

Fenômeno de Raynaud

Durante um ataque de Raynaud, os dedos afetados ficam pálidos e frios, pois os pequenos vasos sanguíneos se contraem; posteriormente, tornam-se azulados e depois vermelhos quando o fluxo sanguíneo é restaurado.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0



Esta página foi traduzida automaticamente e ainda não foi verificada por um médico. A **versão em inglês** é a versão oficial.

O que você está sentindo

Seus dedos mudam de cor e ficam estranhos ao sentir frio ou estresse. Um ataque típico passa por três fases: primeiro os dedos ficam **brancos**, frios e sem sensibilidade; depois tornam-se **azuis**, à medida que o sangue se esvai; por fim ficam **vermelhos** e podem latejar ou formigar quando o sangue volta a circular. Durante esse processo, você pode notar dormência, formigamento ou uma dor incômoda. O mesmo fenômeno às vezes afeta os **dedos dos pés, o nariz, as orelhas ou os lábios**.

Os ataques vêm e vão. Geralmente são desencadeados por algo simples (retirar comida do congelador, um dia frio, segurar uma bebida gelada ou um surto repentino de estresse), e costumam passar sozinhos após alguns minutos a meia hora, desde que você se aqueça. Entre um ataque e outro, os dedos geralmente parecem e se sentem perfeitamente normais.

O que realmente acontece

Os pequenos vasos sanguíneos que irrigam os dedos são projetados para se estreitarem no frio, a fim de manter o corpo aquecido. Na doença de Raynaud, esses vasos reagem de forma exagerada, contraindo-se muito mais do que o necessário. Isso é chamado de vasoespasmo. Por um breve período, quase nenhum sangue chega à pele dos dedos: é a fase em que eles ficam brancos, frios e dormentes. Quando o espasmo cede, o sangue volta, e os dedos tornam-se azulados, depois vermelhos e quentes novamente.

É útil saber que existem dois tipos. A **doença de Raynaud primária** é de longe a mais comum; basicamente, o corpo reage de forma hipersensível ao frio, sem que haja nenhuma doença subjacente. Geralmente começa em mulheres jovens, afeta ambas as mãos de forma semelhante e é inofensiva, embora possa ser incômoda. Já a **doença de Raynaud secundária** é menos comum, porém mais importante, pois o vasoespasmo está associado a

outra condição, geralmente uma doença que afeta os tecidos conjuntivos, como esclerodermia ou lúpus. Os indícios que apontam para o tipo secundário são: início dos ataques em idade mais avançada, ataques que afetam apenas uma mão ou poucos dedos, em vez de ambas as mãos; ataques muito intensos; feridas ou úlceras na ponta dos dedos; ou outros sintomas como dores articulares ou erupções cutâneas. Essas características merecem uma avaliação médica adequada.

O que podemos fazer a respeito

Para a maioria das pessoas, a abordagem principal é simples e eficaz: **mantenha-se aquecido e evite os gatilhos.**

- **Antecipe-se ao frio.** Use luvas (as mitenas mantêm os dedos juntos e mais aquecidos), utilize aquecedores de mão e vista-se em camadas. Manter todo o corpo e o núcleo corporal aquecidos é tão importante quanto manter as mãos quentes; os vasos dos seus dedos permanecem abertos quando o núcleo do corpo está aquecido.
- **Evite o frio súbito.** Use luvas ao pegar algo no refrigerador ou freezer, ligue o aquecedor do carro com antecedência e segure latas ou garrafas de bebidas geladas em um porta-latas térmico.
- **Pare de fumar.** O tabagismo estreita os vasos sanguíneos e piora o fenômeno de Raynaud; parar de fumar é uma das medidas mais úteis que você pode tomar.
- **Reduza o consumo de cafeína** e de qualquer substância estimulante, pois ambas podem desencadear crises. Controlar o estresse da forma que for melhor para você também ajuda, pois o estresse por si só pode provocar o vasoespasma.

Caso as crises sejam frequentes, dolorosas ou graves, existem medicamentos capazes de relaxar os vasos sanguíneos e diminuir a frequência das crises. Os mais comuns pertencem ao grupo dos bloqueadores dos canais de cálcio (como a nifedipina); há também outras opções caso esses não sejam adequados. Quando o fenômeno de Raynaud é secundário, tratar a condição subjacente constitui parte essencial do plano terapêutico; por isso, obter o diagnóstico correto é fundamental.

O que esperar

Na grande maioria dos casos (em pessoas com Raynaud primário), esse problema é apenas um incômodo controlável, e não um risco grave. Com medidas simples como manter-se aquecido e evitar gatilhos, muitas pessoas conseguem reduzir os ataques ao mínimo e levar uma vida normal; os dedos se recuperam por completo após cada episódio, sem nenhum dano duradouro. Geralmente, trata-se de uma tendência crônica, que não desaparece, mas é perfeitamente controlável; além disso, existem medicamentos para os momentos em que essas medidas isoladas não forem suficientes.

Já o Raynaud secundário requer maior atenção, pois a doença subjacente influencia o desfecho clínico; em alguns casos, a redução do fluxo sanguíneo pode danificar a pele das pontas dos dedos. É exatamente por isso

que é importante identificar qual tipo você tem, para que o nível adequado de cuidados seja aplicado à sua situação específica.

