

Atualização terapêutica

O objetivo desta seção é trazer ao leitor, de maneira crítica e prática, uma análise das opções terapêuticas disponíveis e dos mais recentes avanços terapêuticos em determinado campo. As atualizações serão elaboradas por especialistas nas diversas áreas da saúde que terão a oportunidade de compartilhar com o leitor sua experiência aliada às melhores evidências científicas.

Marcia Regina Pinho Makdisse

Editora da seção

Tratamento atual da hiperidrose

Paulo Kauffman¹, José Ribas Milanez de Campos², Nelson Wolosker³, Laert de Oliveira Andrade Filho⁴, Sergio Kuzniec⁵, Eduardo de Campos Werebe⁶

¹ Doutor; Professor Assistente da Disciplina de Cirurgia Vascular do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP, São Paulo (SP), Brasil; Cirurgião Vascular do Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE, São Paulo (SP), Brasil.

² Professor Livre-docente da Disciplina de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP, São Paulo (SP), Brasil; Médico da Retaguarda da Cirurgia Torácica do Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE, São Paulo (SP), Brasil.

³ Professor Livre-docente da Disciplina de Cirurgia Vascular do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP, São Paulo (SP), Brasil; Médico Cirurgião Vascular e Vice-presidente do Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE, São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Cirurgião Torácico do Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE, São Paulo (SP), Brasil; Médico da Retaguarda da Cirurgia Torácica – HIAE, São Paulo (SP), Brasil.

⁵ Cirurgião Vascular do Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE, São Paulo (SP), Brasil.

⁶ Gerente do Núcleo Integrado Corpo Clínico do Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE, São Paulo (SP), Brasil; Médico da Retaguarda da Cirurgia Torácica do Hospital Israelita Albert Einstein – HIAE, São Paulo (SP), Brasil.

HIPERIDROSE PRIMÁRIA

Também conhecida como essencial, constitui a condição clínica em que o indivíduo apresenta sudorese excessiva, principalmente nas regiões palmar, plantar e axilar, onde predominam as glândulas sudoríparas, mas também na região craniofacial, sem relação com as necessidades termorreguladoras orgânicas. Não se conhecem exatamente suas causas, mas admite-se que nos portadores de hiperidrose haja estimulação do sistema nervoso simpático, em nível central, provocando o excesso de sudorese. Haveria, então, aumento dos impulsos nervosos originados no sistema nervoso central com liberação de quantidades excessivas de acetilcolina nas terminações nervosas simpáticas e consequente aumento da resposta sudoral. Durante o sono, cessa ou diminui significativamente essa sudorese emocional, reforçando a teoria citada.

Outra teoria avança a possibilidade de que estímulos de intensidade normal produzam tônus nervoso aumentado das fibras simpáticas que inervam as glândulas sudoríparas.

A hiperidrose primária ocorre tanto em homens quanto em mulheres e tem caráter hereditário em grande número de pacientes; em nossa casuística, 48% dos pacientes tinham um parente de primeiro ou segundo grau, seja filho, irmão, pais, tios ou primos, que tinha o problema também.

A hiperidrose palmo-plantar, que é a mais frequente na prática, pelo menos na procura de tratamento, costuma ocorrer e iniciar na infância, agravando-se muito na adolescência, que é uma fase de grande instabilidade psíquica. A axilar começa na adolescência e está intimamente relacionada à produção dos hormônios sexuais; a craniofacial, apesar de poder se iniciar na época da adolescência, na maioria das vezes ocorre já na fase adulta da vida.

A hiperidrose palmar (Figura 1) causa problemas graves nas esferas social, educacional, afetiva e profissional, interferindo decisivamente na qualidade de vida do paciente. A hiperidrose axilar é outra condição bastante constrangedora que faz com que os indivíduos usem de artifícios vários, jornais e mesmo absorventes femininos na região da axila para absorver o excesso de transpiração. Esses pacientes tendem a usar somente roupas brancas ou pretas, evitando roupas coloridas porque as manchas de suor tornam-se muito visíveis (Figura 2). Da mesma forma, a hiperidrose craniofacial (Figura 3) também constitui uma situação constrangedora, pois o paciente que apresenta sudorese abundante nessa região dá a impressão ao interlocutor de estar inseguro diante daquilo que está querendo fazer. A hiperidrose plantar (Figura 4), frequentemente associada à hiperidrose pal-

mar, é agravada pelo uso de sapatos fechados que dificultam a evaporação e provocam a maceração da pele. A umidade constante favorece a proliferação de fungos e bactérias, ocasionando odor desagradável não somente nos pés como também nas meias e sapatos.



