

Hiperhidrosis

La cirugía para el tratamiento de la Hiperhidrosis, se inicia con Kotzareff que en 1920 demuestra la eficacia de la denervación del simpático en un caso de Hiperhidrosis craneofacial.

En 1932 Adson y Brown describen el acceso torácico posterior extrapleural para la simpatectomía.

Telford, en 1935 describe el acceso supraclavicular.

En 1949, Veal publica 61 casos de Hiperhidrosis tratados con simpatectomía torácica posterior y lumbar extraperitoneal.

El mismo año, Atkins describe el acceso por vía axilar y publica, en 1954, 42 simpatectomías con esta técnica.

Kux en 1951 describe por primera vez la electrocoagulación del simpático torácico por toracoscopia convencional, con buenos resultados⁸ y en 1954 comunica una extensa serie de simpatectomías endoscópicas, que marcan el inicio de la cirugía torácica por accesos mínimos que realizamos en la actualidad.

En la década de los ochenta se desarrollan técnicas de simpatectomía selectiva que se abandonan por el alto índice de recidivas¹⁰. Además se empezó a usar como tratamiento para el rubor facial¹¹ y la causalgia.

El advenimiento de la Videotoracoscopia en los inicios de la década del 90 significa el despegue definitivo de la simpatectomía torácica para el tratamiento de la hiperhidrosis, tanto palmar como axilar y craneofacial y abre la posibilidad de tratamiento para otras afecciones como la patología vascular vasoespástica,¹³ la distrofia simpático-refleja y otros síndromes mediados por el sistema simpático como el Südeck. Incluso se ha usado como alternativa en algunos casos de síndromes de Q-T largo en niños con alto riesgo de muerte súbita.

Sin duda el mayor éxito de esta técnica está orientado al tratamiento de la Hiperhidrosis severa de extremidades superiores, tanto palmar como axilar o asociadas, logrando resultados satisfactorios en más del 95% de los casos con escasa morbilidad, nula mortalidad y pocos efectos colaterales.

La técnica quirúrgica propiamente tal presenta variaciones de grupo en grupo y aún no hay uniformidad de criterios en cuanto a ella. Las variaciones más importantes están dadas por:

1. Nº de trócares: Puede ir desde uno²⁰ hasta la utilización de 3 puertos de trabajo. El diámetro de ellos también cambia entre 2 mm y 11.5 mm, pero lo más frecuente es utilizar los de 5 mm.
2. Método para la simpatectomía: Se puede utilizar la sección simple de la cadena sin resecarla (simpaticolisis) o eliminando un segmento de ella (simpatectomía). La sección puede hacerse con endotijera, electrocoagulador o bisturí armónico. Otros grupos han propugnado la utilización de clips de titanio sobre la cadena para hacer reversible el procedimiento.²¹ Habitualmente se recomendaba la sección de T2-T3 para la hiperhidrosis palmar y T3- T4 para la axilar, pero actualmente se tiende a ser más económico para evitar morbilidad.
3. Uso de drenajes: Hay grupos que no los utilizan, otros que los retiran en el postoperatorio inmediato y otros que los mantienen hasta el día siguiente.
4. Uso de sensor de temperatura: Es un indicador de la sección de la [cadena simpática](#) al observar un aumento de temperatura de entre 0.6 y 1 g. al seccionarla. Hay muchos grupos que lo consideran

innecesario.

El procedimiento quirúrgico más común en la literatura es la Simpatectomía Torácica Bilateral por Videotoracoscopia.

