

Tratamento da hiperidrose axilar com lipoaspiração

Liposuction for treatment of axillary hyperhidrosis

MARILHO TADEU DORNELAS¹,
DEQUITIER CARVALHO
MACHADO², ANA LUISA
CARNEIRO PEREIRA
GONÇALVES², GILSON LORENA
MAUËS³, MARÍLIA DE PADUA
DORNELAS CORREA⁴

RESUMO

Introdução: A hiperidrose axilar primária e a bromohidrose são problemas comuns que levam vários pacientes a procurar atendimento médico. A remoção das glândulas sudoríparas écrinas e apócrinas da região axilar por meio de lipoaspiração superficial sob anestesia intumescente é um procedimento de pequeno porte, simples e com poucas complicações, o que pode ser observado em nosso estudo. O objetivo deste trabalho é a difusão desta técnica. **Método:** Vinte e cinco pacientes foram submetidos a lipoaspiração superficial da axila sob anestesia local e sedação. **Resultados:** Após um ano de acompanhamento pós-operatório, três pacientes apresentaram respostas regulares e dois apresentaram resultados insatisfatórios. Dentre os pacientes analisados, quatorze apresentavam bromohidrose associada e obtiveram respostas satisfatórias com redução significativa ou até mesmo desaparecimento do odor característico. **Conclusão:** Concluímos que o procedimento é eficaz e seguro para o tratamento de hiperidrose axilar primária e bromohidrose.

Descritores: Lipectomia. Hiperidrose/cirurgia. Odores/prevenção & controle. Axila/cirurgia.

SUMMARY

Introduction: Axillary hyperhidrosis and bromohidrosis are common problems for which many patients seek medical treatment. The removal of axillary sweat glands using liposuction with tumescent anesthesia in an out patient setting is a relatively short and simple procedure with few complications, as seen in this case series. The purpose of is study is to contribute for the spread of this technique. **Methods:** Twenty five patients were treated with axillary liposuction under tumescent anesthesia. **Results:** One year after the procedure, three patients had regular results and two required additional liposuction to the same area. Those who had bromohidrosis associated presented good results with significant reduction of the odor. **Conclusion:** This procedure is efficient and safe when used to treat primary axillary hiperhidrosis and bromohidrosis.

Descriptors: Lipectomy. Hyperhidrosis/surgery. Odors/prevention & control. Axilla/surgery.

Trabalho realizado no
Plastic Center e no Hospital
Universitário da Universidade
Federal de Juiz de Fora,
Juiz de Fora, MG.
Artigo recebido: 09/06/2008
Artigo aceito: 16/09/2008

INTRODUÇÃO

Hiperidrose é caracterizada pela transpiração excessiva, com produção de suor superior àquela necessária para manter

a temperatura corporal normal, acarretando impacto significativo na vida profissional, social e emocional do seu portador. Podendo ser classificada em primária ou secundária, com apresentação clínica focal ou generalizada¹.

1. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Professor Substituto da Disciplina de Cirurgia Especializada da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora.
2. Acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora.
3. Médico residente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora.
4. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Chefe de Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora.

A hiperidrose primária é uma alteração idiopática, crônica, geralmente focal, bilateral e simétrica. É a forma mais comum, acometendo cerca de 3% da população, predominando em mulheres na faixa etária entre 18 e 54 anos². Está comumente associada à hiperatividade do sistema nervoso simpático, que gera hipertrofia glandular e hipersecreção. Ocorre principalmente na palma das mãos, planta dos pés, axilas, face e couro cabeludo. A hiperidrose secundária, usualmente generalizada, está relacionada a uma doença de base e seu tratamento consiste fundamentalmente na correção desta patologia.

Quando ocorre hipersecreção das glândulas apócrinas associada à colonização por bactérias gerando odor desagradável, temos a bromohidrose. Esta apresenta efeito negativo sobre a qualidade de vida dos pacientes, por determinar dificuldades nas relações sociais e nas atividades ocupacionais. O diagnóstico da bromohidrose é realizado por evidências clínicas.

Como a hiperidrose primária é ocasionada por alterações funcionais nas glândulas écrinas e apócrinas da região axilar, a retirada destas glândulas determina melhora do quadro¹.

O diagnóstico de hiperidrose axilar é essencialmente clínico, embasado na história e nos sinais de produção excessiva de suor, que se iniciam geralmente na adolescência. A diferenciação entre hiperidrose primária e secundária pode ser realizada pelo local acometido, duração, sintomas e comorbidades associadas, história familiar e idade de início. Porém, em alguns casos, o uso de exames laboratoriais, direcionados pela história clínica, torna-se importante para a diferenciação¹.

O tratamento da hiperidrose axilar e da bromohidrose pode ser dividido em clínico e cirúrgico, sendo este o único com resposta definitiva³. O tratamento clínico convencional consiste basicamente na utilização de antitranspirantes a base de cloridrato de alumínio, aplicações intradérmicas de toxina botulínica e ingestão de anticolinérgicos sistêmicos⁴. As principais abordagens cirúrgicas são: a cirurgia excisional, a simpatectomia torácica e a lipoaspiração superficial da axila.

