

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Resultado en 100 simpatectomías videotoracoscópicas (SVT) para el tratamiento de la hiperhidrosis de miembros superiores (HHMS)* Upper limbs hyperhidrosis, 100 videothoroscopic sympathectomy

Drs. CLAUDIO SUÁREZ C¹, FRANCISCO SUÁREZ V², LORENA PÉREZ S², JORGE LEMUS B¹

¹Clínica Santa María, ²Universidad de Chile

RESUMEN

Introducción: Desde 1990 se realiza SVT para el tratamiento de HHMS (1). Con el objeto de evaluar los resultados del tratamiento por simpatectomía videotoracoscópica de la HHMS se estudian las primeras 100 simpatectomías bilaterales, consecutivas realizadas en 50 pacientes operados entre diciembre 2002 y junio 2003. **Material y Método:** En todos los pacientes se realizó simpatectomía T2-T3 bajo anestesia general, con tubo doble lumen. La simpatectomía se realizó por dos canales de trabajo axilares de 5 mm. Para la evaluación de los resultados se registró la satisfacción obtenida por los pacientes con el procedimiento, la morbilidad asociada a la técnica y la mortalidad. Los resultados fueron registrados por dos observadores independientes. **Resultados:** La satisfacción global de los pacientes fue 97%, los portadores de hiperhidrosis palmar lograron 100% y los con hiperhidrosis axilar 96%. Morbilidad: síndrome de Horner en un paciente, lesión de arteria intercostal en un paciente y sudoración compensatoria severa en otro. No fue necesario convertir en ninguna operación. No hubo mortalidad. **Conclusión:** La SVT demuestra ser un procedimiento de baja morbilidad y altamente satisfactorio para el tratamiento de la HHMS.

PALABRAS CLAVES: **Sympatectomía, hiperhidrosis**

SUMMARY

Summary: Since 1990 videothoroscopic sympathectomy (SVT) has being used in the treatment of upper limbs hyperhidrosis (HHMS). To evaluate the treatments results, the first 100 bilateral SVT, made consecutively in 50 pacientes between december 2002 and june 2003, are being studied. The procedure in every patient was a T2-T3 sympathectomy, under general anesthesia and using two 5 mm axillary ports. For the results evaluation, the satisfaction obtained by the patients with the procedure was registered prospectively in an excel database. The global satisfaction of patients was 97%. Patients with palmar hyperhidrosis obtained 100% and the ones with axillary hyperhidrosis 96%. Three patients presented complications. There was no mortality. **Conclusion:** The SVT demonstrates to be a low morbidity and highly satisfactory procedure for the treatment of HHMS.

KEY WORDS: **Sympathectomy, hyperhidrosis**

INTRODUCCIÓN

La hiperhidrosis primaria es la producción exagerada de sudor debido a una excesiva respuesta de las glándulas sudoríparas al estímulo del sistema simpático o a un tono simpático exagerado, sin importar la temperatura externa, la temperatura corporal, ni existir una enfermedad que lo origine (hipertiroidismo, obesidad, tratamientos oncológicos, antidepresivos, etc.). Se produce principalmente en las palmas de las manos, axilas y plantas de los pies, en relación a situaciones de stress social, estudiantil, laboral o afectivo. La hiperhidrosis palmar se presenta entre un 0,6-1% de la población y tiene un impacto negativo en las relaciones sociales y laborales de los pacientes. Frecuentemente se asocia a eritromelalgia, dishidrosis e incluso síndrome de Raynaud.

Se han ensayado múltiples tratamientos para erradicar la enfermedad: aluminatos, medicamentos, iontoforesis, resección quirúrgica o con láser de la zona comprometida (axila), psicoterapia, hipnosis y toxina botulínica. Ninguno ha logrado el control total y definitivo de la enfermedad.

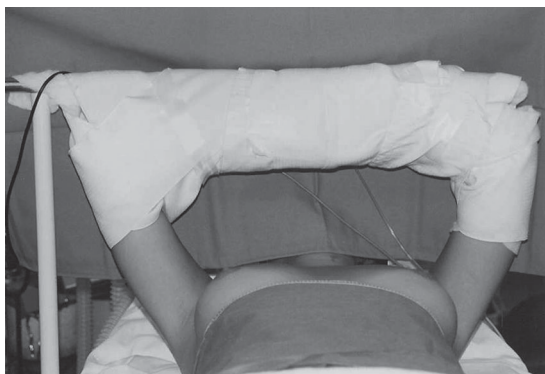


Figura 1. Posición de la paciente en mesa operaciones.



Figura 2. Canales de trabajo de 5 mm.

