

## Revisión

# Síndrome de Stewart Treves: revisión de literatura

## *Stewart Treves Syndrome: literature review*

Lilem Valerio-Gil<sup>1a</sup>, Vanessa Uclés-Villalobos<sup>2b</sup>

1. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Dr. Tony Facio Castro. Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica.
2. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica.
  - a. Médico General
  - b. Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.

**Recibido:** 27/10/2023

**Aprobado:** 15/12/2023

**Correspondencia:**

Lilem Valerio Gil

[lilemvalerio@hotmail.com](mailto:lilemvalerio@hotmail.com)

ORCID: 0000-0003-1005-3520

**Citar como:**

Valerio-Gil L, Uclés-Villalobos V. Síndrome de Stewart Treves: revisión de literatura. Rev Hisp Cienc Salud. 2024; 10(1): 32-39. DOI [10.56239/rhcs.2024.101.712](https://doi.org/10.56239/rhcs.2024.101.712)

**Resumen**

El síndrome de Stewart-Treves es una enfermedad muy rara y letal, caracterizada por lesiones tumorales infiltrantes en extremidades con linfedema. Se han reportado más de 400 casos en la literatura, con una incidencia entre el 0.07% y el 0.45%. Este síndrome se desarrolla principalmente en pacientes con linfedema secundario a mastectomía radical, radioterapia y disección de ganglios linfáticos axilares. La fisiopatología no es clara, pero se proponen la inmunosupresión local y la angiogénesis como mecanismos que conllevan a la transformación maligna. Su evolución es agresiva, con extensión local y metastásica. El diagnóstico diferencial se apoya en estudios de imagen y biopsia. El pronóstico es pobre, con una supervivencia del 10% al 33% a los 5 años. La terapia preventiva, que incluye tratamiento de celulitis, manejo del linfedema y uso de compresión, es el enfoque más prometedor actualmente.

**Palabras clave:**

Stewart-Treves; angiosarcoma; síndrome (Fuente: DECS-BIREME)

**Abstract**

Stewart-Treves syndrome is a very rare and lethal disease, characterized by infiltrative tumor lesions in limbs with lymphedema. More than 400 cases have been reported in the literature, with an incidence ranging from 0.07% to 0.45%. This syndrome mainly develops in patients with lymphedema secondary to radical mastectomy, radiotherapy, and axillary lymph node dissection. The pathophysiology is unclear, but local immunosuppression and angiogenesis are proposed mechanisms leading to malignant transformation. Its progression is aggressive, with local and metastatic spread. The differential diagnosis is supported by imaging studies and biopsy. The prognosis is poor, with a 5-year survival rate of 10% to 33%. Preventive therapy, including cellulitis treatment, proper lymphedema management, and compression use, is currently the most promising approach.

**Keywords:**

Stewart-Treves; angiosarcoma; syndrome (Source: NLM-MeSH)

1. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Dr. Tony Facio Castro. Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica.
2. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica.
  - a. Médico General
  - b. Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.

**Recibido:** 27/10/2023

**Aprobado:** 15/12/2023

**Correspondencia:**

Lilem Valerio Gil

[lilemvalerio@hotmail.com](mailto:lilemvalerio@hotmail.com)

ORCID: 0000-0003-1005-3520

**Citar como:**

Valerio-Gil L, Uclés-Villalobos V. Síndrome de Stewart Treves: revisión de literatura. Rev Hisp Cienc Salud. 2024; 10(1): 32-39. DOI [10.56239/rhcs.2024.101.712](https://doi.org/10.56239/rhcs.2024.101.712)

## Introducción

El síndrome de Stewart-Treves es una enfermedad rara y mortal, descrita como un linfangiosarcoma cutáneo que surge en una linfedema crónica, comúnmente secundario a una mastectomía y linfadenectomía axilar. Aunque los pacientes con cáncer de mama puedan ser candidatos a tratamientos curativos con cirugía y terapias adyuvantes, esta malignidad secundaria empeora significativamente su pronóstico.

