

## Curetaje subcutáneo en el manejo de la hiperhidrosis axilar

Subcutaneous curettage for the management of axillary hyperhidrosis

Ana Milena Toro<sup>1</sup>

Luz Marina Gómez<sup>2</sup>

Recibido: Abril 25 de 2007  
Aceptado: Junio 14 de 2007

### RESUMEN

**S**E PRESENTA el caso de un paciente con hiperhidrosis axilar exitosamente tratado con curetaje subcutáneo y se discuten las ventajas de esta técnica en comparación con otras opciones terapéuticas disponibles en la actualidad.

**Palabras clave:** Hiperhidrosis, axilar, curetaje, subcutáneo.

### SUMMARY

The case of a patient with axillary hyperhidrosis successfully treated with subcutaneous curettage and the advantages of this technique in comparison with other therapeutic options actually available is described.

**Key words:** Hyperhidrosis, axillary, curettage, subcutaneous.

### DEFINICIÓN

La excesiva producción de sudor axilar es un problema frecuente en la población general que origina estigmas sociales y afecta la calidad de vida de quienes la padecen. Inicialmente se atribuyó a una anomalía funcional de las glándulas sudoríparas ecrinas, desencadenada principalmente por estímulos térmicos, estrés físico o emocional, entre otras causas,<sup>1</sup> pero hoy se sabe que también inter-

vienen las glándulas apocrinas y apoecrinas; sin embargo, el mecanismo exacto por el cual estas glándulas son estimuladas es desconocido.<sup>2</sup> La parte central de la axila es responsable del 70%-80% de la secreción sudoral y posee una concentración glandular mucho mayor que en la periferia.<sup>3</sup>

### DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y puede evaluarse cualitativamente el patrón de sudoración a través del test de Minor o test del yodo – almidón; este método consiste en aplicar solución de lugol en toda la región axilar, previa limpieza y secado de la misma. Se deja secar, posteriormente se esparce almidón y se espera a que el paciente comience a sudar. El almidón y el yodo interactúan en presencia del sudor tomando un tono azul violeta. De este modo se pueden visualizar y delimitar más fácilmente las zonas de mayor sudoración, ya que se verán más oscuras.<sup>3</sup>

En cuanto a las opciones terapéuticas muchos tratamientos con base en el cloruro de aluminio tópico y los anticolinérgicos tópicos o sistémicos son satisfactorios para reducir la hiperhidrosis a niveles aceptables. Recientemente la aplicación de toxina botulínica ha mostrado excelentes resultados, pero su uso es limitado debido al alto costo y a la duración transitoria del efecto (6- 12 meses).<sup>4</sup>

Varios tipos de procedimientos quirúrgicos han sido desarrollados para el tratamiento de la hiperhidrosis axilar.<sup>5</sup> La simpatectomía tiene riesgo de efectos adversos y complicaciones tales como hiperhidrosis compensatoria, neumotórax, síndrome de Horner, entre otros.<sup>6,8</sup> Igualmente han sido descritas varias modalidades quirúrgicas locales que incluyen:

1. Escisión de solo tejido subcutáneo.<sup>5,9</sup> Incluye el curetaje y la liposucción
2. Escisión amplia de piel y tejido subcutáneo.<sup>5</sup>
3. Escisión parcial de piel y tejido subcutáneo, con curetaje del área adyacente.<sup>5</sup>

1 R II Dermatología, Universidad Pontificia Bolivariana  
Calle 78B No. 72ª – 109. Teléfono: 4415544 extensión 217  
Correo electrónico: anatoro@une.net.co  
Medellín - Colombia

2 Dermatóloga, Jefe de Posgrado en Dermatología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín – Colombia

Se presenta un caso manejado con cirugía, basado en la técnica descrita por Jemec en 1975, la cual implica la remoción de tejido subcutáneo por curetaje.<sup>3</sup>

## TÉCNICA

1. Acostar al paciente en posición supina con los brazos en abducción a 90°.
2. Limpieza y secado de la región axilar.
3. Test de Minor.
4. Delinear la zona de máxima sudoración con un marcador de piel resistente al agua.
5. Anestesia local, con xilocaína más bupivacaína.
6. Incisión transversal de 2-3 cm en la parte central de la axila. (Figura 1a)
7. Divulsión con tijera curva con la punta dirigida hacia la interface dermis- tejido celular subcutáneo, en el área

de hiperhidrosis previamente marcada. (Figura 1b)

8. Curetaje de ambas caras de la disección (cara dérmica y cara hipodérmica). (Figura 1c)
9. Insertar un dren que se fija a la piel y se debe retirar en 24- 72 horas, una vez haya disminuido la secreción (Figura 1d)
10. Cierre de la herida por planos con puntos separados.

