au evidențiat o determinare secundară pulmonară, confirmată histopatologic ca dermatofibrosarcom protuberans cu transformare sarcomatoasă de tip fibrosarcom. În acest context, tratamentul cu imatinib a fost reluat.

În paralel cu evoluția dermatofibrosarcomului protuberans, pacientul a prezentat și multiple neoplazii melanocitare.

În anul 2017 a fost diagnosticat cu melanom in situ localizat la nivelul toracelui posterior,

including CDKN2A gene mutations [6,15]. The coexistence of DFSP and melanoma in the same patient represents a rare association [9], raising hypotheses regarding possible shared pathogenic mechanisms, genetic susceptibility, or the influence of immunologic and therapeutic factors.

The diagnosis of melanocytic lesions with intermediate histopathological features, such as melanocytic tumors of uncertain malignant potential (MELTUMP), represents a major challenge in dermatopathology practice, requiring careful correlation of morphologic, immunohistochemical, and clinical parameters to avoid under- or overdiagnosis while establishing optimal therapeutic management[4,5,13].

Case Presentation

We present the case of a 56-year-old patient, a chronic smoker with prolonged occupational exposure to industrial toxins and a family history of melanoma, undergoing regular dermatologic follow-up due to multiple previous cutaneous malignancies.

The patient was diagnosed with dermatofibrosarcoma protuberans in 2015, located in the right supraclavicular fossa, treated by surgical excision followed by systemic chemotherapy (8 cycles of carboplatin and paclitaxel). In 2016, DFSP recurred locally, leading to repeat surgical intervention. In 2017, PET-CT examination revealed metabolically active mediastino-hilar lymphadenopathy, which was biopsied; histopathological examination was negative for tumor infiltration. Given the disease course, the oncologist initiated targeted therapy with imatinib 400 mg (2 tablets/day), administered until 2019. In 2020, imaging investigations identified a pulmonary secondary lesion, histopathologically confirmed as dermatofibrosarcoma protuberans with fibrosarcomatous transformation. In this context, imatinib therapy was resumed.

Parallel to the course of dermatofibrosarcoma protuberans, the patient developed multiple melanocytic neoplasms.

In 2017, he was diagnosed with melanoma in situ located on the posterior thorax, for which re-excision with 5 mm margins was performed.



Figura 1. Cicatrice post-excizie DFSP (arhivă personală Prof. Dr. Maria Magdalena Constantin)
Figure 1. Post-excision scar following dermatofibrosarcoma protuberans DFSP resection (personal archive of Prof. Dr. Maria Magdalena Constantin).

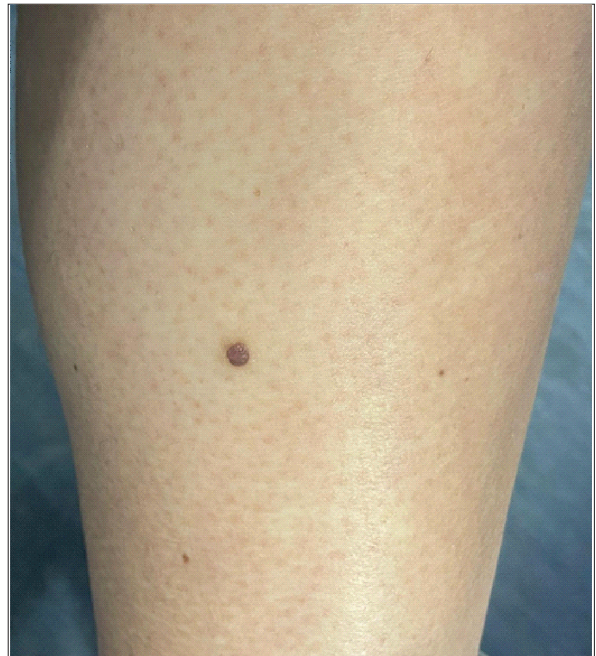


Figura 2. Aspect clinic formațiune față posterioară gambă dreaptă (arhivă personală Prof. Dr. Maria Magdalena Constantin)
Figure 2. Clinical appearance of the lesion located on the posterior aspect of the right calf (personal archive of Prof. Dr. Maria Magdalena Constantin).

pentru care s-a efectuat reexcizie cu margini de 5 mm.

