

## Caso clínico

# Fenómeno de Raynaud del pezón: exposición de un caso

*Raynaud's phenomenon of the nipple: presentation of a case*

Laura Isabel Gramage-Córdoba<sup>1</sup>, Adalberto Asins-Cubells<sup>2</sup>, Patricia Chamón-Moya<sup>3</sup>,  
Carlos Llopis-Coloma<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Matrona. Centro de Salud de Chelva (Valencia). <sup>2</sup>Matrón. Centro de Atención Primaria de Burjassot (Valencia).

<sup>3</sup>Enfermera. Hospital de Llíria (Valencia). <sup>4</sup>Enfermero. Hospital Universitario de Elda (Alicante)

## RESUMEN

Se expone el caso de una mujer que un mes después del parto presentó dolor intenso en el pezón durante el amamantamiento. Tras ser diagnosticada y tratada incorrectamente por posible *Candida albicans*, se observaron cambios de coloración en el pezón durante la lactancia que se exacerbaban con la exposición al frío. Finalmente, fue diagnosticada de fenómeno de Raynaud del pezón y recibió el debido tratamiento. El desconocimiento y confusión de este trastorno con otras alteraciones durante la lactancia puede dar lugar a una demora en el diagnóstico y al consiguiente abandono de la lactancia materna, pese a ser una patología de fácil resolución.

©2016 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Fenómeno de Raynaud, dolor, amamantamiento.

## ABSTRACT

It presents the case of a woman who filed a month postpartum intense pain in the nipple with breastfeeding. After being wrongly diagnosed and treated for possible *Candida albicans*, were observed color changes in the nipple during breastfeeding that exacerbated by exposure to cold. Next was diagnosed Raynaud's phenomenon of the nipple with proper treatment. The ignorance and confusion with other disturbances during breastfeeding may lead to a delay in diagnosis and that the abandonment of breastfeeding, being a pathology of easy resolution.

©2016 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

**Keywords:** Raynaud's phenomenon, pain, breastfeeding.

## INTRODUCCIÓN

En 1862 Maurice Raynaud descubrió que algunas personas, cuando se exponían a bajas temperaturas, presentaban isquemia transitoria en los dedos, lo que se atribuía a una respuesta exagerada del sistema nervioso central. A partir de estas investigaciones sir Thomas Lewis definió el «fenómeno de Raynaud»<sup>1</sup>; sin embargo, no fue hasta 1970 cuando se describió por primera vez, en Estados Unidos, el fenómeno de Raynaud del pezón<sup>2</sup>.

El fenómeno de Raynaud afecta al 3-5% de la población general, y el del pezón al 20% de las mujeres en edad fértil<sup>3</sup>.

Aunque la causa real sigue siendo desconocida, se acepta que el fenómeno de Raynaud es una respuesta vascular exagerada a la exposición al frío o al estrés que produce un suministro de sangre disminuido hacia las extremidades, generalmente las manos y los pies. La hi-

peractivación del sistema simpático conduce a una extrema vasoconstricción de las arterias periféricas y arteriolas, que da como resultado una hipoxia tisular. La fisiopatología del fenómeno de Raynaud aún no ha sido aclarada del todo, y puede ser multifactorial, incluyendo vascular, intravascular y mediadores neuronales<sup>4</sup>.

Clínicamente, en el fenómeno de Raynaud del pezón tiene lugar un cambio de color en tres fases: del blanco pasa al azul y luego al rojo, según van sucediendo los cambios en el flujo sanguíneo. Primero se produce vasoconstricción e isquemia, que se manifiesta con palidez; más tarde, y debido a la presencia de desoxihemoglobina, aparece cianosis, y finalmente la vasodilatación refleja se manifiesta con rubor. Acompañando a estos cambios de coloración pueden presentarse alteraciones sensitivas, como entumecimiento, parestesias y dolor intenso y punzante en el pezón. Cuando el episodio re-

Fecha de recepción: 9/12/15. Fecha de aceptación: 5/04/16.

Correspondencia: Laura Isabel Gramage-Córdoba. Centro de Salud de Chelva. Avda. Mancomunidad del Alto Turia, s/n. 46176 Chelva (Valencia). Correo electrónico: lagraco@gmail.com

Gramage-Córdoba LI, Asins-Cubells A, Chamón-Moya P, Llopis-Coloma C. Fenómeno de Raynaud del pezón: exposición de un caso. *Matronas Prof.* 2016; 17(3): e1-e4.

mite, o el área se calienta, el color vuelve a la normalidad<sup>2,5</sup>. Además, el dolor en el pezón puede acompañarse de grietas, flictenas o úlceras<sup>6</sup>.

