

Simpatectomía toracoscópica: una revisión de la literatura

B. Bejarano y M. Manrique

Departamento de Neurología y Neurocirugía. Clínica Universitaria de Navarra.

Resumen

Introducción. Desde su primera descripción en 1954 por Kux, la simpatectomía torácica endoscópica (toracoscópica) ha vuelto obsoletas a las técnicas abiertas en el tratamiento de la hiperhidrosis y otras patologías relacionadas con el sistema nervioso simpático.

Objetivo. El propósito de este artículo es presentar una revisión crítica de las indicaciones actuales, resultados y complicaciones de la simpatectomía torácica endoscópica.

Material y métodos. Se llevó a cabo una búsqueda y revisión exhaustiva de trabajos publicados sobre la simpatectomía toracoscópica.

Resultados. La simpatectomía toracoscópica se ha desarrollado como una opción terapéutica en pacientes con hiperhidrosis focal, síndromes dolorosos y trastornos vasculares periféricos, fundamentalmente. Los resultados, recurrencias y complicaciones son equivalentes a los procedimientos abiertos previamente establecidos; sin embargo, la morbilidad, la estancia hospitalaria y el tiempo en volver a la vida diaria se reducen sustancialmente. Las mayores tasas de éxito y de satisfacción (más del 95%) se obtienen en sujetos tratados por hiperhidrosis focal.

Conclusiones. Las tasas de éxito y de complicación de la simpatectomía endoscópica son similares a las de las técnicas abiertas, siendo mejor tolerado el postoperatorio y más precoz el retorno a la vida cotidiana y laboral.

PALABRAS CLAVE: Simpatectomía. Toracosopia. Hiperhidrosis. Causalgia. Enfermedad de Raynaud.

Thoracoscopic sympathectomy: a literature review

Summary

Introduction. Since its first description by Kux in

Recibido: 12-01-09. Aceptado: 25-03-09

1954, the thoracic endoscopic (thoracoscopic) sympathectomy has rendered the open techniques obsolete in the treatment of the hyperhidrosis and other sympathetic-related diseases.

Aim. The goal of this article is to present a critical review of the current indications, results and complications of the endoscopic thoracic sympathectomy.

Material and methods. An extensive search and review of published papers on the thoracoscopic sympathectomy was undertaken.

Results. The thoracoscopic sympathectomy has evolved as a therapeutic choice in patients with focal hyperhidrosis, pain syndromes and peripheral vascular disorders, particularly. The results, recurrences and complications are similar to the previously established open procedures; nevertheless, the morbidity, the hospital stay and the time to return to activities of daily living are substantially reduced. The highest success and satisfaction rates (over 95%) were observed among patients treated for focal hyperhidrosis.

Conclusions. The success and complication rates of thoracoscopic sympathectomy are comparable to those of open techniques, with an easier postoperative period and an earlier return to labor and daily living.

KEY WORDS: Sympathectomy. Thoracoscopy. Hyperhidrosis. Causalgia. Raynaud disease.

Introducción

Aunque la cirugía del sistema nervioso simpático comenzó hacia 1880 para el tratamiento de espasticidad, epilepsia, angina de pecho, bocio e hipertensión, no fue hasta la década de los años 1920 cuando se realizaron numerosas simpatectomías químicas con fenol o alcohol, para posteriormente disminuir mucho su uso tras publicar Leriche⁴⁴ en 1932 una complicación seria por la entrada de alcohol en el espacio subaracnoideo torácico a través de la vaina de un nervio. A partir de los años 1930 se llevaron a cabo nuevas técnicas de simpatectomía abierta a nivel esplácnico, lumbar y torácico en el tratamiento de

dolor, hiperhidrosis, vasculopatías y cardiopatías. En los años 1980 se introdujo la simpatectomía percutánea por radiofrecuencia a nivel torácico y lumbar⁸².

Aunque la simpatectomía endoscópica torácica se inició en los años 1950, gracias a Kux³⁹, debido a dificultades técnicas y alta tasa de recurrencias, no se popularizó hasta la adopción de la tecnología de vídeo a comienzos de los 1990, recibiendo así la denominación de simpatectomía toracoscópica video-asistida^{3,6,8,13,17,20,21,48,69}. Posteriormente estas técnicas endoscópicas se han ido refinando, reduciéndose la invasividad con incisiones más cortas y menos puertos de entrada^{19,38,42,79,80,81}.

La selección de la literatura médica fue realizada a partir de búsquedas en las bases de datos de MEDLINE desde 1974 a diciembre de 2006, utilizando los siguientes términos del Medical Subject Headings (MeSH) del Index Medicus: sympathectomy, thoracoscopy, hyperhidrosis, complex regional pain syndromes, Raynaud disease, long QT syndrome.

