REVISTA VIRTUAL
SOCIEDAD PARAGUAYA DE MEDICINA INTERNA

REPORTE DE CASO

https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2026.e13142605

Melanoma cutáneo con debut ganglionar

Cutaneous melanoma with lymph node involvement

Braulio Mauricio Fleitas Goiriz[1], María Griselda Gómez Núñez [1], Diana Milagros Narváez Quinónez[1], María Belén Goiburu Chenú[2], Arnaldo Benjamín Feliciano Aldama Caballero[1]

[1] Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas, Cátedra y Servicio de Dermatología. San Lorenzo, Paraguay.
[2] Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas. Servicio de Anatomía Patológica. San Lorenzo, Paraguay

Editor responsable: *Raúl Real Delor. Universidad Nacional de Asunción, Paraguay.*

Revisor: *Romy Marlines Gómez Flores. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Centro Médico Nacional. Servicio de Oncología. Itauguá, Paraguay. Mail: magoflo69@hotmail.com*

Cómo referenciar este artículo: Fleitas Goiriz BM, Gómez Núñez MG, Narváez Quinónez DM, Goiburu Chenú MB, Aldama Caballero ABF. Melanoma cutáneo con debut ganglionar. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. 2026; 13 (1): e13142605

RESUMEN

Entre 9–10% de melanomas debutan con afectación ganglionar regional y el tumor primario puede pasar inadvertido. El examen cutáneo de cuerpo entero y la dermatoscopía permiten la detección de melanomas primarios sutiles, mientras que la estadificación según la AJCC 8ª· orienta al tratamiento específico. Presentamos el caso de un varón de 56 años con una masa axilar derecha de tres meses de evolución, de crecimiento rápido e inicialmente indolora. Además, presentaba una tumoración en el brazo derecho de un año de evolución, que consideraba banal.

Tras la evaluación dermatológica se realizó biopsia escisional de la tumoración del brazo derecho. La histopatología, tanto ganglionar como tumoral, y la estadificación por

Artículo recibido: *21 septiembre 2025*
Artículo aceptado: *13 noviembre 2025*

Autor correspondiente:
Dr. Braulio Mauricio Fleitas Goiriz
Correo electrónico: mauriciogoiriz@gmail.com

Dictamen:
https://www.revistaspmi.org.py/dictamenes/DIC2025/72_26_dictamen.pdf

Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

imágenes confirmaron el diagnóstico de melanoma nodular ulcerado con afectación ganglionar (estadio IIIB), por lo que se inició inmunoterapia adyuvante anti-PD-1. Este caso destaca la secuenciación diagnóstica y la búsqueda activa del tumor primario.

Palabras claves: melanoma, dermatoscopía, biopsia, metástasis linfática

ABSTRACT

Between 9–10% of melanomas present with regional lymph node involvement, and the primary tumor may go unnoticed. Whole-body skin examination and dermatoscopy allow for the detection of subtle primary melanomas, while staging according to the 8th edition of the AJCC guidelines guides specific treatment. We present the case of a 56-year-old man with a rapidly growing, initially painless mass in his right axilla that had been present for three months. He also had a tumor on his right arm that had been present for a year, which he considered trivial.

After dermatological evaluation, an excisional biopsy was performed on the tumor on his right arm. Histopathology, both lymph node and tumor, and imaging staging confirmed the diagnosis of ulcerated nodular melanoma with lymph node involvement (stage IIIB), and adjuvant anti-PD-1 immunotherapy was initiated. This case highlights the diagnostic sequence and active search for the primary tumor.

Keywords: melanoma, dermatoscopy, biopsy, lymphatic metastasis

INTRODUCCIÓN

El melanoma es un cáncer cutáneo originado de la transformación maligna de los melanocitos con alto potencial metastásico. Su pronóstico se relaciona con la profundidad tumoral (Breslow), la ulceración y la afectación ganglionar, parámetros integrados en la estadificación del Comité Conjunto Americano para el Cáncer (AJCC 8) [1,2]. Aunque la mayoría de los casos se diagnostican en enfermedad localizada, existe un grupo que debuta con afectación regional (adenopatía clínica o por imágenes) que corresponde al 9 a 10% de los casos [3,4].

Un problema adicional es que muchas lesiones primarias pasan desapercibidas, una proporción relevante es detectada por los propios pacientes y otras durante controles cutáneos de rutina [5]. Así mismo, la evaluación por dermatología, incorporando examen cutáneo de cuerpo entero y dermatoscopía, mejora la precisión diagnóstica y favorece la detección de tumores más precozmente en comparación con otras especialidades médicas [6,7].

