

Hiperhidrose, simpaticectomia toracoscópica e satisfação dos adolescentes

Angélica Osório¹, João Moreira-Pinto¹, Joana Pereira¹, Hernâni Lencastre², Fátima Carvalho¹

RESUMO

Introdução: A hiperhidrose axilar e palmar (HAP) corresponde à sudorese excessiva das axilas e palmas das mãos, em quantidades desmesuradamente maiores que as necessárias para a normal termorregulação. Afecta muitos adolescentes e a sua etiologia ainda não foi totalmente esclarecida. A simpaticectomia toracoscópica (ST) é uma opção terapêutica com resultados excelentes mas associa-se a sudorese compensatória (SC).

Objectivo: Avaliação da interferência da HAP no dia-a-dia dos adolescentes, antes e após a cirurgia, avaliação da presença de SC e avaliação da morbilidade cirúrgica associada.

Material e Métodos: Estudo prospectivo, incluindo quatro doentes, (3♀, 1♂; média de 17 anos de idade) submetidos a ST bilateral T2-T4. A HAP foi avaliada recorrendo à "Hyperhidrosis Disease Severity Scale" (HDSS-International Hyperhidrosis Society®).

Resultados: Pré-operatoriamente, todos os doentes tinham HDSS 4, todos tinham de mudar o vestuário mais de duas vezes/dia e todos consideraram que a HAP interferia muito com a sua auto-estima. No primeiro dia pós-operatório, nenhum apresentava HAP. Uma semana depois, três referiram SC no tórax/joelhos. Um doente referiu SC gustatória. Na primeira semana de pós-operatório, HDSS mudou para 2 num doente e para 1 nos restantes. Aos seis meses e ao primeiro ano de pós-operatório, a SC diminuiu em todos os doentes e a HDSS manteve-se no mesmo valor que na primeira semana de pós-operatório. Sem registo de complicações cirúrgicas.

Conclusões: A melhoria na HAP e satisfação dos doentes foi imediata, acentuada e mantida no tempo. Apesar da pequena amostra, os resultados demonstram que a HAP é uma condição dramática para os adolescentes. Porém é facilmente tratada e associa-se a uma SC bastante tolerável, devendo merecer mais atenção em idade pediátrica.

Palavras-chave: Adolescentes, hiperhidrose axilar e palmar, simpaticectomia toracoscópica.

INTRODUÇÃO

Hiperhidrose Focal Primária (HFP) define-se como a sudorese excessiva, em quantidades desmesuradamente maiores que as necessárias para a normal termoregulação corporal. Atinge principalmente as palmas das mãos, axilas, plantas dos pés e região crânio-facial.

Ao contrário do que acontece na Hiperhidrose Secundária que se deve a uma causa bem definida, seja ela infecciosa, endócrina ou neurológica, a etiologia da HFP ainda não se encontra totalmente esclarecida.

Em termos epidemiológicos é uma patologia mais frequentemente descrita nos adultos, notando-se o predomínio das mulheres no grupo submetido a correcção cirúrgica. Ao contrário do que poderia pensar-se, tal não se deve a uma maior incidência no sexo feminino mas sim a um maior grau de insatisfação com essa condição nas mulheres e como tal maior predisposição a tratamento definitivo. A HFP é subvalorizada nas crianças e adolescentes e na maior parte dos casos não é reconhecida como patologia passível de correcção definitiva. Na realidade, estudos publicados em 2004⁽¹⁾ reportam uma incidência de 1,6% de HFP em indivíduos com idade inferior a 18 anos. Em mais de 70% dos casos, a HFP tem início em idade escolar e em 16-20% na adolescência⁽²⁾, sendo muito pouco frequente a apresentação inicial desta patologia em idade adulta. A história familiar é positiva em 65% dos casos⁽¹⁾, sugerindo a possibilidade de uma base genética.

Trata-se de uma patologia associada a perturbações emocionais e sociais fortes na medida em que tem grande impacto na vida diária do doente. Tarefas simples do dia-a-dia ficam comprometidas com a presença do excesso de sudorese: o pegar na caneta para escrever, o abrir portas, o aperto de mão para cumprimentar e a prática de alguns desportos. Pode implicar a mudança de vestuário mais que uma vez por dia, a incapacidade de usar certo tipo de calçado e a impossibilidade de estar em locais públicos, como alguns exemplos.

Se o adolescente por si só se encontra numa fase da vida especialmente vulnerável, o adolescente com HFP sente-se ainda mais incapacitado na sua esfera bio-psico-social. A HFP gera ansiedade, fobia social e até mesmo depressão no indivíduo afectado.

Também o risco aumentado de infecções cutâneas não deve ser desvalorizado. A presença de maior humidade da pele facilita o aparecimento de dermatofitoses e verrugas.

