

## Fenómeno de Raynaud en los dedos de los pies



**Belén Morales Franco**

Médica adjunta. Servicio de Urgencias. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza (Murcia).  
Gerencia del Área IX del Servicio Murciano de Salud.

**Mi paciente** es un varón joven, de 25 años, sin alergias ni antecedentes personales de interés, fumador de tabaco de 2,5 paquetes-años, que practica deporte habitual, consistente en saltar a la comba descalzo, y que consulta por episodios de palidez, frialdad y dolor de los dedos de los pies, de minutos de duración, desde hace meses, que aparecen estando sentado o tumbado y ceden al moverse, apoyar los pies en el suelo, meterlos en agua caliente o frotárselos.

Al explorarle los pies, no encontramos ningún hallazgo, por lo que lo dejamos sentado en la sala de espera hasta que refiere la aparición del dolor, confirmándose la clínica referida por el paciente, ya que se observa palidez del primero y segundo dedos del pie derecho y del primer dedo del pie izquierdo, con pulsos pedios normales. Tras sumergir los pies en agua templada durante 5 minutos, se aprecia eritema y, después, normalización del color de los dedos y desaparición del dolor (fig. 1). Tranquilizamos al paciente, solicitamos analítica y ecografía Doppler arterial de los pies.

Cuando recibimos los resultados de las pruebas complementarias, que son normales, pautamos tratamiento con recomendaciones de protección del frío, evitar el estrés emocional, abandonar el consumo de tabaco y los microtraumatismos de los pies, así como tratamiento oral con ácido acetilsalicílico



**FIGURA 1.** Imagen clínica de las lesiones de la piel de las piernas.

en dosis de 100 mg cada 24 horas y nifedipino en dosis de 10 mg cada 12 horas hasta nueva revisión.

Maurice Raynaud, en 1862, describió pacientes con ataques isquémicos transitorios, en zonas acras, causados habitualmente por frío o estrés<sup>1</sup>. Desde

entonces, se emplea el término *fenómeno de Raynaud* para definir estos episodios vasoespásticos, que se manifiestan en alguna parte del cuerpo, generalmente, las manos y los pies en dos fases. La primera es una fase isquémica, por disminución u oclusión del flujo capilar, que se manifiesta como cianosis o palidez, respectivamente, secundaria a una vasoconstricción de las arteriolas digitales aferentes. En muchas ocasiones, la disminución del flujo es más leve al inicio del episodio, lo que provoca cianosis y, después, se hace más intensa y llega a la obstrucción vascular completa, produciendo palidez. Las zonas isquémicas habitualmente están bien delimitadas, y suelen aparecer inicialmente solo en uno o varios dedos. Los episodios de isquemia pueden ser indoloros, pero, en los casos más graves, pueden acompañarse de dolor intenso agudo, sobre todo, cuando se produce oclusión total del flujo sanguíneo. En estas situaciones, pueden desencadenarse ulceraciones o necrosis. La segunda fase es la reperusión, cuando cede la vasoconstricción arteriolar. Cursa con eritema por la hiperemia reactiva. Puede acompañarse de parestesias y disestesias en los dedos<sup>1-3</sup>.

Tiene una distribución universal y afecta al 3-5 % de la población, aunque con variaciones geográficas, probablemente, debidas a las diferencias climáticas<sup>2,4</sup>. Aparece con mayor frecuencia en las mujeres, entre la segunda y la tercera décadas de la vida<sup>5</sup> y, aunque su etiología resulta desconocida, se relaciona con factores de riesgo como el consumo de tabaco y de alcohol, pero son los cambios de temperatura—fundamentalmente, el frío— y las alteraciones emocionales los factores precipitantes<sup>4</sup>. Parece ser que hay factores genéticos implicados por la asociación familiar y mayor concordancia hallada entre gemelos homocigotos (38 %) que en heterocigotos (18 %)<sup>1</sup>.

Se clasifica en primario (*enfermedad de Raynaud*) cuando se presenta aislado y no se asocia a una enfermedad de base, o secundario (*síndrome de Raynaud*) cuando es una manifestación más de otra

enfermedad, generalmente, enfermedades reumáticas<sup>1,5</sup>. La mayor parte de los casos son primarios (80 %)<sup>2</sup>. El riesgo de aparición de enfermedad autoinmunitaria asociada está entre el 6 y el 12 %, y el diagnóstico se realiza, generalmente, en los dos años siguientes al inicio de los síntomas<sup>1</sup>.

