

FENÔMENO DE RAYNAUD

“RAYNAUD’S PHENOMENON”

O QUE É FENÔMENO DE RAYNAUD?

O fenômeno de Raynaud é uma condição na qual ocorre uma diminuição do fluxo sanguíneo para alguns tecidos ou órgãos do corpo humano. Acomete preferencialmente as mãos e os pés, mas pode também afetar as orelhas, a língua e o nariz. As áreas afetadas apresentarão alterações de coloração, tornando-se pálidas ou azuladas quando da exposição à temperatura fria, ou avermelhadas quando aquecidas. A seqüência das alterações da coloração pode variar de pessoa para pessoa, e a duração de cada ataque pode levar de menos de um minuto até algumas horas. Estes episódios podem ser assintomáticos ou pode ocorrer adormecimento, formigamento ou dor em pontadas nas áreas acometidas.

Em 1862, um médico francês chamado Maurice Raynaud escreveu uma tese intitulada “*Asfixia local e gangrena simétrica das extremidades*” que representou a primeira descrição deste fenômeno. Uma manifestação da perda de controle dos nervos que regulam se um vaso sanguíneo se dilata ou contrai, o fenômeno de Raynaud consiste em ataques episódicos de palidez ou cianose das pontas dos dedos das mãos e/ou dos pés. Alterações inflamatórias ou vasculares associadas com anormalidades das células endoteliais podem também desempenhar um papel no desencadeamento do fenômeno de Raynaud. Dor, formigamento ou adormecimento da área afetada podem estar presentes.

Mais de 90% dos pacientes esclerodérmicos apresentam fenômeno de Raynaud. Este deve ser distinguido da doença de Raynaud (onde não existe causa definida para a ocorrência do fenômeno) e de muitas outras doenças (especialmente o lupus), onde ele também pode estar presente. A maioria dos ataques na doença de Raynaud são indolores e reversíveis.

QUEM VAI DESENVOLVER O FENÔMENO DE RAYNAUD?

Cerca de 5 a 10% da população dos Estados Unidos pode ter fenômeno de Raynaud. A imensa maioria são mulheres, e muitas destas mulheres não apresentam nenhuma doença associada; neste caso, podemos chamá-la doença de Raynaud. Quando o Raynaud está associado com alguma doença, é designado fenômeno de Raynaud.

O fenômeno de Raynaud é muito pouco frequente nos pacientes com esclerodermia localizada (morféia ou linear), mas acomete praticamente todos os pacientes com esclerose sistêmica, tanto na forma limitada quanto na forma difusa. O frio agrava e o aquecimento melhora os sintomas.

Outra queixa associada ao fenômeno de Raynaud é a dor de cabeça tipo enxaqueca. Cerca de 90% dos pacientes com doença mista do tecido conjuntivo, 30% dos casos de lupus eritematoso sistêmico e pouco mais de 10% dos casos de artrite reumatóide também podem apresentar fenômeno de Raynaud.

O fenômeno de Raynaud na esclerodermia deve ser diferenciado de outras condições que podem imitá-lo. Estas incluem as mãos de alguns pacientes fibromiálgicos, dedos obstruídos por êmbolos de colesterol ou na síndrome antifosfolípide, e outras causas de

deficiência circulatória. Da mesma forma, indivíduos submetidos à vibração excessiva (como operadores de britadeiras), contato com solventes orgânicos (como o cloreto de polivinil), ou pacientes que usam medicamentos como os beta-bloqueadores (usados no tratamento da hipertensão arterial ou prolapso da válvula mitral) ou derivados do ergot (usados no tratamento das enxaquecas) podem também desenvolver ou agravar a doença de Raynaud.

COMO OS MÉDICOS AVALIAM OS PACIENTES COM FENÔMENO DE RAYNAUD?

Não existe teste laboratorial que identifique o fenômeno de Raynaud, nem a sua intensidade necessariamente se correlaciona com o curso ou a evolução da esclerose sistêmica. A grande maioria dos pacientes com esclerose sistêmica, lupus, doença mista do tecido conjuntivo e artrite reumatóide irão apresentar algum auto-anticorpo em exames de sangue. Os achados mais comuns incluem o fator antinuclear (FAN), o fator reumatóide, e auto-anticorpos como o anti-centrômero, o anti-RNP ou o anti-DNA. Por vezes, os exames de sangue podem revelar evidências de atividade inflamatória aumentada, com elevação nos níveis sanguíneos da velocidade de hemossedimentação (VHS) ou da proteína C reativa (PCR), bem como elevação dos níveis das enzimas musculares, como a creatina-fosfoquinase (CPK). Alguns especialistas recomendam a capilaroscopia periungueal, onde o médico coloca uma gota de óleo nas unhas dos pacientes, para melhor observar os capilares da base das unhas; as doenças do tecido conjuntivo estão associadas com capilares alargados ou deformados quando observados ao capilaroscópio.

COMO SE TRATA O FENÔMENO DE RAYNAUD?

O tratamento das crises de Raynaud envolve tanto a terapêutica medicamentosa quanto a terapêutica não medicamentosa. Esta inclui a prevenção, que recomenda evitar ou proteger-se do frio. O uso de luvas (inclusive luvas térmicas) deve ser preconizado. O paciente deve parar de fumar, porque a nicotina diminui o fluxo sanguíneo para os dedos das mãos ou dos pés, agravando assim os ataques de Raynaud. As mãos e os pés devem estar permanentemente limpos e lubrificados com cremes hidratantes. Muitos detergentes domésticos podem irritar a pele e devem ser utilizados com cuidado pelos pacientes com fenômeno de Raynaud.

O uso de medicamentos é recomendado em duas situações: quando ocorre ulceração da pele, ou quando o fenômeno de Raynaud torna-se doloroso. Os medicamentos mais utilizados são os bloqueadores dos canais do cálcio, como a nifedipina; estes devem ser empregados de maneira intermitente durante as crises ou de maneira contínua naqueles casos com manifestações mais graves. Aplicações locais de pasta de nitroglicerina podem dilatar os vasos sanguíneos. Outros medicamentos incluem os bloqueadores alfa-adrenérgicos, como o prazosin, e agentes vasodilatadores como a pentoxifilina. Se ocorrer gangrena ou perda de substância das polpas digitais, alguns médicos têm obtido sucesso com a infusão endovenosa de prostaglandinas. Bloqueios de nervos podem ser úteis temporariamente, mas costumam piorar os sintomas a longo prazo. Quando as úlceras cutâneas se tornam infectadas, podem requerer antibioticoterapia ou drenagem

local. O fenômeno de Raynaud é geralmente leve, mas pode tornar-se uma séria complicação da esclerose sistêmica.

Panfleto da Scleroderma Foundation, elaborado com o auxílio do Dr. Daniel J. Wallace (Clinical Professor of Medicine, Cedars-Sinai / UCLA School of Medicine, Los Angeles – EUA); tradução do Dr. Percival D. Sampaio-Barros (UNICAMP).