

A hiperidrose é caracterizada por uma transpiração em quantidade superior à fisiologicamente necessária para a termorregulação.

Hiperidrose

DATA 2023-01-30 AUTOR Aurora Simón, *Diretora técnica do CIM*

A transpiração é uma função corporal normal que ajuda a regular a temperatura corporal. A hiperidrose (H) é caracterizada por uma transpiração em quantidade superior à fisiologicamente necessária para a termorregulação.¹⁻⁴

A H é uma afeção sem gravidade, mas pode ter consequências sociais e emocionais.^{2,3,5-7} Têm sido relatados problemas psicológicos,^{4,8} como baixa autoestima ou dificuldades interpessoais, com impacto negativo nas atividades diárias e no desempenho laboral.⁸ A transpiração excessiva pode incomodar em atividades que necessitam de precisão¹ e causar desconforto, problemas estéticos, receio de apertar as mãos, deterioração do vestuário² e constrangimento relacionado com possível odor corporal ou com manchas de suor na roupa.⁴

A prevalência da H é difícil de estimar e, provavelmente, é subestimada.⁹ As estimativas variam de 1-5% da população.^{2,10} Menos de metade dos afetados fala deste problema com o seu médico.^{3,10}

Geralmente, a H é uma condição idiopática crónica - **H primária**.^{1,2} Esta costuma ser localizada; a generalizada parece ser menos comum.^{4,5} A **H focal primária** (HFP) é definida por uma transpiração excessiva durante seis meses numa área corporal limitada, com pelo menos dois dos seguintes critérios: afetação bilateral e relativamente simétrica, ocorrência pelo menos uma vez por semana, comprometimento das atividades quotidianas, antecedentes familiares, não ocorre durante o sono, e tem início antes dos 25 anos. Habitualmente, são afetadas as axilas, as palmas das mãos e as plantas dos pés. Menos comumente, outros locais, como a face, o couro cabeludo e as áreas inguinais e inframamárias.¹⁻³ Até dois terços das pessoas afetadas relatam história familiar,^{3,6} sugerindo uma predisposição genética.^{3,4,6,7} Em alguns casos, a HFP é desencadeada ou acentuada por fatores como emoção, estresse ou esforços físicos.¹

Em humanos existem três tipos de glândulas sudoríparas: écrinas, apócrinas e apoécinas.² As écrinas constituem 90% do número total.⁵ As glândulas sudoríparas distribuem-se por todo o corpo,^{2,3,5} mas concentram-se nas palmas das mãos, plantas dos pés e, em menor grau, nas axilas e na face.^{3,7}

A termorregulação é controlada por estruturas corticais, o hipotálamo

anterior e o sistema nervoso autónomo.¹¹ As glândulas écrinas são inervadas pelo sistema nervoso simpático, utilizando a acetilcolina como neurotransmissor primário.^{2,10,11} Embora os mecanismos exatos não sejam bem compreendidos,^{3,5,7,11} a HFP não está relacionada com alterações no número ou tamanho das glândulas écrinas,^{2,3,10,11} mas sim com uma hiperestimulação dessas glândulas ligada a uma disfunção ou hiperativação do sistema nervoso autónomo,^{3,11} bem como a uma hipersensibilidade a estímulos (emocionais ou outros).¹¹

A **H secundária**, menos comum,⁴ tem habitualmente uma causa subjacente,¹⁰ como condições médicas ou medicamentos.³⁻⁵ Pode ser generalizada ou, mais raramente, localizada.^{3,5,10} O padrão de sudorese costuma ser unilateral e assimétrico. Ao contrário da HFP, a H secundária costuma ter início após os 25 anos de idade, ocorrendo tanto durante a vigília como durante o sono.^{2,5,10} Além disso, uma história familiar é menos comum.⁵

A H secundária pode ser causada por condições como: infeções,^{1,3,10,11} (ex. tuberculose ou VIH),^{2,10,11} linfomas, cancro, hipertiroidismo, diabetes *mellitus*,^{1,4,7,10,11} hipoglicemia,^{6,7,10} doença de Parkinson, neuropatias,^{1,7,11} feocromocitoma,^{2,6,7,11} alcoolismo,^{3,6,7} abstinência (cocaína, opioides),^{4,11,12} ou menopausa,^{1,3,4,6,7,11} entre outras.

