



Método de cribado de la lista de los 3 puntos de Soyer. La regla «salvavidas» en Atención Primaria

Mireia Serrano Manzano

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Martorell Rural. Barcelona.
Miembro del GdT de Dermatología de la CAMFiC.

David García Hernández

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Raval Nord. Barcelona.
Miembro del GdT de Dermatología de la CAMFiC.

Definición y utilidad en atención primaria

El método de la lista de los tres puntos de Soyer está basado en el análisis de patrones simplificado^{1,2}. Es fácil de aprender y supone un algoritmo dermatoscópico válido y reproducible, con alta sensibilidad para la detección de lesiones potencialmente malignas por parte de profesionales no expertos^{2,3}.

Se basa en el análisis de tres características de la lesión visualizada por dermatoscopia (tabla 1):

1. La **asimetría** de estructuras o colores (puntuá 1 punto).
2. La presencia de **red o retículo pigmentado atípico** (puntuá 1 punto).
3. La **observación de estructuras azul-blancas** (puntuá 1 punto).

La existencia de dos o tres de estos criterios sugiere una alta probabilidad de cáncer cutáneo (incluyendo el carcinoma basocelular y el melanoma) y se recomienda la extirpación de dichas lesiones².

Ha sido estudiado en médicos de familia y dermatólogos

no expertos en dermatoscopia^{4,5}. Se ha demostrado que, al utilizar el dermatoscopio habiendo recibido un entrenamiento básico de 4 horas, la regla de tres puntos aumenta la sensibilidad para detectar lesiones malignas del 69,7% al 96,3% en profesionales no expertos en dermatoscopia; aunque no mejora su especificidad. Dada la alta sensibilidad, este método se ha orientado para realizar el cribado y detección precoz de las lesiones cutáneas sospechosas de malignidad³. De hecho, es un buen método para iniciarse en la práctica de la dermatoscopia y se puede utilizar para el cribado de lesiones pigmentadas melanocíticas y no melanocíticas, no siendo necesario realizar previamente el primer paso del algoritmo del diagnóstico en dos etapas¹⁻⁵.

Por todo ello, la lista de los tres puntos se puede considerar una regla «salvavidas», que puede facilitar la detección precoz de lesiones potencialmente mortales, de una forma rápida y sencilla.

No obstante, esta regla presenta algunas limitaciones: no es útil para el diagnóstico de melanoma amelanótico y tiene menos validez en lesiones localizadas en zonas acrales, uñas, mucosas y cara⁶.

Punto 1: asimetría de estructuras o de colores

La asimetría de estructuras o de colores puede resultar difícil de interpretar al inicio de la práctica con el dermatoscopio. La presencia de asimetría puntuará con 1 punto, mientras que la simetría en colores y estructuras puntuará con un 0^{2,3}. No se ha de tener en cuenta la simetría morfológica de la lesión, sino que se valora la asimetría con respecto a la distribución de los colores y de las estructuras dentro de la lesión¹⁻³ (figura 1):

Si, al dividir la lesión por cualquier eje y su perpendicular, los cuadrantes resultantes presentan una distribución de

TABLA 1

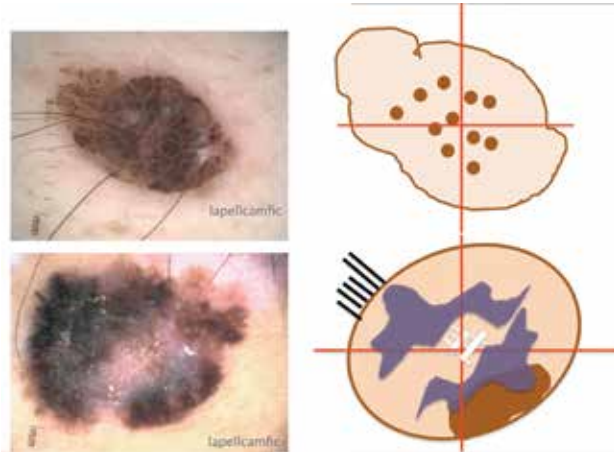
Definición de criterios dermatoscópicos para la lista de verificación de tres puntos. La presencia de más de un criterio sugiere una lesión sospechosa

Asimetría	Asimetría en color y/o estructuras en 1 o 2 ejes perpendiculares
Red pigmentada atípica	Red pigmentada con líneas gruesas y distribución irregular
Estructuras blanco-azuladas	Cualquier color azul y/o blanco dentro de la lesión

