

Fenómeno de Raynaud y artritis séptica

E.A. Serrano Lacouture

Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria Valladolid Este. Valladolid. España.

El fenómeno de Raynaud es una entidad más frecuente de lo que parece, con una prevalencia en España de aproximadamente el 3,7%. Su etiología es idiopática o primaria en un 50% de los casos (enfermedad de Raynaud) y en otro 50% está asociada a otras patologías (síndrome de Raynaud), siendo este último de peor pronóstico y de mayor comorbilidad. En la etiopatogenia del fenómeno de Raynaud intervienen la activación de receptores alfa-adrenérgicos y serotoninérgicos, así como diversos factores desencadenantes y/o enfermedades asociadas. Su diagnóstico se basa en la clínica, teniendo presente que hay que diferenciar la enfermedad del síndrome de Raynaud, lo que implica realizar valoraciones periódicas a los pacientes. En cuanto a su tratamiento, es importante evitar los factores desencadenantes relacionados y considerar la utilización de tratamiento farmacológico cuando sea necesario.

Palabras clave: fenómeno de Raynaud, enfermedad de Raynaud, síndrome de Raynaud, artritis séptica.

Raynaud's phenomenon is a more common disease than it appears to be, with an approximate prevalence in Spain of 3.7%. Its etiology is idiopathic or primary (Raynaud's disease) in 50% and it is associated to other diseases (Raynaud's syndrome) in the remaining 50%, the latter having a worse prognosis and greater comorbidity. Activation of the alpha-adrenergic and serotoninergic receptors and different precipitating factors and/or associated diseases participate in its etiopathogeny. Its diagnosis is based on symptoms, keeping in mind that it must be differentiated from Raynaud's syndrome. This involves periodic evaluations of the patients. In regards to its treatment, it is important to avoid the related precipitating factors and to consider the use of drug treatment when necessary.

Key words: Raynaud's phenomenon, Raynaud's disease, Raynaud's syndrome, septic arthritis.

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 28 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial¹, exfumador y enfermedad de Raynaud, que consulta al Servicio de Urgencias por dolor e inflamación de ambas manos, fiebre de 38º C horas antes de su consulta, y limitación funcional de la mano izquierda. Refiere episodios previos similares al proceso actual, de aparición durante los meses de clima frío, caracterizados por sensación de acoramiento, pinchazos, frío y posteriormente calor en los dedos de las manos. En algunas ocasiones se dio la aparición de lesiones ulcerosas, principalmente en dedos, que llegaban a sobreinfectarse. A la exploración presenta edema de ambas manos,

más acentuado en la izquierda, y piel atrófica con múltiples cicatrices en dedos y parte del dorso de las manos. En cuarto y quinto dedo de la mano izquierda presenta rubor, calor, dolor y secreción purulenta a través del quinto dedo (figs. 1-3). En Urgencias se le practica un doppler, con el que se demuestra ausencia de flujo en yemas de los dedos afectados. También se le hace una radiografía, donde se aprecia una disminución de la interlínea de la articulación interfalángica proximal del cuarto dedo de la mano izquierda, sin signos de osteomielitis. El paciente es ingresado, tratado con antibióticos endovenosos, antiinflamatorios y medios físicos (drenaje manual del absceso, mano elevada), con lo que se logra una evidente mejoría de su cuadro clínico.

DISCUSIÓN

El fenómeno de Raynaud se considera tan frecuente como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus, y las influencias climatológicas parecen desempeñar un papel importante. En España tiene una prevalencia del 3,7%². Se caracteriza por cambios intermitentes de la coloración cutánea distal (dedos de las manos y muy raramente en los

Correspondencia: E. Serrano Lacouture
Servicio de Urgencias.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
Avda. Ramón y Cajal, 3
47005 Valladolid.
Correo electrónico serlacmd@hotmail.com

Recibido el 19-02-07; aceptado para su publicación el 13-09-07.



Figura 1. Fotografía de ambas manos de un paciente con antecedente de fenómeno de Raynaud y diagnóstico de artritis séptica del cuarto dedo de la mano izquierda.



Figura 2. Artritis séptica del cuarto dedo de la mano izquierda en paciente con antecedente de fenómeno de Raynaud.

dedos de los pies), como palidez y/o cianosis, seguidas de coloración roja. La palidez se produce por un espasmo de las arteriolas, la cianosis es debida a un estancamiento de la circulación capilar, y el eritema se debe a la recuperación del flujo sanguíneo. La exposición al frío y algunas situaciones emocionales son los principales desencadenantes, aunque puede manifestarse de forma espontánea.