Ante una mujer con dolor en el amamantamiento y cambios de coloración en el pezón, una anamnesis detallada es suficiente para identificar el trastorno. No se recomienda inducir una reacción de fenómeno de Raynaud, dado que la estimulación con frío y otros procedimientos no brindan resultados consistentes y son molestos para la mujer<sup>7</sup>.

En las mujeres con fenómeno de Raynaud en el pezón, el objetivo terapéutico es reducir la vasoconstricción y promover la vasodilatación. Los objetivos clínicos son mejorar la sintomatología y evitar las complicaciones isquémicas asociadas. El manejo terapéutico incluye medidas tanto no farmacológicas como farmacológicas<sup>8</sup>.

Entre las medidas no farmacológicas recomendadas figuran las siguientes<sup>2,9</sup>:

- Evitar la exposición al frío (especialmente a los cambios bruscos de temperatura).
- Procurar amamantar en un entorno cálido y usando ropa que mantenga el calor corporal.
- Mantener la tranquilidad y emplear técnicas personales de relajación.
- Evitar el consumo de drogas, nicotina y cafeína.
- Evitar los medicamentos simpaticomiméticos.
- Evitar los traumatismos y las vibraciones.
- Favorecer el ejercicio aeróbico.
- Consumir suplementos de magnesio y calcio, vitamina B<sub>6</sub> y aceite de onagra.

Se ha demostrado que la ansiedad y el estrés disparan los episodios de fenómeno de Raynaud, y que las modificaciones en estos aspectos disminuyen la intensidad y la frecuencia de las crisis, por lo que es importante dialogar con la mujer para aclarar dudas, disminuir miedos y brindar tranquilidad<sup>7</sup>.

En tratamientos con placebo y medidas no farmacológicas, entre el 10 y el 40% de las pacientes presentan mejoría, lo que indica una buena respuesta a estas medidas y al control de la ansiedad y el estrés<sup>5</sup>.

Cuando el manejo inicial con las medidas descritas no es suficiente, se indica el manejo farmacológico. Entre los medicamentos disponibles, los bloqueadores de los canales del calcio han demostrado eficacia y seguridad durante la lactancia, por lo que son los fármacos utilizados como tratamiento de primera línea. El tratamiento de elección es el nifedipino, que actúa bloqueando los canales del calcio, inhibiendo la reabsorción de calcio por las células de la musculatura lisa y favoreciendo su efecto vasodilatador, lo que alivia rápidamente los síntomas. Es muy seguro en la madre lactan-

te por su escasa eliminación por la leche (<1-10,3 µg/L). Se prescribe en dosis únicas de 30 mg cada 24 horas durante 2 semanas, pudiendo repetirse un segundo o tercer ciclo de no ser efectivo el anterior<sup>10</sup>. Los efectos adversos más comunes incluyen enrojecimiento del rostro, cefalea, disnea, taquicardia y edema<sup>5</sup>.

Aunque el fenómeno de Raynaud es una patología conocida, su localización en el pezón en relación con el amamantamiento doloroso se ha descrito poco.

## HISTORIA DEL PROBLEMA

Mujer primípara de 33 años que acude a la consulta de la matrona a los 32 días posparto nerviosa y alterada por presentar dolor intenso en los pezones de 4 días de evolución y que empeora al amamantar. Inició la lactancia en el paritorio, sin problemas hasta el momento.

En la exploración general, la paciente está apirética y normotensa; mamas sin signos de inflamación, sin abscesos ni ingurgitación, con dolor intenso durante el amamantamiento y grietas en los pezones. Observación de la toma: enganche y posición adecuados, succión sin alteraciones. Se descarta anquiloglosia y se observan unas manchas blancas en la lengua del bebé que desaparecen casi en su totalidad tras limpiársela con una gasa estéril.

Al no existir defecto en el agarre y la posición de amamantamiento, la paciente acude por iniciativa propia a su médico de familia de control privado, que le prescribe tratamiento con un antifúngico por sospecha de *Candida albicans* (nistatina tópica 3-4 aplicaciones diarias durante 7-10 días, inmediatamente después de la toma). Finalizado el tratamiento, persiste el dolor intenso de los pezones con el amamantamiento.

