

# Síndrome de robo vascular con fenómeno de Raynaud asociado

Vladimir Petkov Stoyanov<sup>1</sup>, M. José Gutiérrez Sánchez<sup>1</sup>,  
María del Carmen Jiménez Herrero<sup>1</sup>, Juan A. Martín Navarro<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Unidad de Hemodiálisis. Hospital del Tajo. Aranjuez, Madrid

<sup>2</sup> Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

NefroPlus 2018;10(2):79-80

© 2018 Sociedad Española de Nefrología. Servicios de edición de Elsevier España S.L.U.

Los pacientes en hemodiálisis presentan en un porcentaje significativo patología vascular grave. Una de las más llamativas es el síndrome de robo vascular asociado a fistula arteriovenosa (FAV), del cual exponemos este caso.

Se trata de un varón de 82 años, que inició hemodiálisis en el año 2003 por enfermedad renal crónica avanzada secundaria a nefropatía vascular hipertensiva. Presentaba cardiopatía hipertensiva e isquémica crónica con FEVI (fracción de eyección del ventrículo izquierdo) del 42%. Portador de marcapasos por bloqueo auriculoventricular completo, vasculopatía aterosclerótica difusa de miembros inferiores y estenosis carotídea bilateral. Exfumador de 50 paquetes/año y con EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica). Presentaba adenocarcinoma de colon y carcinoma papilar de vejiga previos. Comenzó a dializarse por una FAV nativa humerocefálica izquierda, con indicios de robo vascular y fallo precoz por trombosis, con extensión a arteria humeral. La recanalización arterial se efectuó mediante interposición de puente de PTFE (politetrafluoroetileno) que, debido a infección protésica posquirúrgica, se retiró y sustituyó por *bypass* húmero-humeral, con injerto de vena safena. El brazo derecho había sufrido trombosis venosas profundas previas (basílica y axilar) por venopunciones de repetición. Una vez resuelta la trombosis, y ante las limitadas opciones de un nuevo acceso vascular, se realizó FAV protésica humerobasílica derecha, que provocó un grave síndrome de robo intradiálisis, con frialdad, dolor distal y vasoespasmo asociado, y fenómeno de Raynaud, más llamativo en el tercer dedo de la mano derecha, que desencadenó graves trastornos tróficos crónicos sobre una base de insuficiencia vascular bilateral (figs. 1 y 2). Requirió li-



**Figura 1. Isquemia distal bilateral con fenómeno de Raynaud acentuada en el tercer dedo de la mano derecha (vista dorsal).**

gadura de esta y continuó dializándose inicialmente por catéter tunelizado subclavio izquierdo, hasta trombosis de la vena subclavia, y posteriormente por catéter permanente femoral.

El síndrome de robo se justifica por la disminución de la perfusión arterial distal del miembro, ya sea a consecuencia del mayor débito circulatorio venoso o por una insuficiencia vascular crónica. Se puede hallar hasta en un 73% de las fístulas nativas y en el 91% de las prótesis, y da clínica en hasta el 8% de casos<sup>1</sup>. Si se debe a un robo venoso, se trata disminuyendo el diámetro de la vena (*banding*), interponiendo una prótesis de Gore-Tex®

**Correspondencia: Juan A. Martín Navarro**

Servicio de Nefrología.

Hospital Universitario Infanta Leonor.

Gran Vía del Este, 80.

28031 Madrid.

juanmartinnav@hotmail.com

Revisión por expertos bajo la responsabilidad de la Sociedad Española de Nefrología.



**Figura 2. Isquemia distal bilateral con fenómeno de Raynaud acentuada en el tercer dedo de la mano derecha (vista palmar).**

o por anastomosis arterial a la zona distal de la anastomosis de la fístula. En algún caso se requiere ligar el acceso vascular, aunque un 20% de los pacientes mantienen neuropatía isquémica distal tras la ligadura<sup>2</sup>. Son predictores de su aparición la diabetes mellitus, las fístulas braquiomedianas, las anastomosis terminotermiales, el sexo femenino, el uso de inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina y venas de diámetro > 4 mm<sup>1,3</sup>. Cuando el proceso se enmarca en una vasculopatía periférica grave, con daño isquémico por vasoespasmo arterial y/o neuropático, puede acompañarse del fenómeno de Raynaud<sup>4</sup>. En la endotelopatía urémica hay un desequilibrio entre los factores vasodilatadores endoteliales y la acción vasomotora de células musculares lisas y *vasa nervorum* autónomos y sensitivos, que puede exacerbar el vasoespasmo. Este paciente conjugaba una grave y compleja vasculopatía, un prolongado tiempo en diálisis y una prótesis arteriovenosa.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mestres G, Fontseré N, Bofill R, García-Madrid C, García-Ortega N, Rojas F, et al. Treatment of vascular access-related steal syndrome by means of juxta-anastomotic vein interposition of a prosthetic graft segment. *Nefrologia*. 2014;34:235-42.
2. Rehfuss JP, Berceci SA, Barbey SM, He Y, Kubilis PS, Beck AW, et al. The spectrum of hand dysfunction after hemodialysis fistula placement. *Kidney Int Rep*. 2017;2:332-41.
3. Korn A, Alipour H, Zane J, Gray K, Ryan T, Kaji A, et al. Predictors of Steal in Hemodialysis Access. *Am Surg*. 2017;83:1099-102.
4. Czupryniak A, Kałużyńska A, Nowicki M, Wiecek B, Bald E, Owczarek D. Raynaud's phenomenon and endothelial dysfunction in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis. *Kidney Blood Press Res*. 2005;28:27-31.