

SINDROME DEL DEDO AZUL (BLUE FINGER SYNDROME)

* Marcia Pérez Jaén

RESUMEN

El síndrome del dedo azul (BFS) se define como un trastorno benigno y raro con una etiología idiopática, esta enfermedad tiene un inicio repentino con una coloración azul o púrpura aguda de los dedos de los pies que puede ir acompañada de dolor e hipersensibilidad a la palpación. Tener un diagnóstico clínico.

DESCRIPTORES

Fenómeno de Raynaud, vasculitis reumatoide, warfarina, lupus, cianosis digital.

SUMMARY

Blue Finger Syndrome (BFS) is defined as a benign and rare condition with an idiopathic aetiology, this disease have a sudden onset with an acute blue or purple coloration of fingers toes which may be accompanied by pain and hypersensitivity to palpation. Have a clinical diagnosis.

KEYWORDS

Raynaud's phenomenon, rheumatoid vasculitis, warfarin, lupus, digital cyanosis.

*Médico General.
Universidad de Iberoamérica
(UNIBE). San José - Costa
Rica

GENERALIDADES

Se define como una manifestación cutánea de embolización distal de fuente cardiaca o más comúnmente de fuente arterial periférica, de inicio súbito con coloración azul o púrpura de una o más aéreas en los dedos de los pies, que generan mucho dolor e hipersensibilidad a la palpación donde se demuestra ausencia de trauma, lesión inducida por frío o cianosis generalizada. Producen compromiso isquémico que puede llegar a ocasionar necrosis y pérdida del miembro. Es una urgencia ya que puede ser irreversible.

CAUSAS

1. Embolismo

- Ateroembolismo: desarrollo de placas ateroscleróticas en la pared del vaso que pueden llegar a generar oclusión progresiva.
- Tumor cardiaco o aórtico
- Mixoma
- Endocarditis Infecciosa

2. Trombosis

- Síndrome anti fosfolípido
- Malignidad
- Coagulación intravascular diseminada (CID)
- Púrpura trombocitopénica trombótica (PTT)

3. Vasoconstricción

- Lupus
- Acrocianosis

4. Vasculitis

5. Vasculopatía calcificante
6. Deterioro del retorno venoso.
 - Trombosis venosa extensa
 - Flegmasía cerule dolens y gangrena venosa.
7. Alteración circulación sanguínea
 - Hiperviscosidad
 - Aglutininas frías
 - Crioglobulinemia
 - Criofibrinogenemia
8. Medicamentosa
 - Warfarina (mediante la embolización del colesterol)
 - Esteroides
 - Uso ilícito de drogas (cocaína y anfetaminas)

A pesar de las causas anteriormente citadas se dice que la mayoría de casos se observan posterior a una intervención quirúrgica como angioplastia, arteriografías; donde se puede generar un daño a la pared del vaso y posteriormente el desprendimiento del trombo. Con una incidencia de aproximadamente del 0.15% al 25-30%. La identificación de la causa y su respectivo manejo es fundamental para lograr salvar el miembro afectado ya que este síndrome genera isquemia progresiva y finalmente gangrena.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Los síntomas generalmente son de rápida instauración pero de lenta resolución. Se puede generar de forma espontánea o por la manipulación de una arteria enferma.

- Cianosis Digital: es uno de los primeros signos clínicos. Se puede manifestar en parches con áreas de piel respetada en un patrón moreteado.
- Puede afectar un solo dígito, en su mayoría el primer orjejo, del pie sin embargo usualmente compromete

varios dígitos, la planta del pie y el talón.

- Las lesiones en su mayoría son unilaterales, sin embargo cuando se manifiestan de forma bilateral se debe pensar que el origen es encima de la bifurcación de la aorta abdominal.
- Pueden asociar sintomatología sistémica: fiebre, eosinofilia, y elevación de la velocidad de eritrosedimentación (VES).
- La mayoría de veces se presentan pulsos periféricos conservados.
- Livedo reticularis: maculas rojizas, azuladas o violáceas en forma de red. Desaparece cuando se ejerce presión o se eleva el miembro.