Ulterior, în februarie 2024, pacientul a fost diagnosticat cu melanom cutanat primar ulcerat, localizat în regiunea deltoidiană stângă, cu indice Breslow de 3 mm. S-a practicat reexcizie cu margini de 2 cm, asociată biopsiei ganglionului santinelă. Examenul histopatologic al ganglionului a fost negativ, stabilindu-se un stadiu final IIB. La momentul diagnosticului, conform ghidurilor europene în vigoare, imunoterapia adjuvantă pentru melanomul stadiul IIB nu era încă integrată ca recomandare standard. În consecință, s-a optat pentru monitorizare clinică, biologică și imagistică, conform recomandărilor terapeutice valabile la acel moment.

În iunie 2025, pacientul a observat apariția unei noi formațiuni tumorale la nivelul feței posterioare a gâmbei drepte. Examenul histopatologic inițial a încadrat leziunea în categoria tumorilor melanocitare cu potențial malign incert

Subsequently, in February 2024, the patient was diagnosed with ulcerated primary cutaneous melanoma located in the left deltoid region, with a Breslow thickness of 3 mm. Re-excision with 2 cm margins and sentinel lymph node biopsy were performed. Histopathological examination of the lymph node was negative, establishing a final stage IIB. At the time of diagnosis, according to the European guidelines in force, adjuvant immunotherapy for stage IIB melanoma had not yet been incorporated as a standard recommendation. Consequently, clinical, biological, and imaging surveillance was chosen, in accordance with the therapeutic recommendations valid at that time.

In June 2025, the patient noticed the appearance of a new tumor on the posterior aspect of the right calf. Initial histopathological examination classified the lesion as a melanocytic tumor of uncertain malignant potential (MELTUMP), raising diagnostic challenges in

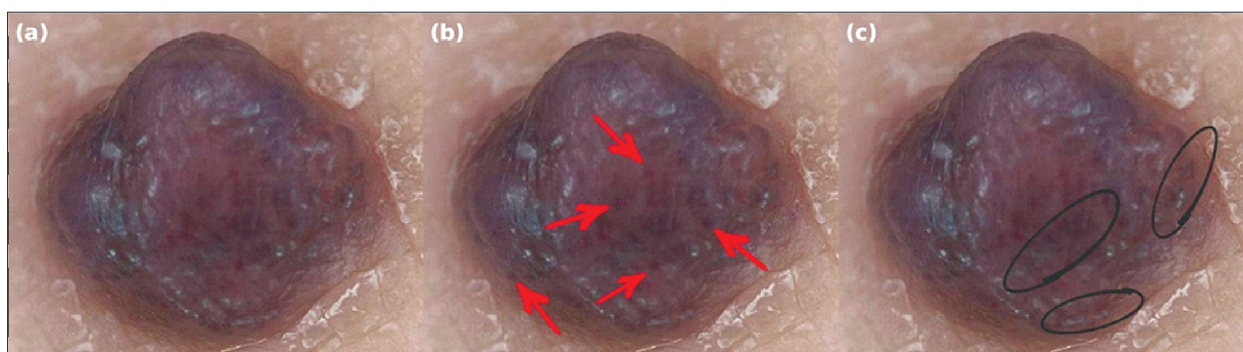


Figura 3. Aspect dermatoscopic formațiune față posterioară gambă dreaptă.
 (a) fundal eritemato-violaceu, (b) vase de sânge punctiforme distribuite neomogen, (c) globuli brun-albăstrui
 (arhivă personală Prof. Dr. Maria Magdalena Constantin)

Figure 3. Dermoscopic appearance of the lesion located on the posterior aspect of the right calf.
 (a) erythematous-violaceous background;(b) irregularly distributed dotted vessels;(c) brown-blue globules(personal archive of Prof. Dr. Maria Magdalena Constantin).