Várias opções terapêuticas têm sido descritas para tratar

Nascer e Crescer 2012; 21(3): 127-130

¹ S. Cirurgia Pediátrica, CH Porto

² S. Cirurgia Córdio-Torácica, CH Vila Nova de Gaia-Espinho

esta condição patológica ⁽¹⁾. Em crianças e adolescentes, inclui-se como modalidade de tratamento a aplicação de agentes tópicos, antitranspirantes com o cloreto de alumínio. Estes quando usados em concentrações mais elevadas podem provocar dermatites irritativas que são de tal forma exuberantes que tornam o seu uso intolerável. Quando em concentrações mais baixas não apresentam normalmente a eficácia terapêutica desejável. A toxina botulínica tipo A em injeções intradérmicas promove a diminuição de produção local de suor. Porém, a sua eficácia é apenas transitória, desaparecendo ao final de seis a doze meses. Por outro lado, desenvolve-se resposta imunológica com produção de anticorpos contra a toxina, implicando a sua ineficácia a médio prazo. Está ainda associada a efeitos secundários como fraqueza muscular generalizada e eventual dificuldade respiratória. A iontoforese está descrita como sendo aplicável na HFP palmar e plantar. No entanto, ainda não estão publicados estudos da sua utilização para este efeito em crianças e adolescentes. A medicação sistémica com anti-colinérgicos, bloqueadores dos canais de cálcio, clonidina e benzodiazepinas promove efectivamente a diminuição da sudorese. Para isso terão de ser administradas doses elevadas e como tal associam-se a efeitos secundários indesejados.

A simpaticectomia tem-se revelado como uma boa opção terapêutica. A sua realização por toracoscopia alia todas as vantagens inerentes a uma cirurgia minimamente invasiva a resultados claramente satisfatórios. Na população mais jovem, as premissas associadas à cirurgia minimamente invasiva torácica tornam-se ainda mais relevantes: melhor efeito estético, maior facilidade da técnica cirúrgica, menor probabilidade de complicações e menor tempo de internamento.

No entanto, a realização da simpaticectomia, quer por toracotomia quer por toracoscopia, associa-se ao aparecimento de sudorese compensatória (SC) noutras regiões corporais ^(3,4,5).

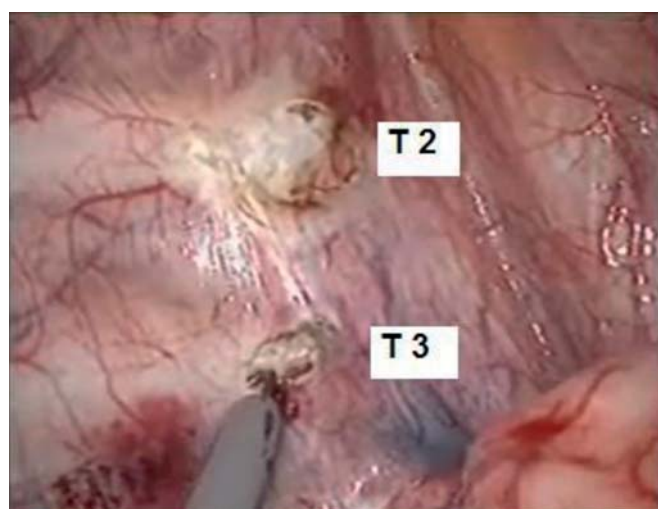


Figura 1 – Interrupção do impulso nervoso em T2 e T3 da cadeia simpática torácica, por electrocoagulação toracoscópica

OBJECTIVO

Avaliação da interferência da Hiperhidrose Axilar e Palmar (HAP) no dia-a-dia dos adolescentes, antes e após a cirurgia, avaliação da presença de sudorese compensatória e avaliação da morbilidade cirúrgica associada.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo prospectivo que inclui quatro doentes (três do sexo feminino; um do sexo masculino; idade média 17 anos) submetidos a simpaticectomia toracoscópica no nosso Serviço entre 2008 e 2010.

O procedimento cirúrgico foi realizado no Bloco Operatório sob anestesia geral com entubação selectiva com o doente posicionado em decúbito dorsal com tórax elevado a 60° e membros superiores abduzidos a 90°. Foram colocados dois trocars de 5 mm no quarto espaço intercostal (um na linha médio-axilar e outro na linha axilar anterior). A simpaticectomia foi realizada por secção total de T2 a T4 por electrocoagulação (Figura 1). O pneumotórax é drenado no final da cirurgia, não havendo necessidade de se colocar dreno torácico no pós-operatório. O mesmo procedimento foi repetido bilateralmente. Excepto num caso, a alta foi dada nas primeiras 24h subsequentes à cirurgia.