Figura 1. Hiperidrose palmar

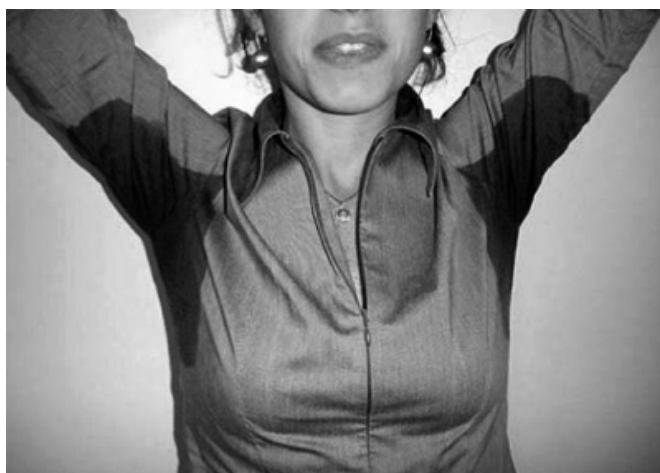


Figura 2. Hiperidrose axilar



Figura 3. Hiperidrose craniofacial



Figura 4. Hiperidrose plantar

TRATAMENTO

O tratamento da hiperidrose pode ser clínico ou cirúrgico. Nos casos em que a hiperidrose é leve ou moderada, deve-se indicar a terapêutica clínica; no entanto, se ela for acentuada, o único tratamento efetivo será o cirúrgico. Em alguns pacientes resistentes a esse tratamento, antes de se indicar a terapêutica cirúrgica, pode-se tentar o tratamento conservador até para convencê-los de que o único método realmente efetivo de curar definitivamente a hiperidrose é o cirúrgico.

Tratamento clínico: requer a adesão constante do paciente. Consiste em medidas tópicas e/ou terapêutica sistêmica.

Tratamento tópico: a utilização de anticolinérgicos tópicos, como sais de atropina e derivados, aplicados à pele com oclusão ou por meio de iontoforese, inibe a sudorese por horas ou dias; no entanto, sua absorção produz efeitos colaterais, como midríase, sensação de boca seca e taquicardia, os quais limitam essa forma de tratamento. Substâncias antiperspirantes atuam impedindo a liberação do suor para a superfície. O glutaraldeído a 10% pode ser útil na hiperidrose plantar, porém ocasiona reações alérgicas e mancha a pele, devendo, por isso, ser utilizado somente nos pés. Sais metálicos, particularmente os de alumínio, são empregados no tratamento da hiperidrose axilar, sendo, no entanto, irritantes para a pele e lesivos para as roupas.

A iontoforese é um dos métodos tópicos mais satisfatórios de controlar a hiperidrose palmar e plantar. Baseia-se no princípio da eletrólise, mobilizando íons de uma solução por intermédio de uma corrente elétrica para penetrar nas glândulas sudoríparas. Assim, íons sódio vão migrar e irritar essas glândulas, colocando-as temporariamente em repouso. Pode-se utilizar água ou drogas anticolinérgicas, como já foi mencionado. Gestação constitui contraindicação para esse tratamento, que pode ter efeitos secundários, como prurido, eczema ou eritema. Cuidados devem

ser tomados para evitar queimaduras e choques elétricos. O tratamento é longo e seus resultados são dose-dependentes e limitados no tempo, condições que frequentemente desencorajam os pacientes.

Método mais recente, introduzido como tratamento local para a hiperidrose, constitui a injeção de toxina botulínica particularmente nas axilas. Esta neurotoxina atua inibindo a produção de suor por bloquear a liberação de acetilcolina das membranas pré-sinápticas. Tem como inconvenientes o custo e a necessidade de injeções repetidas, pois seus efeitos são temporários, durando de 4 a 12 meses.

