

## El síndrome del dedo azul

Sofía Victoria Casado-Hoces<sup>1</sup>, Delia González-Tejedor<sup>2</sup>,  
M<sup>a</sup> Antonia Domínguez-García<sup>3</sup>, Beatriz Reina-Herraiz<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro Penitenciario de Madrid III-Valdemoro.

<sup>2</sup>Médica Especialista en Medicina Familiar y comunitaria. Especialista en Psiquiatría. Psiquiatra del Centro. Penitenciario de Madrid III-Valdemoro.

<sup>3</sup>Enfermera del Centro Penitenciario de Madrid III-Valdemoro.

<sup>4</sup>Enfermera y Podóloga del Centro Penitenciario Madrid III-Valdemoro.

Texto recibido: 21/05/2023

Texto aceptado: 25/05/2023

### INTRODUCCIÓN

El síndrome (o signo) del dedo azul se trata de una entidad caracterizada por el desarrollo de una coloración azul o violácea en uno o más dedos del pie en ausencia de traumatismo evidente, lesión grave inducida por el frío o trastornos que produzcan cianosis generalizada<sup>1</sup>. La localización puede ser unilateral o bilateral y afectar también a dedos de las extremidades superiores, puede ir acompañado de dolor e hipersensibilidad a la palpación, y en la mayoría de los casos, cursa con pulsos periféricos presentes<sup>2</sup>.

Son múltiples las circunstancias que causan este síndrome (Tabla 1)<sup>1-5</sup>. Es de suma importancia hacer un diagnóstico temprano e instaurar un tratamiento que evite la evolución natural de la enfermedad hacia la necrosis, la amputación o la muerte del paciente<sup>2,4</sup>.

El caso presente es de un varón de 46 años, con cifras de tensión arterial dentro de los límites normales y normopeso, fumador de 20 cigarrillos diarios y policonsumidor de drogas (cocaína, heroína y benzodiazepinas), en tratamiento con venlafaxina, olanzapina, quetiapina y gabapentina; con antecedentes de sífilis tratada, hepatitis A y B pasadas y con prueba de Mantoux positiva, sin hallazgos radiológicos de tuberculosis.

El paciente acudió por primera vez a consulta médica el 29/11/2022 por dolor en el 4º dedo del pie izquierdo, con coloración azulada, sin relación con traumatismo alguno, siendo tratado mediante analgésicos y antiinflamatorios. Posteriormente apareció

una placa necrótica, por lo que se le programaron curas, consiguiendo la cicatrización total de la úlcera el 02/01/2023.

El 04/01/2023 el paciente consultó nuevamente por dolor intenso y cianosis del primer dedo del pie izquierdo sin relación con ningún traumatismo. El dedo evolucionó formándose un absceso en la región distal, para el que se prescribió cloxacilina e ibuprofeno. Aparecieron también en la cara lateral interna del dedo dos lesiones ampollosas que después se transformaron en placas necróticas. El paciente fue derivado al dermatólogo, que estableció juicio diagnóstico de síndrome del dedo azul el 03/03/23 y lo derivó para valoración a cirugía vascular, a fin de descartar una posible tromboangiitis obliterante (trastorno inflamatorio, no aterosclerótico, que afecta usualmente a las arterias de pequeño y mediano calibre, y cursa con la formación de trombos oclusivos inflamatorios que ocasionan isquemia de extremidades y necrosis digital; se da frecuentemente en hombres jóvenes, de entre 20 y 40 años y está fuertemente relacionado con el consumo de tabaco<sup>4</sup>).

El 11/03/23, pendiente aún de valoración por cirugía vascular, el interno fue trasladado temporalmente a nuestro centro para asistir a un juicio. A su ingreso, encontramos una úlcera seca en la región distal del primer dedo del pie izquierdo (Figuras 1 y 2) junto con dos placas necróticas en la cara lateral interna del mismo dedo (Figura 1), acompañado de intenso dolor. El pulso pedio se encontraba presente.

Comenzamos las curas con hidrogel (Purilon®) y apósito de silicona (Mepitel®), tanto en las placas

Tabla 1. Etiología del signo del dedo azul.

