

Tratamento cirúrgico da hiperidrose axilar: "Shaving" interno das glândulas sudoríparas

Surgical treatment of axillary hyperhidrosis: internal "shaving" of the sweat glands

RESUMO

A hiperidrose axilar primária é doença comum, que afeta a vida social e profissional do indivíduo. Existem vários tratamentos descritos na literatura, como tópicos, sistêmicos e cirúrgicos. Relatamos a técnica empregada em uma paciente do sexo feminino, portadora de hiperidrose axilar, que realizou tratamento cirúrgico das axilas, evoluindo com regressão significativa da sudorese local. O objetivo deste trabalho é demonstrar a eficácia dessa técnica cirúrgica com baixos índices de complicações como opção terapêutica à hiperidrose axilar.

Palavras-chave: hiperidrose; axila; procedimentos cirúrgicos dermatológicos; glândulas sudoríparas.

ABSTRACT

Primary axillary hyperhidrosis is a common disease that affects the social and professional lives of individuals. There are various treatments described in the literature, such as topical, systemic, and surgical. The present study describes the technique applied in a female patient, bearer of axillary hyperhidrosis, who underwent surgical treatment of axillae, progressing with significant regression of local sweating. The objective of the present study is to demonstrate the effectiveness of this surgical technique, with low complication rates, as a therapeutic option for axillary hyperhidrosis.

Keywords: hyperhidrosis; axilla; dermatologic surgical procedures; sweat glands.

INTRODUÇÃO

A hiperidrose axilar primária é caracterizada pela sudorese excessiva, em quantidades fisiologicamente maiores do que a necessária para a termorregulação, sendo considerada na maioria das vezes de etiologia idiopática. Apresenta importante impacto na qualidade de vida, com limitações no trabalho, na interação social, nas atividades físicas e de lazer. Sua prevalência varia de um a 3% na população, com discreto predomínio em judeus e asiáticos.¹⁻⁴

O tratamento da hiperidrose axilar pode ser feito de forma conservadora com produtos tópicos, medicamentos, iontoforese e toxina botulínica. Quando as opções clínicas não apresentam resultados satisfatórios, estão indicados procedimentos cirúrgicos, com preferência para ressecção localizada. Comparativamente a simpatectomia transtorácica apresenta

Novas técnicas

Autor:

Osório Alves Corrêa de Castro Lara¹
Ed Wilson Tsuneo Rossoe²

¹ Residente em dermatologia no Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos – Guarulhos (SP), Brasil.

² Cirurgião plástico; mestre em ciências da saúde pelo Hospital Servidor Público Estadual (HSPE) – Recife (PE), Brasil.

Correspondência para:

Dr. Osório Alves Corrêa de Castro Lara
Rua Terceiro Sargento Alcides de Oliveira,
101 apto. 31B
07050-030 – Guarulhos - SP
E-mail: osoriolara@hotmail.com

Data de recebimento: 21/07/2013
Data de aprovação: 01/04/2014

Trabalho realizado no Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos – Guarulhos (SP), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum
Conflito de Interesses: Nenhum

maior risco de complicações, tais como parestesia da parede torácica (50%), pneumotórax (7%), síndrome de Horner (<1%) e hemotórax (<1%), além da hiperidrose compensatória em outras regiões do corpo.³⁻⁶

A ressecção local da pele e do subcutâneo foi utilizada por muitos anos, visto que a exérese completa das glândulas sudoríparas garantia a solução definitiva da hiperidrose, porém apresentava com certa frequência cicatrizes com fibrose e restrição de movimentos. Já a remoção do tecido glandular sem ressecção da pele pode ser realizada mediante curetagem ou ablação, de forma “cega” (sem controle visual), tal como é feita com a lipossucção com curetagem, ou sob controle visual, geralmente com eversão das bordas da ferida cirúrgica para visualização do tecido glandular. Essas duas técnicas constituem opção adicional para hiperidrose axilar resistente ao tratamento clínico, além de apresentar menor morbidade em comparação com as técnicas cirúrgicas já citadas.^{3,6-9}

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, parda, com 26 anos de idade e história de sudorese excessiva axilar há cinco anos. Refere que o quadro se iniciou após emprego de vigilante diurna em estacionamento descoberto, associado à necessidade de uso de uniforme na cor preta. Devido à necessidade de trocas frequentes do uniforme durante o dia decorrente de sudorese excessiva, procurou o serviço de dermatologia. Feito diagnóstico de hiperidrose axilar e iniciado tratamento com cloridrato de alumínio em espuma associado à toxina botulínica, com excelente resultado nos primeiros seis meses; porém, ao completar um ano do tratamento, houve piora do quadro. Foi orientada à realização de cirurgia local, com procedimento realizado em meses diferentes em cada axila.

