

Laser subdérmico no tratamento da hiperidrose axilar

Subdermal laser treatment of axillary hyperhidrosis

RESUMO

A hiperidrose axilar é patologia comum que implica distúrbios na vida social e profissional do paciente, necessitando de terapia adequada. Os tratamentos tradicionais incluem terapias tópicas, sistêmicas, iontoforese, toxina botulínica e procedimentos cirúrgicos. Uma nova técnica utilizando laser subdérmico tem apresentado ótimos resultados, poucos efeitos colaterais e alta satisfação do paciente. Relata-se caso de uso de laser subdérmico para hiperidrose axilar com excelente resposta.

Palavras-chave: hiperidrose; terapia a laser; toxinas botulínicas; procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.

ABSTRACT

Axillary hyperhidrosis is a common pathology that disrupts patients' social and professional lives and requires appropriate therapy. Traditional treatments include topical and systemic therapies, iontophoresis, botulinum toxin, and surgical procedures. An innovative technique that uses subdermal laser has shown excellent results, few side effects and high patient satisfaction. This paper presents a case report of treating axillary hyperhidrosis with subdermal laser with an excellent response.

Keywords: hyperhidrosis; laser therapy; botulinum toxins; ambulatory surgical procedures.

INTRODUÇÃO

A hiperidrose ocorre em aproximadamente 3% da população e é considerada desordem de produção de suor excessivo, permanente e simétrico. Ocorre devido à hiperatividade das glândulas sudoríparas écrinas, independente do processo de termorregulação do estímulo simpático, desencadeada principalmente por estímulos emocionais.^{1,2}

A hiperidrose apresenta significativo impacto negativo na qualidade de vida do paciente, interferindo em seu relacionamento social e em suas atividades profissionais, não raro levando a quadros de ansiedade social.²

A forma primária é alteração funcional idiopática que se expressa por suor excessivo, tipicamente nas axilas, palmas, plantas e face. Comumente as axilas são as regiões mais afetadas, estando envolvidas em mais de 50% dos casos.³

Em 61,5% dos pacientes de um estudo prospectivo, a hiperidrose primária iniciou-se durante a puberdade, sendo a maioria (75%) mulheres. Nesse estudo, a hiperidrose foi classificada como palmar em 61,5% dos casos, plantar em 53,8% e axilar em 59,6%. Outras áreas foram menos comumente relatadas.⁴

Novas técnicas

Autores:

Sandra Tagliolato¹
Oriete Gerin Leite²
Vanessa Barcellos Duque Estrada
Medeiros³

¹ Mestre em ciências pelo Departamento de Dermatologia Clínica e Cirúrgica da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.

² Médica dermatologista – Campinas (SP), Brasil.

³ Médica dermatologista – Campinas (SP), Brasil.

Correspondência para:

Dra. Sandra Tagliolato
Rua Luzitana, 740 - 4º andar
13015 121 Campinas SP
E-mail: dermoclinica@dermoclinica.med.br

Recebido em: 30/08/2011

Aprovado em: 14/03/2012

Trabalho realizada na clínica particular das autoras – Campinas (SP), Brasil.

Conflitos de interesse: Nenhum
Suporte financeiro: Nenhum

Entre as opções terapêuticas tradicionais da hiperidrose primária incluem-se os sais tópicos de alumínio, a iontoforese, o uso de agentes anticolinérgicos orais, as intervenções cirúrgicas locais e a simpatectomia. Esses tratamentos, entretanto, apresentam-se muitas vezes limitados e/ou relacionados a efeitos colaterais.^{1,2}

Nos tratamentos não cirúrgicos os resultados são paliativos, porém as complicações, quando ocorrem, são transitórias, como as dermatites irritativas devido ao uso dos sais de alumínio tópicos.³

Já os procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos (excisão local ou a curetagem das glândulas sudoríparas axilares) ou ainda a utilização da simpatectomia apresentam-se como opções efetivas, seguras e permanentes para o tratamento da hiperidrose,^{1,2} porém são reservadas a casos graves, pois podem apresentar efeitos secundários não temporários, como a já bem conhecida hiperidrose compensatória, comumente observada no pós-operatório da simpatectomia e que pode afetar cerca de 48% dos pacientes operados.⁵

Em revisão recente sobre o tema, Gontijo e cols.⁶ referiram a técnica de lipossucção com curetagem como procedimento menos invasivo que as cirurgias abertas locais, com bons resultados e, portanto, como uma das primeiras opções de tratamento para a hiperidrose axilar.

