

# Signo de Leser-Trélat sin evidencia

**LESER-TRÉLAT: NO EVIDENCE**



**Oct - Dic 2014 | Vol. 95 N°4**

Historia  
 Rev. argent. dermatol. 2014; 95 (4): 27 – 32.  
 Publicado en línea 2014, Diciembre / Published online December 2014.  
 Signo de Leser-Trélat sin evidencia

**Autores | Contacto**

**RE Achenbach**

\* Jefe de la Unidad Dermatología. Hospital General de Agudos  
 Dr. Ignacio Pirovano. Av. Monroe 3550 (1430). Ciudad  
 Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

E-mail: rachenbach@hotmail.com

No se declaran conflictos de interés.

Recibido: 06-10-2014

Aceptado para su publicación: 17-11-2014

**RESUMEN**

El signo de Leser-Trélat fue conocido como la erupción de queratosis seborreicas, asociadas a un cáncer interno. Las evidencias para tal asociación no son concluyentes en absoluto, las lesiones descritas por Leser fueron angiomas y no queratosis seborreicas y el primero en describir tal supuesta ligazón fue Höllander y no Leser. Una breve reseña de ambos autores es presentada y otro mito dermatológico debiera ser derrumbado.

**SUMMARY**

The sign of Leser-Trélat is abrupt appearance and rapid increase in size and number of seborrheic keratoses in the context of an associated internal malignancy. From its very inception, however, the sign of Leser-Trélat was beset by problems conceptual. For one, Leser and Trélat did not describe seborrheic keratoses in association with malignancy of an internal organ and, moreover, not a single picture of the lesions they described was published by them. In actuality, the original article concerned cherry hemangiomas. Moreover, no citations by Trélat pertained to what came to be known as the sign of Leser-Trélat. It was Höllander, in 1900, who was the first to suggest a relationship between sudden onset and widespread distribution of seborrheic keratoses on one hand and presence of a malignancy internally on the other.

**PALABRAS CLAVE**

*Signo de Leser-Trélat; Angiomas; Mito.*

**KEY WORDS**

*Leser-Trélat sign; Seborrheic keratosis; Myth.*

Al signo de Leser-Trélat se lo conoce clásicamente, como la aparición abrupta de queratosis seborreicas, en el contexto de una neoplasia interna. Sin embargo, desde su inicio no ha estado desprovisto de problemas conceptuales. Por un lado, Leser y Trélat no describieron queratosis seborreicas sino angiomas “cherry” (cereza) o “rubís”, según se pudo inferir dado que no hubo fotos clínicas.

Por otro lado, no existió cita alguna por parte de Trélat acerca del signo que hoy lleva su nombre. Fue Höllander en 1900, quien relacionó la aparición brusca de queratosis seborreicas y cáncer interno. Durante 80 años, muchos autores repitieron este signo como una característica para neoplasia, pero en 1989, Rampel y Scwengle “aplantan” la supuesta evidencia del mismo y lo consideran un mito. Concluyen, que es insuficiente la relación de la aparición de queratosis seborreicas en forma brusca, con cáncer interno. Estos autores comienzan por intentar definir qué es “eruptivo” cuestionándose el término, tanto por el número como por el tamaño de las queratosis; ambos pueden hallarse muy frecuentemente en personas añasas, por lo que no es sorprendente hallarlos conjuntamente. Muchos trabajos publicados carecían de fotografías que corroboraran las queratosis seborreicas; Schwarztt reconoce que no existía sólida evidencia para tal signo, pero aún así continúa definiéndolo como paraneoplásico.<sup>1-6</sup>

En 1992, Lindelöf examinó 1752 pacientes con queratosis seborreicas con el propósito de buscar neoplasias internas malignas; en 62 pacientes se halló cáncer un año antes o uno después; de estos 62 solo 6 podrían calificar como portadores del signo de Leser-Trélat. Admite que no hay evidencia de la asociación de las queratosis seborreicas y neoplasia interna, más allá de la aleatoria por la edad avanzada.