Indicaciones

Hiperhidrosis focal patológica

Aunque es la indicación más común en la actualidad, muchos pacientes siguen sin buscar ayuda médica al ignorar que tienen una enfermedad tratable con éxito^{6,8,17,30}. Consiste en un incremento de la sudoración ecrina por encima de lo requerido para el control de la termorregulación en una o más áreas corporales, sobre todo a nivel palmar, siendo también frecuente a nivel axilar, plantar y facial. Habitualmente su causa es desconocida (idiopática) y se estima una incidencia inferior al 1%, siendo mayor en Estados Unidos (2.8%) y poblaciones asiáticas (4-5%)^{2,11,55,59,82}. En un 70% o más de los casos se inicia en la niñez y en un 16-20% en la adolescencia, siendo poco frecuente su comienzo en adultos^{28,46,62,72}. Tiene un discreto predominio femenino⁴⁶ y en un 25-65% de los casos existen otros familiares afectados (variante familiar), de forma que se ha propuesto una herencia con penetrancia variable⁶⁸.

La fisiopatología de la hiperhidrosis focal es poco conocida. Existen unos 4 millones (oscila entre 2 y 5 millones) de glándulas sudoríparas en el cuerpo, de las cuales unos 3 millones son ecrinas y el resto apocrinas y apoecrinas⁷⁰. Las glándulas ecrinas están inervadas por fibras postganglionares colinérgicas del sistema nervioso simpático. Su función primaria es la secreción de sudor (líquido incoloro e inodoro que interviene en la regulación de la temperatura corporal) a una tasa inferior a 1 ml/m²/min en reposo y a temperatura ambiente, que se incrementa con estímulos emocionales y gustativos. Estas glándulas ecrinas están distribuidas por casi toda la superficie del cuerpo, aunque su densidad es mayor en plantas de pies y frente, seguidas de palmas de manos y mejillas. Por el contrario, las glán-

dulas apocrinas se localizan preferentemente en regiones axilares, área urogenital y areola mamaria, su función está regulada por procesos hormonales, no son activas hasta la pubertad y no están implicadas en la hiperhidrosis focal. Además, existen glándulas mixtas apoecrinas, funcional y farmacológicamente diferentes, localizadas sobre todo en regiones axilares y perianales, cuyo papel en la hiperhidrosis focal es desconocido⁷⁰.

En los estudios realizados en pacientes no se han encontrado cambios histopatológicos en las glándulas sudoríparas ni incrementos del tamaño o número de las mismas. Más bien, la hiperhidrosis focal representaría una disfunción compleja del sistema nervioso autónomo⁷⁰. En un estudio de Shih⁷³, los pacientes con hiperhidrosis palmoplantar mostraban una menor bradicardia refleja en respuesta a maniobras de Valsalva y un mayor grado de vasoconstricción en respuesta a inmersión de los dedos en agua fría. Tal actividad simpática incrementada a través de los ganglios T2-T3 podría causar sudoración excesiva palmar, originando así un círculo vicioso, ya que el enfriamiento de la piel por evaporación desencadena una hiperactividad simpática, que a su vez aumenta la sudoración⁷³.

Para determinar la extensión de la hiperhidrosis se efectúa la prueba de Minor o test del yodo-almidón (la aplicación de yodo al 1-5% y almidón en una zona cutánea con excesiva sudoración tiñe dicha zona de un color púrpuro negrozco)^{15,23}. Respecto a la severidad, se pueden distinguir los siguientes grados: leve (palmas frecuentemente húmedas), moderada (sudoración palmar suficientemente profusa para empapar un pañuelo), grave (goteo de sudor espontáneo al cerrar el puño similar al goteo de un grifo)⁴¹.

En los casos leves o moderados pueden ser útiles terapias no quirúrgicas, como agentes tópicos (clorhidrato de aluminio hexahidratado al 20-25% en solución de alcohol, soluciones de glutaraldehído al 2-10%), iontoforesis (3-6 sesiones por semana), fármacos orales (oxibutinina, glicopirrolato) y toxina botulínica tipo A¹⁵. La simpatectomía torácica endoscópica estaría indicada en la hiperhidrosis grave, la cual suele afectar a las esferas psicológica, profesional y social^{24,25}. Otras indicaciones serían la hiperhidrosis asociada a cambios vasculares periféricos y la bromidrosis axilar (trastorno angustioso caracterizado por la combinación de osmidrosis u olor desagradable que se desprende de las glándulas apocrinas axilares e hiperhidrosis axilar provocada por las glándulas ecrinas)²⁹.

Dolor mediado simpáticamente (disautonomía dolorosa)

El dolor neuropático se define como el dolor iniciado o causado por una lesión o disfunción primaria del sistema nervioso y suele ser de tipo quemante difuso, con alodinia o dolor inducido por simple contacto con el área⁵³. Incluye numerosos cuadros clínicos mal definidos etiopa-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3071490>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3071490>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)