

Sympatectomia torácica por videotoroscopia para tratamento da hiperidrose primária

Video-assisted thoracic sympathectomy in the treatment of primary hyperhidrosis

José Ribas Milanez de Campos, Paulo Kauffman

Com os recentes avanços nos sistemas ópticos e de vídeo, e no instrumental para atos cirúrgicos endoscópicos, tornou-se possível realizar a simpatectomia por técnica toracoscópica,⁽¹⁾ procedimento seguro, efetivo, pouco invasivo, com mínima morbidade, e de melhor aceitação por parte dos doentes. Como consequência, na década de 1990, surgiram muitos trabalhos na literatura, originados principalmente dos continentes europeu e asiático, e alguns da América do Norte, chamando a atenção para essa técnica.^(2,3)

Atualmente, a hiperidrose primária constitui a principal indicação da simpatectomia torácica videotoroscópica. Ocorre predominantemente nas mãos, axilas e pés, podendo também se manifestar no segmento crânio-facial. A hiperidrose palmo-plantar geralmente surge na infância, agravando-se na adolescência, fase da vida em que há grande instabilidade psíquica. A hiperidrose axilar se manifesta na adolescência, quando também se tornam ativas as glândulas sexuais.

A hiperidrose incide igualmente em ambos os sexos; porém, pelo fato de as mulheres, por seu próprio temperamento, serem mais suscetíveis aos estímulos psíquicos adversos, e conseqüentemente procurarem tratamento com maior freqüência, fica a impressão de que a hiperidrose predomina no sexo feminino.⁽⁴⁾ No presente número do *Jornal Brasileiro de Pneumologia* Montessi *et al.*⁽¹⁾ relatam dados relativos a 521 casos operados para esta condição.

Os autores referem apenas o nível mais cranial da secção da cadeia simpática, nos três grupos analisados, não revelando a extensão da termoablação realizada. Apesar das opiniões divergentes na literatura sobre a importância da extensão da cadeia cauterizada ou ressecada sobre a sudorese compensatória ou reflexa, em nossa experiência esse efeito colateral pôde ser minimizado, realizando-se simpatectomias mais econômicas, interessando somente um gânglio da cadeia simpática, sem prejuízo para o resultado final do procedimento.⁽⁵⁾ Atualmente, é praticamente consenso na literatura que a preservação do segundo gânglio da cadeia simpática torácica não interfere decisivamente no resultado da intervenção, nem nas mãos nem nas axilas, e é de fundamental importância para reduzir a intensidade da sudorese compensatória, conforme observação dos autores,⁽¹⁾ e de

acordo com nossa experiência.⁽⁶⁾ No início dela, quando atuávamos rotineiramente sobre esse gânglio, observamos hiperidrose compensatória, ou seja, sudorese de intensidade moderada ou intensa, em outras áreas do corpo, em 64% dos pacientes, sendo que 4% deles se arrependeram de ter se submetido à intervenção cirúrgica.⁽³⁾

O método descrito no trabalho de Montessi *et al.*⁽¹⁾ está muito resumido, não havendo referência ao tipo de anestesia empregado. No início de nossa experiência empregamos, rotineiramente, sonda de duplo-lumen, com bloqueio seletivo do pulmão ipsilateral ao lado operado.^(2,4) Com a experiência adquirida, passamos a utilizar essa conduta somente quando atuamos sobre o quarto gânglio da cadeia simpática; quando a intervenção foi realizada nos gânglios situados mais cranialmente, a sonda simples se mostrou suficiente e menos traumática para realizar a intervenção.⁽³⁾