(MELTUMP), ridicând dificultăți de diagnostic diferențial între un neoplasm melanocitar atipic și un melanom incipient. Având în vedere contextul oncologic complex al pacientului, lamele histopatologice au fost reevaluate histopatologic. Reevaluarea a stabilit diagnosticul de melanom cutanat primar ne-ulcerat, cu indice Breslow de 1,2 mm (pT2a), activitate mitotică de 3 mitoze/mm², fără evidențierea invaziei limfovaskulare sau a neurotropismului. S-a efectuat reexcizie cu margini de 1 cm și biopsie de ganglion santinelă. Examenul histopatologic inițial al ganglionului santinelă a evidențiat o proliferare melanocitară subcapsulară suspectă, însă analiza imunohistochimică ulterioară a confirmat însă prezența unui nev melanocitar capsular, fără dovezi de metastază ganglionară.

Testarea moleculară pentru mutația BRAF a fost negativă. Examinarea CT efectuată în ianuarie 2026 nu a evidențiat semne de progresie loco-regională sau determinări secundare.

Discuții

Cazul prezentat ilustrează complexitatea managementului unui pacient cu neoplazii cutanate multiple, incluzând un dermatofibrosarcom protuberans cu transformare fibrosarcomatoasă și multiple melanoame cutanate primare, apărute în intervale temporale diferite. DFSP cu transformare fibrosarcomatoasă repre-

sentând diferențierea între un neoplasm melanocitar atipic și un melanom incipient. Având în vedere contextul oncologic complex al pacientului, lamele histopatologice au fost reevaluate histopatologic. Reevaluarea a stabilit diagnosticul de melanom cutanat primar ne-ulcerat, cu indice Breslow de 1,2 mm (pT2a), activitate mitotică de 3 mitoze/mm², fără evidențierea invaziei limfovaskulare sau a neurotropismului. S-a efectuat reexcizie cu margini de 1 cm și biopsie de ganglion santinelă. Examenul histopatologic inițial al ganglionului santinelă a evidențiat o proliferare melanocitară subcapsulară suspectă, însă analiza imunohistochimică ulterioară a confirmat însă prezența unui nev melanocitar capsular, fără dovezi de metastază ganglionară.

Testarea moleculară pentru mutația BRAF a fost negativă. Examinarea CT efectuată în ianuarie 2026 nu a evidențiat semne de progresie loco-regională sau determinări secundare.

Discussions

The presented case illustrates the complexity of managing a patient with multiple cutaneous neoplasms, including dermatofibrosarcoma protuberans with fibrosarcomatous transformation and multiple primary cutaneous melanomas occurring at different time intervals. FS-DFSP represents a more aggressive variant, with a

zintă o variantă mai agresivă, cu un risc de metastazare de până la 10-15% [2], comparativ cu sub 1% în DFSP clasic. Coexistența acestor entități la același pacient este rar raportată și ridică atât probleme de diagnostic diferențial, cât și de strategie terapeutică și monitorizare pe termen lung.

Varianta fibrosarcomatoasă a dermatofibrosarcomului protuberans este recunoscută ca având un comportament biologic mai agresiv comparativ cu forma clasică, cu un risc semnificativ mai mare de recidivă și metastazare. Identificarea determinării secundare pulmonare și confirmarea histopatologică a transformării sarcomatoase au impus reluarea terapiei țintite cu imatinib. Evoluția imagistică favorabilă sub tratament susține rolul esențial al inhibitorilor de tirozin-kinază în controlul formelor avansate sau metastatice de boală, aceștia reprezentând standardul terapeutic în situațiile inoperabile sau sistemice.

