



RELATO DE CASO

Síndrome de Achenbach em Paciente com Alto Risco Cardiovascular

Achenbach's Syndrome in a Patient with High Cardiovascular Risk

João Pedro Morais Alves Gomes^{1*}, Beatriz Rocha Darzé¹, Mateus Santana do Rosário¹

¹Serviço de Clínica Médica do Hospital Santa Izabel - Santa Casa de Misericórdia da Bahia: Salvador, Bahia, Brasil

A síndrome de Achenbach, ou hematoma digital paroxístico, é uma condição benigna rara caracterizada pelo aparecimento súbito de dor e hematoma digital, mimetizando isquemia aguda. Relatamos o caso de uma paciente de 65 anos, hipertensa e com histórico de tromboembolismo venoso recorrente, admitida com dor súbita e coloração violácea no 3º quírodáctilo direito. Devido ao alto risco cardiovascular, a paciente foi internada e anticoagulada empiricamente. A investigação com angiotomografia e Doppler excluiu eventos trombóticos ou embólicos, confirmando o diagnóstico de síndrome de Achenbach. Incidentalmente, diagnosticou-se insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. A evolução foi benigna com resolução espontânea em sete dias. O caso ilustra a importância do diagnóstico diferencial para evitar iatrogenias.

Palavras-chave: Síndrome de Achenbach; Síndrome do Dedo Azul; Hematoma; Doenças Vasculares; Isquemia.

Achenbach's syndrome, or paroxysmal digital hematoma, is a rare benign condition characterized by the sudden onset of pain and digital hematoma, mimicking acute ischemia. We report the case of a 65-year-old hypertensive patient with a history of recurrent venous thromboembolism, admitted with sudden pain and purplish discoloration in the 3rd finger of her right hand. Due to the high cardiovascular risk, the patient was hospitalized and empirically anticoagulated. Investigation with computed tomography angiography and Doppler excluded thrombotic or embolic events, confirming the diagnosis of Achenbach's syndrome. Incidentally, heart failure with reduced ejection fraction was diagnosed. The evolution was benign with spontaneous resolution in seven days. The case illustrates the importance of differential diagnosis to avoid iatrogenic events.

Keywords: Achenbach Syndrome; Blue Finger Syndrome; Hematoma; Vascular Diseases; Ischemia.

Correspondence addresses:

Dr. João Pedro Morais Alves Gomes

jp.morais.ag@gmail.com

Received: September 12, 2025

Revised: November 18, 2025

Accepted: December 2nd, 2025

Published: December 31, 2025

Data Availability Statement:

All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Funding: This work was the result of authors' initiative. There was no support of research or publication funds.

Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Copyright

© 2025 by Santa Casa de Misericórdia da Bahia.

All rights reserved.

e-ISSN: 2764-2089

ISSN: 2526-5563

A síndrome de Achenbach, ou hematoma paroxístico digital, é uma condição rara, de etiologia desconhecida, caracterizada pelo súbito aparecimento de edema, dor e subsequente alteração na coloração de um ou mais dígitos. De evolução benigna e autolimitada, essa síndrome costuma afetar mulheres acima de 50 anos, e se manifesta, classicamente, como um

hematoma na face palmar da falange proximal, acometendo principalmente o 3º quirodáctilo da mão dominante, com melhora espontânea entre 3 a 6 dias. O diagnóstico é baseado na apresentação clínica, bem como na ausência de alterações significativas em exames de investigação. Por ser uma condição rara e de evolução benigna, é de importante conhecimento para médicos e profissionais de saúde, a fim de identificar tal condição e orientar o paciente nos cenários de emergência. Descrevemos um caso de síndrome de Achenbach em uma paciente com fatores de risco cardiovasculares que poderiam confundir o diagnóstico.

Relato de Caso

Paciente do sexo feminino, 65 anos, foi admitida na enfermaria de clínica médica em 22 de outubro de 2025. Relatou que, um dia antes da admissão, apresentou quadro súbito de dor em membro superior direito e edema e hiperemia em 3º quirodáctilo direito. Negou trauma local, exposição ao frio ou episódios semelhantes anteriores. Inicialmente, procurou atendimento em unidade de saúde, sendo medicada com sintomáticos, sem melhora. No dia seguinte, devido à persistência do quadro e ao surgimento de cordão varicoso endurecido em região axilar direita, procurou o Hospital Santa Izabel, onde foi internada para investigação.

Em relação aos antecedentes médicos, a paciente era portadora de hipertensão arterial sistêmica, obesidade grau I (IMC 32,1 kg/m²) e transtorno depressivo maior. Relatou quadro viral recente, autolimitado. Possuía histórico relevante de duas trombozes venosas profundas (TVP), em 2005 e 2017, tendo feito uso de varfarina por cerca de 2 meses após cada um dos episódios, sem investigação para trombofilias. Negou morbidade gestacional. Pai faleceu por complicações da doença de Chagas. A paciente fazia uso regular de valsartana, venlafaxina, quetiapina e divalproato de sódio. Negou tabagismo e etilismo.