Clásicamente asociado con la mastectomía, el término "síndrome de Stewart-Treves" puede aplicarse de manera más amplia al linfangiosarcoma que se desarrolla a partir de una obstrucción linfática crónica, ya sea congénita o adquirida. Originalmente considerado un linfangiosarcoma, estudios posteriores utilizando microscopía electrónica e inmunohistoquímica sugirieron que su origen era en los vasos sanguíneos en lugar del endotelio linfático, reclasificándolo como hemangiosarcoma. Sin embargo, investigaciones inmunohistoquímicas recientes han confirmado que la descripción original de Stewart y Treves del cáncer como linfangiosarcoma es correcta.

## Metodología:

Se realizó una búsqueda exhaustiva de literatura en la base de datos PubMed utilizando los siguientes términos de búsqueda: "Síndrome de Stewart-Treves", "angiosarcoma", "angiosarcoma de mama", "linfedema crónico" y "linfedema". Se incluyeron artículos

publicados entre los años 2000 y 2021, abarcando revisiones de literatura, reportes de casos clínicos y series de casos, en inglés o español. Un total de 30 artículos cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

## Generalidades:

Los sarcomas son tumores de tejido conjuntivo que comprenden aproximadamente el 1% de todos los tumores malignos. Se subdividen según el tejido de origen, siendo el angiosarcoma uno de ellos<sup>1,2</sup>. Los angiosarcomas son tumores malignos que se originan en el endotelio de los vasos sanguíneos y se asemejan a la estructura de estos; representan alrededor del 2% de los sarcomas<sup>3,4</sup>.

En 1906, Lowenstein publicó el primer caso de angiosarcoma asociado a linfedema crónico severo postraumático de cinco años de duración<sup>5</sup>. La primera descripción en inglés se atribuye a Kettle, quien en 1918 detalló un angiosarcoma en la pierna de una mujer de 44 años con elefantiasis desde la infancia<sup>2</sup>.

El síndrome de Stewart-Treves, o angiosarcoma secundario a obstrucción linfática crónica, es una enfermedad muy rara y letal. Fue descrita por primera vez en 1948 por Fred Stewart y Norman Treves, quienes reportaron seis casos de angiosarcoma en áreas con linfedema secundario a mastectomía, ocurridos entre cinco y once años después de una mastectomía radical<sup>1,6-9</sup>.

1. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Dr. Tony Facio Castro. Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica.
2. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica.
  - a. Médico General
  - b. Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.

**Recibido:** 27/10/2023

**Aprobado:** 15/12/2023

**Correspondencia:**

Lilem Valerio Gil

[lilemvalerio@hotmail.com](mailto:lilemvalerio@hotmail.com)

ORCID: 0000-0003-1005-3520

**Citar como:**

Valerio-Gil L, Uclés-Villalobos V. Síndrome de Stewart Treves: revisión de literatura. Rev Hisp Cienc Salud. 2024; 10(1): 32-39. DOI [10.56239/rhcs.2024.101.712](https://doi.org/10.56239/rhcs.2024.101.712)

## Epidemiología:

En la literatura se han descrito más de 400 casos del síndrome de Stewart-Treves, con una incidencia que varía entre el 0.07% y el 0.45% en pacientes con supervivencia mayor a cinco años después de una mastectomía, y una frecuencia esporádica de 1/3200 personas<sup>2,4,6,7</sup>. El riesgo de aparición del síndrome aumenta en un 15.9% en pacientes con cáncer de mama que han recibido radioterapia<sup>10</sup>.

Este angiosarcoma se desarrolla con mayor frecuencia en mujeres que han pasado por mastectomía y disección de ganglios linfáticos axilares, habiéndose descrito solo dos casos en hombres<sup>11</sup>. La edad promedio de aparición es de aproximadamente 60 años, con un pico de incidencia entre los 65 y 70 años, en consonancia con la tendencia de aparición del cáncer de mama<sup>2,4,12</sup>.

Recientemente, la incidencia del síndrome de Stewart-Treves ha disminuido considerablemente debido a los avances en las técnicas quirúrgicas y las terapias adyuvantes para el tratamiento del cáncer de mama<sup>2,6</sup>.

## Etiología

El linfedema crónico, tanto congénito como adquirido, se considera la causa más importante del síndrome de Stewart-Treves. Aunque este síndrome se desarrolla principalmente después de una mastectomía radical, también puede surgir a partir de linfedema congénito o adquirido debido a trauma, filariasis, linfoma idiopático, estasis venosa, obesidad mórbida, úlceras en miembros

inferiores e invasión inguinal por cáncer cervical o de pene<sup>7,10</sup>. Sin embargo, el edema cardiogénico o el edema por enfermedad renal crónica no están asociados con el síndrome<sup>10</sup>.

