

## Signo de Leser-Trélat asociado a síndrome de Sézary y a carcinoma de células transicionales de vejiga

C. Martínez-Morán, C. Sanz-Muñoz y A. Miranda-Romero

Servicio de Dermatología. Facultad de Medicina. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

*Sr. Director:*

El signo de Leser-Trélat (LT) se caracteriza por la aparición súbita y el rápido crecimiento en número y tamaño de múltiples QS, relacionado con una neoplasia subyacente<sup>1,2</sup>, que a veces se acompaña de prurito y se asocia de forma frecuente a acantosis nigricans<sup>3</sup>.

Presentamos el caso de un varón de 63 años, diagnosticado de micosis fungoide en estadio de placa, que durante el tratamiento con fototerapia desarrolla un cuadro de intenso eritema y engrosamiento cutáneo generalizado (fig. 1) acompañados de prurito severo. Tras la realización de biopsias cutáneas,



Numerosas pápulas grisáceas localizadas en tórax y abdomen con eritrodermia y engrosamiento cutáneo.

tomografía axial computarizada (TAC) y aspirado de médula ósea se diagnostica al paciente de un síndrome de Sézary. En este momento apreciamos la



Imagen que muestra el aspecto de la piel del paciente tras el tratamiento de ambas neoplasias. No se observa el eritema y el engrosamiento cutáneo de las imágenes previas y las queratosis seborreicas han desaparecido.

existencia de más de 100 pápulas queratósicas, hiperpigmentadas, suaves al tacto de 1-2 cm localizadas en tronco (fig. 1) que el paciente no presentaba un mes antes. Extirpamos una lesión del tronco y en la biopsia se confirma que se trata de una queratosis seborreica. Simultáneamente en un estudio llevado a cabo por el Servicio de Urología, se diagnostica al paciente de un carcinoma de células transicionales de vejiga. Al iniciar el tratamiento quimioterápico y las instilaciones vesicales con bleomicina, las queratosis seborreicas desaparecen por completo (fig. 2) en un periodo inferior a dos meses. Con todos estos datos diagnosticamos al paciente de un signo de LT que pudiera estar relacionado con cualquiera de las dos neoplasias o con ambas.

Debido a que las QS y los tumores malignos son dos patologías frecuentes en pacientes de edad avanzada, algunos autores dudan de la existencia de este signo, ya que no descartan que la coexistencia de ambas sea casual. Sin embargo, es importante destacar que aunque las QS constituyen una patología frecuente en determinados grupos de edad, no es su aparición de manera eruptiva.

En cuanto a la patogenia del signo de LT se plantean varias hipótesis que tienen en común el hecho de considerar la posibilidad de que el tumor secreta algún factor de crecimiento que estimule la formación de estas lesiones<sup>1,4-6</sup> y que podría explicar la asociación de AN y LT.

En lo que se refiere a la asociación de este signo con los distintos tipos de tumores y su lugar de origen, se ha descrito su relación con adenocarcinoma y carcinoma escamoso de pulmón<sup>3</sup>, leiomiomas<sup>1</sup>, melanoma<sup>7,8</sup>, linfomas y leucemias y SS<sup>2,5,9-11</sup>, y sólo un caso hasta la fecha de carcinoma transicional de vejiga<sup>12</sup>, aunque los tumores más frecuentes son los adenocarcinomas con más de 50 asociaciones publicadas. Entre éstos destaca el adenocarcinoma de estómago y otros del tubo digestivo, así como el de mama<sup>1</sup>.

El curso del signo de LT suele ser paralelo al de la neoplasia subyacente, sin embargo, en algunos casos publicados las lesiones no remiten con el tratamiento satisfactorio de ésta. En el caso de nuestro paciente las lesiones desaparecieron tras el tratamiento adecuado de ambas neoplasias y consideramos este hecho como un argumento más

para pensar que estamos ante un verdadero síndrome paraneoplásico.

## Bibliografía

1. Schwartz RA. Sign of Leser-Trélat. *J Am Acad Dermatol.* 1996;35:88-95.
2. Dantzig PI. Sign of Leser-Trélat. *Arch Dermatol.* 1973;108:700-1.
3. Heaphy MR Jr, Millns JL, Schroeter AL. The sign of Leser-Trélat in a case of adenocarcinoma of the lung. *J Am Acad Dermatol.* 2000;43(2 Pt 2): 386-90.
4. Heng MCY, Soo-Hoo K, Levine S, Petresek D. Linear seborrheic keratoses associated with underlying malignancy. *J Am Acad Dermatol.* 1988;18: 1316-21.
5. Horiuchi Y, Katsuoka K, Takezaki S, Nishiyama S. Study of epidermal growth activity in cultured human keratinocytes from peripheral-blood lymphocytes of a patient with Sézary syndrome associated with the Leser-Trélat sign. *Arch Dermatol Res.* 1985; 278:74-6.
6. Horiuchi Y, Katsuoka K, Tsukamoto K, Takezaki S. Leser-Trélat associated with Sézary syndrome. *Cutis.* 1985;36: 4009-10.
7. Ellis DL, Kafka SP, Chow JC, Nanney LB, Inman WH, Mc Cadden ME, et al. Melanoma, growth factors, acanthosis nigricans, the sign of Leser-Trélat and multiple acrochordons: a possible role for alpha-transforming growth factor in cutaneous paraneoplastic syndromes. *N Engl J Med.* 1987;317: 1582-7.
8. Fanti PA, Metri M, Patrizi A. The sign of Leser-Trélat associated with malignant melanoma. *Cutis.* 1989;44: 39-41.
9. Blázquez E, Fernández-López E, Fernández-Canedo I, de Unamuno P, Martín-Pascual A. Signo de Leser-Trélat asociado a síndrome de Sézary. *Actas Dermosifiliogr.* 2003;94: 309-12.
10. Cohen JH, Lessin SR, Vowels BR, Benoit B, Witmer WK, Rook AH. The sign of Leser-Trélat in association with Sézary syndrome: simultaneous disappearance of seborrheic keratoses and malignant T-cell clone during combined therapy with photopheresis and interferon alfa. *Arch Dermatol.* 1993;129:1213-4.
11. Ikari Y, Ohkura M, Morita M, Seki K, Kubota Y, Mizoguchi M. Leser-Trélat associated with Sézary syndrome. *J Dermatol.* 1995;22:62-7.
12. Yaniv R, Servadio Y, Feinstein A, Trau H. The sign of Leser-Trélat associated with transitional cell carcinoma of the urinary-bladder: a case report and short review. *Clin Exp Dermatol.* 1994;19:142-5.