DIAGNOSTICO

El diagnostico se puede realizar de forma clínica si se realiza una adecuada anamnesis y examen físico teniendo siempre en cuenta la sospecha clínica. El perfil de la mayoría de los pacientes que sufren de síndrome de dedo azul tiene múltiples factores de riesgo de aterosclerosis por lo que indagar sobre ellos en el interrogatorio es fundamental. Además de tomar en cuenta si el paciente tiene antecedente de anticoagulación o si fue sometido a una intervención quirúrgica recientemente. Se debe ir en busca de las diferentes causas previamente mencionadas incluyendo la búsqueda de los siguientes hallazgos:

- Pulsos ausentes o disminuidos, aneurismas o soplos arteriales.
- Recordar que casi un 60% de los pacientes van a presentar pulso pedio conservado, ya que la causa más frecuente es embolización de colesterol secundaria a placas de ateroma, por lo anterior el “blue toe síndrome” puede

pasar desapercibido y ser confundido con moretones.

- Lesiones unilaterales se asocian a lesiones distales a la bifurcación de la aorta.
- Se debe realizar Doppler de miembros inferiores para buscar placas ateromatosas causantes del cuadro o TAC para descartar causas embolígenas más altas. Si los anteriores son normales es mandatorio realizar un ecocardiograma transesofágico para excluir causa de embolismo cardiaco o placas ateromatosas en el arco aórtico.
- Solicitud de química completa: urea, creatinina, glucosa, electrolitos, citológico y recuentos de plaquetas, eritrosedimentación, orina completa, anticuerpos antinucleares, anticuerpos anti fosfolípidos, anticuerpos anti neutrófilos, factor reumatoide, proteinograma por electroforesis, crio globulinas, crioaglutininas, electrocardiograma y radiografía de tórax.

TRATAMIENTO

Aun no existe un tratamiento adecuada bien definido, se deben tomar medidas de prevención, tratamiento de soporte y búsqueda de fuente embolica para evitar recurrencia de eventos.

Primera línea

- Modificación de factores de riesgo: se debe considerar el uso de estatinas independientemente del nivel de colesterol esto con el objetivo de disminuir la recurrencia ya que

estabilizan la placa de ateroma y disminuyen el contenido lipídico con sus propiedades antiinflamatorias e inmunomoduladoras.

- Eliminar fuente ateroembolica: mediante procedimientos ya sean endovasculares (angioplastia-stent) o quirúrgicos como tromboendarterectomía y bypass arterial. La endarterectomía sigue siendo el tratamiento estándar con o sin angioplastia.
- Antiplaquetarios: como la aspirina, se han utilizado en estos pacientes para evitar la agregación plaquetaria sobre las placas de ateroma preexistentes, además de la pentoxifilina que tiene un efecto anti plaquetario y disminuye la flexibilidad de eritrocitos. Sin embargo aproximadamente un 54% demuestran mejoría y el 46% presentan reembolización.

Alternativas en estudio

Esteroides orales: si bien es cierto pueden ayudar en la disminución del proceso inflamatorio local aun no existen estudios bien definidos que prueben su eficiencia en dicha patología.

PRONOSTICO

El pronóstico en ateroembolismo es pobre con una mortalidad del 64 al 98% esto secundario a la falla renal cardiaca o multiorgánica que presentan la mayoría de veces. Hay alguna evidencia de que el uso de anticoagulantes como heparina y warfarina puede más bien promover la embolización por lo que no se recomiendan en estos pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Alejandro Daniel Godoy, Aldo Hugo Tabares. (2016). Síndrome del dedo azul.

- Experiencia médica, 34, 15-23. 11 de Marzo 2017, De EBSCO Base de datos.
2. Cronenwett & Johnston. (2014). Rutherford's Vascular Surgery 8 TH Edition. Philadelphia: ELSEVIER Saunders.
 3. K J Griffin, J Rankine, D Kessel, D C Berridge and D J A Scott. (2012). Compression of the dorsalis pedis artery: a novel cause of blue toe syndrome. Vascular, 20, 325-328. 8 de Marzo 2017, De EBSCO Base de datos.
 4. Renshaw ,BS, T. McCowen, MD, E. A Waltke, MD, S.P Wattenhofer, MD, R.W Tahara, MD, and B. T Baxter, MD. . (2002). Angioplasty with stenting is effective in treating blue toe syndrome. , Vascular and Endovascular Surgery, 36, 155-159. 9 de Marzo 2017, De EBSCO Base de datos.

Recepción: 28 Agosto de 2017

Aprobación: 10 Setiembre de 2017