

Simpatectomía torácica, solución para hiperhidrosis

DRA. LORENA PÉREZ SOTOMAYOR^{1,2,3}

Toracic Sympathectomy, solución for hyperhidrosis

Abstract

Preface: *Videothoroscopic sympathectomy (VTS) is the gold standard treatment for the upper extremity hyperhidrosis (HH) because it is safe and has good results.*

Objective: *To evaluate retrospectively the long term results of VTS for the treatment of HH on 50 operated patients in the Maule Region from the year 2003 to september of 2015.*
Methods: *For axillary HH a T2 to T4 VTS was performed, and T3 VTS for palmar HH. All the patients were operated bilaterally through 2 axillary ports. The operatory success was evaluated through the persistence or not of sweating of the palm and armpit. Also, all the complications associated were registered.*

Results: *The procedure was successful in 96% of the patients, who reached anhidrosis in the palms and armpits. The most common complication was compensatory sweating, minimal to mild in 28% of the patients approximately, severe only in one case; intense post operatory pain in 3 cases and sympathic reinervation in 2 cases. There was no Infection, Horner syndrome, inthorcostal arthery injury or mortality reported.*

Conclusion: *The billateral VTS is an effective and safe procedure to obtain anhidrosis in patients with upper extremity hyperhidrosys.*

Key words: *Hyperhidrosis, thoracic sympathectomy, endoscopic sympathetomy*

1. Cirujano torácico Hospital Regional de Talca (HRT)

2. Jefa Departamento de Cirugía Universidad Católica del Maule (UCM)

3. Directora de Postgrado Especialidades Médicas Facultad de Medicina UCM

Coautores:

Dr. Marcelo Santelices Baeza

Dr. Jose Ignacio Quezada Morales

Dra. Josefa Quezada Morales

Correspondencia:

E.mail: loperezs@yahoo.com

Introducción

La hiperhidrosis es una condición patológica que se caracteriza por una excesiva producción de sudor, la cual tiene un impacto en la calidad de vida del paciente. Se puede clasificar en primaria o se-

cundaria, dependiendo si es o no acompañada por alguna enfermedad subyacente.¹ La hiperhidrosis primaria se caracteriza por una excesiva respuesta de las glándulas sudoríparas a estímulos del siste-

ma nervioso simpático o a un tono exagerado del mismo, el cual es independiente de la temperatura ambiental o corporal y no obedece a un trastorno concomitante, ya sea enfermedad, uso de fármacos u otros.² Los sitios afectados con mayor frecuencia son la región axilar y palmo plantar, en menor medida la zona craneofacial. La prevalencia de la hiperhidrosis según estudios internacionales es cercana a un 3% de la población,³ siendo frecuente su inicio en la adolescencia.

Diversos tipos de tratamientos médicos se han empleado para lograr la cura de la enfermedad, entre ellos aplicación tópica de antiperspirantes, inyección de toxina botulínica e iontoforesis.⁴ Sin embargo, el tratamiento quirúrgico es el único que puede ofrecer una solución definitiva al problema. La simpatectomía videotoracoscópica se realiza desde inicios de la década del 90, demostrando ser altamente eficaz y segura en el tratamiento de la hiperhidrosis de las extremidades superiores, tanto palmar como axilar, con un rendimiento mayor al 95%.⁵ Es por esto que actualmente la simpatectomía videotoracoscópica es reconocida como el Gold estándar en el tratamiento de la hiperhidrosis de miembro superior.

En cuanto a morbilidad, no se han reportado a la fecha, muertes secundarias a esta intervención. Dentro de las complicaciones más frecuentes se encuentran la sudoración compensatoria (SC), bradicardia y síndrome de Horner. De ellas, la más frecuente es la hiperhidrosis compensatoria, que fluctúa en un rango de 3-98% de los casos. Esta variabilidad en la incidencia de SC se debe fundamentalmente a la carencia de una definición estandarizada para este término.^{6,7}

Objetivo

Evaluar retrospectivamente el resultado a largo plazo de la simpatectomía videotoracoscópica (SVT) para el tratamiento de hiperhidrosis, luego de recopilar un importante número de pacientes operados en la Región del Maule.

Material y método

Pacientes portadores de hiperhidrosis (HH) inter-

venidos quirúrgicamente en Clínica del Maule y Hospital Regional de Talca desde el año 2003 hasta septiembre del 2015. Se realizó procedimiento simpatectomía torácica (ST) en los niveles T2-T3 o T4 según correspondiera.

Técnica quirúrgica: En decúbito dorsal, bajo anestesia general con tubo doble lumen se realiza ST por videotoracoscopia. Todos los pacientes fueron abordados bilateralmente en un tiempo a través de 2 puertos axilares. Se identificó cadena simpática torácica de acuerdo a cabezas costales correspondientes. Posterior a disección meticulosa de dicha cadena, se cortó con electrobisturí en modalidad corte al nivel deseado T2 a T4 para HH axilar y T3 para palmar. Posteriormente se deja drenaje pleural en cada hemitórax para ser retirado a las pocas horas.

