

CIRUGIA DERMATOLOGICA

HIPERHIDROSIS AXILAR: UN NUEVO METODO DE TRATAMIENTO Y REVISION DE LA LITERATURA

Gómez Vargas, Flavio
Gómez Vargas, Luz Marina

RESUMEN

Describimos un nuevo método quirúrgico sencillo para el manejo de la hiperhidrosis axilar, consistente en una pequeña incisión transversal a nivel de la cara lateral del tórax y muy cercana a la axila; por ella se introduce una tijera y se divulsiona entre dermis e hipodermis (mayor población de glándulas sudoríparas), luego se curetean ambas caras (dérmica e hipodérmica). Mostramos los resultados buenos en 5 pacientes que fueron sometidos a dicho procedimiento. (Palabra clave: Hiperhidrosis axilar).

INTRODUCCION

La axila es un área cutánea donde la sudoración tiene actividad tanto ecrina como apocrina; la parte central de ella es responsable del 70% al 80% de la secreción sudoral y posee una concentración glandular mucho mayor que en la periferia. Las glándulas sudoríparas están especialmente localizadas en la dermis inferior y la hipodermis, (Fig. No. 1); su actividad secretora es mayor en negros que en caucásicos, no se encuentran variaciones en cuanto al sexo, pero la zona vellosa axilar es mayor en el hombre que en la mujer¹. La hiperhidrosis axilar es una molestia que puede llegar a ser intolerable. (Fig. No. 2). La temperatura ambiental y los factores emocionales son los principales determinantes; ha sido clasificada por Ellis y Morgan en primaria o idiopática y secundaria. La secundaria es producida por situaciones tales como: hipertiroidismo, hipoglicemia, obesidad, menopausia, estados de ansiedad y feocromocitoma; el diagnóstico de la primaria se hace por exclusión².

Flavio Gómez Vargas, M.D. Médico Dermatólogo
Av. Oriental 52-120
Medellín-Colombia
Luz Marina Gómez Vargas, M.D. Médico Dermatólogo
Servicio Dermatología
Universidad Pontificia Bolivariana
Medellín - Colombia.

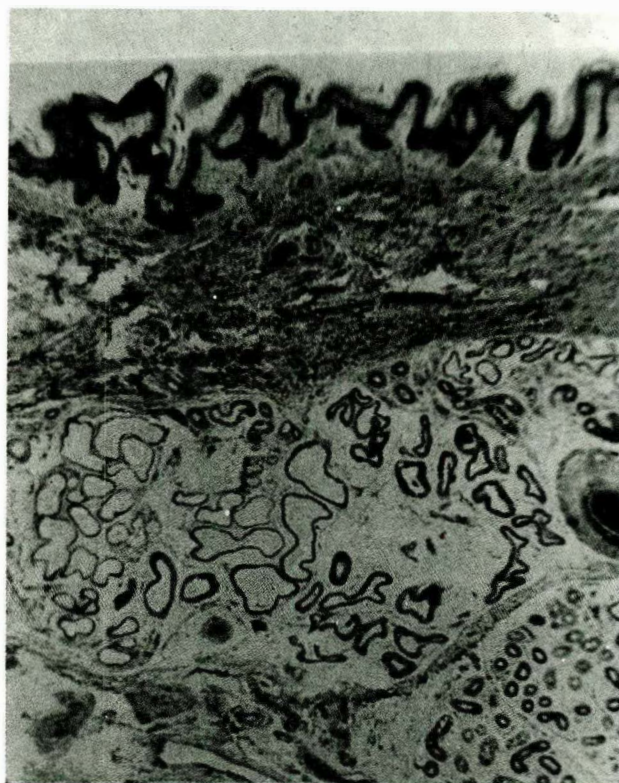


Fig. No. 1 En esta microfotografía podemos apreciar la gran cantidad de glándulas sudoríparas, la mayoría de ellas localizadas en la unión Dermo-Hipodérmica.