MÉTODOS

Pacientes

Vinte e cinco pacientes com hiperidrose axilar primária foram submetidos a lipoaspiração axilar bilateral no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora e na clínica Plastic Center, sendo dezesseis (64%) pacientes do sexo feminino e nove (36%) do sexo masculino, com idade entre 18 e 35 anos. Destes, quatorze apresentavam bromohidrose associada, sendo cinco homens e nove mulheres. Os procedimentos foram realizados entre fevereiro de 2005 e janeiro de 2008. Para serem submetidos a lipoaspiração, os pacientes necessitavam do diagnóstico de hiperidrose primária, segundo os parâmetros descritos

acima; teste do iodo-amido positivo e fracasso do tratamento clínico. Foram excluídos deste estudo pacientes que apresentavam acompanhamento pós-operatório inferior a seis meses, devido à incapacidade de avaliar a ocorrência de recidiva neste período.

Técnica Cirúrgica

Todos os pacientes foram submetidos ao teste do iodo-amido no pré-operatório. Este consiste na aplicação de iodo na axila e, posteriormente, com auxílio de algodão, aplica-se amido sobre a região que recebeu o iodo. O amido em contato com o iodo e a água proveniente da transpiração adquire coloração roxa, delimitando a região com excesso de suor e, conseqüentemente, a área a ser lipoaspirada (Figura 1).

Os procedimentos foram realizados sob anestesia local intumescente com sedação e os pacientes não necessitaram de internação. Foram preparados 500 ml de solução fisiológica a 0,9%; epinefrina 1:500.000; 20 ml de xilocaína a 2% e 20 ml de marcaína a 0,5%. Em cada axila foram infiltrados de 120 a 180 ml, dependendo do tamanho da área a ser lipoaspirada. A infiltração foi realizada o mais superficialmente possível para facilitar a realização do procedimento.

Foram necessárias duas incisões de aproximadamente 0,5 cm, uma no pilar anterior da axila e a outra no terço médio da face medial do braço. Utilizaram-se cânulas retas com 15 ou 20 centímetros de comprimento por 2 a 4 milímetros de diâmetro. Cânulas rombas com 3 orifícios dispostos longitudinalmente. As cânulas foram giradas 180°, ficando com os orifícios voltados para a região superficial (Figura 2). Inicialmente, aspira-se o tecido subcutâneo com a cânula de 4 mm e, posteriormente, com a de 2 mm (Figura 3). Deve-se ter cautela em relação à aspiração profunda, pois há estruturas nobres na região, como: plexo braquial, linfonodos e vasos que não



Figura 1 - Axila marcada pelo teste do iodo-amido pré-operatório.



Figura 2 - Lipoaspiração axilar realizada com os orifícios da cânula voltados para a região superficial.



Figura 4 - Aspecto da região no 5º dia pós-operatório.



Figura 3 - Material aspirado de região axilar.

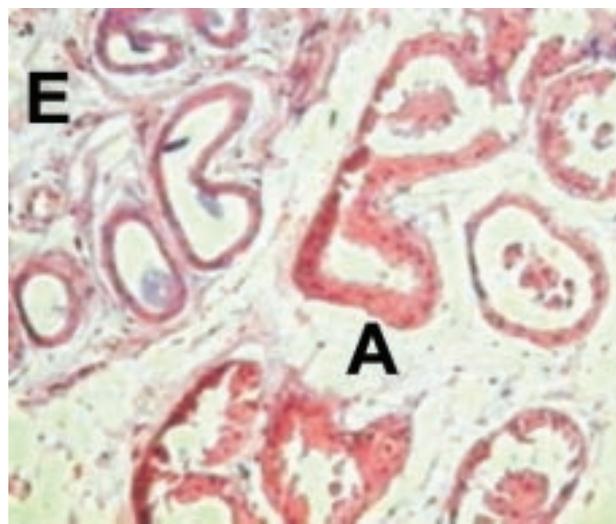


Figura 5 - Glândulas no aspirado anatomopatológico.

podem ser lesados. Os orifícios incisionais foram suturados com mononylon 6-00 preto e não foi necessária a utilização de drenos (Figura 4). O material coletado foi enviado para análise histopatológica que constatou a presença de glândulas écrinas e apócrinas (Figura 5). A duração do procedimento foi de aproximadamente 20 minutos em cada axila.

Curativo e/ou bandagem compressiva foram necessários nos primeiros cinco dias e os pacientes foram orientados a manter repouso relativo. Nos quinze dias subsequentes, não houve restrição às atividades diárias e a exercícios leves, a abdução e a rotação do ombro foram permitidas. Passado este período, todas as atividades foram liberadas. Foi realizado acompanhamento pós-operatório durante um ano.