Tratamento sistêmico: drogas anticolinérgicas têm sido utilizadas para bloquear os efeitos da acetilcolina nas glândulas sudoríparas, porém, quando administradas em doses adequadas para esse fim, originam efeitos colaterais extremamente desagradáveis, muitas vezes intoleráveis, como sensação de boca seca, distúrbios visuais decorrentes de paralisia da acomodação e manifestações mais sérias, como glaucoma, hipertermia e convulsões. No entanto, uma droga desse grupo, a oxibutinina, tem se mostrado efetiva em doses pequenas e com efeitos colaterais pouco acentuados no tratamento de muitos pacientes portadores de hiperidrose. Drogas bloqueadoras ganglionares podem inibir a sudorese, mas seu uso não é isento de efeitos colaterais importantes, como hipotensão arterial. Bloqueadores do canal de cálcio têm se mostrado eficientes em alguns casos. Os sedativos e tranquilizantes podem ser úteis nos casos em que a hiperidrose não é acentuada. Psicoterapia, em nossa experiência, não trouxe nenhum benefício para os portadores dessa afecção.

Tratamento cirúrgico: o único tratamento definitivo para essa condição é o cirúrgico, que consiste na retirada da cadeia simpática (simpatectomia) na extensão necessária para abolir a sudorese na região afetada, procedimento atualmente realizado por via toracoscópica. Quando a hiperidrose é só axilar, pode-se fazer uma operação local, retirando-se glândulas sudoríparas das axilas com resolução parcial da hiperidrose.

Até 1995, na disciplina de Cirurgia Vascular do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a via de acesso habitualmente utilizada para realizar a simpatectomia cervicotorácica era a supraclavicular, que apresenta vantagens sobre os demais acessos abertos: é extrapleural, cicatriza facilmente (deixando cicatriz praticamente inaparente), permite realizar o ato cirúrgico bilateral em um único tempo, a convalescença é rápida, reduzindo o tempo de internação hospitalar, e as complicações são pouco frequentes em mãos de cirurgiões experientes^(1,2).

Com o desenvolvimento do sistema ótico e do material cirúrgico para operações endoscópicas – o que

ocorreu no final da década de 1980 – a simpatectomia cervicotorácica toracoscópica passou a ser empregada como método de escolha por grande número de cirurgiões, particularmente nos continentes asiático e europeu. A introdução do sistema de vídeo nessa operação acelerou sua aceitação e desenvolvimento. Assim, por se mostrar segura, de fácil execução e de melhor aceitação por parte dos pacientes, a simpatectomia cervicotorácica videotoracoscópica passou a ser largamente utilizada na década de 1990.

Assim, a partir de 1995, no Hospital das Clínicas de São Paulo, reunimos a experiência da disciplina de Cirurgia Torácica com a toracoscopia vídeo-assistida no tratamento das doenças pleuropulmonares com a experiência da disciplina de Cirurgia Vascular, com cirurgia do simpático para, em conjunto, realizarmos a denervação simpática dos membros superiores por técnica minimamente invasiva e com excelentes resultados^(3,4).

HIPERIDROSE PALMAR E CRANIOFACIAL

De início, para tratar a hiperidrose palmar, fazíamos a termoablação do 2º gânglio (T2) da cadeia simpática torácica. Essa conduta, por desnervar uma área muito extensa, compreendendo os segmentos cefálico, cervical e membros superiores, resultava em hiperidrose compensatória muito acentuada habitualmente no abdome e costas. Com base em pesquisa realizada no Ambulatório de Hiperidrose do Hospital das Clínicas de São Paulo, passamos a realizar a termoablação somente do 3º gânglio torácico (T3), com resultados semelhantes aos obtidos com a técnica anterior e com menor intensidade da hiperidrose compensatória, ficando a termoablação de T2 restrita aos pacientes com hiperidrose craniofacial⁽⁵⁾. Há uma tendência atual, baseada em pesquisa clínica realizada no Ambulatório de Hiperidrose, de se baixar ainda mais o nível de termoablação ganglionar, intervindo somente no 4º gânglio (T4) para tratar a hiperidrose palmar em pacientes selecionados⁽⁶⁾.