Medicamentos de diversas classes podem influenciar a transpiração: antibióticos (ex. ciprofloxacina, claritromicina, cefalosporinas), antidepressores, antidiabéticos,^{3,10,13} anti-inflamatórios não esteroides,^{13,14} antipsicóticos,^{7,11,13} inibidores da acetilcolinesterase,^{4,13} antivíricos (ex. aciclovir, ribavirina),^{10,13} agonistas colinérgicos^{3,10,12} ou moduladores dos recetores de estrogénios,^{3,12} entre muitos outros.

O diagnóstico de H geralmente é feito por avaliação clínica.⁷ Existem questionários e escalas para determinar a sua gravidade em função do grau de interferência nas atividades diárias.^{4,7,11} É importante a distinção entre H primária e secundária, pois as duas formas podem exigir tratamento diferente.⁵

Nos locais com H, frequentemente coexistem transtornos cutâneos, como: dermatites, eczema atópico, intertrigo, verrugas¹ ou dermatofitose.² A humidade constante pode levar à maceração da pele, aumentando o risco de desenvolvimento de infeções por bactérias e fungos.^{2,4,5,9}



Hiperidrose

DATA 2023-01-30 | AUTOR Aurora Simón, Diretora técnica do CIM

Tratamento

O objetivo do tratamento da HFP é melhorar os sintomas e a qualidade de vida, reduzindo a produção de suor.⁸ Na seleção deve ser considerada a localização, a gravidade e as preferências pessoais, bem como questões relacionadas com a segurança e o custo.² O tratamento da H secundária depende da causa subjacente.¹¹

Algumas medidas podem limitar os inconvenientes da H. A manutenção da higiene pessoal é indispensável para prevenir as consequências do excesso de humidade na pele.⁶ Lavar-se frequentemente, secando-se bem,¹ evitando produtos para o banho irritantes.⁶ Preferir vestuário, meias e calçado permeáveis ao ar e em fibras naturais (algodão, lã, couro), mudando-os com frequência,^{1,6} e não excessivamente ajustados, para facilitar o arejamento.⁶

A aplicação local de **antitranspirantes**, geralmente à base de sais de alumínio (por ex., cloreto de alumínio), é o tratamento de primeira linha.^{1-4,11,14}

Os antitranspirantes atuam fisicamente como uma barreira, obstruindo a abertura dos ductos distais das glândulas sudoríparas.^{2,4,8,10} Também absorvem água, reduzindo a humidade e o pH locais e, portanto, o crescimento bacteriano e fúngico.⁹

A eficácia dos antitranspirantes tópicos foi demonstrada em alguns ensaios clínicos, mas é variável.^{6,11} Podem melhorar a H palmar e plantar, embora com menor probabilidade de sucesso do que na axilar.²

Os antitranspirantes são comercializados como produtos cosméticos em múltiplas apresentações. A fim de reduzir efeitos indesejáveis, como reações alérgicas, são preferíveis os produtos com um número limitado de compostos.¹

O cloreto de alumínio hexa-hidratado, um dos antitranspirantes mais efetivos,¹⁵ é usado na H axilar, palmar e plantar.^{4,14} Os casos mais graves podem precisar de soluções mais fortes (por ex. a 20%,^{2,7,8} ou superiores^{3,13,14}). As menos potentes (6,25%) podem ser usadas em pele sensível.⁸

Para evitar uma possível irritação da pele, especialmente com o uso de concentrações elevadas,⁴ o antitranspirante é aplicado idealmente ao deitar, quando a H é mínima, devendo permanecer no local por seis a oito horas,^{2,4,9} e ser lavado pela manhã.^{2,4} Inicialmente, a aplicação pode ser diária, podendo ser observada melhoria em cerca de uma semana.^{2,14} O intervalo entre as aplicações pode então ser prolongado,^{2,3} Em tratamento de manutenção são normalmente aplicados uma vez por semana,^{2,9} ou de forma menos frequente, dependendo da eficácia e tolerância.⁹

