



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 vida¹. 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 terapéuticas². *The Journal of the American Academy of Dermatology* ha publicado recientemente una revisión al respecto³.

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 relajación³.

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 inferiores³. 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 sildenafil 20 mg/8 h³. 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 secundario⁴. 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 irreversible¹. Por ello, en estos casos recomiendan iniciar tratamiento farmacológico precoz³.

* 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 licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

48 Los tratamientos farmacológicos incluyen los bloquean-
49 tes de los canales de calcio, los nitratos tópicos, los
50 inhibidores de la fosfodiesterasa-5, otros vasodilatadores
51 como losartán (50 mg/24h) o prazosina, los inhibidores del
52 receptor de la endotelina como bosentán (62,5 mg/12 h
53 durante las 4 primeras semanas, subiendo la dosis poste-
54 riormente a 125 mg/12 h), de elección en pacientes con
55 hipertensión arterial pulmonar y en pacientes con escler-
56osis sistémica y antecedentes de úlceras digitales, o bien
57 prostanoídes iv como iloprost o alprostadil. En pacientes
58 que no toleren este tratamiento vasoactivo por hipoten-
59 sión u otros efectos secundarios, se puede valorar la
60 administración de L-arginina o AAS (único antiagregante
61 recomendado), o pentoxifilina por su acción vasodilatadora
62 y buena tolerancia. Los anticoagulantes sólo se recomiendan
63 si el paciente asocia alguna alteración de la coagulación³.
64 La infiltración de toxina botulínica interdígital ayuda a
65 mejorar la sintomatología y la curación de las úlceras
66 digitales³.

67 Otras opciones terapéuticas (estatinas, inhibidores de
68 la recaptación de serotonina o N-acetilcisteína) podrían
69 emplearse como adyuvantes o en casos refractarios, espe-
70 cialmente en pacientes con hipotensión, pero la evidencia
científica acerca de su utilidad en el FR es limitada³.

71 Por último, se recomienda considerar tratamiento
72 quirúrgico mediante simpatectomía toracoscópica en deter-
73 minados pacientes con FR muy refractario o con riesgo muy
74 elevado de necrosis digital³.

75 Bibliografía

- 76 1. Curtiss P, Svigos K, Schwager Z, Lo Sicco K, Franks
77 AG, Part I: Epidemiology, pathophysiology, and clinical
78 considerations of primary and secondary Raynaud's
79 phenomenon. *J Am Acad Dermatol.* 2024;90:223-34,
80 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2022.06.1199>.
- 81 2. Habib SM, Brenninkmeijer EE, Vermeer MH, Vries-Bouwstra
82 JK, Velthuis PJ. Botulinum toxin type A in the treatment
83 of Raynaud's phenomenon. *Dermatol Ther.* 2020;33:e14182, Q2
84 <http://dx.doi.org/10.1111/dth.14182>.
- 85 3. Curtiss P, Svigos K, Schwager Z, Lo Sicco K, Franks AG
86 Jr. Part II: The treatment of primary and secondary Ray-
87 naud's phenomenon. *J Am Acad Dermatol.* 2024;90:237-48,
88 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2022.05.067>.
- 89 4. Curtiss P, Schwager Z, Lo Sicco K, Franks AG Jr. The clinical
90 effects of L-arginine and asymmetric dimethylarginine:
91 Implications for treatment in secondary Raynaud's pheno-
92 menon. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33:497-503,
93 <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.15180>.