MÉTODOS

Paciente no centro cirúrgico em decúbito dorsal horizontal, em ar ambiente a 21°C, sem uso de produtos tópicos em axilas há cinco dias. Foi realizada a demarcação da área hiperidrotica pelo teste de Minor com iodo-amido (Figura 1a), com posterior antissepsia local com solução de iodo pirrolidona e anestesia local da área afetada. Realizada incisão na prega axilar no sentido das linhas de tensão (Figura 1b) e descolamento da pele no plano subcutâneo, seguida de hemostasia rigorosa com electrocoagulação. As bordas da ferida foram evertidas, e, sob visualização direta, realizado *shaving* da derme com tesoura cirúrgica (Figura 1c) e enviado material para estudo histológico (Figura 1d). Após o procedimento, a pele foi suturada com fio de náilon 4-0, colocado dreno de penrose e curativo até o dia seguinte.

No primeiro dia do pós operatório, foi retirado o dreno de penrose, não tendo sido observadas complicações locais tais como hemorragia, hematoma, necrose, infecção, seromas ou deiscência. Orientada a paciente quanto aos cuidados locais da ferida operatória, antibioticoterapia profilática com cefalexina por sete dias e restrição de exercícios vigorosos dos membros superiores também pelo mesmo período.

Foi realizada a reavaliação da sudorese através do teste de iodo-amido após o procedimento, 14 meses na axila direita e 16 meses da axila esquerda, tendo sido observada ausência de sudorese na axila direita (Figura 2a) e discreta área de sudorese residual na axila esquerda (Figura 2b).

DISCUSSÃO

A hiperidrose axilar apresenta 50% do suor produzido pelas glândulas apócrinas e 50% pelas écrinas. Utilizando a técnica do *shaving* com tesoura cirúrgica, o alvo é a derme profunda, bem como a subderme, que é a parte mais superficial do sub-

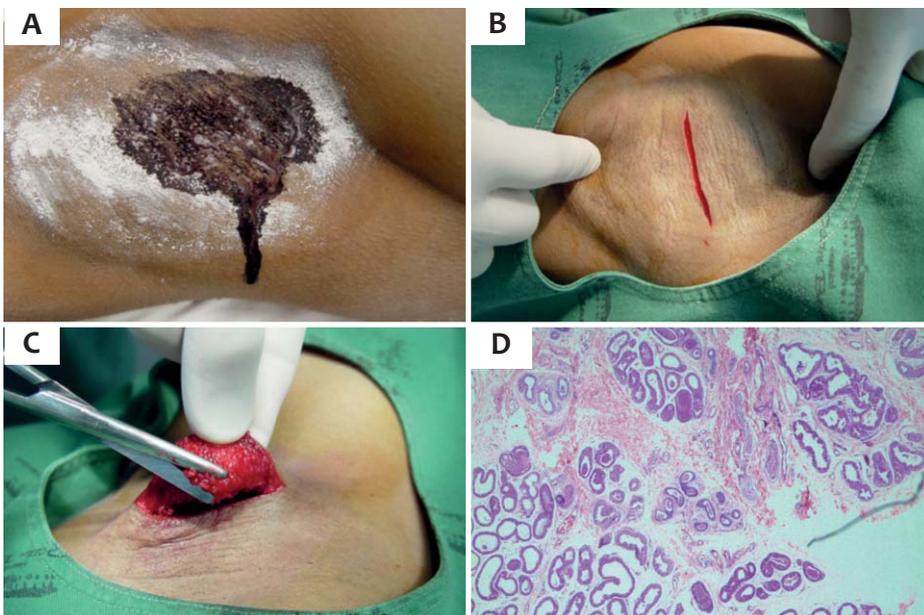


FIGURA 1: A - Sudorese intensa após 11 minutos do início do teste com iodo-amido B - Incisão da pele em uma prega axilar C - *shaving* interno dos folículos pilosos e tecido glandular sob visão direta com tesoura cirúrgica D - HE 40x, com presença de glândulas sudoríparas écrinas e apócrinas

