



REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES

<https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes>

CASO CLÍNICO / CASE REPORT

Cuando el fenómeno de Raynaud se acompaña de las temidas úlceras digitales: reporte de dos casos

When Raynaud's phenomenon is accompanied by dreaded digital ulcers: two case reports

Karen Vergara MD,^{a,b,c}✉

^a Unidad de Reumatología, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

^b Centro de Paciente Crítico, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

^c Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae. Santiago, Chile.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del Artículo:

Recibido: 11/11/2024

Aceptado: 13/03/2025

Keywords:

Raynaud Disease; Digital Ulcer; Acral Ulcer; Systemic Scleroderma; Calcium Channel Blocker; Sildenafil Citrate; Capillaroscopy.

Palabras clave:

Raynaud; Úlceras Digitales; Esclerosis Sistémica; Bloqueador de Canales de Calcio; Sildenafil; Capillaroscopia.

RESUMEN

El fenómeno de Raynaud (FR) es un trastorno vasoespástico, frecuentemente provocado por el frío o el estrés, que causa cambios en el color de los dedos debido a vasoconstricción excesiva. Se ha descrito una prevalencia que va del 5 al 14,5%. Entre el 5% y el 10% de los pacientes con FR desarrollan enfermedades autoinmunes, como esclerosis sistémica, lupus eritematoso sistémico o artritis reumatoide. Es de relevancia que aproximadamente el 50% de los pacientes con esclerosis sistémica y FR experimentan úlceras digitales, que pueden causar un dolor considerable y deterioro funcional.

Los casos clínicos descritos en este trabajo corresponden a una mujer de 33 años y un hombre de 18 años con FR y úlceras digitales. La mujer no mostró mejoría a pesar de tratamiento médico, mientras que el hombre experimentó curación de sus lesiones.

La fisiopatología del FR involucra factores genéticos y ambientales, y el manejo de úlceras digitales requiere un enfoque multidisciplinario, combinando atención médica con cuidados de heridas y el uso de vasodilatadores. Aunque poco frecuentes, las úlceras digitales representan un desafío significativo que necesita más investigación y mejores opciones de tratamiento.

El objetivo del presente escrito es describir los elementos clínicos, el laboratorio, estudios complementarios, tratamiento y evolución de dos pacientes con úlceras digitales.

ABSTRACT

Raynaud's phenomenon (RP) is a vasospastic disorder, often triggered by cold or stress, that causes changes in the color of the fingers due to excessive vasoconstriction. A prevalence ranging from 5% to 14.5% has been described. Between 5% and 10% of patients with RP develop autoimmune diseases, such as systemic sclerosis, systemic lupus erythematosus, or rheumatoid arthritis. Of relevance, approximately 50% of patients with systemic sclerosis and RP experience digital ulcers, which can cause considerable pain and functional impairment.

✉ Autor para correspondencia

Correo electrónico: karen.ver@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2025.03.002>

e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2025 Revista Médica Clínica Las Condes.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



The clinical cases described in this article correspond to a 33-year-old woman and an 18-year-old man with RP and digital ulcers. The woman showed no improvement despite medical treatment, while the man experienced healing of his lesions.

The pathophysiology of RF involves genetic and environmental factors, and the management of digital ulcers requires a multidisciplinary approach, combining medical care with wound care and the use of vasodilators. Although rare, digital ulcers represent a significant challenge that needs further research and better treatment options.

The aim of this paper is to describe the clinical features, laboratory, complementary studies, treatment and evolution of two patients with digital ulcers.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de Raynaud (FR) es un trastorno vasoespástico caracterizado por cambios episódicos de color en los dedos de las manos y los pies debido a una vasoconstricción excesiva, a menudo provocada por el frío o el estrés. Se puede clasificar como primario (idiopático) o secundario cuando se asocia con afecciones subyacentes, como las enfermedades autoinmunes. Los estudios indican que la prevalencia del FR varía en todo el mundo, con estimaciones que oscilan alrededor del 5%^{1,2}. En el norte de Suecia, sin embargo, la prevalencia es mayor. El 14,5% de las mujeres y el 12,7% de los hombres declararon tener FR³.

Entre el 5% y el 10% de los pacientes con FR eventualmente desarrollan una enfermedad reumática autoinmune; entre ellas destacan la esclerosis sistémica, el lupus eritematoso sistémico, la enfermedad mixta del tejido conectivo, la artritis reumatoide y el síndrome de Sjögren⁴.

En los pacientes con FR y esclerosis sistémica, aproximadamente el 50% de los pacientes experimentan úlceras digitales en algún momento de la evolución de la enfermedad, las que provocan un dolor considerable y un deterioro funcional⁵.