HIPERIDROSE AXILAR

De início, no tratamento da hiperidrose axilar, fazíamos a simpatectomia torácica com termoablação dos gânglios T3 e T4 com resultados bastante satisfatórios, porém com hiperidrose compensatória significativa em grande número de pacientes. Em vista desse fato e com base em pesquisas realizadas no Ambulatório de Hiperidrose, passamos a intervir somente no 4º gânglio torácico, com resultados semelhantes e menor intensidade da hiperidrose compensatória⁽⁷⁾.

Quando há associação de hiperidrose palmar e axilar, nossa conduta atual é realizar a termoablação de T4.

HIPERIDROSE PLANTAR

A desnervação simpática dos pés é obtida pela simpatectomia lombar, ressecando-se o 2º e 3º gânglios da cadeia simpática lombar. No entanto, mais da metade de nossos pacientes portadores de hiperidrose palmo-plantar submetidos à simpatectomia torácica referiram melhora imediata da manifestação nos pés que, no entanto, não se manteve ao longo do tempo em número significativo de casos⁽⁸⁾. Não há uma explicação anátomo-fisiológica convincente para esta observação. Talvez a redução do estresse determinado pela anidrose palmar obtida com a operação, resultando em maior equilíbrio emocional, tenha um reflexo positivo na hiperidrose plantar. No entanto, com pacientes que não melhoram da hiperidrose plantar após realização da simpatectomia torácica, é preciso ser cuidadoso na indicação da simpatectomia lombar, pois a simpatectomia quádrupla pode acentuar a intensidade da hiperidrose compensatória no tronco, o que deve ser amplamente ponderado com o paciente. No sentido de minimizar esse inconveniente, em casos selecionados temos realizado a simpatectomia lombar vídeo-assistida com intervalo de pelo menos seis meses com a simpatectomia torácica, constatando evidente melhora da qualidade de vida dos pacientes⁽⁹⁾.

CASUÍSTICA

Em um período de 13 anos, de março de 1996 a março de 2009, foram operados 1.815 pacientes, sendo 1.225 (68,5%) do sexo feminino. A idade variou de 8 a 70 anos (média de 25 ± 7,8). O local de maior interferência social foi a mão em 1.216 (67%) pacientes, a axila em 542 (29,8%), a cabeça e face em 39 (2,2%) e o pé em 18 (1%). Em 1.225 casos (67,5%) a hiperidrose se manifestou na infância, em 493 (27,1%), na adolescência e em 71 (3,9%), na idade adulta. No prontuário de 27 (1,5%) pacientes não havia informações a esse respeito.

RESULTADOS E COMPLICAÇÕES

Evoluíram sem complicações e tiveram alta hospitalar no dia seguinte à operação 97% dos pacientes; após 48 horas, 2% e, com mais de 48 horas, 1%. O resultado estético das cicatrizes cirúrgicas, uma preocupação constante particularmente no sexo feminino, costuma ser muito bom, pois, após poucos meses, elas se tornam praticamente inaparentes.

Em relação à hiperidrose palmar, 96% dos pacientes revelaram-se satisfeitos com a operação; quanto à hiperidrose axilar, 91% manifestaram satisfação com os resultados da intervenção, ao passo que essa satisfação atingiu 83% daqueles com hiperidrose craniofacial.

A sudorese compensatória constitui o principal efeito colateral da intervenção, tendo sido considerada intensa, constituindo então hiperidrose compensatória em 25% dos casos, o que, no entanto, na maioria deles, não interferiu no grau de satisfação com a operação. Esse índice pode ser considerado baixo quando comparado aos 30 a 75% relatados na literatura e também aos 64% publicados anteriormente pelo nosso serviço⁽²⁾, e se deve às modificações técnicas adotadas mais recentemente e referidas anteriormente.

A sudorese compensatória ocorre com maior frequência no abdome e costas, e torna-se mais incômoda na época do calor, durante exercícios físicos e em ambientes de trabalho quentes e úmidos. Pode, em alguns casos, se atenuar ao longo do tempo ou o paciente aprende a conviver com ela. Embora frequente, não existe maneira de evitá-la. É importante que o paciente seja informado desse efeito antes de ser submetido à simpatectomia.