El éxito operatorio se evaluó mediante la persistencia o no de sudoración axilar y palmar. Otros resultados que fueron medidos son sudoración compensatoria, Síndrome de Horner, dolor postoperatorio inmediato intenso (EVA > 6), reinervación simpática, complicaciones pleurales y mortalidad asociada al procedimiento. La sudoración compensatoria se clasificó en ausente, mínima/leve (no le molesta) o severa/invalidante (le molesta) resultado evaluado según opinión de paciente.

Los datos fueron recolectados retrospectivamente en una base de datos Excel.

Resultados

Se analizaron los resultados de 50 simpatectomías videotoracoscópicas, en pacientes con una media de edad de 24,5 años, los cuales tuvieron una hospitalización breve de no más de 24 horas. Dentro de este grupo se puede apreciar un leve predominio del sexo femenino (60%) con una concentración de la patología principalmente bajo los 20 años de edad (Tabla 1).

Las principales localizaciones de la HH observadas en este trabajo fueron la axilar-palmar-plantar y axilar-palmar con un 52 y 28% respectivamente (Tabla 2).

Tabla 1. Edad y sexo

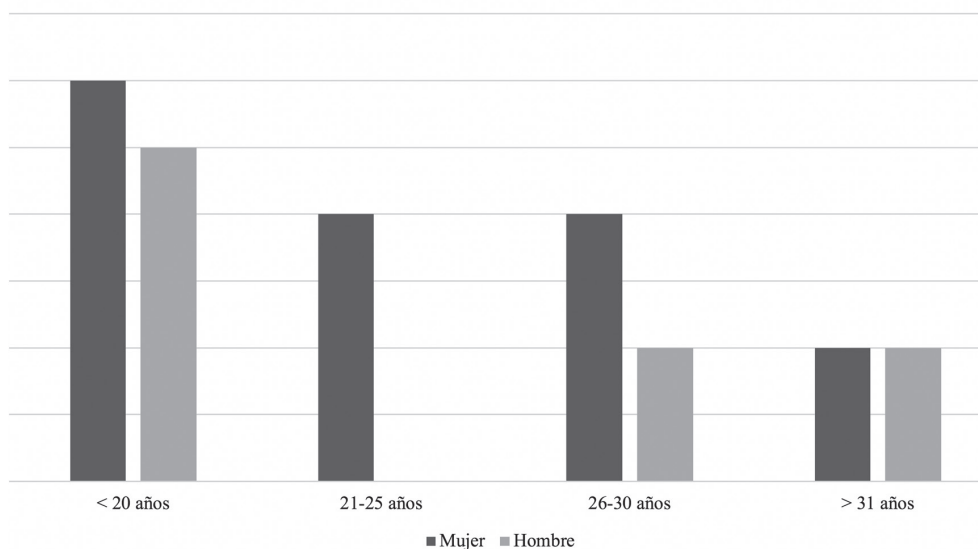
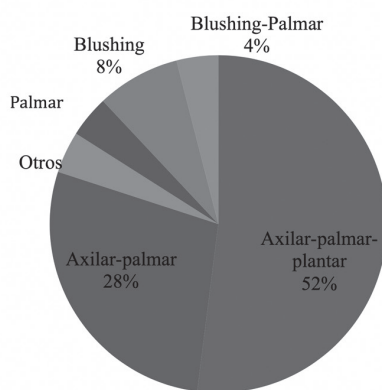


Tabla 2. Localización hiperhidrosis



Al evaluar si hubo o no persistencia de sudoración axilar y palmar luego de intervención quirúrgica, se obtuvo que en un 96% de los pacientes intervenidos se logró una anhidrosis axilar/palmar. No se evaluó la persistencia o no de blushing ni sudoración plantar.

Con respecto a las complicaciones asociadas a este procedimiento, la más común de ver fue la sudoración compensatoria, presente de forma mínima o leve en aproximadamente un 28% y de forma severa solo en un caso. No obstante, este evento estuvo ausente en un 68% en los pacientes intervenidos (Tabla 3).

Dolor post operatorio inmediato e intenso (EVA>6) se observó en solo tres casos, los cuales respondieron de forma adecuada a opioides de rescate.

Se presentaron 2 casos de reinervación simpática, ambos a los 3 meses postoperados aproximadamente, los cuales fueron reintervenidos con buenos resultados a posterior. No hubo infecciones, Síndrome de Horner, lesiones a arterias intercostales, ni mortalidad asociada al acto quirúrgico.

Casi anecdótico resulta el caso de un paciente que presentó sudoración gustatoria, representada principalmente al comer.