En la actualidad, la capilaroscopia del pliegue ungueal es una importante herramienta ya que el «patrón de esclerodermia» que se puede encontrar en dicho procedimiento ayuda a diferenciar el FR primario del secundario⁶. La capilaroscopia es un procedimiento no invasivo, económico que aporta significativamente en la orientación diagnóstica y pronóstica, que deberíamos realizar en todo paciente que se sospeche padezca un FR secundario⁴.

El objetivo del presente escrito es describir los elementos clínicos, el laboratorio, estudios complementarios, tratamiento y evolución de dos pacientes con úlceras digitales.

CASO CLÍNICO 1

Mujer de 33 años, manicurista, sin antecedentes médicos relevantes. Consulta por cuadro de 6 meses de episodios de FR

que se presentan varias veces en el día, asociado a úlceras digitales en ambas manos. El examen físico general y segmentario es normal salvo úlceras periungueales ubicadas en pulgar derecho e índice izquierdo (figura 1). Se visualizan numerosos *pitting scars* en pulpejos.

En los exámenes de laboratorio destacan parámetros inflamatorios levemente elevados, velocidad de sedimentación de los glóbulos rojos (VHS) 25 mm/h y proteína C reactiva (PCR) 14 mg/dl. Laboratorio inmunológico: anticuerpos antinucleares (ANA) positivo en dilución 1/1280 patrón AC-4 (patrón nuclear moteado fino); perfil ENA (antígenos nucleares extraíbles) positivo a anticuerpo SCL-70; anticuerpos anti-DNA negativos; factor reumatoideo negativo; niveles de complemento normales. El estudio fue compatible con esclerosis sistémica.

Se decidió realizar de forma complementaria una capilaroscopia de lecho ungueal que muestra megacapilares y disminución de la densidad capilar, con un área avascular, lo cual es concordante con un patrón esclerodermia activo (figura 2).

Se inició tratamiento no farmacológico: recomendación de no fumar, evitar exposición al frío y uso de guantes cuando fuese

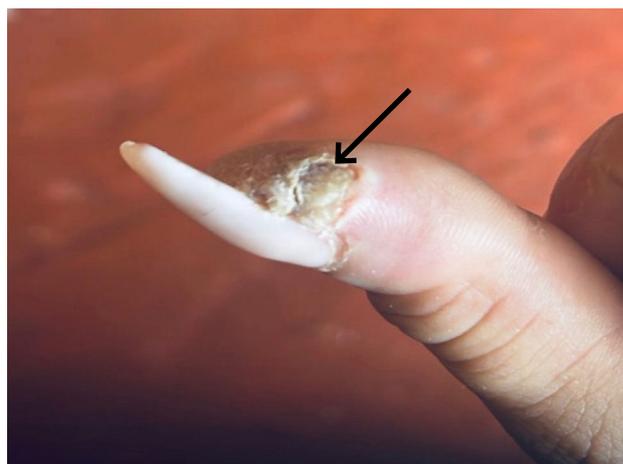


Figura 1. Foto de pulgar derecho de la paciente donde se evidencia úlcera periungueal con bordes irregulares (flecha).

necesario. Se inició además amlodipino en dosis de 10 mg/día y sildenafil en dosis de 25 mg/8 horas. Por sospecha de infección, además se indicó tratamiento antibiótico oral con cefadroxilo 500 mg/12 horas vía oral por 7 días.

La paciente evoluciona de forma tórpida, sin curación de las úlceras a tres meses de iniciado tratamiento descrito. Fue evaluada por cirugía vascular que descartó beneficio de procedimiento quirúrgico y a la fecha de la descripción del caso, se encuentra en espera en su centro de salud de referencia de tratamiento con iloprost.

CASO CLÍNICO 2

Hombre de 18 años, estudiante de educación secundaria, practica senderismo. Desde hace 1 año presenta episodios de FR frecuentes que interpreta como normales. Refiere aparición hace 1 mes de úlceras digitales con la presencia de artralgias de articulaciones interfalángicas de ambas manos. Al examen físico destacan microstomía, telangiectasias faciales, esclerodactilia y úlceras digitales periungueales en ambos índices (figura 3).

En los exámenes de laboratorio destacan: ANA positivo en dilución 1/640 patrón AC-3 (centromérico); perfil ANA con los 23 antígenos positivos para anticuerpos anticentromeros circulantes (CENP-A y CENP-B); anticuerpo anti-DNA, factor reumatoide y anti-CCP resultan negativos; niveles de complemento normal.