În ceea ce privește patologia melanocitară, principalul punct critic al cazului a fost reprezentat de leziunea diagnosticată inițial ca MELTUMP. Acest termen este utilizat pentru tumori melanocitare cu caracteristici histopatologice intermediare între nev și melanom, în care potențialul biologic rămâne incert. În asemenea situații, conduita terapeutică poate deveni dificilă, iar decizia clinică depinde în mod semnificativ de experiența anatomopatologului [5,13]. Reevaluarea histopatologică a permis reclassificarea leziunii ca melanom cutanat primar, fapt ce a condus la aplicarea unei strategii chirurgicale conforme recomandărilor actuale, incluzând reexcizie cu margini adecvate și biopsie de ganglion santinelă. Această etapă a fost esențială pentru o stadializare corectă și pentru evitarea subtratamentului.

Un alt moment de potențială suprastadializare a fost interpretarea modificărilor identificate la nivelul ganglionului santinelă. Proliferările melanocitare subcapsulare pot constitui o capcană diagnostică, fiind uneori dificil de diferențiat de micrometastazele de melanom. S-a demonstrat că până la 20% dintre ganglionii limfatici biopsiați pot conține resturi nevice benigne (nevi nodali) [10], rezultate cel mai probabil din oprirea celulelor crestei neurale în timpul embriogenezei. Aceste celule se

metastatic risk of up to 10–15% [2], compared to less than 1% in classic DFSP. The coexistence of these entities in the same patient is rarely reported and raises issues of differential diagnosis, therapeutic strategy, and long-term monitoring.

The fibrosarcomatous variant of dermatofibrosarcoma protuberans is recognized as having more aggressive biological behavior compared to the classic form, with a significantly higher risk of recurrence and metastasis. Identification of the pulmonary secondary lesion and histopathological confirmation of sarcomatous transformation required resumption of targeted therapy with imatinib. Favorable imaging evolution under treatment supports the essential role of tyrosine kinase inhibitors in controlling advanced or metastatic forms of the disease, representing the therapeutic standard in inoperable or systemic settings.

Regarding melanocytic pathology, the main critical point of the case was the lesion initially diagnosed as MELTUMP. This term is used for melanocytic tumors with histopathological features intermediate between nevus and melanoma, in which biological potential remains uncertain. In such situations, therapeutic management may be challenging, and clinical decisions depend significantly on the experience of the pathologist [5,13]. Histopathological reassessment allowed reclassification of the lesion as primary cutaneous melanoma, leading to application of a surgical strategy consistent with current recommendations, including adequate re-excision margins and sentinel lymph node biopsy. This step was essential for correct staging and for avoiding undertreatment.

Another potential moment of overstaging was the interpretation of findings at the sentinel lymph node level. Subcapsular melanocytic proliferations may represent a diagnostic pitfall, sometimes difficult to differentiate from melanoma micrometastases. It has been demonstrated that up to 20% of biopsied lymph nodes may contain benign nevic remnants (nodal nevi) [10], most likely resulting from arrest of neural crest cells during embryogenesis. These cells preferentially localize in the lymph node capsule and trabeculae. Confusion with melanoma micrometastases (which predominantly disse-

localizează preferențial în capsula și trabeculele ganglionare. Confuzia cu micrometastazele de melanom (care diseminează preponderent în sinusul subcapsular) este frecventă pe colorațiile uzuale. Utilizarea anticorpilor pentru S100, Melan-A (pozitivi în ambele) și HMB-45 (de regulă negativ în nevi capsulari) [14], alături de un indice de proliferare Ki-67 extrem de redus, salvează pacientul de la o suprastadializare la stadiul IIIC, menținându-l în stadiul IB, prevenind astfel instituirea unui tratament sistemic complet inutil și grevat de toxicitate considerabilă.

În plus, profilul molecular negativ pentru mutația BRAF definește un subset tumoral care nu ar beneficia de terapie țintită cu inhibitori BRAF/MEK, informație relevantă în eventualitatea unei recurențe sau progresii viitoare [11].