## VALORACIÓN GENERAL

- Antecedentes personales y familiares sin interés.
- Antecedentes obstétricos: G1P1A0. Gestación controlada a través de un seguro privado y también en la sanidad pública. Parto eutócico en el Hospital Universitario La Fe (Valencia), tras inducción por embarazo cronológicamente prolongado a las 41 semanas. Recién nacido varón, sano, de 3.540 g, Apgar 10/10.
- Control en el posparto precoz adecuado y sin complicaciones. Lactancia materna a demanda instaurada en el paritorio. Útero contraído. Periné íntegro. Loquios escasos.

## DIAGNÓSTICO

Después de 7 días de finalizar el tratamiento con nistatina, la paciente acude de nuevo a la matrona del centro de salud por persistencia de la sintomatología. Se realiza

cultivo de leche materna, que resulta negativo. Ante la persistencia de dolor intenso en los pezones con el amamantamiento, se le recomienda asistir a los talleres semanales de lactancia materna que realizan en el centro de atención primaria de Chelva.

Durante la toma en el taller de lactancia materna, se observa que ambos pezones cambiaban de color con el amamantamiento, pasando del blanco al azul al final de la toma, especialmente si la mujer se situaba cerca del aire acondicionado del aula grupal. Se le diagnosticó fenómeno de Raynaud del pezón.

### EJECUCIÓN/INTERVENCIÓN

Tras el diagnóstico, se le aconseja aplicar calor local en el pecho justo antes y justo después de las tomas, así como ingerir bebidas calientes (sin cafeína ni teína) y amamantar en lugares cálidos y con un ambiente tranquilo. Debido al agotamiento físico y psicológico de la mujer y a su manifestación verbal de estar pensando si continuar o no con la lactancia, se decide iniciar tratamiento inmediato con nifedipino oral (30 mg cada 24 horas durante 2 semanas), continuar con las medidas no farmacológicas expuestas y realizar un control semanal en el taller de lactancia materna del centro de salud.

### RESULTADOS, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

En la primera semana de tratamiento para el fenómeno de Raynaud la mujer refirió disminución del dolor, aunque la clínica persistía. Se le ofreció apoyo psicológico y control telefónico de clínica a diario. Se comprobó que estaba siguiendo el tratamiento no farmacológico. A las 2 semanas del diagnóstico y tratamiento, la clínica desapareció; la mujer expresó su gratitud por la ayuda recibida, pues lo primero que había pensado era dejar de amamantar a su hijo.

Tras cumplir el tratamiento y sin más incidencias, se mantuvo un seguimiento puerperal en el taller grupal de forma habitual.

### INFORME FINAL

El 91% de las mujeres con fenómeno de Raynaud del pezón son previamente tratadas con antifúngicos orales o tópicos por un diagnóstico erróneo de candidiasis. Tras el diagnóstico adecuado y el tratamiento con nifedipino, el 83% de las mujeres presentan mejoría clínica<sup>11</sup>. La confusión de este trastorno con candidiasis recidivantes del pezón puede llevar a una demora en el diagnóstico y, como consecuencia de ello, al abandono

de la lactancia materna, pese a ser una patología de fácil resolución<sup>12</sup>.

Una de cada 5 mujeres en edad fértil padecerá fenómeno de Raynaud del pezón. En la mujer del caso que se presenta, el diagnóstico correcto se estableció tras fallar el tratamiento por candidiasis. Una vez realizado el diagnóstico diferencial y con la instauración del tratamiento y las medidas no farmacológicas adecuadas, el problema se resolvió y la lactancia materna continuó eficazmente.

### OBSERVACIONES PARA LA PRÁCTICA

Este caso clínico evidencia la importancia del correcto diagnóstico del fenómeno de Raynaud del pezón.

En atención primaria es fundamental establecer el diagnóstico diferencial con las grietas en los pezones e infección por *C. albicans*. En el fenómeno de Raynaud el pezón cambia de color en fases: pasa de la palidez a la cianosis y/o el eritema; el dolor es intenso y está presente a pesar de un buen agarre y una buena posición de amamantamiento, y además se resuelve cuando el pezón recupera su color habitual; por último, el problema suele afectar a ambos pezones y se modifica con la temperatura.