Tabla 3. Complicaciones quirúrgicas

		n°	Porcentaje
Sudoración compensatoria	Ausente	17	68%
	Mínima/leve	7	28%
	Severa/invalidante	1	4%
Síndrome de Horner		0	0%
Dolor (EVA>6)		3	12%
Reinervación simpática		2	8%
Complicaciones pleurales		0	0
Mortalidad		0	0
Otras complicaciones		1	4%

Discusión

Clásicamente la simpatectomía de los segmentos T2, T3 y T4 se realizaba vía toracotomía. Con el advenimiento de la cirugía videotoracoscópica, la simpatectomía para el tratamiento de la hiperhidrosis primaria se ha transformado en el tratamiento más seguro y eficaz para la erradicación de esta enfermedad,⁸ siendo mínimamente invasivo y con excelente resultado estético.

Los datos recolectados en nuestra serie concuerdan con la epidemiología del problema a nivel mundial, siendo el grupo etario con mayor prevalencia de hiperhidrosis los menores de 20 años, con predominio leve en sexo femenino y siendo los sitios más afectados la región axilar y palmo-plantar.

Los resultados de la simpatectomía videotoracoscópica son inmediatos y altamente satisfactorios para el paciente, logrando mejoría en su calidad de vida en más de un 90% de los casos según reportes internacionales y nacionales.^{9,10} En nuestra serie el resultado de éxito logrado fue de un 96% de anhidrosis axilar-palmar. No fue medido el outcome en hiperhidrosis plantar ni en blushing.

En cuanto a las complicaciones de esta intervención, al igual que en trabajos publicados, la que se presentó con mayor frecuencia fue la sudoración compensatoria, la cual fue definida previamente en mínima o leve y en severa o invalidante, obteniéndose una frecuencia de 28% y 4% respectivamente. Sin embargo, este evento adverso no fue presentado en la mayoría de nuestros casos,

lo que corresponde a un 68% de los participantes. Otra complicación observada fue la reinervación simpática, presentada en 2 pacientes, los cuales fueron reintervenidos quirúrgicamente, logrando buen resultado posterior. Una complicación muy infrecuente, sudoración gustatoria, fue desarrollada por un paciente, el cual manifestó sudoración postprandial y al oler ciertas comidas. Con respecto a otras complicaciones de mayor incidencia publicadas, cabe destacar que en nuestra serie no hubo casos de Síndrome de Horner ni complicaciones pleurales secundarias al procedimiento. Tampoco reportamos mortalidad asociado al procedimiento.

Es así como la simpatectomía videotoracoscópica se ha transformado en un tratamiento emergente para la hiperhidrosis primaria refractaria a tratamiento médico, siendo por su carácter mínimamente invasivo, altamente eficaz y con excelente recuperación postquirúrgica el tratamiento gold estándar para el manejo de esta patología.

Conclusiones

Resultados obtenidos se correlacionan con las series internacionales y nacionales, por lo que se concluye que la simpatectomía videotoracoscópica bilateral a realizar en un tiempo es altamente efectiva y segura para la obtención de anhidrosis en pacientes con hiperhidrosis de miembros superiores. Es posible que las complicaciones disminuyan con el aumento de la experiencia y de los cambios técnicos.

Referencias

1. Benson R, Palin R, Holt P, Loftus I. Diagnosis and management of hyperhidrosis. *BMJ* 2013; 347: f6800

2. Singh S, Davis H, Wilson P. Axillary hyperhidrosis: A review of the extent of the problema and treatment modalities. *Surgeon*. 2015; 13(5): 279-85

3. Walling H, Swick B. Treatment options for hyperhidrosis. *Am J Clin Dermatol*. 2011; 12 (5): 285-295

4. Vorkamp T, Foo FJ, Khan S, Schmitto J, Wilson P. Hyperhidrosis: Envolving concepts and comprehensive review. *Surgeon*. 2010; 8(5): 287-292

5. Suárez C, Suárez F, Pérez L, Lemus J. Resultado en 100 simpatectomías videotoracoscópicas (SVT) para el tratamiento de la hiperhidrosis de miembros superiores (HHSS). *Rev Chilena de Cirugía*. 2005; 57:199-202

6. Cerfolio R, De Campos J, Bryant A, Connery C, Miller D, Krasna M, et al. The society of Thoracic Surgeons Expert Consensus for the surgical treatment of hiperhidrosis. *Ann Thorac Surg*. 2011; 91(5):1642-1648

7. Henteleff H, Kalavrouziotis M. Evidence-based review of the surgical management of hyperhidrosis. *Thorac Surg Clin*. 2008; 18(2): 209-216.

8. Guijarro Jorge R, Arnau Obrer A, Fernández Centeno A, Regueiro Mira F, Pérez Alonso A, Cañizares Carretero M, et al. Nuestra experiencia en el tratamiento de las hiperhidrosis de los miembros superiores mediante videotoracosco- pia: Análisis tras las primeras 100 intervenciones. *Arch Bronconeumol*. 2002; 38(9): 421-426.

9. Santolaya R. Simpatectomía torácica en la hiperhidrosis primaria. *Cuad Circ*. 2006; 20: 86-91

10. de Campos J, Kauffman P, de Campos Werebe E, Filho L, Kusniek S, Jatene F, et al. Et al. Quality of life, before and after thoracic sympathectomy: report on 378 operated patients. *Ann Thorac Surg*. 2003; 76(3): 886-891