Muchos tratamientos locales con base en el cloruro de aluminio y la fenoxibenzamina tópica, que es un antagonista (α) adrenérgico, son satisfactorios para reducir la sudoración a niveles aceptables³; otros tópicos o sustancias vía oral, tales como sedantes y anticolinérgicos, también han sido usados⁴.

Debido a que los tratamientos médicos distan de ser óptimos, se han preconizado además procedimientos quirúrgicos como: resección con cierre simple^{5,6,7,8}; resección y divulsión tisular⁹; resección y colgajos reparadores²; simpatectomía del 5o. gan-

glio torácico, y electrocauterización de ganglios simpáticos por endoscopia transtorácica para el tratamiento de la hiperhidrosis palmar axilar^{10,11}. La liposucción axilar promete ser un tratamiento de elección en pacientes refractarios a otras modalidades¹² y aún criocirugía⁸; los antibióticos profilácticos en la intervención quirúrgica de la hiperhidrosis axilar no tienen valor¹³.

MATERIAL Y METODOS

Nuestro método está basado en el sitio de localización de las glándulas sudoríparas, tanto ecrinas como apocrinas (dermis inferior e hipodermis) y en la mayor concentración de ellas en el centro axilar. A los pacientes se les practicó la prueba de Minor: se seca la axila, se aplica lugol y se espolvorea almidón; luego, debido a la presencia del sudor los dos anteriores componentes reaccionan y aparece una coloración azul en el sitio donde hay más glándulas sudoríparas (mayor sudoración) (Fig. No. 3).

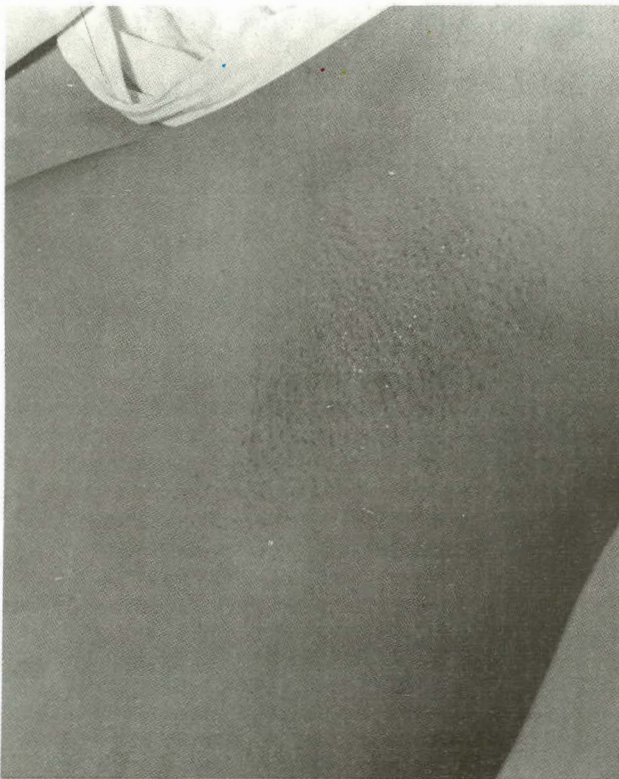


Fig. No. 2 Nos muestra la gran secreción sudoral de uno de los pacientes: (Paciente No. 1 de la Tabla No.1)

Bajo anestesia local, se hace una incisión horizontal de unos 2 cm de longitud en la parte inferior de la mancha azulosa, región axilar, cara torácica. Con una tijera curva se procede a divulsionar el tejido en la unión dermis inferior-hipodermis (sitio de mayor concentración glandular); (Fig. No. 4); cuando la disección ha sido completa, se practica un curetaje de ambas caras de la disección (cara dérmica y cara hipodérmica); con este procedimiento creemos que retiramos un porcentaje muy alto de glándulas (Fig. No. 5). Finalmente colocamos un dren que se fija en la piel y se debe retirar en 24 a 48 horas. La herida se cierra con puntos separados (Fig. No. 6). Los resul-

tados que hemos obtenido en nuestros pacientes han sido buenos funcionalmente y estéticamente óptimos (Tabla No. 1).