El síndrome de Stewart-Treves se presenta predominantemente en pacientes con linfedema secundario a mastectomía radical y en aquellos que han recibido radioterapia y disección de ganglios linfáticos axilares<sup>4,7,8</sup>. Se han reportado alteraciones genéticas, incluyendo el gen MYC y las mutaciones de los genes BRCA1 y BRCA2, que sugieren un mecanismo patogénico distinto en el contexto del linfedema subyacente, predisponiendo a los pacientes a desarrollar angiosarcoma tras el tratamiento oncológico<sup>3,11,13</sup>.

## Fisiopatología

La fisiopatología del síndrome de Stewart-Treves no está completamente clara. El linfedema se produce por un aumento de proteínas ricas en líquido intersticial debido a la interrupción del drenaje linfático. Esto crea un ambiente de inmunosupresión local y altera los mecanismos de vigilancia inmunitaria, deformando la respuesta inmune al dificultar el movimiento de las células inmunocompetentes y provocando drenaje linfático y sanguíneo colateral, angiogénesis y, eventualmente, malignidad<sup>10,14</sup>.

El área inmunológicamente debilitada se vuelve propensa a tumores malignos y vasculares debido a la continua angiogénesis<sup>14,15</sup>. Los vasos linfáticos en el borde del tumor forman una red

1. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Dr. Tony Facio Castro. Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica.
2. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica.
  - a. Médico General
  - b. Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.

**Recibido:** 27/10/2023

**Aprobado:** 15/12/2023

**Correspondencia:**

Lilem Valerio Gil

[lilemvalerio@hotmail.com](mailto:lilemvalerio@hotmail.com)

ORCID: 0000-0003-1005-3520

**Citar como:**

Valerio-Gil L, Uclés-Villalobos V. Síndrome de Stewart Treves: revisión de literatura. Rev Hisp Cienc Salud. 2024; 10(1): 32-39. DOI [10.56239/rhcs.2024.101.712](https://doi.org/10.56239/rhcs.2024.101.712)

irregular de canales bifurcados y lúmenes de tamaño variable. Múltiples espacios y vasos linfáticos se ubican en el centro, adyacentes al tumor<sup>10</sup>. La proliferación de vasos sanguíneos en un miembro linfadenomatoso se estimula a través de la activación de citoquinas, como el factor de crecimiento del endotelio vascular<sup>16</sup>.

La radioterapia contribuye a la esclerosis de los ganglios axilares, lo que conduce a linfedema local y, por ende, a un estado de inmunosupresión<sup>2-3</sup>. Este proceso genera la transformación maligna característica del síndrome.

### Clasificación y presentación clínica

El síndrome de Stewart-Treves se caracteriza por la aparición de lesiones tumorales infiltrantes en un miembro con linfedema, presentándose como múltiples nódulos color violáceo e indoloros, que pueden ocasionar hemorragias espontáneas y convertirse en placas o nódulos ulcerados<sup>1,3,6,17,18</sup>. Alrededor de los nódulos pueden desarrollarse pequeñas áreas satélite que se vuelven confluentes, a veces con componente buloso<sup>2</sup>.

La progresión del linfangiosarcoma conduce a atrofia de la epidermis, lo que provoca episodios de sangrado e infección. En la enfermedad avanzada, puede ser evidente la necrosis<sup>2</sup>. Los sitios más comunes de las lesiones son los brazos, seguidos por los antebrazos y codos, aunque en el 10% de los casos ocurren en otras localizaciones, como los miembros inferiores<sup>1,19,20</sup>.

La diseminación del linfangiosarcoma ocurre en el tejido subcutáneo, siguiendo las venas subcutáneas y extendiéndose más allá de la región proximal del miembro afectado<sup>19</sup>. Las metástasis pueden impactar cualquier órgano por vía hematogena, afectando con mayor frecuencia los pulmones y huesos, pero también el hígado, tejidos blandos y ganglios linfáticos<sup>1</sup>. El inicio suele ser tardío, con una media de 10 años después de la mastectomía, con un rango de presentación desde un año hasta 26 años<sup>6,7</sup>.