La técnica es:

- Posición semisentado y con los brazos sobre la cabeza para dejar libres ambos huecos axilares.
- Intubación selectiva con tubo de doble lumen que permita el colapso pulmonar secuencial.
- 2 trócares de 5 mm ubicados a nivel de línea axilar media o anterior en 2º y 4º espacio, aunque esto puede variar caso a caso. Antes de la inserción de los trócares el anestesista debe bloquear el pulmón sobre el cual se trabajará.
- Apertura de pleura parietal en la cercanía de la cadena simpática para su disección. Esto se puede hacer bastante bien con el gancho del electrocauterio.
- Sección de cadena simpática en el nivel escogido, resecaando el segmento. Personalmente hago la sección con tijera para evitar transmisión de calor hacia el ganglio estrellado y minimizar la posibilidad del Síndrome de Horner. También se pueden usar instrumentos como el bisturí armónico para la sección pero encarecen el procedimiento y no me parece que tengan muchas ventajas comparativas. (Figura 4). La colocación de clips, en vez de seccionar la cadena, abre la posibilidad de reversibilidad del procedimiento, pero se ha visto mayor índice de recidivas por lo cual no se recomienda.
- Fulguración del lecho costal a nivel de la sección del simpático y sobre la costilla inferior para eliminar ramos comunicantes y el nervio de Kuntz si existiera. Estas ramas ascienden de un segmento a otro y aumentan el índice de recidivas si no son eliminadas.
- Colocación de un drenaje fino en el ápex, que personalmente retiro en sala de recuperación, al comprobar radiológicamente la expansión pulmonar completa.
- Se repite el procedimiento en el lado contralateral, con el mismo instrumental.

Los resultados de la simpatectomía torácica son inmediatos y gratificantes. Se obtiene solución a la hiperhidrosis palmar y axilar en cifras que van entre 94 y 98% de los casos y para la rubicundez facial (eritrofobia) en cifras superiores al 90%.

La satisfacción general de los pacientes supera el 90% en la mayoría de las series.

Para objetivar estos resultados hay un gran número de encuestas y escalas, en general adaptadas a cada centro. Entre ellas se pueden destacar la Dermatology life Quality index y la Hyperhidrosis impact questionnaire.

En aquellos casos en que se asocia hiperhidrosis plantar, se ha observado resolución de ésta en cifras entre 40 y 60% de los casos por mecanismos no plenamente aclarados.

En general es un procedimiento bien tolerado y el dolor postoperatorio suele manejarse con analgésicos comunes. Es importante para disminuir el dolor no producir movimientos de "palanca" con los trócares sobre el periostio costal.

El efecto colateral más importante es la hiperhidrosis compensatoria (incremento compensador de la

sudación en otras áreas del cuerpo). Los lugares más comúnmente afectadas son abdomen, región lumbar y cara interna de los muslos.

La incidencia de ella varía en las distintas series entre 35 y 84% aunque no más del 10% son severas.

Algunos autores han intentado disminuir este problema modificando la técnica a través del bloqueo del simpático mediante endograpas, pero se ha visto mayor número de recurrencias. Otros propugnan hacer resecciones más económicas, limitando la sección a nivel de T3.

La morbilidad en general es escasa y no supera el 15% en la mayoría de las series, siendo las complicaciones más frecuentes el neumotórax postoperatorio, el dolor, el derrame pleural y el hemotórax. Casi todas las complicaciones son leves y se manejan en forma poco agresiva.

El Síndrome de Horner es quizás una de las complicaciones más temidas pero en casi ninguna serie supera el 1% de incidencia. Casi siempre es transitorio a menos que haya lesión directa del ganglio estrellado. Se puede minimizar el riesgo evitando la electrofulguración de la cadena simpática, especialmente hacia proximal. En algunos casos puede aparecer en el postoperado hiperhidrosis gustatoria (sudación facial después de comer o al oler comida) y la sudoración fantasma, que es la persistencia de la misma sensación en la piel que solían tener antes de empezar a sudar pero que no se acompaña de sudoración real.

Se describen algunas complicaciones mayores como desgarro de arteria subclavia y quilotórax, pero sólo en forma anecdótica y en series muy grandes.

No se ha descrito mortalidad con esta técnica.

