

## Imágenes

# Síndrome de Stewart-Bluefarb asociado a una fístula arteriovenosa iatrogénica

## Stewart-Bluefarb syndrome associated with an iatrogenic arteriovenous fistula

Nicolás Silvestre Torner<sup>a,\*</sup>, Antonio Aguilar Martínez<sup>a</sup>, Sergio Tabbara Carrascosa<sup>a</sup>, Juan Carlos Herrero Berrón<sup>b</sup>, Andrea Suso<sup>b</sup> y Esther Gálvez González<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés (Madrid), España

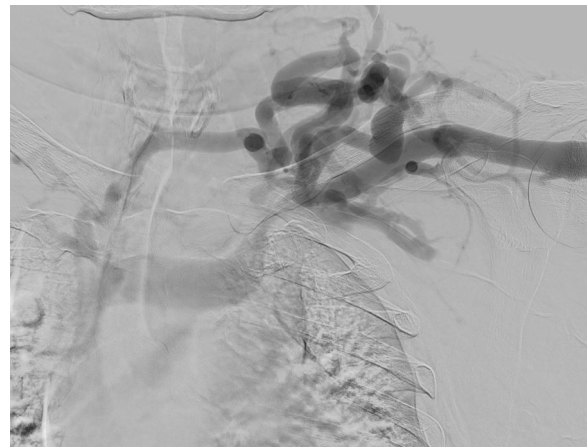
<sup>b</sup> Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés (Madrid), España

<sup>c</sup> Servicio de Radiología, Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, España

Se presenta el caso de un varón de 50 años, con antecedente de enfermedad renal crónica por probable glomerulosclerosis secundaria a la obesidad, en tratamiento desde hace años, con hemodiálisis a través de una fístula arteriovenosa húmero-cefálica izquierda. Presentaba edema crónico y cambios de estasis en miembro superior izquierdo por aumento de presión venosa en relación con obstrucción de la vena subclavia por síndrome del estrecho torácico confirmada mediante fistulografía (fig. 1) y angio-TAC (fig. 2).

Fue derivado a consulta de dermatología para valoración de una placa de crecimiento progresivo en el dorso de la mano izquierda, de aspecto verrucoso, con ulceración central, coloración marrón-violácea y bordes bien definidos (fig. 3). El estudio histológico mostró, en dermis superficial, múltiples capilares de pared gruesa revestidos por células endoteliales sin datos de atipia, así como extravasación de hematíes y presencia de hemosiderófagos (fig. 4). El cultivo microbiológico de la lesión cutánea fue negativo.

Se confirmó el diagnóstico de síndrome de Stewart-Bluefarb. Se decidió tratamiento conservador con curas seriadas, con resolución de la lesión a los meses de seguimiento.



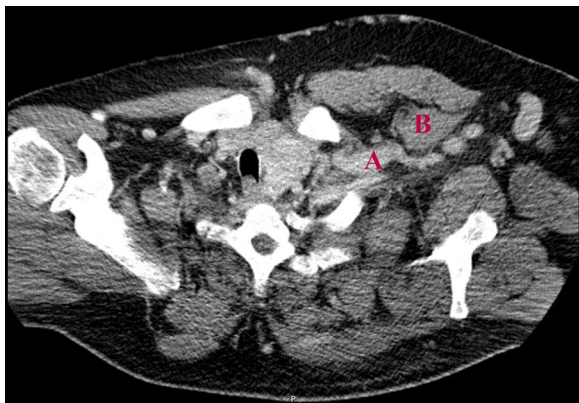
**Figura 1 –** Fistulografía. Estenosis central extrínseca de la vena céfala con redistribución del flujo a través de múltiples colaterales dilatadas en el hombro, que contactan con sistema yugular.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [nicolassilvestretorner@gmail.com](mailto:nicolassilvestretorner@gmail.com)  
(N. Silvestre Torner).