El curso clínico de la enfermedad se divide en tres fases según el sistema propuesto por McConnell y Haslam en 1959: la primera fase, que dura años, corresponde al desarrollo del linfedema; la segunda fase se caracteriza por la aparición de una angiomatosis premaligna sobre el linfedema; y la tercera fase corresponde a la degeneración sarcomatosa y la aparición del angiosarcoma propiamente dicho. Sin embargo, esta clasificación carece de aplicación universal<sup>2,21</sup>.

### Diagnóstico

El diagnóstico del síndrome de Stewart-Treves es un diagnóstico diferencial. La radiografía de tórax ayuda a identificar metástasis pulmonares y efusión pleural<sup>2</sup>. El ultrasonido puede mostrar lesiones hipo o hiperecogénicas con componentes quísticos debido a hemorragia. El doppler frecuentemente muestra shunts arteriovenosos<sup>8,22</sup>. Las imágenes en la tomografía computarizada son inespecíficas y muestran un tejido suave con atenuación

1. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Dr. Tony Facio Castro. Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica.
2. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica.
  - a. Médico General
  - b. Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.

**Recibido:** 27/10/2023

**Aprobado:** 15/12/2023

**Correspondencia:**

Lilem Valerio Gil

[lilemvalerio@hotmail.com](mailto:lilemvalerio@hotmail.com)

ORCID: 0000-0003-1005-3520

**Citar como:**

Valerio-Gil L, Uclés-Villalobos V. Síndrome de Stewart Treves: revisión de literatura. Rev Hisp Cienc Salud. 2024; 10(1): 32-39. DOI [10.56239/rhcs.2024.101.712](https://doi.org/10.56239/rhcs.2024.101.712)

similar al músculo<sup>22</sup>. La resonancia magnética se recomienda para evaluar la extensión local en los tumores de partes blandas, aunque su valor disminuye para definir los límites marginales en este tipo de tumor<sup>3, 17, 23, 24</sup>. El diagnóstico final depende de la biopsia de las lesiones sospechosas en la piel y tejido celular subcutáneo<sup>17, 23</sup>.

A nivel histopatológico, los hallazgos pueden variar, pero comúnmente se observan células endoteliales redondas u ovaladas, protuberantes y proyectadas en el lumen de vasos sanguíneos, con eritrocitos dentro de los canales. La epidermis puede ser hiperqueratósica o atrófica. También puede haber proliferación de fibras reticulares y tejido endotelial irregular y anastomosado en las áreas más diferenciadas, así como tejido epitelioides atípico y masas fusiformes en zonas menos diferenciadas, con células experimentando cambios mitóticos<sup>2, 8</sup>. Los estudios inmunopatológicos indican tinción positiva para marcadores de células endoteliales que comprenden laminina y anticuerpos contra CD31 y CD34<sup>1, 6-8, 10, 25</sup>. La amplificación de genes de alto nivel de MYC es también un hallazgo común en el angiosarcoma cutáneo que se desarrolla después de linfedema crónico o irradiación<sup>7</sup>.

### Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial del síndrome de Stewart-Treves incluye varias enfermedades vasculares benignas y malignas. Deben considerarse equimosis traumática, angioedema adquirido, angioendoteliomatosis,

linfangiectasia, linfangioma, linfangioendotelioma benigno, melanoma maligno y carcinoma metastásico en la piel<sup>2, 8</sup>. Entre las neoplasias linfáticas, el linfangioendotelioma benigno es un escenario raro pero confuso, caracterizado por proliferación vascular linfática que histopatológicamente simula un angiosarcoma cutáneo de bajo grado, con mejor pronóstico y sin invasión local ni metástasis<sup>2, 10</sup>. El linfangioma se compone de espacios linfáticos dilatados, parcialmente cubiertos por una capa de músculo liso y con agregados linfoides, con células endoteliales linfáticas atenuadas sin atipismo citológico<sup>11</sup>. La metástasis cutánea del cáncer de mama se confirma por la negatividad de los marcadores de diferenciación epitelial<sup>6, 7</sup>. El sarcoma de Kaposi se presenta como una proliferación de células endoteliales fusiformes con canales vasculares delgados y extravasación de glóbulos rojos<sup>2, 11</sup>. Las células de melanoma maligno son frecuentemente epitelioides o fusiformes, con pigmentos de melanina de variados tamaños y nucléolos prominentes, características distintivas del diagnóstico<sup>11</sup>. En contraste, el angiosarcoma es una proliferación endotelial atípica de células epitelioides y fusiformes, con figuras mitóticas y necrosis comunes<sup>2, 11</sup>.