La simpatectomía videotoracoscópica se realiza desde 1990 para el tratamiento de diversas patologías y ha demostrado ser una herramienta eficaz y segura en el tratamiento de la hiperhidrosis de miembros superiores, con rendimientos de 95 a 100% para el control de la enfermedad palmar, y 90-95% en enfermedad axilar^{1,2,3,4,5}.

La morbilidad de la SVT en general es baja. Las complicaciones más frecuentes son el síndrome de Horner (1 a 8%), habitualmente transitorio; y las complicaciones pleurales como hemo o neumotórax (2%). No se han publicado series con mortalidad a diciembre 2002.

OBJETIVO

Evaluar los resultados del tratamiento por simpatectomía videotoracoscópica de la hiperhidrosis de miembros superiores en las primeras 100 simpatectomías consecutivas realizadas en 50 pacientes entre diciembre 2002 y junio 2003.

MATERIAL Y MÉTODO

Técnica: Todos los pacientes fueron intervenidos bilateralmente, bajo anestesia general, con tubo de doble lumen, en posición decúbito dorsal, por dos canales de trabajo de 5 mm a nivel axilar. (Figuras 1 y 2). Se utilizaron cámaras de videocirugía de 4 mm, de 0 ó 30°. Se localizó la cadena simpática torácica en relación a las cabezas costales segunda, tercera y cuarta, y luego de diseccionarla cuidadosamente, se procedió a seccionar y reseccionar, mediante disección cortante, electrobisturí o bisturí ultrasonico, los ganglios simpáticos T2 y T3. Dejamos en cada hemitórax un drenaje 14 french por algunas horas.

Se controló la efectividad de la simpatectomía mediante la medición de la temperatura cutánea palmar y cambio de la onda de pulso del oxímetro digital (Figura 3).



Figura 3. Termómetro cutáneo palmar.

La evaluación de los resultados se hizo mediante el registro de la satisfacción obtenida por los pacientes con el procedimiento. Las categorías contempladas eran insatisfecho, parcialmente satisfecho o completamente satisfecho.

Se dejó constancia en cada paciente de la duración del procedimiento, del tiempo de hospitalización, de la intensidad y duración del dolor postoperatorio, de las reintervenciones y de las complicaciones postoperatorias.

La sudoración compensatoria fue clasificada en leve (no le molesta), moderada (le molesta en ocasiones) y severa (le molesta habitualmente o le obliga a cambiar camisa). La medición de este parámetro es subjetiva y respetamos absolutamente la opinión del paciente.

Los datos se registraron prospectivamente en una base de datos Excel y los resultados fueron chequeados por dos grupos independientes.

RESULTADOS

Incluido el tiempo anestésico, la duración del acto quirúrgico fue en promedio de 90 minutos (45 a 120).

Los pacientes permanecieron hospitalizados entre 12 y 24 horas, todos ingresaron en la mañana y se dieron altas en la noche del mismo día (12 h) y en la mañana del día siguiente (24 h)

El dolor postoperatorio fue, como en los reportes de otros grupos, moderado y manejado con analgésicos comunes, ketoprofeno 100 mg ev u oral cada 8 horas, paracetamol 500 mg cada 6 horas y fentanyl 25 gamas ev prn (recibieron en promedio dos dosis, con rango de 0 a 4).

La incapacidad laboral fue de 48 a 72 horas. Las cicatrices fueron poco notorias.

El grado de satisfacción global de los pacientes fue 98%. Los portadores de enfermedad palmar lograron 100% de satisfacción, aunque en un caso fue necesario reintervenir a las 12 horas postoperatorias por persistencia unilateral de la sudoración, lo que se explicó por la presencia de un nervio de Kuntz no detectado en la operación inicial.

Sólo un paciente portador de enfermedad axilar no quedó satisfecho con el resultado porque el 20% residual le pareció exagerado y presentó sudoración compensatoria importante, así el grupo axilar logró en el 96% de los casos satisfacción con el resultado. Además se evidenció control de la sudoración plantar en 66% del grupo (33 de 50 pacientes).

Complicaciones: una paciente presentó síndrome de Horner izquierdo durante 9 meses, un paciente presentó neumotórax moderado. En un

paciente se lesionó una arteria intercostal sin necesidad de convertir el procedimiento para controlar el sangrado. No hubo mortalidad y ningún procedimiento fue convertido.

La sudoración compensatoria fue mínima o ausente en el 74% del grupo, moderada en el 24% y severa en un caso.

Se presentó una reinervación simpática palmar, 10 meses después de la intervención.