Esta técnica se fundamenta en el hecho de que la mayoría de las glándulas ecrinas, apocrinas y apoecrinas en la axila se localizan en el tejido subcutáneo y en la interface con la dermis.<sup>7</sup> Esta localización corresponde al sitio en el cual se realiza el curetaje con la técnica descrita para lograr la remoción de un porcentaje muy alto de las glándulas sudoríparas.

En un estudio de 90 pacientes con hiperhidrosis axilar tratados con curetaje subcutáneo, la valoración global subjetiva después del procedimiento fue “muy buena” en el

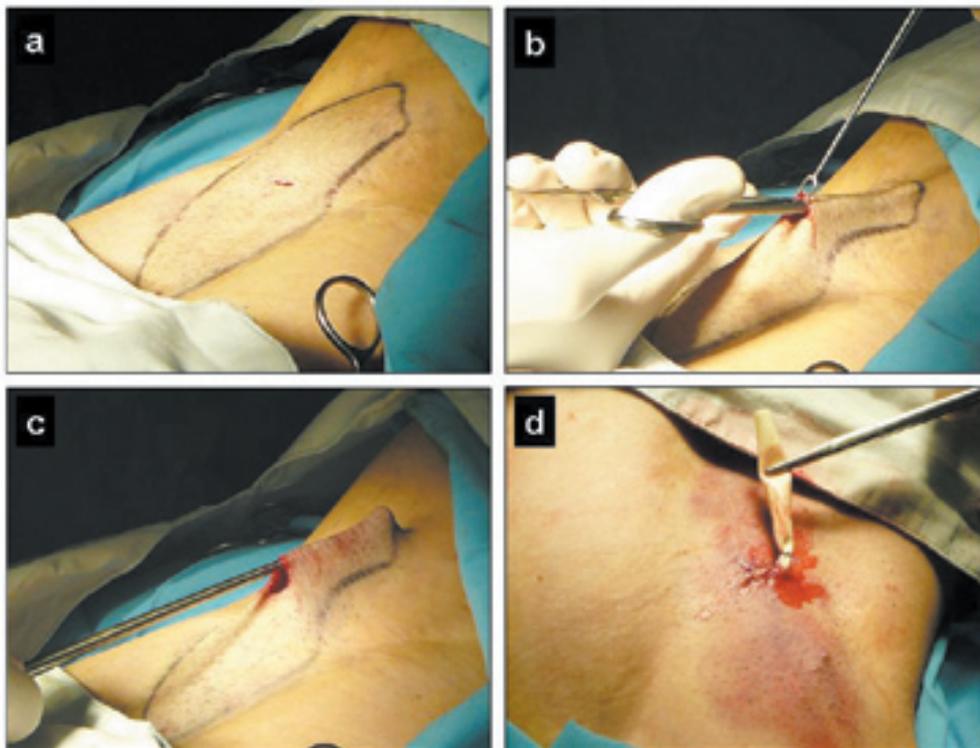


Figura 1. Descripción del procedimiento: a. Incisión transversal; b. Divulsión con tijera curva; c. Curetaje subcutáneo; d. Inserción de un dren y cierre de la herida.

