

3 de fevereiro de 2015

<http://justnews.pt/noticias/fenomeno-de-raynaud>



Fenómeno de Raynaud

Paulo Clemente Coelho

Reumatologista. Responsável da Consulta de Fenómeno de Raynaud e Esclerose Sistémica e da técnica de Capilaroscopia, IPR

Paulo Clemente Coelho

Reumatologista. Responsável da Consulta de Fenómeno de Raynaud e Esclerose Sistémica e da técnica de Capilaroscopia, IPR

Descrito pela primeira vez em profundidade pelo médico francês Maurice Raynaud (1834 -1881), o fenómeno de Raynaud (FR) é uma resposta exagerada ao frio que se expressa, mais frequentemente, nas extremidades, por palidez localizada e/ou cianose, a que se pode seguir uma fase de eritema transitório. Cerca de 30% das pessoas na população em geral referem maior sensibilidade ao frio, sendo a prevalência do FR estimada em cerca de 3 a 5%. Até 25% das pessoas com FR podem ter um familiar em primeiro grau com o mesmo tipo de reação.

Conforme esteja ou não associado a outra doença, o FR designa-se de secundário ou de primário.

O FR primário caracteriza-se por:

- a) Episódios intermitentes e simétricos;
- b) Falta de evidência de doença vascular periférica;
- c) Falta de evidência de necrose tecidual ou ponteado vascular digital;
- d) Anticorpos antinucleares (ANA) negativos e parâmetros de fase aguda (PCR, VS) normais;
- e) Capilaroscopia normal.

Alguns autores apontam para que cerca de 10 a 15% dos doentes diagnosticados com FR primário irão evoluir para formas secundárias desta hiperreatividade vascular. Alguns trabalhos recentes, em que foi feita uma avaliação complementar laboratorial e capilaroscópica em doentes com diagnóstico de FR primário, comprovam esta hipótese e sugerem uma prevalência superior das formas secundárias em relação ao anteriormente descrito.

Os seguintes aspetos favorecem a suspeita da existência de uma doença de base para o FR: sexo masculino; dor associada às crises de isquemia; idade de aparecimento superior a 40 anos; assimetria dos dedos afetados; sinais ou sintomas sugestivos de outra doença associada; testes laboratoriais anormais; capilaroscopia anormal.

As entidades mais frequentemente associadas a FR são: reumatológicas; mecânicas; vasoespásticas; hematológicas; endócrinas; iatrogénicas. As causas reumatológicas são as mais frequentes, nomeadamente as doenças difusas do tecido conjuntivo (DDTC).

As DDTC que mais frequentemente cursam com a existência de FR são: esclerose sistémica (90%); doença mista do tecido conjuntivo/síndrome intrincada (85%); lúpus eritematoso sistémico (40%); dermatomiosite (25%); artrite reumatoide (10%).

Os dois métodos complementares de diagnóstico mais importantes no auxílio na caracterização de um quadro de FR são a determinação dos ANA e a capilaroscopia do leito ungueal, com um valor preditivo positivo de 30% e de 47%, respetivamente.

A presença de alterações na capilaroscopia (hemorragias, dilatações segmentares e homogéneas frequentes, megacapilares e áreas avasculares), num doente com FR e com alguns critérios adicionais de possível DDTC, pode consolidar a hipótese diagnóstica de conectivite indiferenciada ou de uma doença mais definida dentro do grupo das DDTC. O tipo de alterações capilaroscópicas encontrado pode também auxiliar na definição mais concreta do tipo de doença em presença.

A avaliação correta de um FR, nomeadamente, o despiste de uma eventual causa secundária, é muito importante para a prevenção das suas principais complicações (úlceras e necrose digital; eventual envolvimento de órgão interno associado à vasculopatia sistémica).