



P-310 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HIPERHIDROSIS, EVOLUCIÓN Y SUDORACIÓN REFLEJA COMO EVENTO ADVERSO

Capitán del Río, Inés¹; Corma Gómez, Anaïs¹; Pérez Vélez, Javier²; Solé Monserrat, Juan²; Capitán Vallvey, José María³

¹Complejo Hospitalario Universitario de Granada, Granada; ²Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona;

³Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

Resumen

Introducción: La hiperhidrosis (HH) afecta fundamentalmente a manos, axilas y pies. Requiere, en casos graves, un tratamiento quirúrgico con el objetivo de conseguir anhidrosis en las zonas afectas. El efecto secundario más importante es la sudoración refleja (SR) en otra localización.

Objetivos: Describir el manejo quirúrgico y la evolución de los casos de HH del hospital Vall d'Hebron, y analizar los factores relacionados con la aparición de SR.

Métodos: Serie de casos, transversal retrospectiva, descriptiva y analítica, entre Noviembre de 2009 y Enero de 2017, en el área de salud dependiente del hospital Vall d'Hebron. Se seleccionaron los casos diagnosticados de HH tratados mediante cirugía. Variables: sociodemográficas, de antecedentes personales, de diagnóstico, relativas al proceso asistencial y de evolución (anhidrosis (AH), sudoración refleja (SR) y grado de satisfacción (GS), en 3 cortes: 1º mes, entre el 1º y 4º mes, y desde el 4º mes al año). Se realizó un análisis descriptivo (frecuencias absolutas y relativas; medidas de tendencia central, dispersión, posición), bivalente (chi-cuadrado, t-Student) y multivalente mediante regresión logística, para determinar la relación entre la aparición de SR y las demás covariables del modelo. El análisis se llevó a cabo con Microsoft Excel y SPSS v.20.

Resultados: Se incluyeron 119 pacientes (46,3% hombres, 53,7% mujeres). La edad media fue 28,6 años (rango = 10-73). El 34,5% presentaba alguna comorbilidad relevante. El 63,9% eran ASA I. Los diagnósticos de HH recogidos fueron: palmar, axilar, craneofacial, plamo-plantar, palmo-axilar, facial-axilar-palmar, axilo-palmo-plantar, craneofacial-axilar, axilo-plantar y craneofacial-axilo-plantar; siendo los más frecuentes el palmar (23,5%) y el axilo-palmo-plantar (23,5%). Se registraron 7,6% clipajes y 89,9% simpaticotomías. Los niveles trabajados fueron: R2, R2-R3, R3, R3-R4, R4, R4-R5, R2-R3-R4, R3-R4-R5, R2-R3-R5; siendo los más frecuentes R3-R4, tanto para clipajes (55,6%) como para simpaticotomías (44,7%). La complicación más frecuente en el postoperatorio inmediato fue el neumotórax (26,1%); el 66,7% se resolvió espontáneamente, el 36,7% se resolvió con los drenajes pleurales de la intervención y el 6,7% requirió recolocación de drenaje pleural. La complicación tardía más frecuente fue el dolor torácico (10,9%). 3 pacientes requirieron reintervención: 1 por hemotórax y 2 por inefectividad de la técnica. La estancia hospitalaria media fue de 1,34 días (rango = 0-8). Se consiguió AH en el 63,9% de los casos (63,2% en el 1º mes, 22,6% entre el 1º mes-4º mes y 14,2% en el 4º mes-1 año). La SR apareció en el 47,1% de los casos (39%

en el primer periodo, 34,5% en el segundo, y 47,6% en el último). El GS fue bueno-muy bueno en el 98,3% de los casos. La edad estuvo asociada con la aparición de SR (OR = 1,077 [1,005-1,154], p = 0,036). Con respecto a los niveles, el R3-R4 y R3-R4-R5 presentaron, respectivamente, 1,70 [0,091-31,80] y 2,34 [0,092-59,271] veces más riesgo de aparición de SR que el resto, aunque sin significación estadística.

Conclusiones: La simpaticotomía es la técnica más frecuentemente realizada y es efectiva en la mayoría de los casos. La aparición de SR parece estar relacionado con el nivel de la simpaticotonía trabajado, así como con otros factores como, por ejemplo, la edad.