Para el diagnóstico, es suficiente una adecuada anamnesis y exploración física<sup>2</sup>. La capilaroscopia es una técnica de estudio que permite obtener imágenes directas *in vivo* de la microcirculación cutánea. Los principales instrumentos ópticos de bajo aumento son el estereomicroscopio, el dermatoscopio y el oftalmoscopio. Constituye un método accesible y no invasivo para analizar las anomalías microvasculares, por lo que puede utilizarse en niños y adultos. En la actualidad, se ha demostrado su utilidad en múltiples dolencias, principalmente, en el fenómeno de Raynaud y otras enfermedades autoinmunitarias<sup>6</sup>. En función de la edad de aparición, la gravedad del cuadro, la presencia de autoanticuerpos y el patrón de la capilaroscopia, se puede orientar el diagnóstico diferencial entre el fenómeno de Raynaud primario o secundario (tabla 1).

Si se sospecha que una arteria está obstruida, puede efectuarse una ecografía Doppler antes y después de la exposición al frío. También pueden realizarse análisis de sangre para detectar posibles enfermedades que puedan causar el síndrome de Raynaud (medición de la velocidad de sedimentación globular, de la proteína C-reactiva, de anticuerpos antinucleares y anti-ADN, del factor reumatoideo, de anticuerpos anticentrómero, de anticuerpos contra el péptido citrulinado anticorrosivo o de anticuerpos antiesclerodermia)<sup>2</sup>.

El tratamiento del síndrome de Raynaud incluye el uso de ropa de abrigo, evitar el frío y dejar de fumar<sup>1,2,7</sup>. Si esto no es suficiente, se pueden usar tratamientos farmacológicos como los antagonistas del calcio o los análogos de las prostaglandinas<sup>4</sup>. Sin embargo, hay pacientes que precisan probar otras terapias más agresivas como la simpatectomía<sup>5</sup> o la electroestimulación medular<sup>8</sup>.

TABLA 1. Características diferenciales entre el fenómeno de Raynaud primario y el secundario

	Primario	Secundario
Asociado a enfermedad autoinmunitaria	No	Sí
Edad de aparición de los síntomas	<40 años	>40 años
Afectación de manos/pies	Simétrica, bilateral	Asimétrica, unilateral
Aparición de úlceras o necrosis	No	Frecuente
Capilaroscopia	Normal	Dilataciones capilares, zonas sin capilares, hemorragias
Velocidad de sedimentación globular, proteína C-reactiva, anticuerpos antinucleares, anticuerpos anti-ADN, factor reumatoideo, anticuerpos anticentrómero, etc.	Negativos o bajos	Frecuentes

## BIBLIOGRAFÍA

- Joven BE y Carreira PE. Síndrome de Raynaud: etiología y manejo. *Reumatol Clin.* 2008;4(2):59-66. Disponible en: <https://www.reumatologiainformacion.org/es-pdf-S1699258X08718011>
- Koon KT. Síndrome de Raynaud. En: *Manual MSD para el profesional*. Rahway: Merck & Co., Inc.; 2019. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-cardiovasculares/enfermedades-arteriales-perif%C3%A9ricas/s%C3%ADndrome-de-raynaud>
- Milam EC, Ramachandran SM, Franks AG Jr. Raynaud phenomenon. *JAMA Dermatol.* 2015;151(12):1400.
- Tolosa C, Simeón CP, Gabarró L. El fenómeno de Raynaud. *Med Clí.* 2009;132(18):712-8.
- Franquelo P, Panadero A, González F, Losada S. Fenómeno de Raynaud. *Rev Clin Med Fam.* 2009;2(6):309-11.
- Ocampo-Garza SS, Villarreal-Alarcón MA, Villarreal-Treviño AV, Ocampo-Candiani J. Capilaroscopia: una herramienta diagnóstica valiosa. *Dermatol Práct.* 2019;110(5):347-52.
- Block JA, Sequeira W. Raynaud's phenomenon. *Lancet.* 2001;357(9273):2042-8.
- Mercader P, Rodríguez-Serna M, De Andrés J, García-Covisa N, Valia JC, Fortea JM. Tratamiento del fenómeno de Raynaud mediante electroestimulación medular. *Actas Dermosifiliogr.* 2003;94(7):450-3.