El cuadro es sugerente de esclerosis sistémica. Se realizó capilaroscopia de lecho ungueal que muestra hemorragias, capilares dilatados, una densidad capilar levemente disminuida (4-6 capilares/mm) y esbozo de un megacapilar que impresio-

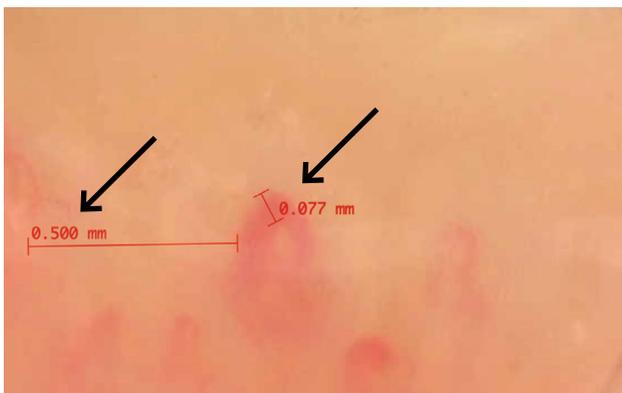


Figura 2. Capilaroscopia de lecho ungueal, realizada con Dinolite USB®. Aumento 220X.

Flecha izquierda muestra área avascular (ausencia de capilar en más de 0,5 mm) y flecha derecha muestra megacapilar (definido como capilar con diámetro mayor de 20 µm).

na colapsado. Se informó como patrón de esclerodermia activo (figura 4).

Se inició manejo con medidas no farmacológicas de la misma forma que el caso anterior: recomendación de no fumar, evitar exposición al frío y uso de guantes cuando fuese necesario. Adicionalmente se inició tratamiento con amlodipino y sildenafil. En el control de los 3 meses se evidencia heridas en curación y el paciente relata menos episodios de FR.

DISCUSIÓN

El FR implica una compleja interacción de factores genéticos, hormonales y ambientales, con importantes contribuciones del sistema vascular y la regulación nerviosa⁷. El FR primario es principalmente funcional, mientras que el secundario a menudo



Figura 3. Foto de índice de mano izquierda del paciente que muestra úlcera en curación dejando leve depresión del pulpejo (flecha).



Figura 4. Capilaroscopia de lecho ungueal, realizada con Dinolite USB®. Aumento 220X.

Muestra megacapilar colapsado y hemorragia (flecha).

se presenta con cambios vasculares estructurales que provocan complicaciones como las úlceras digitales^{7,8}. Episodios severos o repetidos pueden promover la muerte de tejido, lo que resulta en la formación de úlceras. Además de la isquemia, los fenómenos de fibrosis y vasculopatía ampliamente descritos en la esclerodermia, contribuyen a la formación de las úlceras⁹.

La capilaroscopia del pliegue ungueal es un método no invasivo y seguro para diferenciar entre las formas primarias y secundarias de FR al encontrar, por ejemplo, un patrón de tipo esclerodermia⁶. Esto corresponde a la presencia de megacapilares, disminución de la densidad capilar o de microhemorragias, entre otros.

En la búsqueda de la etiología de las úlceras digitales debemos realizar exámenes de laboratorio complementarios, en particular autoanticuerpos, que como en nuestros pacientes pueden revelar enfermedades autoinmunitarias subyacentes^{9,10}.

El manejo de las úlceras digitales requiere un enfoque integral multidisciplinario que combine la atención médica, el control de la enfermedad subyacente y un cuidado adecuado de las heridas⁹⁻¹¹.

En el primer caso clínico descrito, se observa una zona avascular en la capilaroscopia. La presencia de zonas avasculares tiene un papel pronóstico significativo en el contexto de las úlceras digitales en la esclerosis sistémica. La literatura médica sugiere que

estas áreas avasculares son un indicador de daño microvascular severo, lo cual está asociado con un mayor riesgo de desarrollar úlceras digitales y la reaparición de éstas, lo que se correlaciona con el peor resultado clínico de nuestra paciente¹².

El tratamiento incluye medidas no farmacológicas como las descritas previamente. Dentro de las medidas farmacológicas de primera línea están los fármacos vasodilatadores como los bloqueadores de los canales de calcio (amlodipino en los casos descritos) y los inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5, como el sildenafil. Para pacientes que no responden a la primera línea de tratamiento se sugiere agregar prostanoideos endovenosos (p.ej., iloprost). De igual forma, para úlceras recurrentes se describe la utilidad de los antagonistas del receptor de endotelina como es el bosentán. Las inyecciones de toxina botulínica o la simpatectomía quirúrgica también se han descrito como alternativas terapéuticas⁷.