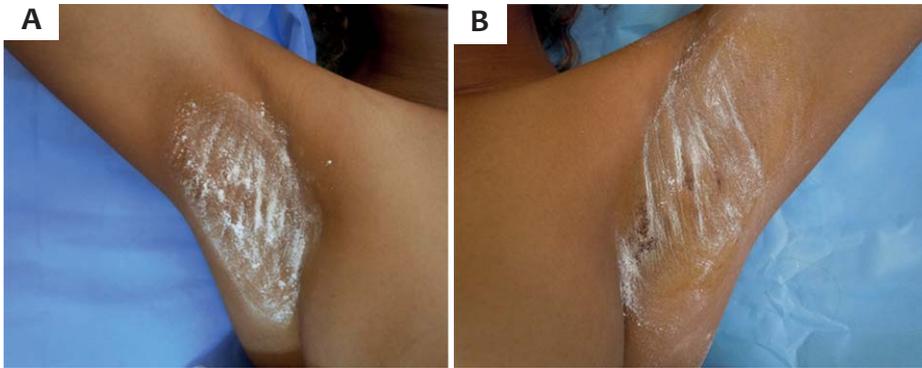


FIGURA 2: **A** - Ausência de sudorese em repouso na axila direita, após 15 minutos em temperatura de 21°C com teste de iodo-amido **B** - Presença de discreta sudorese residual em axila esquerda

cutâneo, removendo-se assim os dois tipos de glândulas, as apócrinas, que estão intimamente localizadas junto aos folículos pilosos, e as écrinas, parcialmente removidas a não ser pela retirada total da derme.⁷

Idealmente, a remoção permanente das glândulas sudoríparas axilares resulta em melhora permanente da hiperidrose; no entanto, o número limitado de dados em relação aos resultados das curetagens e à variação das técnicas cirúrgicas impede conclusões definitivas sobre a eficácia do procedimento a longo prazo. A continuação da hiperidrose pode ocorrer como resultado de áreas em que as glândulas écrinas não foram removidas totalmente ou por hiperidrose compensatória local. A habilidade do cirurgião que executa o procedimento também pode influenciar a eficácia do tratamento

O resultado estético final foi considerado bom, não apresentando retração cicatricial. A sensibilidade local foi preservada, e houve diminuição dos pelos axilares, o que não foi motivo de insatisfação da paciente.

REFERÊNCIAS

- Hornberger J, Grimes K, Naumann M, Glaser DA, Lowe NJ, Naver H, et al. Recognition, diagnosis, and treatment of primary focal hyperhidrosis. *J Am Acad Dermatol*. 2004;51(2):274.
- Fenili R, Fistarol ED, Delorenze LM, Demarchi AR, Matiello M. Prevalência de hiperidrose em uma amostra populacional de Blumenau-SC, Brasil. *An Bras Dermatol*. 2009;84(4):361-6.
- Gontijo GT, Gualberto GV, Madureira NAB. Atualização no tratamento de hiperidrose axilar. *An Bras Dermatol*. 2011;3(2):147-51.
- He J, Wang T, Dong J. Excision of apocrine glands and axillary superficial fascia as a single entity for the treatment of axillary bromhidrosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012;26(6):704-9.
- Haider A, Nowell S. Focal hyperhidrosis: diagnosis and management. *CMAJ*. 2005;172(1):69-75.
- Coelho MC, Lira EJT, Zanin AS, Gonçalves JL, Neto NB, Júnior WSS. Simpatectomia torácica por videotoroscopia no tratamento da hiperidrose palmar e axilar. *An Bras Dermatol*. 2002;77(2):171-83.
- Odo MEY, Chichierchio A. Curetagem cirúrgica das glândulas sudoríparas (endoshave axilar). In: Hexsel DA, Almeida ART. Hiperidrose e toxina botulínica. 2003. p.121-24.
- Bechara FG, Sand M, Hoffmann K, Altmeyer P. Aggressive shaving after combined liposuction and curettage for axillary hyperhidrosis leads to more complications without further benefit. *Dermatol Surg*. 2008;34(7):952-3.
- Stori WS, Neto NB, Coelho MS, Pizarro LDV, Guimarães PSF. Bloqueio por clipagem de gânglios simpáticos torácicos no tratamento da hiperidrose. *An Bras Dermatol*. 2006;81(5):425-32.

CONCLUSÃO

Consideramos essa técnica cirúrgica para hiperidrose axilar um método seguro, com baixas taxas de complicação e uma excelente opção adicional para casos resistentes aos tratamentos conservadores. Por ser apenas um caso, lembramos que esse método não fica livre da ocorrência de recidivas. ●

AGRADECIMENTOS

Aos doutores Antônio José Tebcherani (pela fotografia do exame anatomopatológico) e Cristiano Luiz Horta de Lima Junior (pelo laudo do exame).