### Tratamiento

Los angiosarcomas son tumores de alto grado que tienden a extenderse rápidamente y metastatizar a pulmones y la pared torácica, complicando el tratamiento y limitando el éxito del

1. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Dr. Tony Facio Castro. Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica.
2. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica.
  - a. Médico General
  - b. Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.

**Recibido:** 27/10/2023

**Aprobado:** 15/12/2023

**Correspondencia:**

Lilem Valerio Gil

[lilemvalerio@hotmail.com](mailto:lilemvalerio@hotmail.com)

ORCID: 0000-0003-1005-3520

**Citar como:**

Valerio-Gil L, Uclés-Villalobos V. Síndrome de Stewart Treves: revisión de literatura. Rev Hisp Cienc Salud. 2024; 10(1): 32-39. DOI [10.56239/rhcs.2024.101.712](https://doi.org/10.56239/rhcs.2024.101.712)

mismo<sup>6,26</sup>. La elección del tratamiento depende del pronóstico del tumor de mama subyacente y los deseos del paciente<sup>6</sup>. En formas localizadas, el tratamiento de elección es la cirugía radical. El manejo médico con quimioterapia y/o radioterapia es adyuvante de la cirugía, sin evidencia significativa de mejora en la supervivencia con estos tratamientos<sup>2,6,9</sup>. La quimioterapia sistémica se reserva para formas metastásicas e irsecables localmente avanzadas<sup>1</sup>. Si se detecta enfermedad metastásica en la tomografía computarizada antes de la cirugía, el manejo quirúrgico es solo paliativo<sup>2</sup>. Es importante destacar que la amputación no siempre garantiza la prevención de la recurrencia local, que puede ser común incluso después de resecciones quirúrgicas amplias<sup>8</sup>. La inmunoterapia es un tratamiento nuevo y se ha recomendado como paliativo en casos de derrame pleural causado por metástasis<sup>2</sup>. Otras alternativas terapéuticas como la radioterapia, quimioterapia con eribulina, interferón alfa, bleomicina, vinblastina, poliquimioterapia, perfusión aislada con factor de necrosis tumoral y melfalan no han mostrado cambios significativos en la supervivencia de estos pacientes<sup>2,5,9</sup>.

### Pronóstico

El pronóstico del síndrome de Stewart-Treves es pobre, con solo el 10% al 33% de los pacientes sobreviviendo a cinco años<sup>4,7,9</sup>. La supervivencia en pacientes no tratados es de unos meses posterior al diagnóstico, con una media de 5 a 8 meses<sup>2,3,6,26,27</sup>. Su evolución espontánea

se caracteriza por una gran agresividad tumoral que genera extensión locorregional por contigüidad a la extremidad y la pared torácica, asociado a extensión metastásica en los pulmones, con una incidencia de metástasis del 27% al 42% de los pacientes con angiosarcoma<sup>6,20</sup>. La diseminación metastásica se produce por vía sanguínea a pulmón, pleura, sistema nervioso central, hígado, huesos, tejidos blandos y ganglios linfáticos<sup>12,20</sup>. La mayoría de los pacientes mueren por metástasis a los dos años<sup>14,28,29</sup>. Factores de mal pronóstico incluyen edad avanzada, metástasis al momento del diagnóstico, tumores que surgen de órganos internos y los asociados con radiación previa<sup>11,12,30</sup>.

En conclusión, el síndrome de Stewart-Treves es una enfermedad altamente significativa debido a su elevada morbilidad y mortalidad, causando discapacidad y un deterioro significativo en la calidad de vida, además de conducir a la muerte en un corto período. Un diagnóstico temprano es fundamental para un manejo más efectivo del paciente, permitiendo la implementación de tratamientos que mejoren la supervivencia. La terapia preventiva representa el enfoque más prometedor en la actualidad, incluyendo el tratamiento de la celulitis para prevenir el bloqueo linfático y el manejo adecuado de la linfedema mediante terapias de gradiente de presión, mantenimiento de un peso adecuado, ejercicios, vendaje multicapa y uso de medias compresivas. Además, el control estricto de los

1. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Dr. Tony Facio Castro. Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica.
2. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica.
  - a. Médico General
  - b. Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.