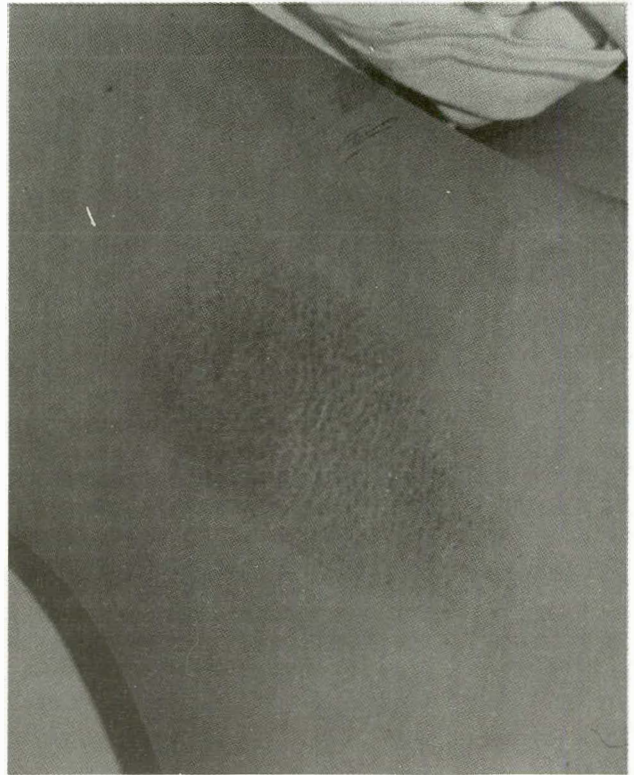


Fig. No. 3 Coloración que aparece después de la aplicación de Lugol y espolvorear almidón.

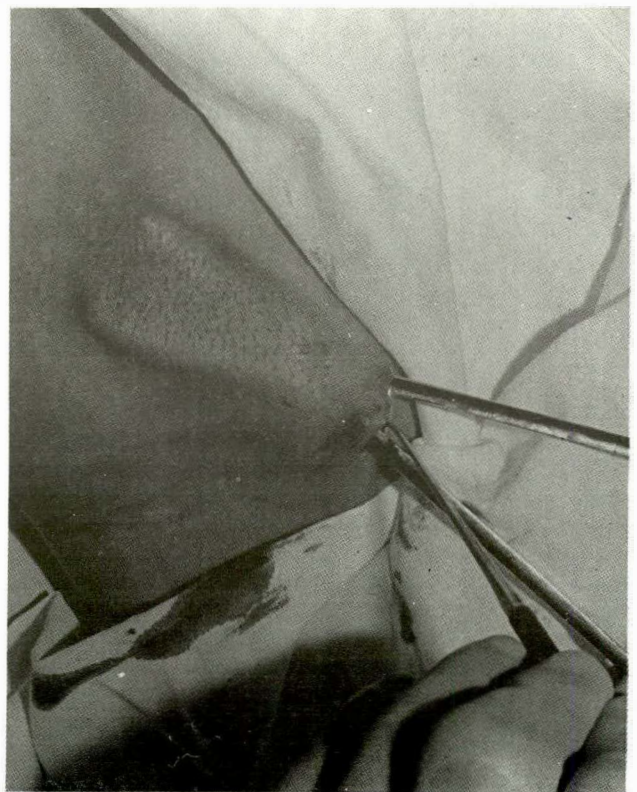


Fig. No. 4 Divulsión tisular mediante una tijera curva, con su punta dirigida y haciendo presión hacia la dermis reticular.