Quando procurar um médico

Procure um médico para avaliação se:

- Os episódios **começaram mais tarde na vida**, são **graves** ou afetam **apenas uma mão ou poucos dedos**, em vez de ambas as mãos igualmente: isso pode ser sinal do tipo secundário e geralmente exige exames de sangue e avaliação dos pequenos vasos sanguíneos na base das unhas.
- Surgirem **feridas, úlceras, rachaduras ou lesões na pele das pontas dos dedos**, ou uma área do dedo que permanece branca, azulada, dolorida ou dormente e **não volta a aquecer**: isso requer atenção imediata.
- Você apresentar **outros sintomas** além das alterações de cor: dor ou inchaço nas articulações, erupções cutâneas, olhos ou boca secos, dificuldade para engolir, ou pele dos dedos endurecida ou espessa.
- Os episódios forem **frequentes ou dolorosos a ponto de atrapalhar sua rotina diária**, mesmo mantendo-se aquecido e evitando os gatilhos; nesse caso, medicamentos podem ajudar.

Em maior profundidade

Esta seção aborda tópicos além do necessário para as suas próprias decisões de tratamento. O fenômeno de Raynaud merece uma leitura mais aprofundada, pois apenas uma classe de medicamentos possui evidências científicas sólidas em seu favor; além disso, o tratamento que atualmente desperta maior interesse atua por meio de um mecanismo inesperado.

UMA CLASSE DE MEDICAMENTOS POSSUI EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

A doença de Raynaud caracteriza-se por espasmos episódicos das pequenas artérias dos dedos; portanto, o tratamento visa manter esses vasos sanguíneos abertos. Diversos vasodilatadores já foram testados.

Uma meta-análise de **17 ensaios clínicos** concluiu que os **bloqueadores dos canais de cálcio apresentaram benefício estatisticamente significativo na redução da frequência e da gravidade dos sintomas**, e que **não há evidências que sustentem o uso de outros agentes vasodilatadores orais além dos bloqueadores dos canais de cálcio** [1].

Essa segunda afirmação é a mais útil. Trata-se de um resultado negativo em relação a toda uma categoria de alternativas terapêuticas, e explica por que o tratamento geralmente começa e permanece baseado numa única classe de medicamentos, em vez de testar várias opções sucessivamente.

TOXINA BOTULÍNICA: POR QUE ELA NÃO AGE DA MANEIRA QUE SE PODERIA IMAGINAR

A intervenção que tem despertado maior interesse nos casos refratários ao tratamento é a aplicação de toxina botulínica ao redor das artérias na base dos dedos. Seu uso no **fenômeno de Raynaud resistente ao**

tratamento médico tem apresentado resultados favoráveis, servindo como **alternativa não invasiva à cirurgia, com eficácia comprovada em estudos de pequena escala** [2].

O mecanismo de ação merece ser compreendido, pois é contra-intuitivo. A toxina botulínica é conhecida por paralisar músculos; a suposição óbvia seria que ela relaxaria diretamente o músculo presente na parede arterial. Contudo, a compreensão atual é diferente: ela interfere na sinalização nervosa simpática responsável pela constrição dos vasos, além de parecer atuar também nas vias da dor. É por isso que os benefícios relatados às vezes incluem alívio da dor, desproporcional a qualquer alteração no fluxo sanguíneo.

Vale notar o tom realista dos próprios estudos: “estudos de pequena escala”. Trata-se, portanto, de uma opção promissora para pacientes que já esgotaram todas as opções de tratamento médico, mas ainda não é um método amplamente consolidado.

A DISTINÇÃO QUE DETERMINA TUDO O MAIS

A questão de maior importância é saber se o fenômeno é **primário**, ocorrendo por si só, ou **secundário** a uma condição subjacente, geralmente uma doença autoimune do tecido conjuntivo, como esclerodermia ou lúpus.

Essa diferença não é meramente acadêmica. O Raynaud primário é um incômodo, porém com prognóstico favorável e sem danos teciduais. Já o Raynaud secundário pode evoluir para úlceras e perda de tecido nas pontas dos dedos; além disso, a doença subjacente precisa ser identificada e tratada.

Os sinais que despertam preocupação são o início dos sintomas após cerca de 30 anos de idade, assimetria entre as mãos, úlceras ou cicatrizes puntiformes nas pontas dos dedos, bem como capilares anormais na prega ungueal. Tais sinais exigem investigação, e não apenas tranquilização; por isso, um primeiro episódio de Raynaud costuma ser avaliado clinicamente, em vez de ser tratado apenas com o uso de luvas.

O PAPEL DA CIRURGIA

No caso de doenças secundárias graves com risco de comprometimento tecidual, a simpatectomia periarterial – procedimento que consiste em retirar as fibras nervosas simpáticas da superfície das artérias digitais – é a opção cirúrgica indicada. Ela atua na mesma via de sinalização que a toxina botulínica, porém de forma permanente. Essa intervenção é reservada para casos de isquemia crítica e úlceras que não cicatrizam, e não para situações em que os dedos ficam frios e desconfortáveis. Isso está em conformidade com a hierarquia de tratamento mencionada anteriormente: quanto mais se avança nessa escala, mais o objetivo passa do conforto para a preservação do tecido.

REFERÊNCIAS

[1] Butendieck RR, Murray PM. Doença de Raynaud. J Hand Surg Am. 2014;39(1):121-4. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2013.08.117>

[2] Gallegos JE, Inglesby DC, Young ZT, Herrera FA. Toxina botulínica no tratamento do fenômeno de Raynaud refratário. J Hand Surg Am. 2021;46(1):54-9. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2020.07.009>