Outros aspectos não relatados pelos autores⁽¹⁾ são o número de incisões empregadas e o tipo de bisturi utilizado na termoablação da cadeia simpática. De início, utilizamos o bisturi elétrico, substituído posteriormente, com vantagens, pelo bisturi harmônico, que permite dissecação mais limpa e sem carbonização dos tecidos, o que aparentemente causa menos dor no pós-operatório.⁽³⁾ Na grande maioria dos casos, utilizamos duas incisões de 0,5 cm de extensão em cada hemitórax, somente realizando uma terceira incisão em casos eventuais de dificuldades técnicas. Tampouco há referência, no artigo do Montessi *et al.*, aos critérios de exclusão para a realização da intervenção cirúrgica. Será que pacientes que tiveram doenças pleuro-pulmonares, ou cirurgias torácicas prévias, foram incluídos nessa casuística? Provavelmente não, porque não há relato de pacientes nos quais foram encontradas aderências pleurais firmes e extensas, que pudessem inviabilizar a realização da simpaticotomia. Nem mesmo se faz referência a pacientes com aderências pleurais frouxas, encontradas com relativa freqüência por quem realiza a simpatectomia por via toracoscópica, e que seriam esperadas numa casuística tão extensa.⁽¹⁾ Nossos critérios de exclusão foram: cirurgia torácica prévia; doenças pleuro-pulmonares e cardíacas; neoplasias; e sobrepeso (índice de massa corporal > 25).⁽⁵⁾

Continua havendo certa confusão na literatura sobre o nível de atuação na cadeia simpática. Assim, no presente trabalho, a letra T significa nível de arco costal, e não gânglio simpático, como na maioria dos artigos publicados. Como não há descrição minuciosa da técnica utilizada pelos autores, inferimos, dos dados disponíveis, que eles realizaram apenas a simpaticotomia (o título do trabalho seria simpaticotomia torácica e não simpatectomia torácica), ou seja, secção da cadeia sobre os arcos costais, e não a simpatectomia como nós realizamos (secção da cadeia sobre os arcos costais e termoablação do segmento da cadeia situada entre eles, contendo o gânglio simpático correspondente), que impede a possível regeneração da cadeia pela proximidade dos cotos, simplesmente seccionados na simpaticotomia.⁽³⁾

Não há referência, no artigo de Montessi *et al.* ao tempo de seguimento dos pacientes, sendo surpreendente o baixo índice de falhas (não referem recidiva da hiperidrose ao longo do tempo), o que nos faz concluir que os resultados apresentados sejam precoces, pois tivemos oportunidade de observar, após a cirurgia, recorrência da manifestação em 8,2% dos portadores de hiperidrose palmar, e em 13,7% dos pacientes com hiperidrose axilar, em seguimento médio de mais de 1 ano.⁽⁷⁾

A hiperidrose constitui uma manifestação clínica que interfere significativamente na qualidade de vida do indivíduo. Por isso, os resultados de seu tratamento devem ser avaliados criteriosamente, por meio da aplicação de um questionário de qualidade de vida, onde se leve em consideração vários domínios da atividade humana, conduta essa adotada, rotineiramente, no ambulatório de hiperidrose do Hospital das Clínicas de São Paulo,⁽⁷⁾ e não empregada pelos autores.⁽¹⁾

A sudorese reflexa é tanto menos intensa quanto mais baixa for a intervenção sobre a cadeia simpática torácica, como mostraram Montessi *et al.*, em concordância com os dados da literatura, e com os nossos.^(5,6) Por outro lado, esse efeito colateral adquire importância crescente em pacientes com sobrepeso ou obesos, razão pela qual contra-indicamos a intervenção cirúrgica nesses pacientes,⁽⁸⁾ observação que não consta do presente trabalho.⁽¹⁾

A conduta rotineira dos autores⁽¹⁾ em realizar simpaticotomia sobre o quarto arco costal no tratamento da hiperidrose palmar merece algumas considerações. Em nossa experiência, a termoablação

do quarto gânglio da cadeia simpática torácica (T4) para tratamento da hiperidrose palmar não resulta em anidrose das mãos em número significativo de pacientes, apesar de diminuir significativamente a intensidade da sudorese prévia na extremidade, da sudorese reflexa, e de provocar altos índices de satisfação dos pacientes. Atualmente, preferimos fazer a termoablação do terceiro gânglio da cadeia simpática torácica (T3) na maioria dos portadores de hiperidrose palmar; somente em pacientes selecionados, suficientemente informados das vantagens e desvantagens da termoablação de T4, adotamos essa conduta. Na verdade, devemos levar em consideração as expectativas do paciente em relação à hiperidrose palmar, pois a maioria deles deseja a anidrose da extremidade.