Presentamos caso de un paciente de mediana edad que debuta con adenopatía axilar derecha de crecimiento rápido. Enfatizamos la importancia del examen cutáneo exhaustivo y de la adecuada secuenciación diagnóstica y terapéutica.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 56 años, con antecedente de accidente isquémico no secuelar, consulta inicialmente en el servicio de medicina interna por cuadro de 3 meses de evolución de tumoración axilar derecha que aumenta rápidamente de tamaño, indolora al inicio, pero que posteriormente le genera incomodidad. Al examen físico presentaba una tumoración única, redondeada, de aproximadamente 4

cm de diámetro, sólido-elástica, indolora, adherida a planos profundos (figura 1).

Se realizaron estudios complementarios, con los siguientes resultados.

Ecografía axilar derecha: imagen ovalada con pérdida del centro ecógeno y componente líquido sugestivo de necrosis. Hallazgos compatibles con linfadenopatía vs. metástasis.

Barrido tomográfico**:** adenomegalia captante en hueco axilar derecho, sin evidencia de metástasis a distancia.

Biopsia con tru-cut de ganglio axilar derecho: carcinoma pobremente diferenciado, probable proceso linfoproliferativo.

En el control, el paciente refiere cuadro de un año de evolución de tumoración en brazo derecho que no cura y aumenta de tamaño progresivamente, asintomático, por lo que es derivado al servicio de Dermatología. Al examen físico, se observa tumoración eritematosa con costra central redondeada de bordes regulares y límites netos de 6 mm de diámetro en brazo derecho (figura 2).



Figura 1. Examen físico: adenopatía axilar derecha.

Dermatoscopía: patrón multicomponente, coloración rosada. Presencia glóbulos marrón-azulados y áreas blancas sin estructura entre las 6 y 9 horas. Costras hemáticas con ulceración central. Vasos polimorficos: puntiformes entre las 3-4 horas y lineales tortuosos entre las 6-7 y 10 horas. (figura 3).

Se realiza biopsia escisional que retorna compatible con melanoma ulcerado de tipo nodular de 6 mm de diámetro, que invade hasta la dermis reticular (Clark IV), Breslow 1,5 mm. Márgenes quirúrgicos libres (figura 4). Clasificación pTNM (AJCC 8° edición): pT2b pN1b M0. Estadio IIIB.



Figura 2. Tumoración redondeada en brazo derecho.

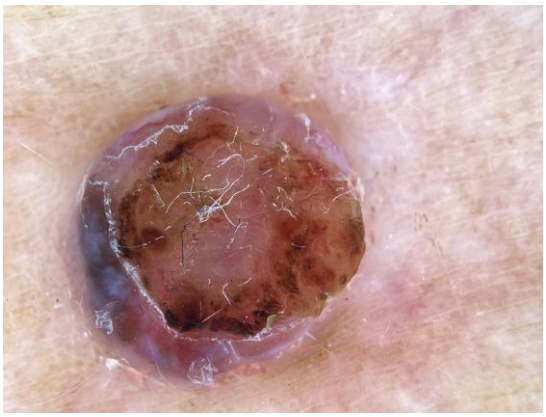


Figura 3. Dermatoscopía de la lesión, realizada con el Dermlite DL4

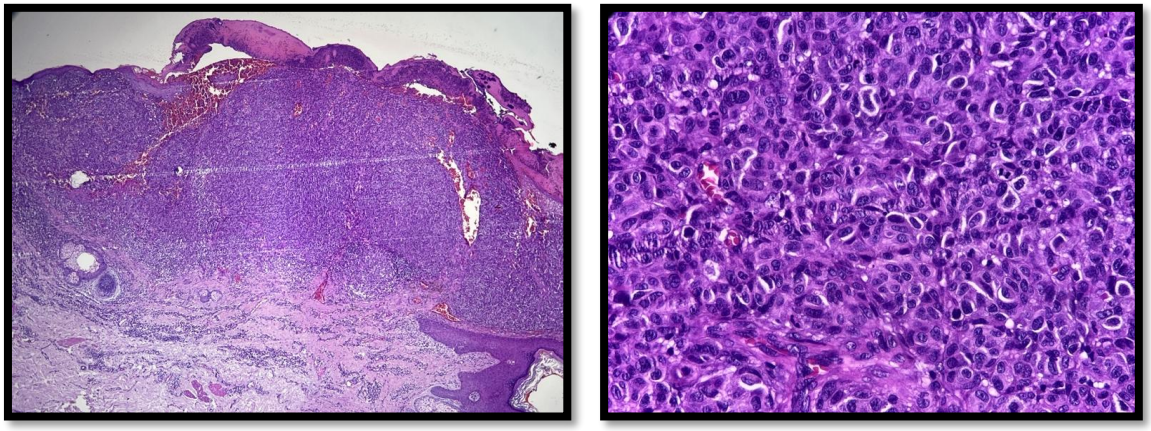


Figura 4. Tinción hematoxilina – eosina. a) Imagen a bajo aumento, donde se observa imagen nodular en dermis que desplaza otras estructuras hasta la dermis reticular con una ulceración epidérmica b) A mayor aumento se observan melanocitos atípicos con núcleos pleomorfos, melanocitos necróticos y múltiples mitosis.