En un 50% de los casos el fenómeno de Raynaud aparece de forma idiopática o primaria (enfermedad de Raynaud), y en otro 50% de forma secundaria, asociado a otra patología (síndrome de Raynaud). La forma idiopática o primaria es más común en mujeres que en hombres, con una proporción de 4:1, y la forma secundaria se manifiesta de igual manera en ambos sexos. La enfermedad de Raynaud generalmente es progresiva y simétrica, con espasmos más frecuentes y más severos. El síndrome puede manifestarse de forma unilateral, asimétrico, y afectar solamente uno o dos dedos. Generalmente cursa con una mayor morbilidad y un peor pronóstico que la enfermedad.

Dentro de la patogenia³, en la enfermedad parece haber un aumento de la sensibilidad de los receptores alfa-2-adrenérgicos a nivel arteriolar, y en el síndrome los receptores serotoninérgicos tipo 5-HT2 parecen intervenir en el proceso, junto con otros desencadenantes y/o enfermedades asociadas, tales como microtraumatismos repetidos (actividades profesionales o deportivas), alteraciones he-



Figura 3. Artritis séptica de la articulación interfalángica proximal del cuarto dedo de la mano izquierda, con edema importante que compromete el riego.

matológicas (policitemia, trombocitemia, crioglobulinas, crioaglutininas), enfermedades del colágeno (esclerodermia), intoxicaciones por metales (arsénico, plomo, talio), enfermedad arterial oclusiva, medicamentos (ergotamina, bloqueadores beta), síndromes compresivos (costilla cervical, síndrome de los escalenos, síndrome del túnel del carpo, compresión costoclavicular), enfermedades del sistema nervioso (siringomelia, hemiplejia, tumores, neuritis periférica), trastornos inmunológicos (síndrome antifosfolipídico) y otras causas como el tabaquismo y la hipertensión pulmonar primaria.

Se diagnostica el fenómeno de Raynaud sin mayores dificultades realizando una buena anamnesis y exponiendo los dedos del paciente al frío. Una vez en este punto se debe investigar si se trata realmente de una enfermedad (idiopático o primario) o de un síndrome (secundario). Se hace diagnóstico de enfermedad de Raynaud cuando después de dos años de estudios no se encuentra patología asociada al fenómeno.

En algunas enfermedades el fenómeno de Raynaud puede aparecer meses o años antes que las manifestaciones propias de la enfermedad de base, como es el caso de la esclerodermia, en la que el fenómeno ocurre en el 80-95% de los casos. De ahí la importancia de realizar valoraciones periódicas a los pacientes, así como los estudios necesarios para diferenciar la enfermedad del síndrome. Debido a la alta asociación que existe entre el fenómeno de Raynaud y

la esclerodermia, siempre debe descartarse la existencia de esta última.

En cuanto al tratamiento del fenómeno de Raynaud, consiste principalmente en evitar los factores desencadenantes y agravantes (exposición al frío, situaciones emocionales, tabaquismo, fármacos vasoconstrictores), sin olvidar que la poca circulación puede resechar la piel favoreciendo la aparición de cortaduras, grietas o llagas que tardan en sanar, por lo que es de gran importancia el uso de cremas hidratantes y protegerse del frío. Por último, en el tratamiento farmacológico se han utilizado medicamentos vasoactivos como los bloqueantes de los canales de calcio (nifedipina, amlodipina, isradipina, entre otros), antagonistas de la serotonina, análogos de la prostaciclina y pentoxifilina, sin lograr grandes resultados.

BIBLIOGRAFÍA

- Grassi W, De Angelis R, Lapadula G, Leardini G, Scarpa R. Rheumatology International. Clinical diagnosis found in patients with Raynaud's phenomenon: a multicentre study. Volume 18, Number 1. Berlin/Heidelberg: Springer; 1998.
- Azcona Elizalbe JM, Lorente Navarro C. Enfermedades de las arterias. Arteriopatías funcionales. En: Farreras-Rozman. Medicina Interna. 14^a ed. Ediciones Harcourt, SA;2000.p.777-8.
- Domino FJ. 5-Minute Clinical Consult® (5-MCC™). Lippincott Williams & Wilkins;2006.