

## **FENOMENO DE RAYNAUD**

### **INTRODUCCIÓN**

Este fenómeno se caracteriza por episodios súbitos, transitorios y recurrentes de un cambio de coloración de los dedos de las manos y de los pies, aunque también puede afectar a otras zonas distales, como las orejas, los pezones o la nariz.

Existe una respuesta normal al frío consistente en vasoconstricción arterial, para evitar la pérdida de calor.

El fenómeno de Raynaud (FR) ocurre por una respuesta vasoespástica exagerada de las arterias digitales, arteriolas precapilares y shunts arteriovenosos subcutáneos desencadenada por el frío o por situaciones de estrés emocional.

Es un proceso secuencial que se caracteriza por:

1. Fase de palidez (dedos blancos): muy bien delimitada en los dedos.
2. Fase cianótica
3. Fase roja: hiperemia por reperfusión vascular

¡OJO! Si falta la fase blanca o pálida no es Raynaud.

Duración aproximada del fenómeno: 15 a 20 minutos

### **CLINICA**

**Sintomas:** sensación de fríos, dolor y parestias.

En casos graves puede provocar infartos de tejido, ulceraciones.

**Prevalencia:** aprox 5 %, algo mayor en mujeres.

### **DIAGNOSTICO:**

El diagnóstico es clínico. Se puede basar en 3 preguntas:

- a) ¿son sus dedos especialmente sensibles al frío?;
- b) ¿cambian de color cuando los expone al frío?;
- c) ¿se vuelven blancos o morados?

### **Diagnostico diferencial:**

- a) **Acrocianosis:** es la coloración cianótica persistente de los dedos, que afecta en forma simétrica manos y/o pies, acompañada de frialdad. Nunca presenta la fase de palidez y habitualmente no es dolorosa.
- b) **Eritromelalgia:** cuadro caracterizado por rubicundez, hipertermia y dolor en manos, asociado a exposición a calor, ejercicio o ingesta de alcohol.

### **Factores desencadenantes:**

- Exposición brusca al frío
- Cigarrillo
- Emociones fuertes

## **CLASIFICACION**

**Primario:** aproximadamente 80 % de los casos. Generalmente adolescentes, con crisis con curso benigno. Sin causa identificable, si bien se debe ser exhaustivo para descartar las causas secundarias. Su diagnostico y manejo corresponden a la atención primaria. En atención primaria se pueden usar los siguientes criterios para el diagnostico de FR primario:

- Crisis simetricas de palidez o cianosis distal desencadenados por el frio o el estrés.
- Pulsos periféricos simetricos e intensos
- Ausencia de lesiones cutáneas que indiquen edema, necrosis o gangrena local o de cualquier proceso subyacente,
- VHS normal

**Secundario:** las causas secundarias se pueden dividir según su origen en:

<u>Enfermedades autoinmunes:</u>	esclerodermia Enfermedad mixta del tejido conjuntivo Lupus eritematoso sistémico
<u>Fármacos y toxicos:</u>	derivados ergotaminicos Beta bloqueadores Nicotina
<u>Traumatismos:</u>	martillo neumático
<u>Enfermedades neoplasicas:</u>	policitemia vera, crioglobulinemia neoplasias malignas (pulmon, ovario, etc.)
<u>Enfermedad arterial:</u>	síndrome del opérculo torácico (unilateral)

### **Elementos que nos ayudan a diferenciar cuadro primario de secundario:**

	FR 1ario	FR 2 ario
Edad de inicio	<30 años	>30 años
Isquemia	simetrica	puede ser asimétrica
Síntomas	parentesias	dolor
Gravedad	leve	isquemia con ulceras o microinfartos
Evolución	estabilización o	mejoría      empeoramiento frecuente

## **TRATAMIENTO**

### **Objetivos del tratamiento:**

Evitar la causa que lo desencadena

Reducir al mínimo el número, la intensidad y la duración de los episodios de vasoespaso.

### **Medidas generales:**

- Evitar los ambientes fríos
- Protegerse con guantes, calcetines y ropa abrigada
- Evitar los medicamentos que causen o agraven el problema
- Suspender el cigarrillo

### **Tratamiento farmacológico:**

En general se utilizan medicamentos con efecto vasodilatador. Pueden ser usados en forma tópica o por vía sistémica.

- a) **Bloqueadores de los canales de calcio:** el más usado y estudiado ha sido el **nifedipino**. Disminuye el número de crisis en 66% y su intensidad en 35%. Se usa la forma retard en dosis inicial de 20 mg/día y se puede subir hasta un máximo de 120 mg/día.

El nifedipino se puede usar en crema al 2 o 3 %, con frecuencia de 3 a 4 veces al día. Esta no está disponible comercialmente y se la debe preparar a una farmacia.

- b) **Inhibidores del sistema renina-angiotensina (IECA) o antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II):** entre ellos los más usados han sido **enalapril** y **losartán**. Se usan cuando el efecto no es suficiente o hay efectos adversos con nifedipino.

- c) **Inhibidores de la fosfodiesterasa:** el **sildenafil** se puede usar si fallan los anteriores, aunque en ocasiones requiere dosis altas y puede ser mal tolerado.

### **CRITERIOS DE DERIVACION A ESPECIALIDAD Y CONTRARREFERENCIA:**

1. Raynaud refractario al tratamiento habitual bien llevado, en el que se han descartado la presencia de factores desencadenantes no controlados.
2. Raynaud unilateral o muy asimétrico. Este sugiere una causa de origen vascular arterial periférica, por lo que debe ser derivado a cirugía vascular.
3. Raynaud con características de ser secundario. El tratamiento del fenómeno de Raynaud debe ser iniciado a nivel de atención primaria, pero debe ser derivado para su evaluación y manejo más global. En sobre el 80% de los casos el fenómeno de Raynaud obedecerá a una enfermedad del tejido conectivo, por lo que se sugiere la derivación a reumatología.
4. Fenómeno de Raynaud, que luego de estar estable por mucho tiempo, cambia de intensidad sin causa aparente. Esto puede indicar la transición hacia una enfermedad del tejido conectivo y debe ser evaluado en reumatología.

Los pacientes complejos probablemente requerirán mantenerse en control en la especialidad. Los pacientes en quienes se resuelva el problema puntual que motivo la derivación, serán referidos nuevamente a atención primaria. En esta contrarreferencia se deberá dejar establecido:

- Diagnóstico (s) preciso (s).
- Tratamiento realizado en la especialidad.
- Tratamiento a seguir en atención primaria.
- Requerimiento de control (es) en la especialidad.
- Periodicidad de este requerimiento.

Dr. Francisco Radrigán Araya

Reumatología