<b>1. Disminución del flujo arterial:</b>
1.1. Embolismo: Ateroembolismo. Aneurismas arteriales. Tumor cardíaco o aórtico. Mixoma, angiosarcoma de la íntima de la aorta. Vegetaciones cardíacas. Endocarditis infecciosa. Endocarditis trombótica no infecciosa.
1.2. Trombosis: Síndrome antifosfolípido. Neoplasias (síndrome vascular acral paraneoplásico). Púrpura trombótica trombocitopénica. Coagulación intravascular diseminada. Necrosis cutánea por anticoagulantes.
1.3. Trastornos que cursan con vasoconstricción: Acrocianosis. Perniosis. Lupus eritematoso pernio. Medicamentos que inducen vasoconstricción. Drogas (cocaína, anfetaminas).
1.4. Inflamación infecciosa y no infecciosa: Sífilis, SARS-Cov-2. Infecciones purulentas. Enfermedad de Behçet. Tromboangeítis obliterante. Otras formas de vasculitis.
1.5. Otras obstrucciones vasculares: Vasculopatía calcificada. Calcifilaxia
<b>2. Disminución del retorno venoso:</b>
2.1. Trombosis venosa extensa: Flegmasia cerúlea <i>dolens</i> y gangrena venosa.
<b>3. Alteración en la circulación de la sangre:</b>
3.1. Hiperviscosidad inducida por paraproteïnemia. 3.2. Síndromes mieloproliferativos (policitemia vera, trombocitemia esencial). 3.3. Criofibrinogenemia. 3.4. Crioglobulinemia. 3.5. Aglutininas por frío.

**Nota.** SARS-Cov-2: coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo.  
Adaptada de Hirschmann JV *et al*<sup>1</sup>.

necróticas laterales como en la región distal del dedo, pauta que se mantuvo hasta la cicatrización completa de las mismas. Ante la sospecha de tromboangeítis obliterante, se inició una intervención individual en deshabituación tabáquica, consiguiendo el cese completo del hábito, lo que aceleró la evolución favorable de las úlceras (Figura 3), consiguiéndose finalmente la resolución de las mismas (Figura 4).

El paciente fue dado de alta en la sala de curas el 09/05/2023, en espera de ser valorado de su proceso por el servicio de cirugía vascular.



Figura 1. Úlcera distal y placas necróticas lateroposteriores.



Figura 2. Úlcera seca.



Figura 3. Evolución de la úlcera tras cuatro semanas de tratamiento.



Figura 4. Úlceras cicatrizadas tras ocho semanas de tratamiento.

## CORRESPONDENCIA

Sofía Victoria Casado Hoces  
E-mail: pasocrisce@yahoo.es

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hirschmann JV, Raugi GJ. Blue (or purple) toe syndrome. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60(1):1-20; quiz 21-2. doi:10.1016/j.jaad.2008.09.038
2. Narváez J, Bianchi MM, Santo P, Castellvi I. Síndrome del dedo azul. *Semin Fund Esp Reumatol.* 2011;12(1):2-9. doi:10.1016/j.semreu.2010.04.002
3. Martínez-Morán C, García-Donoso MC, Moreno A, Borbujo J. Signo del dedo azul como manifestación inicial de aneurisma de la arteria poplítea. *Actas Dermosifiliogr.* 2011;102(7):551-2. doi:10.1016/j.ad.2010.09.016
4. Echavarría-Cross A, Arango-Guerra P, Pérez-Restrepo M, Chavarriaga-Restrepo A. Síndrome del dedo azul: de la piel a lo multisistémico. *Rev Argent Reumatol.* [Internet]. 2022;33(3):173-85. [Consultada 13/052023]. Disponible en: <https://ojs.reumatologia.org.ar/index.php/revistaSAR/article/view/676>
5. Pradhan S, Greska K, Röing-Genannt-Nölke JP, Trappe HJ. Blue toe syndrome caused by emboli from anomalous left atrial septal pouch thrombus: a case report. *Thromb J.* 2000;18:13. doi: <https://doi.org/10.1186/s12959-020-00226-x>