Montessi *et al.* não citaram resultados da operação sobre a hiperidrose plantar. Como a grande maioria dos pacientes que apresentam hiperidrose palmar têm, também, hiperidrose plantar, mais da metade deles, em nossa experiência, apresentaram melhoria nos pés com a simpatectomia torácica, sem que houvesse uma explicação anatomofisiológica convincente para esse fato.⁽³⁾

A avaliação subjetiva do paciente, em relação ao grau de sua sudorese reflexa, nem sempre corresponde à realidade, como os próprios autores⁽¹⁾ reconhecem; por outro lado, não há métodos objetivos para quantificá-la. Por isso, empregamos um critério semi-objetivo para essa avaliação, levando em consideração informações do paciente sobre o grau de incômodo, influência nas atividades sociais e profissionais, necessidade de troca de roupa, e verificação objetiva do observador.⁽⁵⁾

José Ribas Milanez de Campos
Assistente Doutor do Serviço de Cirurgia
Torácica da Universidade de São Paulo –
USP – São Paulo (SP) Brasil

Paulo Kauffman
Professor Assistente do Serviço de Cirurgia
Vascular da Universidade de São Paulo –
USP – São Paulo (SP) Brasil

Referências

1. Montessi J, Almeida EP, Vieira JP, Abreu MM, Souza RLP, Montessi OVD. Simpatectomia torácica por videotoroscopia para tratamento da hiperidrose primária: estudo retrospectivo

- de 521 casos comparando diferentes níveis de ablação. *J Bras Pneumol.* 2007;33(3):248-254
2. Kauffman P, Milanez JRC, Jatene F, Leão PP. Simpatectomia cervicotorácica por videotoroscopia : experiência inicial. *Rev Col Bras de Cir.* 1998;(25):235-9.
 3. Kauffman P, Milanez JRC, Wolosker N, Kuzniec S, Jatene FB, Leão PP. Simpatectomia cervicotorácica videotoroscópica: experiência de 8 anos. *J Vasc Bras.* 2003;2(2):98-104.
 4. Milanez JRC, Kauffman P, Ghefter MC. Simpatectomia cérvico-torácica por vídeo-toroscopia. In: Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia. *Pneumologia - Atualização e Reciclagem.* 6ª ed. São Paulo: Vivali; 2001.
 5. Munia MA, Wolosker N, Kauffman P, de Campos JR, Puech-Leao P. A randomized trial of T3-T4 versus T4 sympathectomy for isolated axillary hyperhidrosis. *J Vasc Surg.* 2007;45(1):130-3.
 6. Yazbek G, Wolosker N, de Campos JR, Kauffman P, Ishy A, Puech-Leao P. Palmar hyperhidrosis--which is the best level of denervation using video-assisted thoracoscopic sympathectomy: T2 or T3 ganglion? *J Vasc Surg.* 2005;42(2):281-5.
 7. de Campos JR, Kauffman P, Werebe Ede C, Andrade Filho LO, Kusniek S, Wolosker N, et al. Quality of life, before and after thoracic sympathectomy: report of 378 operated patients. *Ann Thorac Surg.* 2003;76(3):886-91.
 8. de Campos JR, Wolosker N, Takeda FR, Kauffman P, Kuzniec S, Jatene FB, et al. The body mass index and level of resection: predictive factors for compensatory sweating after sympathectomy. *Clin Auton Res.* 2005;15(2):116-20.