Grob y col comparan y controlan 81 pacientes con neoplasias sólidas de órganos internos y queratosis seborreicas y 82 pacientes sanos con queratosis seborreicas, concluyendo que el signo es solo una coincidencia. Hasta en la séptima edición del ortodoxo Fitzpatrick, se advierte que la evidencia que soporta el signo de Leser-Trélat es débil y se necesitan más estudios.<sup>1,8</sup>

En resumen, la conclusión final acerca de este signo es que no existe; en la ancianidad tanto las queratosis seborreicas como las neoplasias internas malignas son frecuentes y la colisión de ambas no es de extrañar; por otro lado, no está definido y probablemente nunca lo esté el carácter de “eruptivo” de las queratosis seborreicas; estas crecen progresiva y lentamente, aún cuando puedan aparecer cientos o miles de lesiones. A diferencia de los queratoacantomas eruptivos, las queratosis seborreicas no lo son. Por lo tanto, el signo no posee criterios sólidos para considerarlo una paraneoplasia, amén de que Leser y Trélat nunca aseveraron que lo sea, un mito más de la dermatología.<sup>8</sup>

Los hombres: Edmund Leser (1853-1916), nació en Münster, Westfalia, comenzó a estudiar leyes en Bonn pero al estallar la guerra entre Alemania y Francia en 1870, se alistó como oficial de artillería en el ejército alemán. En 1876, inicia sus estudios de Medicina en la Universidad de Leipzig, graduándose en 1880 y transformándose en asistente del famoso Richard von Volkmann, cirujano de la Universidad de Halle. En 1884, Leser completó su tesis titulada: “über ischaemische Muskellähmung und Contracturen” (acerca de la paresia y contractura de los músculos) y fue nombrado “Privatdozent” (conferencista). En 1890 publicó un libro de texto de cirugía, Leser’s Lehrbuch der speciellen Chirurgie in 50 Vorlesungen, traducido al español y ruso con cuatro ediciones. Nombrado Profesor asociado en 1894, dedicó la mayor parte de su vida a la práctica privada de la cirugía en Halle, en el final de su carrera se muda a Frankfurt, hasta su muerte en diciembre de 1916.

Lo que Leser describió en realidad y que lleva su nombre, no fueron queratosis seborreicas sino angiomas “cherry”; clínicamente las lesiones fueron descritas como neoplasias múltiples, pequeñas, rojo-azuladas, situadas mayormente en el tronco. Leser verificó el diagnóstico con el examen histopatológico que mostró capilares proliferados y dilatados. En un paciente que padecía un cáncer

de la cavidad bucal, constató 216 hemangiomas, que aparecieron en el curso de dos meses. Intrigado, se preguntó: ¿la existencia de estas lesiones en la piel eran un fenómeno frecuente en pacientes con carcinomas o malignidades? ¿son estas lesiones comunes en personas sanas? y por último: ¿pueden ser utilizadas con fines diagnósticos?

Para contestar estas preguntas, Leser examinó 50 pacientes con varios tipos de cáncer, incluyendo de: esófago, estómago, recto, hígado, mama, útero y piel y 300 pacientes con otras afecciones; encontró angiomas en cereza en todos salvo uno de los afectados con cáncer; en los libros de neoplasias malignas, los hemangiomas “cherry” eran menos frecuentes y numerosos y poseían edad más avanzada. Estos hallazgos le permitieron inferir que los angiomas de este tipo, originados a edad temprana, en gran número eran de importancia diagnóstica en la búsqueda de carcinomas. En personas aparentemente sanas, los angiomas se ven luego de los 50 años, mientras que en afectados de carcinomas, comienzan en más o menos número, a los 25 años.

Al momento de su publicación, Leser no estaba al tanto de lo escrito en la literatura francesa, acerca de los angiomas en pacientes con cáncer. Solo citó dos comunicaciones, una de 1900 por HW Freund y otra por Eugen Höllander. Freund había llamado la atención a la presencia de pequeñas lesiones de angiomas, “verrugas” marrón-oscuro y menos frecuentemente fibromas, lipomas y malformaciones vasculares profundas, en mujeres con cáncer genital.

Eugen Höllander: un asistente del cirujano, James Israelí en Berlín, describió tres tipos de lesiones cutáneas en pacientes con cáncer intestinal: angiomas pequeños, verrugas seborreicas e hiperpigmentación maculosa, que remedaban efélides pero eran más oscuras, hoy sabemos eran lentigos solares o queratosis seborreicas “clonales” (estadio inicial de una queratosis seborreica). La primera foto de lo que luego se llamó signo de Leser-Trélat, fue publicada en 1900 en un artículo de Höllander titulado: “contribución al diagnóstico precoz del cáncer intestinal” (“Beiträge zur Frühdiagnose des Darmcarcinoms”). La foto muestra lentigos solares, Höllander se refirió especialmente a un paciente que desarrolló múltiples queratosis seborreicas planas, en grandes sectores del cuerpo antes del cáncer intestinal. Luego de la cirugía del carcinoma no aparecieron más elementos en la piel y en la recaída del tumor, reaparecen las lesiones pigmentadas de la piel. Para Höllander el mayor poder predictivo eran estas lesiones planas, luego las queratosis seborreicas verrugosas y en tercer lugar los angiomas. Critica a Leser por no haber enfatizado este hecho, pero no efectúa ningún esfuerzo para estudiar la especificidad y sensibilidad de estas lesiones como indicadores de malignidad. Es curioso que hasta 1980 no se haya publicado ningún trabajo controlado, en el que se estudie la frecuencia de los angiomas y queratosis seborreicas, en pacientes con y sin cáncer, a excepción del de Leser en 1901.<sup>7-10</sup>

Ulysse Trélat (1829-1890): nace en París, su padre también médico del Salpêtrière y alcalde de París en 1871. Trélat hijo obtiene su título en 1844 y realiza externado e internado entre 1849 y 1852; defiende su tesis de doctorado en 1854 (“Des fractures de l’extrémité du fémur”).