CONCLUSIONES

El fenómeno de Raynaud es común en la población general, aunque solo una minoría presenta una causa subyacente, como una enfermedad autoinmune. De este grupo, una fracción aún más pequeña desarrollará úlceras digitales, la mayoría en el contexto de la esclerosis sistémica. A pesar de su baja frecuencia, comprender su fisiopatología y realizar un diagnóstico precoz es fundamental, ya que el impacto funcional en los pacientes puede ser significativo.

Consideraciones éticas

Confidencialidad:

Se ha garantizado la confidencialidad del paciente de acuerdo con las normativas éticas y legales.

Consentimiento informado:

Se obtuvo consentimiento informado de ambos pacientes descritos para el uso de su información e imágenes médicas.

Transparencia y objetividad:

El reporte se presenta de manera objetiva, sin omitir detalles relevantes, respetando los principios éticos de la medicina basada en evidencia.

Conflictos de interés:

Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con los casos clínicos presentados.

Declaración de uso de IA:

Declaro haber usado Inteligencia artificial: Scispace para complementar búsqueda bibliográfica y ChatGPT4.0 para mejorar la redacción.

Financiamiento:

Sin fuente de financiamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Isenberg DA, Black C. ABC of rheumatology. Raynaud's phenomenon, scleroderma, and overlap syndromes. *BMJ*. 1995;310(6982):795-798. doi: 10.1136/bmj.310.6982.795.
2. Devgire V, Hughes M. Raynaud's phenomenon. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2019;80(11):658-664. doi: 10.12968/hmed.2019.80.11.658.
3. Stjernbrandt A, Pettersson H, Lundström R, Liljelind I, Nilsson T, Wahlström J. Incidence, remission, and persistence of Raynaud's phenomenon in the general population of northern Sweden: a prospective study. *BMC Rheumatol*. 2022;6(1):41. doi: 10.1186/s41927-022-00272-0.
4. Joven BE, Carreira PE. Síndrome de Raynaud: etiología y manejo. *Reumatol Clin*. 2008;4(2):59-66. Spanish. doi: 10.1016/S1699-258X(08)71801-1.
5. Silva I, Almeida J, Vasconcelos C. A PRISMA-driven systematic review for predictive risk factors of digital ulcers in systemic sclerosis patients. *Autoimmun Rev*. 2015;14(2):140-152. doi: 10.1016/j.autrev.2014.10.009.
6. Smith V, Herrick AL, Ingegnoli F, Damjanov N, De Angelis R, Denton CP, et al.; EULAR Study Group on Microcirculation in Rheumatic Diseases and the Scleroderma Clinical Trials Consortium Group on Capillaroscopy. Standardisation of nailfold capillaroscopy for the assessment of patients with Raynaud's phenomenon and systemic sclerosis. *Autoimmun Rev*. 2020;19(3):102458. doi: 10.1016/j.autrev.2020.102458.
7. Ture HY, Lee NY, Kim NR, Nam EJ. Raynaud's Phenomenon: A Current Update on Pathogenesis, Diagnostic Workup, and Treatment. *Vasc Specialist Int*. 2024;40:26. doi: 10.5758/vsi.240047.
8. Di Donato S, Huang S, Pauling JD, Del Galdo F, Sabbagh M, Khanna D, et al. Clinically relevant differences between primary Raynaud's phenomenon and secondary to connective tissue disease. *Semin Arthritis Rheum*. 2024;68:152521. doi: 10.1016/j.semarthrit.2024.152521.
9. Ingegnoli F, Ughi N, Dinsdale G, Orenti A, Boracchi P, Allanore Y, et al.; EULAR Study Group on Microcirculation in Rheumatic Diseases. An international Survey on non-invasive techniques to assess the microcirculation in patients with Raynaud's phenomenon (SUNSHINE survey). *Rheumatol Int*. 2017;37(11):1879-1890. doi: 10.1007/s00296-017-3808-0.
10. Sary SK, Adiyanti SS. Raynaud's Syndrome: A Case Report. *J. Indon. Med. Assoc*. 2024;74(1):35-40. doi: 10.47830/jinmavol.74.1-2024-554.
11. Haque A, Hughes M. Raynaud's phenomenon. *Clin Med (Lond)*. 2020;20(6):580-587. doi: 10.7861/clinmed.2020-0754.
12. Cutolo M, Herrick AL, Distler O, Becker MO, Beltran E, Carpentier P, et al.; CAP Study Investigators. Nailfold Videocapillaroscopic Features and Other Clinical Risk Factors for Digital Ulcers in Systemic Sclerosis: A Multicenter, Prospective Cohort Study. *Arthritis Rheumatol*. 2016;68(10):2527-2539. doi: 10.1002/art.39718.