O uso da toxina botulínica nos últimos anos tem mudado completamente o quadro do tratamento da hiperidrose axilar. Sua aplicação é fácil, rápida e eficaz na redução focal do suor e não apresenta sérios efeitos adversos, melhorando significativamente a qualidade de vida dos pacientes.³

Além de seu uso na área axilar, também pode ser aplicada na região palmoplantar, porém nessas localizações pode requerer técnicas de anestesia regional dificultando sua utilização. Outro inconveniente é o caráter temporário do seu efeito clínico.³

Para a hiperidrose axilar, o uso do laser subdérmico tem sido visualizado como ótima opção ao uso da toxina botulínica devido a seus longos resultados, à alta satisfação do paciente e aos poucos efeitos colaterais.⁶

Ichikawa e cols.⁷ demonstraram pela primeira vez a nova técnica no tratamento da osmidrose com ablação das glândulas sudoríparas através de aplicação subcutânea do laser Nd:YAG 1064nm. Relataram técnica minimamente invasiva, com alta eficácia, curto período de recuperação pós-operatória e durabilidade. No seguimento clínico do procedimento, após em média 8,8 meses, todos os 12 pacientes acompanhados pelo estudo estavam muito satisfeitos com os resultados.

Outro recente estudo utilizou o laser subdérmico no tratamento da hiperidrose axilar em 17 pacientes, com a prévia realização de testes de iodo-amido de Minor, de planimetria e anatomopatológicos subsequentes, demonstrando diminuição acentuada na sudorese excessiva. Esse método de tratamento demonstrou ter a vantagem de ser pouco invasivo e de alto grau de resolubilidade.⁸

É também descrito resultado satisfatório após terapia com laser subdérmico Nd:YAG 1320 em caso de hiperidrose refratária aos tratamentos anteriores.⁹

O laser de diodo de comprimento de onda de 924nm é absorvido pela gordura, e sua principal utilização é no tratamen-

to da gordura corpórea localizada,¹⁰ porém a atuação desse comprimento na gordura proximal às glândulas sudoríparas poderá destruí-las, devido ao aumento de calor local.⁹

RELATO DE CASO

Apresenta-se caso de uso do laser de 924nm (SlimLipo, Palomar, EUA) no tratamento da hiperidrose axilar.

Paciente de gênero masculino, 29 anos, apresentando hiperidrose axilar desde a infância, submetido a diversas aplicações de toxina botulínica, com excelentes resultados clínicos, com tempo de duração de efeito de aproximadamente sete meses.

Em busca de tratamento de caráter mais definitivo, decidiu-se pela realização do procedimento com o laser de comprimento de onda de 924nm, na região axilar.

MÉTODOS

Após a realização do teste de iodo-amido de Minor, o paciente foi fotografado e encaminhado à sala de procedimento. Realizou-se assepsia local com solução degermante de clorexedine a 2%, botão anestésico em local predefinido a fim de permitir boa movimentação da mão do cirurgião para a realização do procedimento e abertura de pertuito cutâneo com lâmina de bisturi número 11. Após a aplicação da anestesia tumescente de Klein na região axilar, houve a introdução da fibra óptica, que conduz o laser em questão.

Parâmetros específicos foram ajustados para a realização do procedimento: foi selecionada apenas a emissão do laser de 924nm, com potência de 10W. A fibra óptica foi movimentada de maneira lenta, em plano subdérmico, até a energia acumulada de 3,5kJ, quando o aumento da temperatura local começou a ser percebida ao toque. O mesmo procedimento foi realizado na axila contralateral. Curativo local compressivo foi realizado, e o paciente recebeu orientação de uso de antibioticoterapia profilática e restrição de exercícios vigorosos com os membros superiores nos primeiros dias, sendo liberado para as atividades rotineiras logo após o procedimento.

