

Formulación al día

Hiperhidrosis (y II)

Tratamiento

Como indicamos en el artículo anterior la hiperhidrosis tiene un origen multifactorial y puede estar circunscrita o generalizada. Su diagnóstico determinará el

tipo de tratamiento que será más o menos complejo en función de su localización y severidad.

Cabe destacar que muchos pacientes no van a obtener resultados satisfactorios.

Por otra parte hay que prevenir las consecuencias del exceso de humedad en la piel, por lo que es indispensable una adecuada higiene personal.

El farmacéutico puede colaborar con el médico en la elaboración de fórmulas magistrales, dando consejos higiénico-dietéticos y de correcto uso farmacológico. •

Francisco Etchaberry
Farmacéutico.
Vitoria

Medidas higiénico-dietéticas en la hiperhidrosis

- Utilizar ropa que facilite la transpiración (evitar el nylon y otras fibras sintéticas). El algodón está especialmente recomendado y la ropa no debe ir ajustada para facilitar una adecuada ventilación.
- Mantener una higiene frecuente, pero no agresiva, sobre todo de las zonas sensibles y más implicadas en la sudoración (genital, axilas, etc). Así mismo, no emplear jabones o geles de baño irritantes (mejor usar los de pH neutro o levemente ácido) e incluso en la mayoría de las ocasiones la limpieza debería realizarse exclusivamente con agua tibia.
- Evitar la utilización de cosméticos, especialmente si tienen carácter graso u oclusivo.
- Evitar en lo posible los estímulos que desencadenan las reacciones de hipersudoración.



Formulación magistral en la hiperhidrosis

Cloruro de aluminio 6H₂O 6.25-25%

Alcohol absoluto.....csp..... 100 ml

Modus operandi:

Pulverizar y disolver el ClAl₃*6H₂O en alcohol absoluto bajo agitación magnética y a temperatura moderada. Se disuelve entre 3-4 horas. Compensar la evaporación enrasando hasta volumen total. Envasar en frasco topacio. Su caducidad es de 6 meses.

Glutaraldehido solución 25% 10%

Sodio bicarbonato..... 1,65%

Agua destilada.....csp 100 ml

Modus operandi:

El glutaraldehido comercial está al 25% y a pH ácido por ser más estable, pero menos activo. Calcular la cantidad necesaria para obtener el 10% y tamponar con NaHCO₃ hasta un pH 7,5-8,5. Envasar en frasco de cristal topacio y conservar bien cerrado y en lugar fresco. Su caducidad es 2 semanas.

Urotropina (metenamina)..... 20%

Glicerina 12%

Zinc oxido..... 12%

Talco 12%

Base crema O/W 1011.....csp 100g

Modus operandi:

Disolver la urotropina en la fase acuosa y calentar a baño maría entre 50° c - 60 ° c (Fase A). En otro vaso de precipitados calentar la base crema O/W 1011 (20-25%) con la glicerina, talco y oxido de zinc (Fase B). Incorporar Fase A sobre Fase B, bajo agitación hasta obtener la emulsión. Su caducidad es de 6 meses.

Tratamiento farmacológico de la hiperhidrosis

• Via tópica

Antitranspirantes: glutaraldehido (3% para manos y 10% para pies) y formaldehido (5-20%) y su derivado metenamina o urotropina. Se emplean preferentemente en la hiperhidrosis palmoplantar y bromhidrosis. Presentan el inconveniente de ser irritantes y producir sensibilización alérgica, sobre todo el formaldehído, lo que limita su utilidad. El glutaraldehido además tiñe la piel de amarillo.

Sales de aluminio: clorhidróxido de aluminio al 20%, y más eficaz y menos irritante el cloruro de aluminio 6H₂O (6,25%-25%). Se emplean en la hiperhidrosis palmoplantar y axilar. Se evita la irritación aplicándose con la piel limpia y seca.

Desodorantes: antimicrobianos (alcohol etílico, triclosan, tetrabromo-ortocresol, aceites esenciales -timol, eugenol- etc.) y secuestrantes (ricinoleato de zinc, etc).