Os antitranspirantes são bem tolerados, mas podem causar irritação cutânea,^{1,2,6,7,9} especialmente na região axilar.² Esta pode ser aliviada com corticosteroides de baixa potência em creme.^{2,8} Evitar a aplicação de produtos com álcool na zona e a depilação 48 horas antes e depois da aplicação.⁶ Devem ser evitados na testa e zona central da face para não afetar as mucosas.¹⁴ Existiu controvérsia sobre a existência de risco de doença de Alzheimer ou de cancro da mama após exposição ao alumínio. Os estudos mais recentes não identificaram nenhum risco significativo.⁹

O **glicopirrónio** é um fármaco anticolinérgico que atua nas glândulas sudoríparas inibindo a ação da acetilcolina. Dados limitados sugerem que a aplicação tópica (concentrações de 1-2%) pode ser eficaz.¹⁵

Não se encontra comercializado em Portugal. Os potenciais efeitos adversos são irritação local e efeitos anticolinérgicos, como boca seca e midriase.^{2,15}

A **toxina botulínica** aplicada em injeções intradérmicas locais é usada no tratamento de H axilar, palmoplantar ou da face.³ As recomendações colocam-na como tratamento de segunda linha na HFP.^{4,9} Numerosos estudos e uma meta-análise confirmam a eficácia da toxina botulínica na H axilar.^{2,11,16} Alguns estudos apoiam também o uso na H palmar, sendo mais limitados os dados relativos ao uso na plantar.² A maioria dos estudos foram realizados com a toxina botulínica A.

A toxina botulínica bloqueia a libertação de acetilcolina dos neurónios colinérgicos que inervam as glândulas écrinas,³ reduzindo a produção de suor.^{1-3,7,8,10} Como são sintetizadas novas junções neuromusculares, os efeitos duram cerca de 4 a 9 meses,^{3,8} sendo necessárias repetições do tratamento.⁷ Têm sido relatadas durações de efeito entre 2 a 24 meses.^{2,7,9}

Habitualmente, são realizadas 10 a 20 injeções intradérmicas em cada axila, espaçadas 1-2 cm,^{2,4,9} devendo ser realizadas por um médico treinado. As doses dependem da toxina utilizada e da área afetada.⁹

Os efeitos indesejáveis incluem reações locais, debilidade muscular, mialgias, disfagias, pneumopatias por inalação, reações anafiláticas¹ e hematomas no local da injeção.^{2,3,11} Pode surgir uma H compensatória a nível do tronco ou membros.¹ A dor durante as injeções é comum. Para a reduzir pode ser aplicado um anestésico tópico, crioanalgesia (*sprays* refrigerantes ou compressas de gelo) ou a anestesia por vibração.^{2,4,8} Uma complicação do tratamento na H palmar é fraqueza temporária dos músculos da eminência tenar.²

O tratamento é contraindicado em distúrbios neuromusculares como miastenia *gravis*, na gravidez, no aleitamento e na toma de medicamentos que possam interferir na transmissão neuromuscular.⁸

A toxina botulínica mostrou melhoras na H craniofacial em estudos não controlados e relatos de casos. A administração deve ser cuidadosa para evitar defeitos funcionais ou cosméticos. Por ex., a ptose da sobrancelha é uma complicação potencial do tratamento na testa.²

A **iontoforese** pode ser útil em pessoas com afetação importante nas palmas das mãos ou nas plantas dos pés.^{1-3,14} Embora os estudos sejam limitados, a iontoforese parece aliviar os sintomas em cerca de 85% dos afetados. Consiste na introdução de substâncias ionizadas através da pele pela aplicação de uma corrente elétrica.^{2,4} Mãos ou pés são colocados num equipamento com água no qual circula uma corrente elétrica de baixa intensidade.^{1,9} O mecanismo de ação é mal conhecido,^{3,9} mas acredita-se que iniba a transmissão nervosa simpática, obstruindo as glândulas sudoríparas ao depositar iões e que cause alterações no pH.⁴ Existem eletrodos especiais usados na H axilar.^{8,15}

Os efeitos colaterais são leves,^{4,8,14} geralmente, evitáveis com a técnica adequada:⁸ eritema, vesiculação transitória, parestesia, desconforto,^{2,4,15} prurido e ressecamento da pele.^{1,2,11} A aplicação de vaselina antes do tratamento protege de lesões cutâneas.^{1,2} O tratamento não é adequado para pessoas com *pacemaker*, epilepsia, gravidez,^{9,15} próteses ou dispositivos intrauterinos metálicos¹⁴ ou na presença de lesões nas mãos ou pés.⁹