O tempo total de tratamento com o laser não excedeu cinco minutos por axila. O tempo total de execução do procedimento, somado ao tempo da assepsia local, da anestesia e do curativo, foi de 30 minutos.

RESULTADOS

Após uma semana, houve o primeiro retorno do paciente já com resultado observado clinicamente e alto grau de satisfação. O paciente não se queixou de dor ou desconforto após o procedimento, relatando-o como “tranquilo”. Não houve efeitos colaterais como queimadura, edema significativo, seroma ou redução da pilificação.

O segundo retorno do paciente ocorreu em 30 dias, quando foi realizado novamente o teste de iodo-amido de Minor e executado registro fotográfico. O paciente, nesse momento, referiu o procedimento como 100% efetivo, e a fotografia comparativa registra a ausência da sudorese local (Figura 1).

O paciente encontra-se em acompanhamento com resultados clínicos mantidos até o momento (dois meses após a realização do procedimento).



Figura 1: Teste do iodo-amido de Minor. Esquerda: antes do procedimento; Direita: um mês após o laser subdérmico

DISCUSSÃO

O tratamento da hiperidrose axilar grave é desafio médico. Por se tratar de condição benigna de impacto negativo na qualidade de vida do paciente, terapias minimamente invasivas, resolutivas e duráveis devem ser almejadas.

Relatou-se a aplicação do laser como nova alternativa no tratamento da hiperidrose axilar, um procedimento ambulatorial, de fácil e rápida execução, extremamente eficaz e de caráter duradouro.

Os resultados aqui apresentados são semelhantes aos descritos na literatura,⁷⁻⁹ tanto em relação à eficácia quanto ao mínimo desconforto pós-operatório. Estudos de longo prazo são necessários para melhor avaliação de sua durabilidade, uma vez que o maior tempo de seguimento descrito foi de 43 meses.⁸

Embora ainda com pouca disponibilização devido ao alto custo do aparelho em questão, o tratamento da hiperidrose axilar com laser subdérmico tem-se mostrado terapia promissora com alto grau de satisfação pelo paciente. ●

REFERÊNCIAS

1. Pomarède N. Management of axillary hyperhidrosis. *Ann Dermatol Venerol*. 2009;136 (Suppl) 4:S125-8.
2. Callejas MA; Grimalt R; Cladellas E. Hyperhidrosis update. *Actas Dermosifiliogr*. 2010;101(2):110-8.
3. Grunfeld A; Murray CA; Solish N. Botulinum toxin for hyperhidrosis: a review. *Am J Clin Dermatol*. 2009;10(2):87-102.
4. Marti N, Ramon D, Gamez L, Reig I, Garcia-Perez MA, Alonso V, et al. Botulinum toxin type A for the treatment of primary hyperhidrosis: a prospective study of 52 patients. *Actas Dermosifiliogr*. 2010;101(7):614-21.
5. Macia I, Moya J, Ramos R, Rivas F, Urena A, Rosado G, et al. Primary hyperhidrosis. Current status of surgical treatment. *Cir Esp*. 2010;88(3):146-51.
6. Gontijo GT, Gualberto GV, Madureira NAB. Atualização no tratamento de hiperidrose axilar. *Surg Cosmet Dermatol*. 2011;3(2):147-51.
7. Ichikawa K, Miyasaka M, Aikawa Y. Subcutaneous laser treatment of axillary osmidrosis: a new technique. *Plast Reconstr Surg*. 2006;118(1):170-4.
8. Goldman A; Wollina U. Subdermal Nd-YAG laser for axillary hyperhidrosis. *Dermatol Surg*. 2008;34(6):756-62.
9. Kotlus BS. Treatment of refractory axillary hyperhidrosis with 1320 Nd:YAG laser. *J Cosmet Laser Ther*. 2011;13(4):193-5.
10. Weiss RA; Beasley K. Laser - assisted liposuction using a novel blend of lipid- and water selective wavelengths. *Laser Surg Med*. 2009;41(10):760-6.