El paciente fue derivado al Servicio de Oncología, donde inició tratamiento con pembrolizumab.

DISCUSIÓN

Este caso ilustra el caso de un melanoma cutáneo con presentación inicial ganglionar, una forma menos frecuente de debut. La presencia de una adenopatía axilar obliga a confirmar histológicamente el compromiso nodal, estadificar por imágenes y, en paralelo, realizar una búsqueda exhaustiva del tumor primario cutáneo para evitar clasificar erróneamente como melanoma de origen primario desconocido [8,9]. En presencia de un ganglio clínicamente positivo, las guías actuales no sugieren biopsia del ganglio centinela, y recomiendan priorizar PAAF o biopsia del ganglio, seguida de estadificación con tomografía computarizada y, cuando esté disponible o sea pertinente, PET-CT [2]. Esta secuencia acelera decisiones y evita procedimientos innecesarios.

La evaluación dermatológica cobra un papel decisivo porque una proporción relevante de melanomas se detecta en el ámbito dermatológico o por autoobservación. La dermatoscopía muestra mayor exactitud diagnóstica frente a la inspección clínica aislada y favorece el diagnóstico en estadios más tempranos [5,6]. En nuestro paciente, esta aproximación permitió identificar una lesión nodular ulcerada en el brazo derecho, confirmando el primario cutáneo y descartando un melanoma de foco primario desconocido.

Desde el punto de vista del pronóstico, los pilares de la AJCC 8° (profundidad, ulceración y afectación ganglionar), explican la estadificación como IIIB y el riesgo de recaída asociado [10]. Esto sustenta la indicación de inmunoterapia adyuvante con anti-PD-1 (pembrolizumab) durante 1 año la cual ha mostrado beneficios sostenidos en la supervivencia libre de recurrencia y de metástasis a distancia en el seguimiento a 7 años del EORTC 1325/KEYNOTE-054 [11]. Además, en casos resecables con compromiso nodal clínico, la estrategia neoadyuvante + adyuvante con pembrolizumab obtuvo superioridad en supervivencia libre de eventos frente a la adyuvancia sola, sin nuevos efectos adversos, lo que ha llevado a incorporarla como opción en guías recientes y subraya que el momento en el

que se realiza la inmunoterapia influye en el desenlace [2,12,13].

Es siempre importante en casos de biopsia ganglionar que sugiera tumor poco diferenciado realizar inmunohistoquímica (S100, SOX10, Melan-A, HMB-45) para diferenciar entre carcinoma indiferenciado o procesos linfoproliferativos [14]. Antes de determinar la estadificación siempre se deben descartar satélites, microsatélites y metástasis en tránsito en el miembro afectado, ya que modificaría la categoría N y puede cambiar el subestadio y la estrategia terapéutica [10].

Para concluir, este caso refuerza tres mensajes: 1) ante debut ganglionar, lo primero que se debe realizar es la confirmación histológica + estadificación por imagen, omitiendo la biopsia en ganglio positivo, 2) el examen cutáneo completo con dermatoscopía es decisivo para localizar primarios y realizar el diagnóstico, y 3) en estadio III resecado, la adyuvancia con anti PD-1 y, en casos seleccionados, la estrategia neoadyuvante + adyuvante se alinea con la evidencia actual.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés

Declaración de contribución de los autores

Todos los autores han participado de la redacción de este artículo y han dado su consentimiento para la publicación.

