

CARTA CLÍNICA

Fenómeno de Raynaud secundario a un colirio antiglaucomatoso



Raynaud's phenomenon secondary to anti-glaucoma eye drops

Se trata de un paciente varón, de 42 años de edad, no fumador ni consumidor de otras drogas y sin otros factores de riesgo cardiovascular, que fue diagnosticado de glaucoma primario de ángulo abierto tras una revisión oftalmológica de rutina.

Fue sometido a una trabeculoplastia y tratado farmacológicamente con un colirio de dorzolamida/timolol 20 mg/ml + 5 mg/ml, una gota, 2 veces al día. Al cabo de 3 meses, en un intervalo aproximado de 4 semanas, presentó 3 episodios de fenómeno de Raynaud en ambas manos (en una ocasión también en varios dedos de los pies), no relacionados con la exposición al frío ni con alteraciones emocionales, que cedieron espontáneamente al cabo de 30-50 min (figs. 1 y 2).

Se remitió al paciente a su oftalmólogo de referencia. Dicho especialista retiró el fármaco y a partir de ese momento no ha vuelto a presentar nuevos eventos vasoespásticos.

Esta sospecha de reacción adversa se comunicó al Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano.

La prevalencia del glaucoma es, en mayores de 40 años, del 2-3%, y aumenta con la edad. El glaucoma primario de ángulo abierto es el más frecuente y supone un 60% de los casos diagnosticados. Inicialmente suele ser asintomático y evoluciona de forma insidiosa, de tal manera que la agudeza visual no se ve afectada hasta estadios avanzados. Dentro de las alternativas terapéuticas están los fármacos que disminuyen la presión intraocular (antagonistas betaadrenérgicos, agonistas adrenérgicos, prostanoïdes, inhibidores de la anhidrasa carbónica, parasimpaticomiméticos, otros). Habitualmente se inician en monoterapia por vía tópica, si bien, en ocasiones, puede ser necesario comenzar con un tratamiento farmacológico combinado¹.

El fenómeno de Raynaud consiste en un vasoespasmo episódico de las arterias y arteriolas distales, seguido de una vasodilatación y una reperfundación. Ello se traduce en pali-



Figura 1 Fenómeno de Raynaud en ambas manos no relacionado con la exposición al frío ni con alteraciones emocionales.



Figura 2 Cesión espontánea del fenómeno de Raynaud al cabo de 30-50 min.

dez, cianosis y eritema de los dedos tanto de las manos como de los pies, y más raramente también en las orejas y en la nariz. Suele desencadenarse por el frío o por estímulos emocionales. Los casos graves pueden dar lugar a lesiones isquémicas irreversibles. Cuando no se asocia a ninguna etiología conocida se denomina primario, mientras que se consideran secundarios aquellos casos relacionados con otros problemas de salud, como, por ejemplo, enfermeda-

des autoinmunes o los provocados por fármacos y sustancias tóxicas (ergotamina, simpaticomiméticos, betabloqueantes, cocaína, etc.)².

En efecto, es de sobra conocido que los betabloqueantes por vía sistémica, debido a su capacidad vasoconstrictora (y a otros efectos farmacológicos), pueden desencadenar el fenómeno de Raynaud³, si bien este hecho es excepcional cuando se administran por vía tópica y, por tanto, no se suele tener en cuenta en la práctica clínica habitual. La ficha técnica del fármaco⁴ considera esta reacción adversa como rara ($\geq 1/10.000$, $< 1/1.000$ tratamientos). En este mismo sentido, es mínimo el número de casos documentados en PubMed, a pesar de que el uso de timolol tópico en oftalmología se inició hace más de 40 años.

El primer caso descrito del fenómeno de Raynaud secundario a un colirio de timolol⁵ fue en 1990. Por razones obvias, el riesgo teórico debería ser mayor si el betabloqueante se asocia a otro tipo de fármaco con efecto vasoconstrictor como es el caso de la brimonidina, que tiene acción simpaticomimética⁶. En nuestro país existen colirios comercializados con esta combinación farmacológica.

Para complicar aún más las cosas, también se sabe que existe una asociación previa entre el vasoespasmo y el glaucoma, fundamentalmente el de tensión normal⁷. Es más, se ha comprobado la asociación de determinados tipos de glaucoma con algunos factores de riesgo y problemas cardiovasculares, como la hipertensión arterial, dislipidemias, tabaquismo, fenómenos vasoespásticos, enfermedad cerebrovascular y cardiopatía isquémica⁸.

La principal conclusión práctica que se desprende es la necesidad de una prescripción cautelosa de los colirios en cuya composición se incluya un betabloqueante, en aquellos pacientes que tengan antecedentes de enfermedad arterial periférica, fenómeno de Raynaud y otro tipo de evento vasoespástico, como pudiera ser la angina de Prinzmetal o el accidente isquémico transitorio.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de

los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

No existe por parte de ningún autor.

Bibliografía

1. Maceira Rozas MC, de la Fuente Cid R. Canaloplastia en el glaucoma de ángulo abierto. Serie Avaluación de Tecnoloxías. Consultas Técnicas; CT2013/01. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade, Axencia de Avaluación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, avalia-t; 2013.
2. Iglesias Otero M, Portela Romero M, Bugarín González R, Ventura Victoria MA. Metilfenidato y fenómeno de Raynaud secundario. *Semergen*. 2013;39:330-4.
3. Eliasson K, Lins LE, Sundqvist K. Vasospastic phenomena in patients treated with beta-adrenoceptor blocking agents. *Acta Med Scand Suppl*. 1979;628:39-46.
4. Ficha Técnica Cosopt PF 20 mg/ml + 5 mg/ml colirio en solución en envase monodosis [consultado 27 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/73508/73508.ft.pdf>
5. Meuche C, Heidrich H, Bleckmann H. Raynaud syndrome following timolol-containing eyedrops. *Fortschr Ophthalmol*. 1990;87:45-7.
6. Kerr NM, Gross KA, Tombleson M, Danesh-Meyer HV. Combination brimonidine and timolol. *Ophthalmology*. 2010;117:193.
7. Broadway DC, Drance SM. Glaucoma and vasospasm. *Br J Ophthalmol*. 1998;82:862-70.
8. Belzunce A, Casellas M. Factores de riesgo vascular en el glaucoma primario de ángulo abierto. *An Sist Sanit Navar*. 2004;27:335-44.

R. Bugarín-González^{a,*}, M. Portela-Romero^b,
M.C. Maceira-Rozas^a, P. López-Vázquez^c y C. Bugarín-Diz^d

^a Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, avalia-t, Axencia de Coñecemento en Saúde (ACIS), Servicio Gallego de Salud, Santiago de Compostela, España

^b Estrutura Organizativa de Xestión Integrada (EOXI) de Santiago de Compostela, Servicio Gallego de Salud, Santiago de Compostela, A Coruña, España

^c Consellería de Sanidad, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, España

^d King's College, Londres, Reino Unido

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rosendo.bugarin.gonzalez@sergas.es
(R. Bugarín-González).