El miedo y el estrés empeoran el cuadro, pues las catecolaminas y la noradrenalina que se segregan en estas situaciones son altamente vasoconstrictoras. Por ello, si la madre sufre estrés y ansiedad mejorará si asiste a un grupo de apoyo, en el que se sentirá atendida y escuchada<sup>13,14</sup>.

La atención de la matrona en el seguimiento posparto y la lactancia materna es esencial. La matrona debe apoyar a la mujer en todo el proceso, ya que habitualmente la puerpera suele estar sometida a un alto grado de ansiedad y estrés, lo que empeora el cuadro, o incluso puede desencadenarlo. La matrona debe observar las tomas y evaluar el enganche y la posición del recién nacido, y también ha de realizar una exploración minuciosa de las mamas.

Es imprescindible atender los aspectos psicológicos de la mujer, que debe sentirse escuchada y acompañada. En este contexto, la asistencia a los talleres posparto es una valiosa herramienta<sup>13,14</sup>, ya que eso puede dar seguridad sobre la importancia de la lactancia materna y evitar su abandono. Para alcanzar con éxito este objetivo, es necesario que los profesionales ofrezcamos talleres grupales en esta etapa tan importante en la vida de la mujer, y que dediquemos el tiempo necesario en la consulta a las mujeres durante el puerperio, en especial a las que no pueden asistir a la educación grupal o que presentan mayor dificultad.

## AGRADECIMIENTOS

A la mujer del caso clínico y a los miembros del grupo de apoyo a la lactancia materna, con quienes aprendemos en cada paso, creciendo personal y profesionalmente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Morino C, Winn, SM. Raynaud's phenomenon of the nipples: an elusive diagnosis. *J Hum Lact.* 2007; 23(2): 191-3.
2. Mirón-Muñoz FJ, Camacho-Martos MD. Fenómeno de Raynaud y el amamantamiento doloroso. *Rev Clin Med Fam.* 2012; 5(1): 51-2.
3. O'Sullivan S, Keith M. Raynaud phenomenon of the nipple. A rare finding in rheumatology clinic. *J Clin Rheumatol.* 2011; 17(7): 371-2.
4. Levien TL. Advances in the treatment of Raynaud's phenomenon. *Vasc Health Risk Manag.* 2010; 6: 167-77.
5. Rodríguez-Criollo JA, Jaramillo-Arroyave D. Fenómeno de Raynaud. A review of Raynaud's phenomenon. *Rev Fac Med.* 2014; 62(3): 455-64.
6. Anderson E, Held N, Wright K. Raynaud's phenomenon of the nipple: a treatable cause of painful breastfeeding. *Pediatrics.* 2004; 113(4): e360-4.
7. Wigley FM. Clinical manifestations and diagnosis of the Raynaud phenomenon. 2012 [consultado el 28 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/Wd7pn>
8. Herrick AL. The pathogenesis, diagnosis and treatment of Raynaud phenomenon. *Nat Rev Rheumatol.* 2012; 8(8): 469-79.
9. Strong GD. Raynaud's phenomenon, candidiasis, and nipple pain. Strategies for differential diagnosis and care. *Clin Lact.* 2013; 4(1): 21-7.
10. Zarpadiel I, De la Fuente J, Bajo JM. Fármacos durante la lactancia. Guía práctica de urgencias en obstetricia y ginecología (acorde a los protocolos de la SEGO). 2008 [consultado el 20 de noviembre de 2015]. Disponible en: [http://www.sego.es/Content/pdf/Guia\\_Pract\\_Urg.pdf](http://www.sego.es/Content/pdf/Guia_Pract_Urg.pdf)
11. Barrett ME, Heller MM, Stone HF, Murase JE. Raynaud phenomenon of the nipple in breastfeeding mothers: an underdiagnosed cause of nipple pain. *JAMA Dermatol.* 2013; 149(3): 300-6.
12. Heller MM, Fullerton-Stone H, Murase JE. Caring for new mothers: diagnosis, management and treatment of nipple dermatitis in breastfeeding mothers. *Int J Dermatol.* 2012; 51(10): 1.149-61.
13. Tomico del Río M. Taller de lactancia materna (Tetaller). *Rev Pediatr Aten Primaria* [consultado el 21 de marzo de 2016]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322013000300013](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000300013)
14. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Esp Pediatr.* 2005; 63(4): 340-56.