DISCUSIÓN

La simpatectomía videotoracoscópica (SVT) puede realizarse con intubación traqueal con tubo simple o selectiva bronquial con tubo de doble lumen, preferimos el doble lumen por la facilidad de poder colapsar selectivamente el pulmón del hemitórax que se está operando, con lo que disminuye el riesgo de lesión pulmonar durante el procedimiento. Abordamos la cavidad pleural por 2 incisiones de 5 milímetros en la zona axilar, con cámara de vídeo de 4 mm de 0 o 30°, ya que permite visión adecuada y disminuye el dolor postoperatorio causado por neuritis intercostal⁶. Existen grupos que clipean la cadena sin seccionar ni extirpar ningún segmento, pensando en la posibilidad de revertir el procedimiento si la sudoración compensatoria es invalidante, pero no hay reportes de éxito en la regresión de esta molestia luego de retirar los clips y las reinervaciones son más frecuentes con este método, por lo que no nos parece el de elección en este momento y practicamos en nuestros pacientes la sección y extirpación de la cadena simpática a nivel T2-T3^{7,8}. Hemos observado mejoría sintomática inmediata y total en todos nuestros pacientes: el paciente nota sus manos secas al despertar de la anestesia, lo que concuerda con los reportes previos de Hashimonai, Kim, Reisfeld^{1,3,4}. Los autores que realizan sección y resección de los ganglios simpáticos han publicado satisfacción en aproximadamente el 98% de los casos para la hiperhidrosis palmar y 95% para la hiperhidrosis axilar^{3,4,7,9}, lo que concuerda con nuestros resultados. Incluso el 50% de los pacientes mejoran de la sudoración en los pies, aunque debe quedar claro que la curación de los pies no es el objetivo de este procedimiento, lo que concuerda con nuestros resultados.

Nuestro resultado de 100% de satisfacción para los pacientes con HH palmar, es multifactorial probablemente.

El hecho que nuestros pacientes presenten sólo un 2% de sudoración compensatoria severa es un muy buen resultado, y tiene relación con muchos factores como la talla, peso, masa muscular,

clima, temperatura ambiental, etc, por lo que este resultado debe ser evaluado con precaución^{8,9}.

Las complicaciones, escasas en la serie presentada, concuerdan con las que se reportan en la literatura, que son de 1 a 2%, incluyendo síndrome de Horner, hemorragia y neumotórax^{9,10,11,12,13}.

CONCLUSIÓN

La Simpatectomía videotoracoscópica bilateral simultánea con la técnica empleada en esta serie es un método seguro, de alta eficacia en el control de la hiperhidrosis de miembros superiores.

REFERENCIAS

1. Hashimonai M, *et al.* Upper thoracic sympathectomy for primary palmar hyperhidrosis: long term follow up. *Br J Surg* 1992; 79: 268-71.
2. Little AG. Video-assisted thoracic surgery sympathectomy for hyperhidrosis. *Arch Surg* 2004; 139: 586-8.
3. Kim BY *et al.* Microinvasive video-assisted thoracoscopic sympathectomy for primary palmar hyperhidrosis. *Am J Surg* 2001; 181: 540-2.
4. Reisfeld R, Nguyen R, Pnini A. *Surg Laparosc, Endosc Percutan Tech* 2000; 10: 338-9.
5. Zacherl J, Huber ER, Imhof M, Plas EG, Herbst F, Fugger R. Long-term results of 630 thoracoscopic sympathectomies for primary hyperhidrosis: the Vienna experience. *Eur J Surg Suppl* 1998; 43-6.
6. Bolotin *et al.* The efficacy of intraoperative internal intercostal nerve block during video-assisted thoracic surgery on postoperative pain. *Ann Thorac Surg* 2000; 70: 1872-5.
7. Reisfeld R, Nguyen R, Pnini A. Endoscopic transthoracic sympathectomy for hyperhidrosis: experience with both cauterization and clamping methods. *Surg Laparosc, Endosc & Percutan Tech* 2002; 12: 255-67.
8. Telaranta T. Reversal surgery for reducing the side effects of ETS. A case report. *Ann Chir Gynaecol* 2001; 90: 175-6.
9. Han PP *et al.* Biptoral thoracoscopic sympathectomy: Surgical techniques and clinical results for the treatment of hyperhidrosis. *Neurosurgery* 2002; 50: 306-11.
10. Landirnois D, Ris HB. Minimally invasive video-endoscopic sympathectomy by use of a transaxillary single port approach. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002; 21: 67-70.
11. Fibla JJ, Gomez Sebastian G. Video-assisted thoracoscopic sympathectomy: the experience of a spanish cooperative group. *Arch Bronconeumol* 2002; 38: 64-6.
12. Lin TS. Video assisted Thoracoscopic Resympathectomy for palmar hyperhidrosis: analysis of 42 cases. *Ann Thorac Surg* 2001; 72: 895-8.
13. Ribas Milanez JR *et al.* Quality of life, before and after thoracic sympathectomy: report on 378 operated patients. *Ann Thorac Surg* 2003; 76: 886-91.