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2020.11.001>

0211-6995/© 2020 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



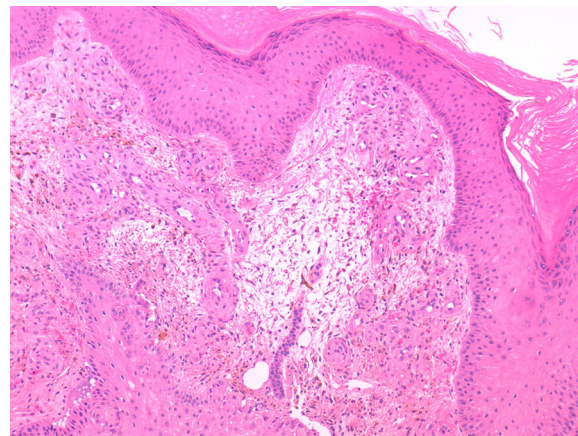
**Figura 2** – Angio-TAC. Afilamiento de vena subclavia izquierda (A) en su paso entre la clavícula y primera costilla, en relación con aumento del grosor del músculo subclavio y los escalenos anterior y medio (B).



**Figura 3** – Imagen clínica. Placa de aspecto verrucoso de coloración marrón-violácea con ulceración central, que ocupa la práctica totalidad del dorso de la mano izquierda. Edema e hiperpigmentación de miembro superior izquierdo.

El síndrome de Stewart-Bluefarb se clasifica, junto con la acroangiodermatitis de Mali, dentro del grupo de entidades clínicas conocidas como pseudosarcoma de Kaposi<sup>1</sup>.

Se trata de una enfermedad poco frecuente descrita, fundamentalmente, en relación con malformaciones arteriovenosas subyacentes. No obstante, la literatura recoge casos secun-



**Figura 4** – Biopsia cutánea. Hematoxilina-eosina 10x. Proliferación de capilares en dermis papilar asociada a extravasación hemática y hemosiderófagos.

darios a fístulas arteriovenosas iatrogénicas empleadas para el tratamiento con hemodiálisis<sup>2</sup>. Aunque su patogenia es todavía desconocida, se considera que el aumento de la presión venosa y la isquemia distal producida por el síndrome de robo arteriovenoso provocarían la proliferación de células endoteliales<sup>3</sup>.

La presentación clínica es variable, con lesiones únicas o múltiples, de color marrón-violáceo con crecimiento progresivo y posibilidad de ulceración secundaria. Cuando la enfermedad se desarrolla en pacientes dializados, las lesiones suelen presentarse en un miembro edematoso con otras alteraciones cutáneas de isquemia-estasis, como la hiperpigmentación o la hipertrichosis<sup>1,2</sup>.

Aunque el diagnóstico es eminentemente clínico, el estudio histopatológico y microbiológico permite descartar procesos neoplásicos, como el sarcoma de Kaposi o el carcinoma epidermoide, así como infecciones cutáneas crónicas, como las causadas por micobacterias atípicas.

En la mayoría de los casos, el tratamiento es conservador, basado en medidas de compresión y elevación del miembro que favorezcan el retorno venoso. Además, es fundamental el cuidado de las úlceras y el tratamiento de posibles sobreinfecciones. El tratamiento definitivo implicaría el cierre de la fístula arteriovenosa<sup>1</sup>.

Aunque es una entidad poco frecuente, el síndrome de Stewart-Bluefarb es una potencial complicación de las fístulas arteriovenosas que debe reconocerse en los pacientes dializados.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Hueso L, Llombart B, Alfaro-Rubio A, Serra-Guillén C, Requena C, González M, et al. Stewart-Bluefarb syndrome. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:545-8, [http://dx.doi.org/10.1016/s0001-7310\(07\)70130-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0001-7310(07)70130-8).

2. Goldblum OM, Kraus E, Bronner AK. Pseudo-Kaposi's sarcoma of the hand associated with an acquired, iatrogenic arteriovenous fistula. *Arch Dermatol.* 1985;121:1038-40.
3. Requena L, Fariña MC, Renedo G, Alvarez A, Yus ES, Sangueza OP. Intravascular and diffuse dermal reactive angioendotheliomatosis secondary to iatrogenic arteriovenous fistulas. *J Cutan Pathol.* 1999;26:159-64, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0560.1999.tb01822.x>.