ACTAS Dermo-Sifiliográficas 116 (2025) 643–644

ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y VENEREOLOGÍA

ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at www.actasdermo.org

FORO DE RESIDENTES

FR - Actualización en el tratamiento del fenómeno de Raynaud

RF - Update on the Treatment of Raynaud's Phenomenon

P. Merlo-Gómez*, **I. Polo Rodríguez y E. Lucía Pinto-Pulido**

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Universidad de Alcalá, Madrid, España

PALABRAS CLAVE
Fenómeno de Raynaud;
Enfermedad del tejido conectivo;
Opciones terapéuticas

KEYWORDS
Raynaud's phenomenon;
Connective tissue disease;
Therapeutic options

El fenómeno de Raynaud (FR) es un trastorno vasoespástico relativamente frecuente, cuyas formas primaria y secundaria asocian un impacto negativo en la calidad de vida[1]. La ausencia de estudios de calidad que evalúen la eficacia de los distintos tratamientos puede plantear un reto en el manejo de las formas secundarias, que pueden ser refractarias a diversas líneas terapéuticas[2]. *The Journal of the American Academy of Dermatology* ha publicado recientemente una revisión al respecto[3].

Las modificaciones del estilo de vida pretenden evitar los desencadenantes y agravantes y están indicadas en ambas formas. Incluyen evitar el frío, la cafeína, el tabaco y la medicación vasoconstrictora, así como realizar maniobras de fuerza centrípeta y técnicas de relajación[3].

El FR primario (más frecuente, no progresivo y típico de pacientes jóvenes) suele responder a estas medidas, reservándose los tratamientos farmacológicos para casos refractarios. Entre estos, contemplan como primera elección los bloqueantes de los canales de calcio dihidropiridínicos (amlodipino 2-5-10 mg/24 h o nifedipino de liberación retardada 30-90 mg/24 h), menos cardioselectivos y generalmente bien tolerados, aunque pueden ocasionar edema de extremidades inferiores[3]. Los nitratos tópicos se consideran agentes de segunda línea, recomendando el uso de nitroglicerina al 1%. Ante el fracaso de los anteriores se pueden emplear inhibidores de la fosfodiesterasa-5, en concreto tadalafilo 20 mg/24 h o sildenafilo 20 mg/8 h[3]. La L-arginina es un aminoácido precursor del óxido nítrico con buen perfil de seguridad, que podría emplearse en pacientes que no toleren los vasodilatadores por hipotensión, aunque su evidencia procede de estudios con pacientes con FR secundario[4]. Se recomienda una dosis inicial de 1-2 g/24 h, pudiendo aumentarse hasta 8-9 g/24 h o añadir citrulina (precursor de L-arginina con mejor absorción vía oral)[3].

El FR secundario acontece en el contexto de otra enfermedad sistémica, generalmente autoinmunitaria. Suele producir episodios más dolorosos y puede conducir a la destrucción tisular irreversible[1]. Por ello, en estos casos recomiendan iniciar tratamiento farmacológico precoz[3].

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: merlogomezp@gmail.com (P. Merlo-Gómez).

https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.06.016
0001-7310/© 2025 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/).

Los tratamientos farmacológicos incluyen los bloqueantes de los canales de calcio, los nitratos tópicos, los inhibidores de la fosfodiesterasa-5, otros vasodilatadores como losartán (50 mg/24 h) o prazosina, los inhibidores del receptor de la endotelina como bosentán (62,5 mg/12 h durante las 4 primeras semanas, subiendo la dosis posteriormente a 125 mg/12 h), de elección en pacientes con hipertensión arterial pulmonar y en pacientes con esclerosis sistémica y antecedentes de úlceras digitales, o bien prostanoides iv como iloprost o alprostadil. En pacientes que no toleren este tratamiento vasoactivo por hipotensión u otros efectos secundarios, se puede valorar la administración de L-arginina o AAS (único antiagregante recomendado), o pentoxifilina por su acción vasodilatadora y buena tolerancia. Los anticoagulantes sólo se recomiendan si el paciente asocia alguna alteración de la coagulación[3]. La infiltración de toxina botulínica interdigital ayuda a mejorar la sintomatología y la curación de las úlceras digitales[3].

Otras opciones terapéuticas (estatinas, inhibidores de la recaptación de serotonina o N-acetilcisteína) podrían emplearse como adyuvantes o en casos refractarios, especialmente en pacientes con hipotensión, pero la evidencia científica acerca de su utilidad en el FR es limitada[3].

Por último, se recomienda considerar tratamiento quirúrgico mediante simpatectomía toracoscópica en determinados pacientes con FR muy refractario o con riesgo muy elevado de necrosis digital[3].

Bibliografía

1. Curtiss P, Svigos K, Schwager Z, Lo Sicco K, Franks AG, Part I: Epidemiology, pathophysiology, and clinical considerations of primary and secondary Raynaud's phenomenon. J Am Acad Dermatol. 2024;90:223–34, http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2022.06.1199.
2. Habib SM, Brenninkmeijer EE, Vermeer MH, Vries-Bouwstra JK, Velthuis PJ. Botulinum toxin type A in the treatment of Raynaud's phenomenon. Dermatol Ther. 2020;33:e14182, http://dx.doi.org/10.1111/dth.14182.
3. Curtiss P, Svigos K, Schwager Z, Lo Sicco K, Franks AG Jr. Part II: The treatment of primary and secondary Raynaud's phenomenon. J Am Acad Dermatol. 2024;90:237–48, http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2022.05.067.
4. Curtiss P, Schwager Z, Lo Sicco K, Franks AG Jr. The clinical effects of L-arginine and asymmetric dimethylarginine: Implications for treatment in secondary Raynaud's phenomenon. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019;33:497–503, http://dx.doi.org/10.1111/jdv.15180.