**Recibido:** 27/10/2023

**Aprobado:** 15/12/2023

**Correspondencia:**

Lilem Valerio Gil

[lilemvalerio@hotmail.com](mailto:lilemvalerio@hotmail.com)

ORCID: 0000-0003-1005-3520

**Citar como:**

Valerio-Gil L, Uclés-Villalobos V. Síndrome de Stewart Treves: revisión de literatura. *Rev Hisp Cienc Salud.* 2024; 10(1): 32-39. DOI [10.56239/rhcs.2024.101.712](https://doi.org/10.56239/rhcs.2024.101.712)

pacientes con linfedema es crucial para identificar tempranamente lesiones sospechosas y establecer el tratamiento apropiado de forma oportuna.

**Financiamiento**

Autofinanciado

**Conflictos de interés**

Los autores niegan tener conflictos de interés.

**Referencias Bibliográficas**

1. Pegas E, Trino E, Melo D, Soares M. Stewart Treves Syndrome. *An Bras Dermatol.* 2015; 90(31): S229-S231.
2. Sharma A, Schwartz R. Stewart-Treves syndrome: Pathogenesis and Management. *J Am Acad Dermatol.* 2012; 67 (6): 1342-1348.
3. Vojtisek R, Sukovská E, Kylarová M, Kacerovská D, Baxa J, Divisová B, Fínek J. Stewart-Treves syndrome: Case report and literature review. *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy.* 2020; 25: 934–938.
4. Gülec A, Kütahya H, Karalezli N, Kacira B, Acar A. Stewart Treves Syndrome: A Case Report. *Oman Medical Journal.* 2014; 29 (2): 1-3.
5. Bassotti A, Driban N, Huczak L, Zaccaria S. Angiosarcoma en linfedema crónico posmastectomía. (Síndrome de Stewart-Treves). *Rav Med Univ.* 2008; 4 (4): 1-11.
6. Benmansour A, Laanaz S, Bougtab A. Stewart–Treves syndrome: a case report. *Pan African Medical Journal.* 2014; 19: 1-4.
7. Alan S, Aktas h, Faik O, Aktümen A, Erol H. Stewart Treves Syndrome in a Woman with Mastectomy. *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 2016, 10 (2): WD01-WD02.
8. Borman P, Yaman A, Gököz O. Stewart-Treves Syndrome: A Rare But Aggressive Complication of Breast Cancer-Related Lymphedema. *Eur J Breast Health* 2021; 17(4): 378-382.
9. Imura Y, Nagata S, Wakamatsu T, Tanaka T, Tamiya H, Naka n, Takenaka S. A case of Stewart Treves syndrome occurring in the abdominal wall successfully treated with eribulin: A case report. *Mol Clin Oncol.* 2020; 13 (49): 1-5.
10. Wang, L, Cui L, Gao Y, Jiang Z. Clinicopathologic features of Stewart-Treves syndrome. *Int J Clin Exp Pathol.* 2019; 12 (3): 680-688.
11. Cui L, Zhang J, Zhang X, Chang H, Qu C, Zhang J, Zhong D. Angiosarcoma (Stewart-Treves syndrome) in postmastectomy patients: report of 10 cases and review of literature. *Int J Clin Exp Pathol* 2015; 8 (9): 11108-11115.
12. Achenbach R, Pittaro E, Schroh R, Carassai M, Sánchez G. Linfangiosarcoma en un varón con linfedema crónico. *Rev. argent. dermatol.* 2014; 95 (1): 16-28.
13. Yoshida S, Fujimura T, Ohuchi K, Kambayashi Y, Segawa Y, Yamazaki E, Tono H, Takahashi T, Tsuchiyama K, Aiba S. IL-23 Expression in Stewart-Treves Syndrome: Two Case Reports and Immunohistochemical Investigation. *Case Rep Oncol.* 2020; 13: 462–467.
14. Linhares L, Rossato V. Stewart-Treves Syndrome as a Rare and Fatal Complication of Post-Traumatic Lymphedema on the Lower Extremity. *Dermatol Pract Concept.* 2021; 11 (2): 1-3.
15. McKeown D, Boland P. Stewart–Treves syndrome: a case report. *Ann R Coll Surg Engl.* 2013; 95: e80–e82.

1. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Dr. Tony Facio Castro. Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica.
2. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica.
  - a. Médico General
  - b. Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.

**Recibido:** 27/10/2023

**Aprobado:** 15/12/2023

**Correspondencia:**

Lilem Valerio Gil

[lilemvalerio@hotmail.com](mailto:lilemvalerio@hotmail.com)

ORCID: 0000-0003-1005-3520

**Citar como:**

Valerio-Gil L, Uclés-Villalobos V. Síndrome de Stewart Treves: revisión de literatura. *Rev Hisp Cienc Salud.* 2024; 10(1): 32-39. DOI [10.56239/rhcs.2024.101.712](https://doi.org/10.56239/rhcs.2024.101.712)

16. Van Esbeen L, Roquet-Gravy P. Improvement of Stewart-Treves angiosarcoma through interleukin 23p19 inhibition. *Jaad Case Reports.* 2021; 17: 84-86.
17. Abalo E, Plater P, Corinaldesi E, Rodríguez F. Linfangiosarcoma del miembro superior secundario a linfedema crónico postmastectomía. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol.* 2009; 75: 177-179.
18. Maldonado-Fernández N, López-Espada C, Sánchez-Rodríguez J, Rodríguez-Morata A, Fernández-Quesada F, Martínez-Gámez, Moreno-Escobar J, García-Róspide V. Síndrome de Stewart-Treves: linfangiosarcoma en linfedema crónico postmastectomía. *Angiología* 2002; 54 (6): 467-471.
19. Garcia da Veiga R, Macêdo do Nascimento B, Haber A, Cardoso de Brito A, Semblano M. Stewart-Treves Syndrome of the Lower Extremity. *An Bras Dermatol.* 2015; 90(3): S232-S234.
20. Chaney M, Piao X, Tahir N, Ying G, Omotosho Y, Farooqi A, Zahra F. Stewart-Treves Syndrome in Obesity-Associated Chronic Lymphedema: A Case Report. *Med Cases.* 2021; 12 (10): 395-399.
21. Martínez-Ramos D, Laguna J, García-Calvo R, Rivadulla I, Miralles J, Salvador J, Montero B. Linfangiosarcoma sobre un linfedema crónico postmastectomía: síndrome de Stewart-Treves. *Rev Senología Patol Mam.* 2007; 20 (2): 83-86.
22. Degrieck B, Crevits I. Cutaneous Angiosarcoma Postmastectomy (Stewart-Treves Syndrome). *Journal of the Belgian Society of Radiology.* 2018; 102 (1): 1-2.
23. Sánchez-Medina M, Aosta, A. Vilar J, Fernández-Palacios J, Angiosarcoma en linfedema crónico (síndrome de Stewart-Treves). *Actas Dermosifiliogr.* 2012; 103 (6): 545-560.
24. Bayón A, Almenar S, Giménez J. Merck B, Vásquez C. Linfangiosarcoma en paciente mastectomizada (síndrome de Stewart-Treves). *Rev Senología Patol Mam.* 2008; 21 (1): 34-37.
25. Echenique-Elizondo M, Tuneu-Valls A, Zubizarreta J, Lobo C. Síndrome de Stewart-Treves. *Cir Esp.* 2005; 78 (6): 382-384.
26. Silvariño R, Mérola V, Fígoli L, Romero C, Lapiedra J, Alonso J. Síndrome de Stewart-Treves: Caso clínico. *Rev Med Chile.* 2010; 138: 73-76.
27. Necial M, Sánchez S, Araújo M, de la Quintana M, Vásquez E, Pérez M. Transformación maligna de linfedema crónico en miembro inferior en linfangiosarcoma. *Angiología.* 2015; 67 (5): 424-426.
28. Kim P, Mufti A, Sachdeva M, Lytvyn Y, Zanihi-Pour D, Zaaroura H, Yeung J. Stewart-Treves syndrome and other cutaneous malignancies in the context of chronic lymphedema: a systematic review. *International Journal of Dermatology.* 2021; 1-9.
29. Gottfried R, Serang R, Chi D, Menco H. Stewart-Treves syndrome. *Radiology Case Reports.* 2012; 7 (4): 1-3.
30. Stanczyk M, Gewartowska M. Stewart-Treves syndrome. *Indian J Med Res.* 2014; 139: 179.