A informação foi colhida por entrevista pessoal e telefónica. Antes da cirurgia, os doentes foram questionados se tinham de mudar de roupa mais de duas vezes por dia por causa da HAP e se consideravam que esta interferia muito com a sua auto-estima. Também previamente à cirurgia, foi aplicada a “Hyperhidrosis Disease Severity Scale”(HDSS) (International Hyperhidrosis Society®) (Figura 2).

Após a cirurgia, a HDSS foi novamente aplicada na primeira semana, seis meses e um ano de pós-operatório.

“Como classificas a gravidade da tua hipersudorese?”	
GRAU 1	A minha sudorese é imperceptível e nunca interfere com as minhas actividades diárias
GRAU 2	A minha sudorese é tolerável mas às vezes interfere com as minhas actividades diárias
GRAU 3	A minha sudorese é pouco tolerável e frequentemente interfere com as minhas actividades diárias
GRAU 4	A minha sudorese é intolerável e interfere sempre com as minhas actividades diárias

Figura 2 – HDSS (Hyperhidrosis Disease Severity Scale – International Hyperhidrosis Society®)

RESULTADOS

Pré-operatoriamente, todos os doentes tinham de mudar de roupa mais de duas vezes por dia por causa da hiperhidrose e todos os doentes consideravam que esta interferia muito com a sua auto-estima. Também classificaram a sua HAP no grau máximo da HDSS (“A minha sudorese é intolerável e interfere sempre com as minhas actividades diárias”), correspondendo a hiperhidrose grave.

Uma semana após a cirurgia, no que diz respeito ao grau de hiperhidrose, este traduziu-se num HDSS 2 em um doente e HDSS 1 nos restantes três. Aos seis meses e um ano de pós-operatório a classificação HDSS foi idêntica (Figura 3). De notar que imediatamente no primeiro dia de pós-operatório, os doentes constataram o desaparecimento da HAP.

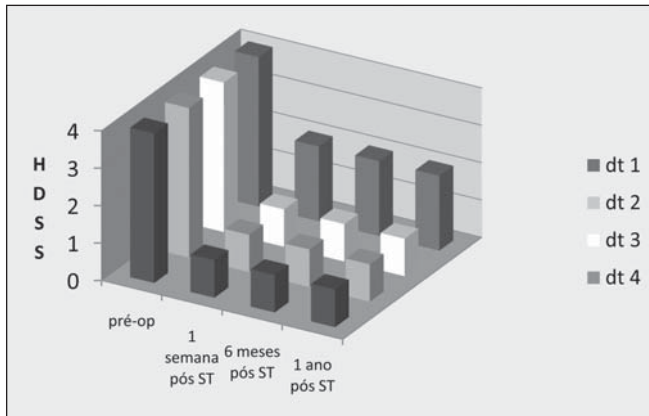


Figura 3 – Evolução da HDSS antes e após a simpaticectomia toracoscópica (ST)

Quanto à SC, esta manifestou-se desde a primeira semana de pós-operatório. Em dois doentes foi apontada ao tórax, num doente aos joelhos e noutra era do tipo gustatório. Apesar de sempre presente (Figura 4), os doentes referiram que esta foi diminuindo em quantidade ao longo de todo o tempo de seguimento.

Não houve registos de morbilidade cirúrgica associada.

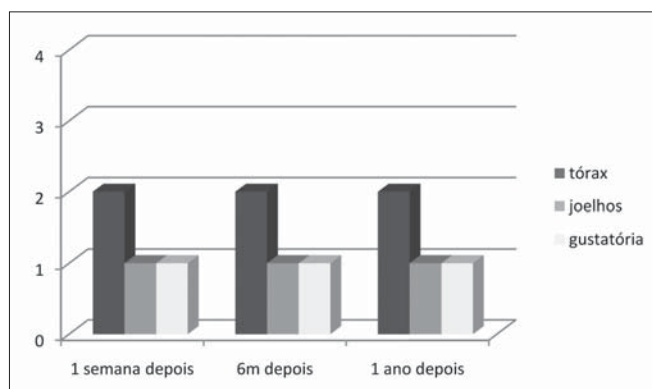


Figura 4 – Evolução da sudorese compensatória (SC) durante o primeiro ano de pós-operatório

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Pré-operatoriamente, todos os doentes no nosso estudo não só se incluíam no grau máximo de hiperhidrose da HDSS (“A minha sudorese é intolerável e interfere sempre com as minhas actividades diárias”) como afirmavam que tinham de mudar de roupa mais de duas vezes por dia por causa da HAP e que esta interferia muito com a sua auto-estima, traduzindo um grau elevado de insatisfação com a sua condição. De facto, e em concordância com o descrito na literatura, esta era uma situação dramática na vida dos adolescentes⁽⁶⁾.