Trabajó como asistente en anatomía, disector y conferencista sobre problemas quirúrgicos, especialmente alteraciones congénitas. Considerado escrupuloso cirujano y excelente “diagnosticador”, insistía en la asepsia durante sus intervenciones, siguiendo las sugerencias de Lister. Miembro de numerosas sociedades de cirugía, antropología e higiene. Durante la guerra de 1870-1871, trabajó como cirujano y recibe el premio de “Commander of the Legion of Honor” en 1889. Publicó numerosos artículos y un tratado de clínica quirúrgica. En el mismo observó una paciente con numerosos angiomas, que padecía un cáncer de mama (él los denominó “nevus”) y aseveró que eran más que una coincidencia; esta observación no fue publicada por sus alumnos póstumamente. Dos de sus estudiantes, Barette y Denucé, sin embargo, prestaron atención al hecho de los pequeños angiomas y el cáncer: Este último propuso, luego de intercambiar ideas con Trélat denominar “signo de Trélat” al hallazgo y extendió el signo al abdomen.<sup>11-15</sup>

Debemos enfatizar que las lesiones denominadas “nevus” eran angiomas y que fue Höllander y no Leser o Trélat, quien propuso que las queratosis seborreicas eruptivas estaban asociadas a cáncer interno. De esta forma otro mito dermatológico es derrumbado.<sup>8</sup>



Edmundo Leser (1853-1916)

## REFERENCIAS

1. Fitzpatrick TB. *Dermatology in General Medicine*. Cuarta Edición. New York: McGraw-Hill, Inc. 1993; 858.
2. Leser E. Ueber ein die Krebskrankheit beim Menschen häufig begleitendes, noch wenig gekanntes Symptom. *Munchener Med Wochenschr* 1901; 51: 2035-2036.
3. Höllander EV. Beiträge zur Frühdiagnose des Darmcarcinomas (Hereditätsverhältnisse und Hautveränderungen). *Dtsch Med Wochenschr* 1900; 26: 483-485.
4. Höllander E. Carcinom und Hautveränderungen. *Centralblatt Chirug* 1902; 29: 457-459.
5. Rampen FHJ y Scwengle LEM. The sign of Leser-Trélat: Does it exist? *J Am Acad Dermatol* 1989; 21: 50-55.
6. Lindelof B, Sigurgeirsson B y Melander S. Seborrheic keratoses and cancer. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26: 947-950.
7. Grob JJ, Rava MC y col. The Relation Between Seborrheic Keratoses and Malignant Solid Tumours. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1991; 71: 166-169.
8. Ackerman AB y Summa C. The sign of Leser-Trélat: Is the evidence for it compelling? *Demopat Pract Conc* 2002; 8: 2.

9. Schwengle LEM, Rampen FHJ y Wobbes TH. Seborrheic keratoses and internal malignancies. A case control study. Clin Exp Dermatol 1988; 13: 177-179.
10. Freund HW. Die Haut bei schwangeren und genitalkranken Frauen. Centralbl Chir 1900; 27: 370.
11. Monod C. Eloge d'Ulysse Trélat. Bulletin et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris. 1893; nouvelle série, XIX: 20-35.
12. De Boucaud JL. Contribution à l'étude des naevi considérés comme un signe de malignité dans les tumeurs (Signe de Trélat). Notamment dans les tumeurs malignes profondes de l'abdomen. Thèse pour le doctorat en médecine. Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux. Année 1903-1904. No. 118.
13. Huguet F. Les Professeurs de la Faculté de Médecine de Paris. Dictionnaire biographique, 1794-1939. CNRS: Paris, 1991.
14. Monod C. Eloge d'Ulysse Trélat. Bulletin et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris. 1893; nouvelle série, XIX: 20-35.
15. Fink AM, Filz D, Krajnik G, Jurecka W, Ludwig H y Steiner A. Seborrhoeic keratoses in patients with internal malignancies: a case-control study with prospective accrual of patients JEADV 2009; 23: 1316-1319