



Editorial

Fenómeno de Raynaud: Evento centinela en reumatología



Raynaud's phenomenon: Sentinel event in rheumatology

El fenómeno de Raynaud es una condición frecuente que afecta a entre el 3 y el 5% de la población general. En el 80% de los casos es primario y para su control es suficiente, en general, educación al paciente y medidas no farmacológicas. Por el contrario, el 20% restante obedece a causas secundarias tales como enfermedades sistémicas, medicamentos o alteraciones estructurales. Dentro de las patologías sistémicas, las enfermedades autoinmunes, especialmente la esclerosis sistémica, son las entidades más frecuentemente asociadas; en este escenario, el fenómeno de Raynaud puede llevar a complicaciones como úlceras digitales, necrosis e isquemia, por lo cual su identificación es crucial para evitarlas¹.

El primer paso para la identificación del fenómeno de Raynaud es su anamnesis correcta, considerando la similitud clínica con otros síndromes acrovasculares. La herramienta más práctica es la aplicación de las preguntas de tamización propuestas por Maverakis et al. en un consenso de expertos internacional, para posteriormente asignar un puntaje específico².

Un segundo paso en este proceso sería la realización de una videocapilaroscopia del lecho ungular, estándar de oro para diferenciar un fenómeno de Raynaud primario del secundario. El servicio de capilaroscopia de la Clínica Universitaria Bolivariana, ubicada en Medellín (Colombia), ha realizado más de 2.200 videocapilaroscopias desde el 2015. En este procedimiento se evalúan 4 aspectos capilares básicos: densidad por milímetro, dimensión, alteraciones en la morfología y presencia de microhemorragias. Un solo megacapilar (capilar con diámetro apical mayor o igual a 50 μm), en un contexto clínico sospechoso de esclerosis sistémica, confirma en muchas ocasiones este diagnóstico, y este hallazgo ayuda de manera apreciable a su detección precoz.

Si se confirma un fenómeno de Raynaud primario con una capilaroscopia normal, puede obviarse la solicitud de múltiples ayudas diagnósticas innecesarias que aumentan los costos y generan angustia tanto para médicos como para pacientes.

Otras «indicaciones» para la realización de este procedimiento serían la titulación elevada de anticuerpos,

especialmente patrones relacionados con esclerosis sistémica (nucleolar, centromérico, AC-3, 8, 9, 29) y el seguimiento de sujetos con enfermedad indiferenciada del tejido conectivo que tengan fenómeno de Raynaud.

Cuando se compara la videocapilaroscopia del lecho ungular con otras herramientas de imagen (oftalmoscopio, dermatoscopio, dispositivos USB, estereomicroscopio), los cuales son más económicos y únicamente requieren un entrenamiento básico, existe una buena correlación con los hallazgos claves que obligan a sospechar, especialmente, esclerosis sistémica³.

Habida cuenta de que la videocapilaroscopia ofrece una información fundamentalmente estructural, se ha trabajado en técnicas que permitan una evaluación funcional complementaria, y en este contexto ha surgido la termografía como un método que ilustra la dinámica de la respuesta vascular, porque hace evidente la ausencia de recuperación de la temperatura normal en pacientes con fenómeno de Raynaud secundario. Inicialmente, los dispositivos para hacer termografía solo se encontraban en centros de investigación, pero con posterioridad se han ido masificando gracias a los dispositivos móviles, lo que ha generado mayor asequibilidad y utilización.

En este número de la *Revista Colombiana de Reumatología*, Chaparro et al. llevan a cabo una rigurosa, completa y actualizada revisión sistemática de la literatura acerca de la capilaroscopia y la termografía para la detección de cambios vasculares en el fenómeno de Raynaud. La conclusión principal de este interesante trabajo es que no es posible comparar los resultados de ambas técnicas. Asimismo, los autores resaltan el papel de la termografía para diferenciar a los pacientes sanos de los individuos con fenómeno de Raynaud y consideran que esta técnica podría ofrecer una ventaja en la evaluación de los pacientes pediátricos, evitando las dificultades técnicas de realizar la videocapilaroscopia en este grupo poblacional, además de la alta frecuencia de artefactos que impiden su realización en los niños.

La evidencia actual sugiere que ambas técnicas (capilaroscopia y termografía) son sinérgicas en la evaluación tanto

estructural como funcional del fenómeno de Raynaud y que la termografía podría llegar a ser una medida de desenlace en la caracterización del fenómeno de Raynaud primario y secundario, como también en la medición de la eficacia de diferentes medidas farmacológicas⁴.

La agenda de investigación futura en esta temática debería incluir la definición de patrones funcionales termográficos homogéneos, además de estudiar la correlación de los diferentes instrumentos utilizados para realizar esta técnica funcional, lo cual podría mostrar un panorama propicio para posicionar a la termografía como la técnica de elección en la evaluación funcional del fenómeno de Raynaud, el cual, sin lugar a dudas, es un evento centinela en reumatología.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Curtiss P, Svigos K, Schwager Z, Lo Sicco K, Franks AG Jr. Part I: Epidemiology, pathophysiology, and clinical considerations of

primary and secondary Raynaud's phenomenon. *J Am Acad Dermatol*. 2022, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2022.06.1199>. S0190-9622(22)02250-2.

2. Maverakis E, Patel F, Kronenberg DG, Chung L, Fiorentino D, Allanore Y, et al. International consensus criteria for the diagnosis of Raynaud's phenomenon. *J Autoimmun*. 2014;48-49:60-5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaut.2014.01.020>.
3. Mesa M, Velásquez-Franco CJ. Capilaroscopia. En: Gómez-Vargas LM, Ávila-Álvarez A, editores. *La uña: de lo superficial a lo profundo*. Health Books Editorial; 2019. p. 523-44.
4. Herrick AL, Murray A. The role of capillaroscopy and thermography in the assessment and management of Raynaud's phenomenon. *Autoimmun Rev*. 2018;17:465-72, <http://dx.doi.org/10.1016/j.autrev.2017.11.036>.

Carlos Jaime Velásquez-Franco^{a,b}

^a Servicio de Reumatología, Clínica Universitaria Bolivariana, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia

^b Miembro del Grupo Europeo de Microcirculación, EULAR

Correo electrónico: carjaivel@gmail.com

0121-8123/© 2023 Asociación Colombiana de Reumatología.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2023.02.002>