Hiperidrose

DATA 2023-01-30 | AUTOR Aurora Simón, Diretora técnica do CIM

Tratamento sistémico

Há tratamentos sistémicos eficazes, mas os potenciais efeitos colaterais limitam o uso.⁸ Um tratamento oral pode ser preferível a outras opções, como cirurgia.¹⁶

Os **anticolinérgicos** inibem a secreção das glândulas écrinas ao bloquear a acetilcolina.⁸ Têm sido usados por via oral em caso de falta de resposta ao tratamento tópico ou de sintomas mais generalizados. Os mais comumente prescritos são o glicopirrónio e a oxibutinina.^{3,4,7,14}

Em alguns estudos, a oxibutinina melhorou os sintomas e a qualidade de vida na H.^{2,3,8} Geralmente, a dose no adulto é de 5 a 10 mg/dia, em duas doses divididas no caso da oxibutinina de libertação imediata. Em alguns casos têm sido utilizadas doses superiores.^{2,15} O tratamento pode ser limitado pelos efeitos colaterais, embora possam ser minimizados com o uso da menor dose eficaz.¹⁶ O glicopirrónio oral mostrou eficácia em alguns estudos.^{8,15} As doses em adultos são de 1 a 2 mg/dia,^{2,15} uma ou duas vezes/dia, mas, ocasionalmente, são necessárias doses superiores.²

Os potenciais efeitos adversos dos anticolinérgicos incluem: boca seca (o mais comum), retenção urinária, obstipação,^{3,7,9,11} visão turva,^{2,8,11} xerofthalmia^{7,8} e cefaleia.^{2,8,9} São efeitos relativamente frequentes.¹¹ Pode ser necessária a descontinuação do glicopirrónio em até um terço dos indivíduos tratados. São necessários estudos adicionais para confirmar a eficácia e segurança na utilização prolongada.⁷

Os anticolinérgicos são contraindicados em glaucoma de ângulo fechado, síndromes digestivas oclusivas, miastenia, obstrução urinária e insuficiência cardíaca. Deve existir muita precaução em pessoas idosas pelo risco de deterioração cognitiva na utilização prolongada.⁹

Os dados sobre o uso de **clonidina**, um agonista alfa-2 adrenérgico, são limitados.⁸ A hipotensão é um potencial efeito adverso.^{8,11,15}

Em H relacionada com eventos emocionais podem ser úteis os **beta-bloqueadores**. O propranolol deve ser usado com precaução em pessoas com diabetes ou com problemas cardíacos e em idosos. Os efeitos colaterais incluem fadiga, tonturas, hipotensão e obstipação. A principal indicação é a transpiração devida ao medo cénico.⁴

As **benzodiazepinas** ajudam a diminuir a transpiração causada pela ansiedade.^{4,15} Podem causar sedação, fadiga e confusão, e têm um elevado potencial de abuso e dependência.⁴

A maioria dos fármacos orais não têm indicação aprovada na H, sendo a utilização *off-label*. Poucos estudos os avaliaram⁹ e não existem orientações posológicas. São iniciados em doses baixas, que são aumentadas até atingir o efeito desejado, cuidando de não ultrapassar a dose máxima permitida.⁴

Outras terapias

As **técnicas cirúrgicas** são reservadas para formas graves e debilitantes sem resposta a outros tratamentos.^{1-3,8,9,15} Alguns procedimentos visam remover localmente algumas glândulas sudoríparas, geralmente nas axilas.^{3,9} Por exemplo, a curetagem por sucção minimamente invasiva.^{2,11} A simpatectomia torácica endoscópica é o último recurso, envolve a interrupção da transmissão nervosa da cadeia simpática torácica superior responsável pela transpiração.^{2,3,7} Pode causar H compensatória em outras áreas corporais, bem como efeitos colaterais que podem ser graves.^{1,7,8}

Muitas das **terapias emergentes** foram avaliadas apenas em pequenos estudos, sendo ainda incertos o seu lugar na terapêutica e segurança.⁹ Dados limitados sugerem que a toxina botulínica tóxica, os ultrassons, a terapia com laser^{2,8,15} e a termólise com micro-ondas^{8,15} podem ser úteis na H axilar.