• Via transcutánea

Iontoforesis: Tratamiento que consiste en introducir las manos y/o los pies en un baño de agua del grifo (no destilada) y aplicar una corriente eléctrica mediante un dispositivo de iontoforesis. De esta forma se produce un flujo de iones que penetra en la piel e induce el reposo de las glándulas sudoríparas.

Las sesiones son de 10-30 minutos diarios, que se van espaciando en función de la respuesta, con una corriente continua o alterna de 15-50 V y una intensidad de 8-30 mA.

Tratamiento farmacológico de la hiperhidrosis

Se puede añadir al baño de agua sales de aluminio y fármacos anticolinérgicos a bajas concentraciones (sulfato de atropina, bromuro de glicopirronio, metilsulfato de poldina, etc.), aunque los mejores resultados obtenidos son con agua corriente.

Tratamiento seguro y eficaz con alrededor de un 85% de éxito en la supresión de la hiperhidrosis palmo-plantar. No presenta además hiperhidrosis compensatoria.

• Vía oral

En la actualidad el tratamiento por vía oral no es muy utilizado debido a que tiene una eficacia limitada y su uso prolongado esta contraindicado por sus efectos secundarios.

Anticolinérgicos (oxibutinina, tolterodina, bromuro de propantelina, etc.). Entre sus efectos secundarios destacan sequedad de boca, estreñimiento, taquicardia.

Beta-Bloqueantes adrenérgicos (propranolol). Afecta al corazón y presión sanguínea.

Benzodiazepinas (diazepam, clordiazepóxido, etc). Provocan dependencia.

Usados los dos últimos grupos en caso de hiperhidrosis asociada a ansiedad.

• Vía quirúrgica

Simpatectomía torácica endoscópica: La intervención quirúrgica requiere anestesia general y consiste en la interrupción de la cadena simpática en ambos hemitórax mediante videotoracosopia. Se realiza la simpatectomía conservando el ganglio simpático torácico T2 (salvo para sudoración facial) ya que produce menos sudoración compensatoria, que junto a neuralgia, sequedad de manos, pneumotorax, síndrome de Horner, etc., son los principales inconvenientes de ésta técnica.

Tratamiento de elección cuando han fracasado otras terapias sobre todo en hiperhidrosis facial, axilar y palmar. También indicado en hiperhidrosis generalizadas.

El resultado es inmediato, se mantiene a largo plazo y el grado de satisfacción es alto.

• Vía intradérmica

Toxina botulínica tipo A: Su indicación se basa en que la toxina bloquea la liberación de acetilcolina de las fibras nerviosas que inervan la glándula sudorípara y que en situación de hiperhidrosis están hiperactivadas. La infiltración se realiza mediante varias inyecciones con una aguja de 30G y sin necesidad de anestesia.

Contraindicado en caso de terapia con aminoglucósidos e hipersensibilidad a la toxina.

Este método consigue remisiones prolongadas de incluso varios meses.

Bibliografía:

- F. Camacho. Enfermedades de las glándulas sudoríparas ecrinas. En M. Armijo, F. Camacho. Tratado de Dermatología. Madrid: Grupo Aula Medica, S.A.; 1998 p.952-954.
- A. Macaya. Guía de tratamientos dermatológicos, 2ª. Edición. 2005. Abaco Soluciones Editoriales, S.L.
- Doymafarma [portal en Internet].C. Román, J.L. Garavis, P. Unamuno. Tratamiento de la hiperhidrosis. [Aprox. 14 pantallas]. Disponible en: <http://www.doymafarma.com>
- Hyperhidrosis and Tap Water Iontophoresis. STD Pharmaceutical. Disponible en: <http://www.stdpharm.co.uk/iontophoresis/idrostar-hyperhidrosis.html>
- Catálogo de Medicamentos. Colección Consejo Plus 2006. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid.
- Mª. L. Oruezábal, Mª. J. Garcia. Formulario Magistral. Murcia. 1997. Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia.
- Mª. J. Llopis, V. Baixauli. Formulario Básico de Medicamentos Magistrales. Valencia. 2001. Distribuciones El Cid.
- CD Productos Químico-Farmacéuticos. Información Técnica. Marzo 2003. Barcelona. Asociación de Cooperativas Farmacéuticas. Acofarma S.C.L.