Ao exame físico na admissão, apresentava sinais vitais normais. Notava-se edema e coloração violácea de falanges proximal e média de 3º quirodáctilo direito (Figura 1), dor à palpação e presença de cordão varicoso em axila direita. Pulsos radiais rítmicos e cheios, tempo de enchimento capilar preservado, inclusive no dedo acometido. Ritmo cardíaco com frequentes pausas, denotando extrassístoles. Sem outras alterações dignas de nota.

Diante do passado de TVPs e do quadro súbito, a paciente foi internada para investigar etiologias vasculares graves, como trombose, embolia ou vasculite. Iniciou-se, empiricamente, anticoagulação plena empírica (enoxaparina 80 mg 12/12h) e corticoterapia (prednisona 40 mg/dia). O Doppler venoso do membro superior direito mostrou veias subclávia, axilar, braquial, radial, cefálica e basilica compressíveis, sem imagem de trombo e com fluxo fásico, descartando TVP. A angiotomografia arterial demonstrou artérias subclávia, axilar, braquial, radial e ulnar pervias, de trajeto e calibre normais, sem sinais de dissecção ou trombose. Buscando fontes emboligênicas, foi realizado um ecocardiograma transtorácico, que não evidenciou trombos intracavitários. Contudo, revelou, de forma incidental, uma fração de ejeção de 36% (Simpson), aumento moderado de câmaras esquerdas e hipertrofia excêntrica do ventrículo esquerdo.

Excluídas etiologias isquêmicas, trombóticas e cardioembólicas, e considerando a apresentação clínica clássica, foi feito o diagnóstico de síndrome de Achenbach. As terapias com anticoagulante e glicocorticoide foram suspensas. A paciente foi tratada com analgésicos e evoluiu com melhora completa do quadro no sétimo dia (Figura 2).

Discussão

A primeira descrição da síndrome de Achenbach data de 1958, quando o médico alemão Walter Achenbach publicou uma série de casos de mulheres que haviam apresentado

Figura 1. hiperchromia intensa em 3º quirodáctilo, 24/10/2025 (3 dias após início do quadro).



Figura 2. Resolução da hiperchromia, 28/10/2025 (8 dias após início do quadro).



episódios paroxísticos de dor e hematoma em um ou mais dedos.¹ A fisiopatologia exata não é conhecida, mas acredita-se que está relacionada à fragilidade capilar local, podendo ser desencadeada por pequenos traumas. Apesar disso, muitas vezes nenhuma causa aparente é identificada, como no caso aqui relatado.

O diagnóstico é eminentemente clínico, sendo feito com base na história clínica típica de hematoma, dor e/ou edema digital súbito. O maior desafio, nesse caso, foi excluir etiologias graves, que compõem o diagnóstico diferencial da “síndrome do dedo azul”.^{2,3} Clinicamente, a isquemia arterial por trombose ou embolia era pouco provável, visto que a paciente mantinha a perfusão e a falange distal não havia sido acometida. Fenômeno de Raynaud se tornou improvável devido à ausência clássica de palidez, cianose e rubor, e de desencadeantes como frio. Tromboangeíte obliterante, que se apresenta com isquemia de extremidades, foi desconsiderada, pois a paciente não tinha passado de tabagismo. Ademais, anticorpos antifosfolípidos, coletados

antes do início da anticoagulação, foram negativos, afastando síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAAF).

Diante do histórico médico relevante, que incluía episódios prévios de TVP, foi necessário ampliar a investigação complementar. O Doppler venoso e a angiotomografia arterial foram normais, permitindo firmar o diagnóstico de síndrome de Achenbach. Contudo, um dado surgiu de forma incidental durante a investigação: uma insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida (FEVE 36%), uma queda expressiva em comparação ao exame realizado dez meses antes, que havia evidenciado FEVE de 50%.

A ausência de trombos reforça o diagnóstico de síndrome de Achenbach. Quanto à etiologia da ICFER, a hipertensão estava controlada, tornando-se uma causa improvável. Aventamos a possibilidade de miocardite, tendo em vista o episódio recente de quadro gripal, e de miocardiopatia chagásica, devido à história familiar positiva. Foi iniciada a terapia para ICFER e, como houve resolução do quadro que

motivou a internação, a paciente recebeu alta para seguimento ambulatorial com cardiologista.

Conclusão

A síndrome de Achenbach deve ser considerada no diagnóstico diferencial de cianose digital, inclusive em pacientes com alto risco cardiovascular. O reconhecimento desta é fundamental para evitar tratamentos desnecessários, iatrogenias, reduzir custos hospitalares e tranquilizar o paciente.

Referências

1. Achenbach W. Das paroxysmale Handhämatom. Medizinische. 1958;52(27):2138-2140. PMID: 13622116. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13622116/>
2. Godoy A, Tabares AH. Achenbach syndrome (paroxysmal finger hematoma). Vasc Med. 2019;24(4):361-366. doi:10.1177/1358863X19849627. Available from: <https://doi.org/10.1177/1358863X19849627>
3. Todd NL, et al. Achenbach syndrome: case report and discussion. Cureus. 2022;14(3):e23448. doi:10.7759/cureus.23448. Available from: <https://doi.org/10.7759/cureus.23448>