Acompanhamento

Os indivíduos com H podem sofrer consequências psicológicas, sociais e ocupacionais significativas.² Em muitos casos, os profissionais de saúde podem subestimar o que as pessoas com H vivenciam.⁵

Os farmacêuticos podem contribuir para que as pessoas sejam mais cientes da existência da H e das opções de tratamento, e ajudar a reconhecer uma H secundária.⁴ Deve existir encaminhamento para o médico se: a H tem início em idade adulta, se é generalizada, se existir febre, aparição recente, dor torácica, dispneia ou palpitações, perda de peso, ou se o problema for maior durante o sono, bem como se não existir melhora com terapêutica tópica, se a H estiver associada a muita ansiedade ou se causar problemas na interação social.⁶

Referências bibliográficas

1. Hyperhidrose localisée primaire chez les adolescents et les adultes - Premiers Choix Prescrire, actualisation décembre 2019.
2. Smith C, Pariser D. Primary focal hyperhidrosis. UpToDate. topic last updated: Sep 08, 2022. Disponível em: www.uptodate.com
3. McConaghy JR, Fosselman D. Hyperhidrosis: Management Options. Am Fam Physician. 2018 Jun 1 [accedido a 10-01-23]; 97(11): 729-734. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2018/0601/p729.html>
4. Colvin N, et al. Don't Sweat It: An Overview of Hyperhidrosis. US Pharm. 2018 [accedido a 10-01-23]; 43(6): 15-18. Disponível em: <https://www.uspharmacist.com/article/dont-sweat-it-an-overview-of-hyperhidrosis>
5. Lenefsky M, Rice ZP. Hyperhidrosis and its impact on those living with it. Am J Manag Care. 2018 Dec [accedido a 10-01-23]; 24(23 Suppl): S491-S495. Disponível em: <https://www.ajmc.com/view/hyperhidrosis-and-its-impact-on-those-living-with-it>
6. Faus Dader MJ, et al (eds). Protocolos de indicación farmacéutica y criterios de derivación al médico en síntomas menores. Editoria técnica Avicam, Granada, 2018.
7. Brackenrich J, Fagg C. Hyperhidrosis. [Updated 2022 Oct 3]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459227/>
8. Sammons JE, Khachemoune A. Axillary hyperhidrosis: a focused review. J Dermatolog Treat. 2017 Nov; 28(7): 582-590. doi: 10.1080/09546634.2017.1309347.
9. Aubignat M. Hyperhidrose: du diagnostic à la prise en charge. Rev Med Interne. 2021 May; 42(5): 338-345. doi: 10.1016/j.revmed.2020.11.002.
10. Nawrocki S, Cha J. The etiology, diagnosis, and management of hyperhidrosis: A comprehensive review: Etiology and clinical work-up. J Am Acad Dermatol. 2019 Sep; 81(3): 657-666. doi: 10.1016/j.jaad.2018.12.071.
11. Menzinger S, Quenan S. Evaluation et prise en charge de l'hyperhidrose. Rev Med Suisse 2017; 13: 710-4. DOI: 10.53738/REVME2017.13.556.0710
12. Smetana GW. Evaluation of the patient with night sweats or generalized hyperhidrosis. UpToDate. topic last updated: Sep 22, 2021. Disponível em: www.uptodate.com
13. Ting S. Drug-induced hyperhidrosis. DermNet. April 2020. [accedido a 10-01-23] Disponível em: <https://dermnetnz.org/topics/drug-induced-hyperhidrosis>
14. Zur E. Topical Treatment of Primary Focal Hyperhidrosis. Int J Pharm Compound. 2019; 23(1): 23-31.
15. Arora G, Kassir M, Patil A, Sadeghi P, Gold MH, Adatto M, Grabbe S, Goldust M. Treatment of Axillary hyperhidrosis. J Cosmet Dermatol. 2022 Jan; 21(1): 62-70. doi: 10.1111/jocd.14378.
16. National Institute for Care and Excellence. Hyperhidrosis: oxybutynin. Evidence summary, 21 March 2017. [accedido a 10-01-23] Disponível em: <https://www.nice.org.uk/advice/es10/resources/hyperhidrosis-oxybutynin-pdf-1158108623557>