En una serie personal de 50 pacientes (100 simpatectomías), que comprende: 18 Hiperhidrosis palmares, 12 axilares, 3 hiperhidrosis craneofaciales, 1 eritrofobia, 1 bromhidrosis, 14 formas mixtas (palmar - axilar - plantar) y un síndrome de QT largo en un niño de 3 meses de edad, los resultados son satisfactorios. Un 96% de ellos se declara muy contento con el resultado.

El 56% desarrollaron algún grado de sudoración compensatoria que no fue severo ni incapacitante en ningún caso.

Entre las complicaciones hubo 2 Neumotórax post retiro de drenajes, uno de los cuales requirió instalación de una nueva pleurotomía y el otro se resolvió con fisioterapia.

Un paciente presentó paresia e hipoestesia de una extremidad atribuido a neuropraxia del plexo braquial por la posición en hiperextensión durante la cirugía. Se descartaron lesiones nerviosas y se recuperó completamente con ejercicios kinésicos.

No he tenido casos de síndrome de Horner ni recidivas. Tampoco sudación fantasma ni gustatoria.

El dolor habitualmente es bien tolerado con analgésicos comunes y el 94% de los pacientes se fue de alta a las 24 horas.

En general todos los pacientes refieren un cambio positivo en su vida laboral, social y afectiva y recomendarían la cirugía.

Una vez superada la curva de aprendizaje y utilizando una técnica estandarizada, la Simpatectomía Torácica Bilateral por Videotoracoscopia, ofrece una solución definitiva frente a un problema severo, con poca morbilidad postoperatoria y un alto índice de satisfacción, por lo cual me parece que es la terapia indicada frente a la Hiperhidrosis Primaria severa de extremidades superiores y craneofacial.

El resto de las indicaciones debe ser analizado caso a caso y dependerá de la experiencia de cada grupo.

Simpatectomía percutánea química

La Simpatectomía percutánea con fluoroscopia CT es un procedimiento de 20 minutos que no requiere anestesia, no entraña peligro de dañar nervios ni de provocar hemorragias, y que sólo tiene un riesgo mínimo de causar síndrome de Horner. La mayoría de los pacientes requiere un solo tratamiento para cada lado. Como con la simpatectomía quirúrgica, hay un riesgo raro pero imprevisible de sudoración compensatoria a nivel del pecho.

Para el procedimiento, los radiólogos hacen una sola punción con la aguja, y, con la guía de la CT, inyectan una medicación basada en fenol que interrumpe las vías nerviosas y nodos que transmiten señales a las glándulas sudoríparas. “Éste es el tratamiento más preciso y efectivo disponible para la hiperhidrosis palmar”, recalca el Dr. Brat.

Para este estudio, el Dr. Brat y sus colegas realizaron simpatectomía torácica percutánea guiada por CT en 50 hombres y mujeres con hiperhidrosis palmar. Los pacientes tenían edades comprendidas entre los 18 y los 37 años.

En todos los casos, imágenes multicapa de fluoroscopia CT guiaron la dirección perfecta de la aguja. Se observaron resultados satisfactorios inmediatos en 47 pacientes (94 por ciento).

Rubor facial

Con la simpatectomía torácica endoscópica se consigue una mayor reducción del rubor y mejores puntuaciones en la Escala de Fobia Social, y un mayor grado de satisfacción con el tratamiento, en comparación con la sertralina o la ausencia de tratamiento (Jadresic y col., 2011).

Bibliografía

Jadresic, Enrique, Claudio Suárez, Estela Palacios, Fernanda Palacios, and Patricia Matus. 2011. “Evaluating the efficacy of endoscopic thoracic sympathectomy for generalized social anxiety disorder with blushing complaints: a comparison with sertraline and no treatment-santiago de chile 2003-2009.” *Innovations in Clinical Neuroscience* 8 (11) (November): 24-35. .

From:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea**
ISSN 1988-2661

Permanent link:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=simpatectomia>

Last update: **2019/09/26 22:30**