Fuente: GdT Dermatología CAMFiC

FIGURA 1

Regla de los 3 puntos. Punto 1: asimetría



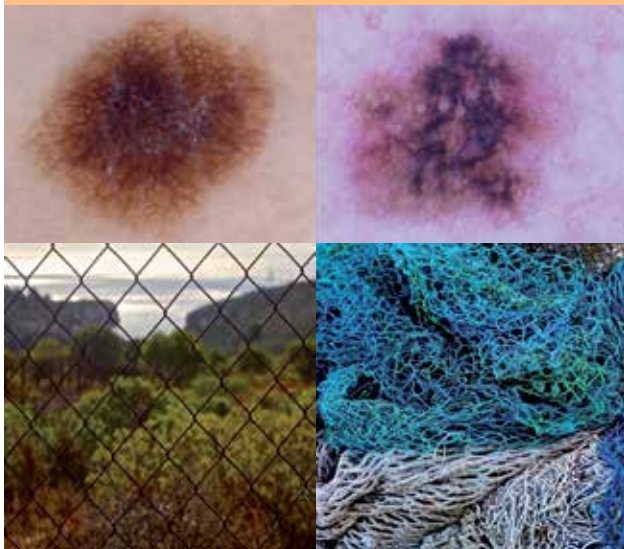
La lesión superior presenta unas estructuras y un color uniforme en toda la lesión, pese a tener una morfología más irregular que la inferior. La lesión inferior, aun siendo más redondeada, presenta una distribución asimétrica de sus estructuras y múltiples colores.
Fuente: GdT de Dermatología de la CAMFiC.

FIGURA 2

Regla de los 3 puntos. Punto 2: comparativa entre retículo pigmentado típico y atípico (y símiles con objetos)

Retículo pigmentado típico.
Presenta líneas regulares,
con orificios uniformes

Retículo pigmentado atípico.
Presenta líneas
burdas, de grosor irregular
y orificios no uniformes



Fuente: GdT de dermatología CAMFiC

Si, por el contrario, hay heterogeneidad de los colores y distribución de estructuras de forma disarmónica o estructuras diferentes, esta lesión se interpretará como asimétrica, independientemente de su contorno o forma^{2,3}. En este caso, puntuará con 1 punto.

Si, por el contrario, hay heterogeneidad de los colores y distribución de estructuras de forma disarmónica o estructuras diferentes, esta lesión se interpretará como asimétrica, independientemente de su contorno o forma^{2,3}. En este caso, puntuará con 1 punto.

Punto 2: presencia de retículo pigmentado atípico

La presencia de un retículo pigmentado atípico puntuará con un punto^{2,3}. En la red típica de pigmento se observan orificios regulares con líneas finas y de distribución armónica. En cambio, la red atípica de pigmento es un entramado burdo, con líneas gruesas y orificios irregulares en tamaño y distribución (figura 2).

Punto 3: presencia de estructuras azul-blancas

La observación de estructuras azul-blancas se puntuará con un punto^{2,3}. Las estructuras azul-blancas incluyen la presencia de cualquier tipo de color blanco o azul dentro de la lesión (figuras 3 y 4), como, por ejemplo: puntos

FIGURA 3

Regla de los 3 puntos. Punto 3: color azul



Se observa un velo azul-blanquecino (flecha) que añade 1 punto. Melanoma invasivo

FIGURA 4

Regla de los 3 puntos. Punto 3: color blanco



Se observa un color blanco (flecha) que añade 1 punto. Corresponde a un área de regresión en este melanoma

azules en pimienta (ocasionados por la presencia de macrófagos cargados de melanina presentes en un área de regresión), velo azul-blanquecino (significa nidos de células tumorales pigmentadas en dermis, en combinación con hiperqueratosis, en un melanoma invasor), cicatriz blanca nacarada (significa fibrosis en un área de regresión) o las estructuras azules que se pueden observar en carcinomas basocelulares (nidos ovales o glóbulos azul-gris).

Ejemplos prácticos: aplicar el algoritmo de los 3 puntos

Caso 1

Cuando una lesión es benigna

Mujer, de 46 años, peluquera de profesión. Su madre fue diagnosticada de melanoma *in situ* hace 3 años. No presenta otros antecedentes de interés. Acude porque se ha observado un lunar en la espalda y cree que le ha crecido en los últimos meses (figuras 5 y 6).

No hay que olvidar que se ha de realizar una evaluación general de la paciente y tener en cuenta que tiene un progenitor afectado de melanoma, siendo su fototipo 2-3. Se decide valorar el nevus marcado porque es el más grande y tiene morfología diferente al resto (signo del «patito feo»). Al aplicar la regla de 3 puntos en la imagen dermatoscópica se observa:

- Simetría de la lesión: 0 puntos
- Red de pigmento típica: 0 puntos
- No color azul ni blanco: 0 puntos

Así pues, se puede concluir que esta lesión tiene 0 puntos y, por lo tanto, no presenta criterios para ser considerada potencialmente maligna y derivarla a dermatología. En este caso, la lesión corresponde a un nevus juntural.

FIGURA 5

Imagen macroscópica



FIGURA 6

Imagen dermatoscópica



Caso 2

Cuando una lesión es sospechosa

Paciente de 62 años, con antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica grado 2, que acude a la consulta por la aparición de una disnea progresiva, desde hace 4 días hasta hacerse de pequeños esfuerzos. En la auscultación, llama la atención la siguiente lesión (figuras 7 y 8). Ni él ni su pareja recuerdan haberla visto nunca.

Al aplicar la regla de 3 puntos en la imagen dermatoscópica se observa:

- Asimetría de la lesión: 1 punto.
- Red de pigmento atípica: 1 punto.
- Color azul: 1 punto.