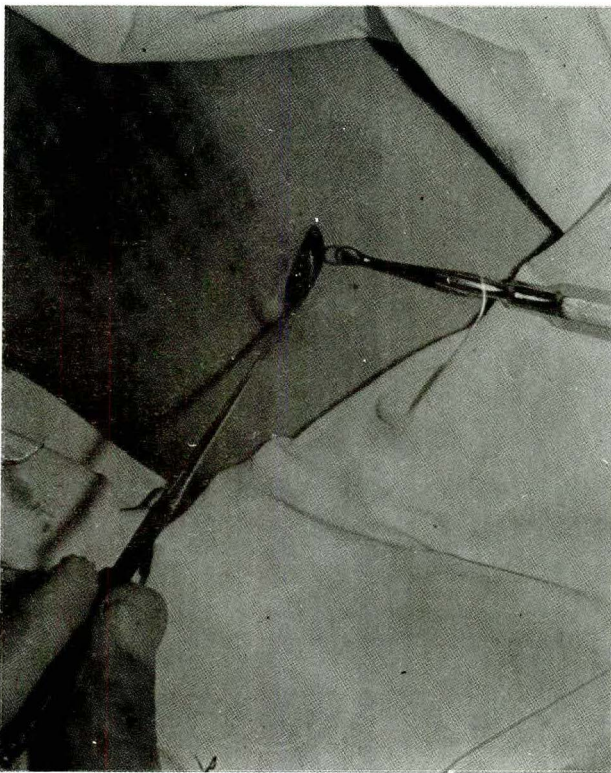


Fig. No. 5 Nos muestra la cureta con la que practicaremos curetaje tanto en la zona dérmica como hipodérmica.

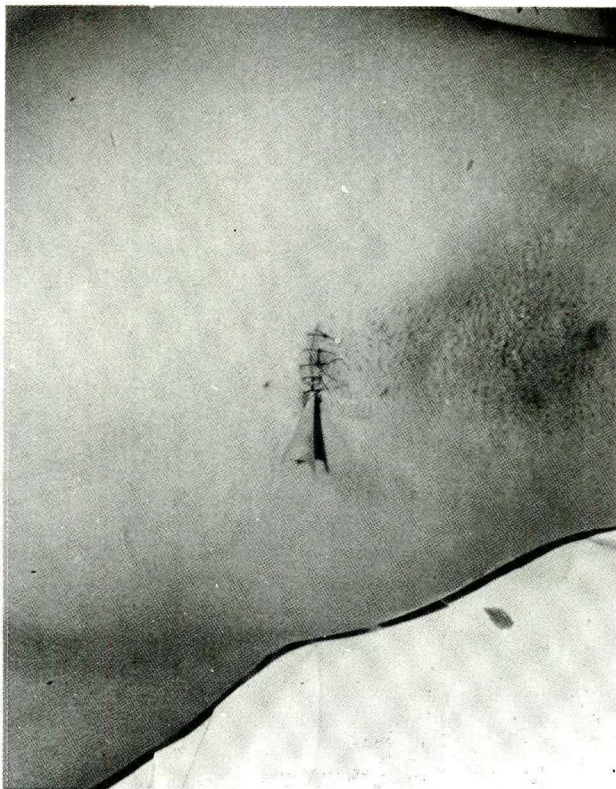


Fig. No. 6 Dren y cierre mediante puntos separados; aspecto final del procedimiento.

COMENTARIOS

Insatisfechos con los resultados terapéuticos (tópicos, orales y parenterales) y la magnitud de los procedimientos quirúrgicos empleados para el manejo de la hiperhidrosis axilar, nos dimos a la tarea de investigar un método quirúrgico (dan mejor resultado que los farmacológicos), sencillo, económico y eficaz.

Partimos de la base anatómica de mayor población glandular y pensamos que bajo anestesia local y con cureta, retiraríamos un alto porcentaje de glándulas, dejando al paciente con una sudoración normal, con persistencia del vello axilar y con una pequeña, estética y discretísima cicatriz.

En ninguno de los pacientes usamos antibióticos profilácticos y todos ellos salieron bien del procedimiento, sin ningún tipo de molestia como dolor, hematoma, infección u otras complicaciones. Ambas axilas se intervinieron en el mismo acto quirúrgico y la única droga usada en el postoperatorio fue el acetaminofén; la incapacidad fue mínima. Creemos que con este procedimiento quirúrgico disminuimos la sudoración (en ningún momento pensamos en que el resultado fuera una anhidrosis local) hasta un nivel normal. Este podría ser el aspecto fisiológico de la intervención. Entonces concluimos: la cirugía es sencilla, sin complicaciones, económica y con aspiraciones fisiológicas.