## Curetaje subcutáneo en el manejo de la hiperhidrosis axilar

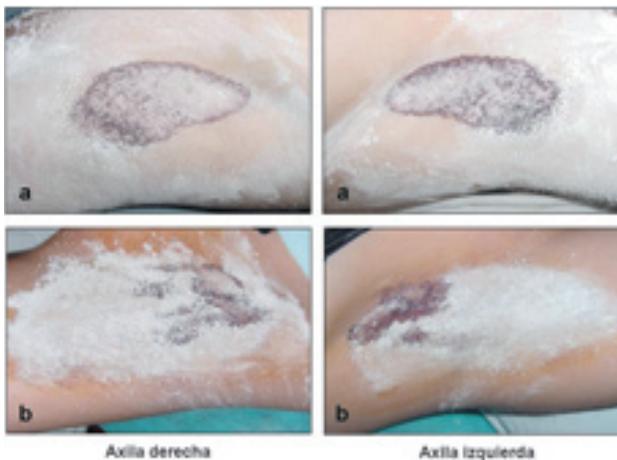
36.4%, “buena” en el 29.9% y “satisfactoria” en el 16.9%. El puntaje subjetivo de sudoración axilar en reposo disminuyó hasta el 40% después de seis meses y finalmente a 45.7% al final del seguimiento (promedio 28.2 meses). El puntaje global subjetivo (sudoración en reposo, estrés físico, calor, comidas picantes) se disminuyó a 48.2% después de seis meses y finalmente a 56.9% comparado con el puntaje inicial (100%). La cicatriz quirúrgica fue mínimamente visible en el 65% de los pacientes. Las complicaciones encontradas fueron necrosis epidérmica parcial 2.2%, infección de la herida 2.2% y sangrado o formación de hematoma en el 13.3%.<sup>7</sup>

Las ventajas de esta técnica incluyen:<sup>6,7</sup>

- Alta eficacia.
- Ausencia de complicaciones sistémicas (descritas con la simpatectomía).

- Baja tasa de complicaciones locales.
- Puede repetirse si es necesario o ser seguido por otros métodos.
- Mínima formación de cicatriz en la región axilar.
- No tiene riesgo de contracturas que puedan afectar la movilidad hombro – brazo (descritas con la escisión amplia de piel y tejido subcutáneo).
- Duración permanente del efecto (a diferencia de la toxina botulínica cuya duración del efecto está entre 6 y 12 meses).

En conclusión, se reportó un caso de hiperhidrosis axilar exitosamente tratado con curetaje subcutáneo, una técnica con alta eficacia, baja tasa de complicaciones y resultados estéticamente aceptables. (Figuras 2 y 3)



**Figura 2. Test de Minor: a. Antes del procedimiento; b. Notable disminución de la sudoración axilar, cuatro meses después del procedimiento.**



**Figura 3. Discreta cicatriz, cuatro meses después del procedimiento.**

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hurley HJ, Enfermedades de las glándulas sudoríparas ecrinas. En: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP (editores) Dermatología 1ª Edición. Elsevier, España, 2004. 567 – 86.
2. Lonsdale- Eccles A, Leonard N, Lawrence C. Axillary hyperhidrosis: eccrine or apocrine? Clin Exp Dermatol 2003; 28: 2 – 7.
3. Gómez F, Gómez LM, Hiperhidrosis axilar: un nuevo método de tratamiento y revisión de la literatura. Revista Asociación Colombiana de Dermatología 1991;1: 54 – 57.
4. Langtry JA, Hyperhidrosis. En: Lebwohl MG, Heymann WR, Berth-Jones J, *et al.* Treatment of skin disease comprehensive therapeutic strategies 2ed. Elsevier Mosby. 2006. 288 – 91.
5. Bisbal J, Del Cacho C, Casalots J. Surgical treatment of axillary hyperhidrosis. Ann Plast Surg 1987; 18: 429 – 36.
6. Herbst F, Plas EG, Fuggo R, Fritsch A. Endoscopic thoracic sympathectomy for primary hyperhidrosis of the upper limbs: a critical análisis and longterm results of 480 operations. Ann Surg 1994; 220: 86 – 90.
7. Rompel R, Peros I, Petres J, Subcutaneous curettage for the treatment of axillary hyperhidrosis. Eur J Dermatol 1997; 7: 43 – 6.
8. Rompel R, Scholz S, Subcutaneous Curetaje vs. Injection of botulinum toxin A for treatment of axillary hyperhidrosis. JEADV 2001; 15: 207 – 11.
9. Beer GM, Baumüller S, Zech N, Wyss P, Strasser D, Varga Z., *et al.* Immunohistochemical differentiaton and localization analysis of sweat glands in the adult human axilla. Plast Reconstr Surg 2006; 117: 2043 – 2049