Os resultados foram classificados em:

- Satisfatório, tanto o paciente quanto pessoas próximas a ele notaram diminuição considerável da transpiração, o que foi evidenciado pelo teste do iodo-amido;
- Regular, o paciente apresenta nível basal de transpiração satisfatório, porém quando enfrenta determinadas situações (exercícios intensos, ansiedade e calor) apresenta aumento indesejável da transpiração;
- Insatisfatório, o paciente apresenta resultados inconsistentes, o volume de suor apresenta pequena redução, sem, no entanto, alterar a qualidade de vida. O teste do iodo-amido pós-operatório é semelhante ao pré-operatório.

RESULTADOS

Os vinte e cinco pacientes analisados perceberam redução imediata satisfatória da transpiração. Destes, três pacientes foram acompanhados por seis meses e mantiveram resultados satisfatórios. Os demais (88%) foram acompanhados por um ano e, neste período, um homem e duas mulheres (13,6%) apresentaram resultados regulares, sendo necessária a utilização de tratamento clínico complementar com antiperspirantes a base de cloridrato de alumínio. Duas (9,1%) pacientes apresentaram resultados insatisfatórios, sendo submetidas a outra lipoaspiração que determinou correção da hiperidrose.

Os quatorze pacientes com bromidrose associada apresentaram melhora satisfatória, o que foi observado por meio do exame físico, do relato do próprio paciente e de pessoas próximas a ele que constataram redução significativa ou desaparecimento do odor desagradável.

Não ocorreram casos de necrose, hematoma, seroma, infecções ou assimetrias. Não houve reclamações referentes a cicatrizes, retrações de pele ou tecido subcutâneo e alterações nos movimentos dos membros.

DISCUSSÃO

As principais vantagens da lipoaspiração superficial em relação à cirurgia excisional são: cicatrizes pequenas, menor período de recuperação e pequena incidência de complicações^{5,6}. Por outro lado, alguns estudos relatam altos índices de recidiva decorridos seis meses da cirurgia⁶, o que não ocorreu nos pacientes avaliados nessa série, sendo que apenas duas (9,1%) pacientes necessitaram refazer o procedimento. A razão para a recidiva da hiperidrose axilar após a lipoaspiração superficial permanece incerta. Existem, porém, duas explicações, uma relacionada a procedimento pouco agressivo que remove as glândulas sudoríparas de maneira ineficiente e outra relacionada à hipersecreção compensatória das glândulas remanescentes⁴.

Ao compararmos a lipoaspiração superficial com a simpatetomia torácica observamos que esta apresenta maior índice de complicações, como hiperidrose compensatória, síndrome de Horner, hemotórax, pneumotórax e lesão do nervo frênico⁵, além de ser um procedimento mais invasivo⁷. Esta técnica deve ser reservada ao tratamento da hiperidrose palmar ou hiperidrose focal combinada⁸.

CONCLUSÃO

A lipoaspiração superficial da axila sob anestesia intumescente constitui-se em importante arsenal terapêutico para tratamento da hiperidrose primária, por ser pouco invasiva, rápida, barata, eficaz, segura e definitiva. O procedimento propicia cicatrizes pequenas e retorno precoce às atividades diárias. Com base nos resultados obtidos, recomendamos esta técnica para o tratamento de hiperidrose axilar primária e bromohidrose associada.

REFERÊNCIAS

- Haider A, Solish N. Focal hyperhidrosis: diagnosis and management. *CMAJ*. 2005;172(1):69-75.
- Lear W, Kessler E, Solish N, Glaser DA. An epidemiological study of hyperhidrosis. *Dermatol Surg*. 2007;33(1 Spec No.):S69-75.
- Lee D, Cho SH, Kim YC, Park JH, Lee SS, Park SW. Tumescant liposuction with dermal curettage for treatment of axillary osmidrosis and hyperhidrosis. *Dermatol Surg*. 2006;32(4):505-11.
- Bechara FG, Sand M, Tomi NS, Altmeyer P, Hoffmann K. Repeat liposuction-curettage treatment of axillary hyperhidrosis is safe and effective. *Br J Dermatol*. 2007;157(4):739-43.
- Payne CM, Doe PT. Liposuction for axillary hyperhidrosis. *Clin Exp Dermatol*. 1998;23(1):9-10.
- Park YJ, Shin MS. What is the best method for treating osmidrosis? *Ann Plast Surg*. 2001;47(3):303-9.
- Swinehart JM. Treatment of axillary hiperhidrosis: combination of the starch-iodine test with the tumescant liposuction technique. *Dermatol Surg*. 2000;26(4):392-6.
- Bechara FG, Sand M, Sand D, Altmeyer P, Hoffmann K. Surgical treatment of axillary hyperhidrosis: a study comparing liposuction cannulas with a suction-curettage cannula. *Ann Plast Surg*. 2006;56(6):654-7.

Correspondência para:

Marilho Tadeu Dornelas
Rua Dom Viçoso, 20 - Alto dos Passos - Juiz de Fora - MG - CEP 36026-390
Fax: 32-32398282
E-mail: marilho@plasticenter.med.br; marilho.dornelas@ufjf.edu.br