Tabla No. 1
HIPERHIDROSIS AXILAR
RESPUESTA AL TRATAMIENTO QUIRURGICO

Caso No.	Edad/ Años	Sexo	Raza	Infección	Sudoración pre-quirúrgica	Sudoración post-quirúrgica
1	22	F	Blanca	-	++++	+++
2	25	M	Blanca	-	++++	+
3	19	F	Mestizo	-	++++	+
4	23	F	Blanca	-	++++	+++
5	24	M	Blanca	-	++++	+

Apreciamos un total de 5 pacientes, todos ellos jóvenes entre la segunda y tercera décadas; todos los procedimientos se practicaron con anestesia local, con lidocaína. Los pacientes sudaban abundantemente: ++++; en todos ellos hubo disminución de la sudoración, estando representado en porcentaje: + = 25%. En todos hubo disminución de la sudoración entre 25%-75%. No hubo en ninguno infección o cualquier otro tipo de complicación.

SUMMARY

We are describing a new simple surgical method for the treatment of axillary hyperhidrosis. Using a transversal incision at the level of the lateral thorax and very near to the axilla, the surgical borders are undermined with scissors between dermis and hypodermis (where most of the sudoriparous glands are anatomically located); then a curettage of the surfaces of this artificially created space is made, eliminating a good number of sweat gland structures. We are showing 5 patients with a good response to such surgical treatment.

(Key word: Axillary hyperhidrosis).

BIBLIOGRAFIA

1. Hurley H J, Shelley W B: A simple surgical approach to the management of axillary hyperhidrosis. *J Amer Med Ass* 1963; 186:109-112.
2. Letterman G, Schurter M. Surgical treatment of hyperhidrosis and chronic hidradenitis suppurativa. *J Invest Dermatol* 1974; 63:174-182.
3. Manusou E G, Nadeu M T. Hyperhidrosis; A management Dilema. *J Fam Prac* 1989; 28(4):412-415.
4. Cage G W. Diseases of eccrine sweat glands. In: Fitzpatrick, T B, Arnd K, Clark WH et al (Eds) *Dermatology in general medicine*; McGraw Hill Book Co 1980; pp.375-386.
5. Gillespie J A, Kane S P. Evaluation of simple surgical treatment of axillary hyperhidrosis. *Br J Dermatol* 1970; 83:648-689.
6. Bretteville-Jensen G. Radical sweat gland ablation for axillary hyperhidrosis. *Brit J Plast Surg*, 1973; 26:158-162.
7. Wavers P C, Copeman P W M. Simple surgery for axillary hyperhidrosis (two cases). *Proc R Soc Med* 1971; 64:607-608.
8. Salfed K. Hyperhidrosis axilaris und hidradenitis suppurativa; in *Dermatochirurgie in Klinik und Praxis*, edited by Knoz B. and Burg G. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York, 1977.
9. Tripton J B. Axillary hyperhidrosis and its surgical treatment. *Plast Reconstr Sur* 1968; 42:137-140.
10. Byrne J, Walsh T N, Henderman W P. Endoscopic Transthoracic Electrocautery of the sympathetic chain for palmar and axillary hyperhidrosis. *Br J Sur* 1990; 77(9):10469.
11. Banerjee A K, Edmonson R, Rennie J A. Endoscopic Transthoracic Electrocautery of the sympathetic chain for palmar and axillary hyperhidrosis. *Br J Surg* 1990 77(12):1435.
12. Lillis P J, Coleman W P. Liposuction for treatment of axillary hyperhidrosis. *Dermatol Clin* 1990; 8(3): 479-482.
13. Ma S, Chiang SS, Fang R H. Prophylactic antibiotics in surgical treatment of axillary hyperhidrosis. *Ann Plast Surg* 1989; 22(5):436-439.