Após a cirurgia, verificou-se não só a presença constante da SC como também a sua precoce manifestação durante o período de seguimento destes doentes. Não obstante esse facto, em todos houve uma melhoria acentuada no grau de hiperhidrose como revelou a classificação HDSS do pós-operatório. Em três doentes o HDSS 4 do pré-operatório alterou-se para HDSS 1 (“A minha sudorese é imperceptível e nunca interfere com as minhas actividades diárias”) logo na primeira semana pós-cirurgia. Num doente, no pós-operatório essa classificação foi HDSS 2 (“A minha sudorese é tolerável mas às vezes interfere com as minhas actividades diárias”). Assim, em todos os doentes houve pelo menos uma melhoria em dois graus na HDSS o que corresponde a uma melhoria de pelo menos de 80% na HAP inicial. Esta melhoria não só foi imediata, como se constatou na primeira semana após a ST, mas também foi mantida ao longo do primeiro ano de seguimento. Assim e apesar da presença da SC, os adolescentes mostraram-se muito satisfeitos com a cirurgia e os seus resultados.

No entanto, o elevado grau de satisfação apresentado no pós-operatório pode ter sido condicionado pela influência negativa de uma grande insatisfação com a condição antes da cirurgia. Independentemente dessa influência, o facto é que objectivamente houve melhoria da HAP. E essa mesma melhoria na HAP e da satisfação dos doentes foi imediata, acentuada e mantida ao longo do tempo.

Apesar da pequena amostra de doentes, os nossos resultados enfatizam o facto de que a HAP é uma condição dramática para os adolescentes. Porém é facilmente tratada com a ST e associa-se a uma SC bastante tolerável, devendo merecer mais atenção em idade pediátrica.

HYPERHYDROSIS, THORACOSCOPIC SYMPATHECTOMY AND ADOLESCENTS’ SATISFACTION

ABSTRACT

Introduction: Axillary and palmar hyperhidrosis (APH) affects many adolescents. Thoracoscopic sympathectomy (TS) is a reliable therapeutic option with excellent results but is associated with compensatory sweating (CS).

Aims: Evaluation of adolescents’ pre and post-operative satisfaction concerning hyperhidrosis severity, surgical morbidity and CS assessment.

Methods: Prospective study including four patients (3♀, 1♂; average 17 years-old) who underwent T2-T4 TS for APH.

APH was assessed by "Hyperhidrosis Disease Severity Scale" (HDSS-International Hyperhidrosis Society®).

Results: Pre-operatively, all patients were HDSS 4, all had to change their clothes more than twice/day and all stated that APH much interfered with their self-esteem. On day one post-op none had hyperhidrosis. One week after, three complained of CS from thorax/knees. One patient complained of facial flushing when eating. At that time, HDSS improved to 2 in one and to 1 in three patients. Six months and one year post-op, CS diminished in all patients, and HDSS was the same as one week post-op. There were no surgical complications.

Conclusion: Hyperhidrosis and patients's satisfaction improvement was prompt, marked and sustained. Despite the small sample, our results strengthen the fact that adolescents' hyperhidrosis is a devastating condition easily managed and associated with a bearable CS, hence deserving more attention in paediatrics.

Keywords: Adolescents, axillary and palmar hyperhidrosis, thoracoscopic sympathectomy.

Nascer e Crescer 2012; 21(3): 127-130

BIBLIOGRAFIA

1. Bellet JS. Diagnosis and treatment of primary focal hyperhidrosis in children and adolescents. *Semin Cutan Med Surg* 2010; 29:121-6.
2. Bejarano B, Manrique M. Simpatocetomía toracoscópica: una revisión de la literatura. *Neurocirurgia* 2010; 21:5-13.
3. Weksler B, Blaine G, Souza Z, Gavina R. Transection of more than one sympathetic chain ganglion for hyperhidrosis increases the severity of compensatory hyperhidrosis and decreases patient satisfaction. *J Surg Res* 2009; 156:110-5.
4. Steiner Z, Kleiner O, Hershkovitz Y, Mogilner J, Cohen Z. Compensatory sweating after thoracoscopic sympathectomy: an acceptable trade-off. *J Pediatr Surg* 2007; 42:1238-42.
5. Imhof M, Zacherl J, Plas E, Herbst F, Jakesz R, Fugger R. Long-Term Results of 45 Thoracoscopic Sympathectomies for Primary Hyperhidrosis in Children. *J Pediatr Surg* 1999; 43:1839-42.
6. Campos J, Kauffman P, Werebe E, Filho L, Kusniek S, Wolosker N, et al. Quality of life, before and after thoracic sympathectomy: report on 378 operated patients. *Ann Thorac Surg* 2003; 76:886-91.

CORRESPONDÊNCIA

Angélica Osório

E-mail: angelicosorio@gmail.com