Concluzii

Acest caz aduce în discuție relevanța diagnostică și terapeutică asociată coexistenței unor neoplazii cutanate primare distincte din punct de vedere histogenetic, respectiv dermatofibrosarcom protuberans cu transformare fibrosarcomatoasă și melanoame cutanate multiple metacrone. Asocierea acestora la același pacient subliniază importanța recunoașterii unei posibile susceptibilități individuale crescute la dezvoltarea neoplaziilor cutanate, determinată de interacțiunea complexă dintre factori genetici, imunologici și de mediu.

Cazul evidențiază rolul esențial al evaluării histopatologice specializate, în special în contextul leziunilor melanocitare cu caracteristici borderline, precum tumorile melanocitare cu potențial malign incert (MELTUMP). Reevaluarea histopatologică într-un centru cu expertiză a permis stabilirea diagnosticului definitiv de melanom cutanat primar, facilitând aplicarea unei conduite terapeutice adecvate și prevenind riscul de subtratament, cu potențial impact negativ asupra prognosticului pacientului.

Asocierea neoplaziilor cutanate derivate din linii celulare diferite (DFSP și melanoame multiple) necesită un algoritm terapeutic riguros și strict individualizat. Monitorizarea atentă pe termen lung este indispensabilă la acești pacienți, având în vedere riscul crescut de apariție a unor

minante within the subcapsular sinus) is common on routine staining. The use of antibodies for S100 and Melan-A (positive in both), HMB-45 (generally negative in capsular nevi) [14], together with an extremely low Ki-67 proliferation index, spares the patient from overstaging to stage IIIC, maintaining stage IB and thus preventing completely unnecessary systemic treatment associated with considerable toxicity.

Furthermore, the negative molecular profile for BRAF mutation defines a tumor subset that would not benefit from targeted therapy with BRAF/MEK inhibitors, information relevant in the event of future recurrence or progression [11].

Conclusions

This case highlights the diagnostic and therapeutic relevance of the coexistence of distinct histogenetically primary cutaneous neoplasms, namely dermatofibrosarcoma protuberans with fibrosarcomatous transformation and metachronous multiple cutaneous melanomas. Their association in the same patient underscores the importance of recognizing a possible increased individual susceptibility to cutaneous neoplasms, determined by complex interactions among genetic, immunologic, and environmental factors.

The case emphasizes the essential role of specialized histopathological evaluation, particularly in borderline melanocytic lesions such as melanocytic tumors of uncertain malignant potential (MELTUMP). Histopathological reassessment in an expert center allowed establishment of the definitive diagnosis of primary cutaneous melanoma, facilitating appropriate therapeutic management and preventing undertreatment with potential negative prognostic impact.

The coexistence of cutaneous neoplasms derived from different cellular lineages (DFSP and multiple melanomas) requires a rigorous and strictly individualized therapeutic algorithm. Long-term careful monitoring is indispensable in these patients, given the increased risk of multiple cutaneous neoplasms and the heterogeneous biological behavior of each entity. Early identification and appropriate management of

neoplazii cutanate multiple și comportamentul biologic heterogen al acestora. Identificarea precoce și managementul adecvat al fiecărei leziuni sunt determinante pentru optimizarea prognosticului.

Acest caz subliniază importanța unei abordări multidisciplinare, a reevaluării histopatologice în centre cu expertiză și a utilizării corecte a tehnicilor imunohistochimice pentru evitarea atât a subdiagnosticării, cât și a supratratamentului. Complexitatea evolutivă a pacientului impune o monitorizare dermatologică și oncologică atente, având în vedere istoricul de neoplazii cutanate multiple și comportamentul biologic distinct al fiecărei entități tumorale.

each lesion are essential for optimizing prognosis.

This case underscores the importance of a multidisciplinary approach, histopathological reassessment in expert centers, and appropriate use of immunohistochemical techniques to avoid both underdiagnosis and overtreatment. The patient's complex clinical course requires careful dermatologic and oncologic follow-up, considering the history of multiple primary cutaneous neoplasms and the distinct biological behavior of each tumor entity.