Financiamiento

Financiamiento propio

Disponibilidad de datos

Los datos utilizados en este estudio están disponibles previa solicitud al autor correspondiente: Dr. Braulio Mauricio Fleitas Goiriz, correo electrónico: mauriciogoiriz@gmail.com

Revisión por pares

Este artículo fue evaluado mediante proceso de revisión por pares a doble ciego, acorde a las políticas de transparencia editorial de la revista. Los revisores autorizaron que sus nombres y dictámenes fueran publicados. Las observaciones y comentarios emitidos por los revisores fueron considerados por los autores, quienes aplicaron las modificaciones necesarias a la versión final publicada. Los dictámenes de los revisores pueden consultarse en el siguiente enlace: https://www.revistaspmi.org.py/dictamenes/DIC2025/72_26_dictamen.pdf

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ahmed B, Qadir MI, Ghafoor S. Malignant melanoma: Skin cancer-diagnosis, prevention, and treatment. Crit Rev Eukaryot Gene Expr [Internet]. 2020 [cited 2024 Dec 10];30(4):291-7. Available from: http://www.dl.begellhouse.com/journals/6dbf508d3b17c437,7b107f23667462f0,6971f7cb0e03a2e5.html Subscription required

2. Amaral T, Ottaviano M, Arance A, Blank C, Chiarion-Sileni V, Donia M, et al. Cutaneous melanoma: ESMO clinical practice guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol [Internet]. 2025 [cited 2025 Sept 10];36(1):10-30. Available from: https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(24)04912-3/fulltext

3. National Cancer Institute. All cancer sites combined recent trends in SEER age-adjusted incidence rates, 2000-2022. [Internet]. USA: National Cancer Institute; 2025. [cited 2025 Sept 7]. Available from: https://seer.cancer.gov/statistics-network/explorer/application.html?site=53&data_type=1&graph_type=2&compareBy=stage&chk_stage_104=104&chk_stage_105=105&chk_stage_106=106&chk_stage_107=107&hdn_rate_type=1&sex=1&race=1&age_range=1&advopt_precision=1&advopt_show_ci=on&hdn_view=0&advopt_sho

w_apc=on&advopt_display=1#resultsRegion0
4. Okobi OE, Abreo E, Sams NP, Chukwuebuni OH, Tweneboa Amoako LA, Wiredu B, et al. Trends in melanoma incidence, prevalence, stage at diagnosis, and survival: An analysis of the United States Cancer Statistics (USCS) Database. Cureus [Internet]. 2024 [cited 2025 Sept 7];16(2): e70697. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39493095/
5. Watts CG, McLoughlin K, Goumas Ch, Van Kemenade CH, Aitken JF, Soyer HP, et al. Association between melanoma detected during routine skin checks and mortality. JAMA Dermatol [Internet]. 2021 [cited 2025 Sept 7];157(12):1425-36. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34730781/
6. Dinnes J, Deeks JJ, Chuchu N, Ferrante di Ruffano L, Matin RN, Thomson DR, et al. Dermoscopy, with and without visual inspection, for diagnosing melanoma in adults. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2018 [cited 2025 Sept 7];12(12):CD011902. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30521682/
7. Cortez JL, Fadadu RP, Konda S, Grimes B, Wei ML. Disparities in access for melanoma screening by region, specialty, and insurance: A cross-sectional audit study. JAAD Int [Internet]. 2022 [cited 2025 Sept 7];7:78-85. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35373156/
8. Scott JF , Gerstenblith MR. Melanoma of unknown primary. [Internet]. In: Noncutaneous melanoma. Brisbane (AU): Codon Publications; 2018. p. 99-116. [cited 2025 Sept 7]. Available from: https://exonpublications.com/index.php/exon/article/view/58
9. Swetter SM, Johnson D, Albertini MR, Barker ChA, Bateni S, Baumgartner J, et al. NCCN Guidelines® Insights: Melanoma: Cutaneous, Version 2.2024. J Natl Compr Canc Netw [Internet]. 2024 [cited 2025 Sept 7];22(5):290-8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39019054/
10. Gershenwald JE, Scolyer RA, Hess KR, Sondak VK, Long GV, Ross MI, et al. Melanoma staging: Evidence-based changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual. CA Cancer J Clin [Internet]. 2017 [cited 2025 Sept 7];67(6):472-92. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29028110/
11. Eggermont AM, Kicinski M, Blank ChU, Mandala 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 [Internet]. 2024 [cited 2025 Sept 7]; 211:114327. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39288737/ Subscription required
12. Sussman TA, Ott PA. Adjuvant immunotherapy for melanoma patients: progress and opportunities. ESMO Open [Internet]. 2024 [cited 2025 Sept 7];9(5):102962. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38626633/
13. Patel SP, Othus M, Chen Y, Wright GP, Yost KJ, Hyngstrom JR, et al. Neoadjuvant–Adjuvant or Adjuvant-Only Pembrolizumab in advanced melanoma. N Engl J Med [Internet]. 2023 [cited 2025 Sept 7];388(9):813-23. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36856617/
14. Prieto VG, Shea ChR. Immunohistochemistry of melanocytic proliferations. Arch Pathol Lab Med [Internet]. 2011 [cited 2025 Sept 7];135(7):853-9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21732774/