

## HIPERHIDROSIS PALMAR

### Cien casos tratados quirúrgicamente mediante simpatectomía cervicodorsal

N. GALINDO, J. OSSO, M. ORTI, C. CONILL y M.<sup>a</sup> T. SAINZ DE LA MAZA

Hospital de San Rafael  
Servicio de Cirugía Vascul ar (Jefe: N. Galindo)

Barcelona (España)

La hiperhidrosis consiste en una producción de sudor en extremo aumentada.

**Kotzareff** fue el primero (1920) en practicar una operación simpática como tratamiento de la hiperhidrosis. Desde entonces, muchos han sido los autores que han estudiado el tema y han perfeccionado "la técnica operatoria (**Leriche, Adson, White**, etc.).

#### Recuerdo fisiopatológico

Existen dos grupos de glándulas sudoríparas: las ecrinas y las apocrinas.

Las apocrinas no toman parte en la termoregulación, están bajo control de la adrenalina y no son estimuladas por los nervios secretores. Se localizan en axila y zona anogenital.

Las ecrinas toman parte en la termoregulación, se estimulan por fibras colinérgicas presentes en los nervios simpáticos y son inhibidas por la atropina. Se localizan de preferencia en las palmas de las manos y plantas de los pies. Comienzan a funcionar con el nacimiento, en tanto las apocrinas lo hacen en la pubertad.

Tanto unos como otras reciben inervación simpática, pero las ecrinas son colinérgicas, quedando su secreción abolida por completo por la denervación simpática; las apocrinas, en cambio, no presentan inervación secretora y siguen transpirando después de la simpatectomía.

#### Tipos de hiperhidrosis

La hiperhidrosis se divide en primaria y secundaria. La primaria afecta a las cuatro extremidades y a las axilas, pudiendo incrementarse por factores psíquicos. Su etiología es desconocida. La vida social de estos enfermos suele ser muy conflictiva debido a que no pueden desarrollar con eficacia su trabajo, pues mojan cuanto tocan, ni pueden llevar una vida de relación normal con sus semejantes, lo que hace que se neuroticen, se retraigan y se inhiban. La secundaria puede ser generalizada o localizada. La primera se da en ciertas endocrinopatías; la segunda puede ser secuela de ciertas lesiones de la vía simpática.

### Material y método

En el periodo comprendido entre 1967 y 1977 hemos tenido ocasión de intervenir 100 casos de hiperhidrosis palmar primaria, con resultado excelente y sin complicaciones. De ellos 67 eran mujeres y 33 hombres, todos en edades comprendidas entre los 17 y los 32 años.

A todos se les practicó denervación simpática cervicodorsal bilateral en dos tiempos y por vía supraclavicular.

No hubo complicación alguna, excepto la típica secuela del síndrome de Cl. Bernard Horner que, por ser bilateral, era prácticamente inapreciable.

La técnica empleada por nosotros consiste en la hemisección del ganglio estrellado y del II.<sup>o</sup> torácico, variante del método Telford. Empleamos dicho método modificado porque creemos que para evitar recidivas, es decir el posible retorno de la actividad simpática, es imprescindible la estelectomía o al menos la hemiestelectomía. No somos partidarios de la resección preganglionar, dado que las estadísticas demuestran que el número de recidivas es mayor.

**Técnica de la intervención:** Enfermo semisentado, con la cabeza en rotación externa hacia el lado contrario al que se va a operar. Intubación endotraqueal.

Incisión supraclavicular desde foseta esternal hasta tercio medio de la clavícula, aproximadamente unos 5 cm. Sección del pletisma del cuello y de la porción clavicular del esternocleidomastoideo. Retracción de la grasa preescapular hacia arriba y hacia abajo y sección total del escaleno, previo aislamiento del nervio frénico con «vessel-oop» amarillo. Disección de la arteria subclavia llevándola hacia abajo con «vessel-oop» azul. Con el dedo movilizamos a continuación la pleura apical, invitando al anestesista a que provoque presión negativa. Disección de la arteria vertebral mediante «vessel-oop», que nos servirá de guía para encontrar el ganglio estrellado. Ayudándonos con una erina movilizamos, entonces, el ganglio y lo seccionamos por la mitad (para disminuir el efecto Horner), pinzando con una bengolea el cabo distal. Con una torunda humedecida vamos siguiendo la cadena hacia abajo hasta llegar a los ganglios dorsales II y III.

Antes del cierre, inundamos el campo con suero fisiológico y solicitamos del anestesista que practique presión positiva pulmonar para comprobar la integridad o posible lesión pleural.

Sutura de los músculos esternocleidomastoideo y cutáneo del cuello.

### Discusión

Aunque no nos ha sido posible seguir la evolución de todos nuestros enfermos, estamos satisfechos de los resultados obtenidos, en unos casos más que en otros, ya que el 6 % tuvo una reactivación simpática localizada en las yemas de dos o tres dedos de la mano. Un 22 % presentó un síndrome de Horner permanente, mientras en el resto fue transitorio.

Abundando en la opinión de Haxton, los resultados imperfectos que siguen a las operaciones de simpatectomía de extremidad superior son debidos en parte al retorno de la actividad simpática por el crecimiento de las fibras seccionadas y en parte a la incorrecta selección de los casos (2).

### Conclusión-resumen

Queremos resaltar la importancia del tratamiento de la hiperhidrosis palmar por todos los aspectos desfavorables que repercuten sobre estos enfermos para un desarrollo normal e integración dentro de la sociedad. Somos partidarios del tratamiento quirúrgico porque la experiencia nos ha demostrado que los tratamientos médicos son inútiles en estos casos.

Preferimos la técnica de Telford modificada, porque resulta más cómoda para el enfermo y acorta la estancia en el hospital. Nos manifestamos en contra de la vía transaxilar y, obviamente, de la dorsal propuesta por algunos autores.

### SUMMARY

The social importance of palmar hyperhidrosis is emphasized. Provided that medical treatment is not resolute, upper limb sympathectomy is recommended.

### BIBLIOGRAFIA

1. **Leriche, R. y Frieh, P.:** Hyperhydrose extremement prononces des maines et des pieds. «Lyon Chir.», 31:86, 1934.
2. **Haxton, H. A.:** The technique and results of upper limb sympathectomy, «J. of Cardiovasc. Surg.», 11:27, 1970.