Bibliografie/Bibliography

1. Kreicher, K.L.; Kurlander, D.E.; Gittleman, H.R.; Barnholtz-Sloan, J.S.; Bordeaux, J.S. Incidence and Survival of Primary Dermatofibrosarcoma Protuberans in the United States. *Dermatol. Surg.* 2016, 42, S24–S31.
2. Li, Y., Liang, J., Xu, X. et al. Clinicopathological features of fibrosarcomatous dermatofibrosarcoma protuberans and the construction of a back-propagation neural network recognition model. *Orphanet J Rare Dis* 16, 48 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13023-021-01698-4>
3. Navarrete-Dechent C, et al. Imatinib treatment for locally advanced or metastatic dermatofibrosarcoma protuberans: a systematic review. *JAMA Dermatol.* 2019.
4. Ferrara G, et al. The WHO 2018 Classification of Cutaneous Melanocytic Neoplasms. *Diagnostics (Basel)*. 2021.
5. Varey AHR, et al. Clinical management of melanocytic tumours of uncertain malignant potential (MELTUMPs). *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2023.
6. GERSHENWALD JE, SCOLYER RA, HESS KR, et al. Melanoma staging: Evidence-based changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual. *CA Cancer J Clin.* 2017;67(6):472-492.
7. Amaral T, Ottaviano M, Arance A, Blank C, Chiarion-Sileni V, Donia M, Dummer R, Garbe C, Gershenwald JE, Gogas H, Guckenberger M, Haanen J, Hamid O, Hauschild A, Höller C, Lebbé C, Lee RJ, Long GV, Lorigan P, Muñoz Couselo E, Nathan P, Robert C, Romano E, Schadendorf D, Sondak V, Suijkerbuijk KPM, van Akkooi ACJ, Michielin O, Ascierto PA; ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org. Cutaneous melanoma: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2025 Jan;36(1):10-30. doi: 10.1016/j.annonc.2024.11.006. Epub 2024 Nov 14. PMID: 39550033; PMCID: PMC7618628.
8. Stacchiotti S, et al. Efficacy and biological activity of imatinib in metastatic dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP). *Clin Cancer Res.* 2016.
9. Uguru CC, et al. A synchronous presentation of malignant melanoma and dermatofibrosarcoma protuberans: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2020.
10. CARSON KF, WEN DR, LI PX, et al. Nodal nevi and cutaneous melanomas. *Am J Surg Pathol.* 1996;20(7):834-840.
11. McArthur GA, Flaherty KT, Long GV et al. Dabrafenib in patients with BRAF-mutant metastatic melanoma. *N Engl J Med.* 2012;367:1694-1703.
12. Scolyer RA, Long GV, Thompson JF. Evolving concepts in melanoma classification and staging. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(5):333-349.
13. Piepkorn MW. On the nature of melanocytic tumors of uncertain malignant potential (MELTUMP). *Am J Surg Pathol.* 2010;34(2):177-180.
14. Busam KJ. Sentinel lymph node biopsy for melanoma: diagnostic pitfalls and controversies. *Surg Pathol Clin.* 2011;4(1):49-66.

15. Soura E, Eliades PJ, Shannon K et al. Hereditary melanoma: update on syndromes and management. J Am Acad Dermatol. 2016;74(3):395–407.
16. Criscione VD, Weinstock MA. Melanoma thickness trends in the United States, 1988–2006. J Invest Dermatol. 2010;130(3):793–797.

Conflict de interese
NEDECLARATE

Conflict of interest
NONE DECLARED

Adresa de corespondență: Andrei Alexa
Spitalul Clinic Colentina, Secția Dermatologie II, București
Email: medicinamuncii@centromedica.ro

Correspondance address: Andrei Alexa
Colentina Clinical Hospital, Department of Dermatology II, Bucharest
Email: medicinamuncii@centromedica.ro