Así pues, se puede concluir que esta lesión tiene tres puntos y, por lo tanto, presenta criterios para ser considerada maligna y derivarla a dermatología. En este caso, hay que destacar que el paciente no consulta específicamente

FIGURA 7

Imagen macroscópica (irregular, asimétrica, heterocroma)



FIGURA 8

Imagen dermatoscópica



por esta lesión, pero su médico de familia ha realizado un gran trabajo a la hora de ser proactivo con respecto a la detección de cáncer de piel. Días más tarde, la lesión se pudo extirpar y la anatomía patológica confirmó que se trataba de un melanoma maligno.

Caso 3

Excepción de la regla. Patrón en estallido de estrellas

Paciente de 45 años, con hipotiroidismo subclínico, que acude para el control rutinario de los niveles de la hormona estimulante de la tiroides (TSH). En el transcurso de la visita, explica que hace 3 meses que tiene la lesión por la que consulta en el antebrazo (figuras 9 y 10).

Al aplicar la regla de 3 puntos en la imagen dermatoscópica se observa:

- Simetría de la lesión: 0 puntos.
- Red de pigmento típica: 0 puntos.
- No color azul ni blanco: 0 puntos.

FIGURA 9

Imagen macroscópica



FIGURA 10

Imagen dermatoscópica



La lesión puntuaría con 0 puntos, pero presenta un patrón con proyecciones denominado «en estallido de estrellas». Este patrón tiene la característica de presentar, de manera parcial o global, proyecciones o pseudópodos de forma radial a lo largo de toda su periferia. Al aplicar el algoritmo de los tres puntos, esta lesión no puntúa, pero requiere siempre derivación a dermatología para el estudio de anatomía patológica para su correcto diagnóstico. Esta lesión corresponde a un nevus de Spitz, muchas veces indistinguible de un melanoma maligno.

Caso 4

Excepción de la regla. Patrón azul homogéneo

Paciente de 48 años, sin antecedentes patológicos de interés. Acude para valorar una lesión macular azulada (figuras 11 y 12) que tiene en la zona malar derecha de 9 mm de diámetro. Está preocupada porque le recuerda a la que presentaba su vecina, a causa de la cual ha muerto recientemente.

Al aplicar la regla de 3 puntos en la imagen dermatoscópica se observa:

FIGURA 11

Imagen macroscópica



FIGURA 12



- Simetría de la lesión: 0 puntos.
- Red de pigmento típica: 0 puntos.
- Color azul: 1 punto.

La lesión puntuaría con 1 punto, pero presenta un patrón homogéneo azul. Este patrón puede ser benigno (si corresponde a un nevus azul y tiene una larga evolución sin cambios); pero también puede ser maligno (si corresponde a melanoma o metástasis de melanoma y tiene una evolución con aparición o cambios recientes). Así, siempre se ha de preguntar por la evolución de la lesión y por antecedentes de melanoma. Esta paciente presentaba la lesión desde hacía más de una década y no había tenido melanoma, por lo que la lesión se consideró benigna y se orientó como un nevus azul.

Conclusiones

- La regla de los 3 puntos de Soyer es un método fácil de aprender y supone un algoritmo dermatoscópico válido y reproducible con alta sensibilidad para el cribado de melanoma en Atención Primaria.
- Es una regla «salvavidas» de Atención Primaria que puede facilitar la detección precoz de lesiones potencialmente mortales.
- Se basa en el análisis de solo tres criterios: asimetría, retículo atípico y estructuras blanco-azuladas. Cada criterio puntúa con un punto. Si se obtienen dos o más, las lesiones se consideran potencialmente malignas.
- Es menos válida para lesiones en zonas acras, cara, uñas y mucosas. No es útil para el diagnóstico de melanoma amelanótico.
- En Atención Primaria se deberían tener en cuenta dos excepciones de esta regla: cuando hay proyecciones y en los casos de nevus azul.

Bibliografía

1. Malvehy J, Puig S, Braun RP, Marghoob AA, Kopf AW. Manual de dermatoscopia. Barcelona: Diagnosis Dermatológica SL; 2006.
2. Soyer HP, Argenziano G, Zalaudek I, Corona R, Sera F, Talamini R, et al. Three-point checklist of dermoscopy. A new screening method for early detection of melanoma. *Dermatology*. 2004;208:27-31.
3. Marghoob AA, Usatine RP, Jaimes N. Dermoscopy for the family physician. *Am Fam Physician*. 2013;88:441-50.
4. Argenziano G, Puig S, Zalaudek I, Sera F, Corona R, Alsina M, et al. Dermoscopy improves accuracy of primary care physicians to triage lesions suggestive of skin cancer. *J Clin Oncol*. 2006;24:1877-82.
5. Chen SC, Bravata DM, Weil E, Olkin I. A comparison of dermatologists and primary care physicians accuracy in diagnosing melanoma: A systematic review. *Arch Dermatol*. 2001;12:1627-34.
6. Alcántara PA, Menárguez JF. Dermoscopy in Atención Primaria. *AMF*. 2013;9(6):331-9.