Embora não tenhamos registrado sistematicamente a queixa de dor na região torácica anterior, ela esteve presente na maioria dos pacientes por duas a três semanas, requerendo a prescrição de analgésicos e desaparecendo espontaneamente.

Não houve necessidade de conversão para cirurgia aberta nem ocorreu mortalidade em nossa série.

CONTRAINDICAÇÕES

As principais contra-indicações para a realização da simpatectomia torácica vídeo-assistida são: doenças pleuro-pulmonares prévias, particularmente com derrame pleural puncionado ou drenado; cirurgias pulmonares prévias; radioterapia na região torácica; bradicardia sinusal; obesidade.

Nos pacientes com sobrepeso, além de a cadeia simpática ficar recoberta por camada gordurosa, dificultando sua identificação no ato cirúrgico, a simpatectomia se acompanha de sudorese compensatória mais acentuada⁽¹⁰⁾. Por esses motivos, em nosso serviço temos contra-indicado a intervenção nesses pacientes.

CONCLUSÃO

A desnervação simpática das extremidades constitui o único método terapêutico definitivo na maioria dos casos de hiperidrose. A operação realizada por vídeo-toracoscopia apresenta vantagens sobre as técnicas convencionais abertas, pois, além de ser menos agressiva, fornece excelente exposição anatômica e visão magnificada das estruturas com ótima iluminação, fatores esses que facilitam a identificação e ressecção da cadeia simpática, com baixa morbidade, excelentes resultados cosméticos e curta permanência hospitalar.

A simpatectomia torácica videotorascópica, particularmente, é um método simples, efetivo, seguro e mais bem aceito pelos pacientes, constituindo um avanço técnico inquestionável no tratamento da hiperidrose.

REFERÊNCIAS

1. Kauffman P. Simpatectomias. In: Raia AA, Zerbine EJ. Clínica cirúrgica Alípio Corrêa Netto. 4a ed. São Paulo. Sarvier, 1988. vol. 2. p. 84-101.
2. Kauffman P, Cinelli Jr M, Wolosker M, Puech Leão LE. Tratamento da hiperidrose palmar pela simpatectomia cérvico-torácica. Rev Assoc Med Bras. 1978;24(1):29-30.
3. Kauffman P, Milanez JRC, Jatene FB, Puech-Leão P. Simpatectomia cervicotorácica por videotorascopia: Experiência inicial. Rev Col Bras Cir. 1998;(25):235-9.
4. Kauffman P, de Campos JRM, Wolosker N, Kuzniec S, Jatene FB, Puech-Leão P. Thoracoscopic cervicothoracic sympathectomy: an eight-year experience. Braz Vasc J. 2003;2(1):22-8.
5. Yazbek G, Wolosker N, de Campos JR, Kauffman P, Ishy A, Puech-Leão P. Palmar hyperhidrosis-which is the best level of denervation using video-assisted thoracoscopic sympathectomy: T2 or T3 ganglion? J Vasc Surg. 2005;42(2):281-5.
6. Wolosker N, Yazbek G, Ishy A, de Campos JR, Kauffman P, Puech-Leão P. Is sympathectomy at T4 level better than at T3 level for treating palmar hyperhidrosis? J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2008;18(1):102-6.
7. Munia MA, Wolosker N, Kauffman P, de Campos JR, Puech-Leão P. A randomized trial of T3-T4 versus T4 sympathectomy for isolated axillary hyperhidrosis. J Vasc Surg. 2007;45(1):130-3.
8. Wolosker N, Yazbek G, Milanez de Campos JR, Kauffman P, Ishy A, Puech-Leão P. Evaluation of plantar hyperhidrosis in patients undergoing video-assisted thoracoscopic sympathectomy. Clin Auton Res. 2007;17(3):172-6.
9. Loureiro MP, de Campos JR, Kauffman P, Jatene FB, Weigmann S, Fontana A. Endoscopic lumbar sympathectomy for women: effect on compensatory sweat. Clinics (São Paulo). 2008;63(2):189-96.
10. De Campos JR, Wolosker N, Takeda FR, Kauffman P, Kuzniec S, Jatene FB, et al. The body mass index and level of resection: predictive factors for compensatory sweating after sympathectomy. Clin Auton Res. 2005;15(2):116-20.