

# Hiperhidrosis unilateral idiopática

*Unilateral idiopathic hyperhidrosis*

MD Hermida<sup>1</sup>, P. Della Giovanna<sup>1</sup>, S. García<sup>2</sup>, HN Cabrera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Dermatología. <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Prof. A. Posadas. Buenos Aires. Argentina.

## Correspondencia:

MD Hermida  
Avda. Presidente Perón 10298  
Club de Campo Los Pingüinos UF216  
Ituzaingo 1714  
Buenos Aires- Argentina  
Tel./Fax: +54 11 44816652  
Cel.: +54 911 5463 6735  
e-mail: mdhermida@gmail.com

## Resumen

La hiperhidrosis unilateral idiopática es una rara afección de causa desconocida. Se presenta habitualmente en la cara o en los miembros superiores de individuos jóvenes y como su nombre lo indica, es unilateral. No se encuentra relacionada con causas orgánicas y habitualmente no se hallan alteraciones en la biopsia de piel.

Se describen dos casos clínicos diagnosticados y tratados en nuestro Servicio y se realiza una revisión del tema.

(MD Hermida, P. Della Giovanna, S. García, HN Cabrera. Hiperhidrosis unilateral idiopática. Med Cutan Iber Lat Am 2008;36 (6):303-307)

**Palabras clave:** Hiperhidrosis unilateral idiopática. Glándulas sudoríparas ecrinas, nevus ecrino.

## Summary

*Unilateral idiopathic hyperhidrosis is a rare disease of unknown origin. It often develops unilaterally in the face or upper extremities of young individuals. There are no organic causes associated and skin biopsies show normal findings.*

*We report two cases diagnosed and treated in our Hospital and we include a revision on the subject.*

**Key words:** *Unilateral idiopathic hyperhidrosis, eccrine glands, eccrine nevus.*

La hiperhidrosis se define como un exceso de sudoración más allá del requerido para disminuir la temperatura corporal. Existen numerosas clasificaciones para esta patología: según su extensión, en localizada o generalizada, según el estímulo que la desencadena como por ejemplo emocional o térmica, o según el origen de dicho estímulo como cortical, hipotalámica, etc.[1]. También podemos mencionar la hiperhidrosis esencial (palmar y axilar) o secundaria a una causa orgánica (neurológica, endocrinológica, etc. )[2].

La hiperhidrosis localizada unilateral idiopática (HUI) es un raro trastorno de las glándulas ecrinas. Con pocos casos reportados hasta el momento, aun no se puede aclarar el origen o la causa de esta patología.

## Casos clínicos

### Caso 1

Mujer de 32 años de edad que consulta a nuestro Servicio en Noviembre de 2004 por presentar desde hace dos años hiperhidrosis facial unilateral. La paciente presenta episodios de sudoración profusa en la mitad izquierda de la cara, predominantemente en frente y mejilla, y en ocasiones se acompaña de los mismos síntomas en el hombro y palma homolaterales. Los síntomas descriptos se constataron al examen físico observándose también eritema en el área facial afectada (Figura 1). La hiperhidrosis cede con la aplicación local de agua fría. Se realizó test de yodo-almidón



**Figura 1.** Caso 1. Sudoración profusa unilateral.



**Figura 2.** Caso 1. Positividad unilateral al test de yodo-almidón.

que evidenció la diferencia (Figura 2). Se tomó una biopsia de piel en la cual se describen glomérulos ecrinos normales en número y morfología en el límite dermo-hipodérmico.

La paciente no presentaba antecedentes personales o familiares de importancia y los resultados de laboratorio fueron normales. No recordaba haber sufrido traumatismos en la zona. Se realizó una interconsulta con Neurología la cual descartó patología asociada.

Se le indicó tratamiento con una formulación tópica con cloruro de aluminio al 20% en crema en forma diaria por 15 días y luego a razón de dos veces por semana. Presentó buena respuesta a dicho tratamiento con disminución de los episodios de hiperhidrosis.

## Caso 2

Varón de 15 años de edad que consulta por hiperhidrosis facial derecha de 8 meses de evolución. El paciente no presenta antecedentes patológicos ni sufrió traumatismos en la zona.

Al examen físico post-ejercicio se constata sudoración en toda la cara, observándose hiperhidrosis profusa y abundante.

dante del lado derecho (Figura 3). En ese momento de realiza test de yodo-almidón que fue positivo en el lado afecto de la cara (Figura 4).

Se tomó biopsia de piel que informó de glomérulos ecrinos normales en el límite dermo-hipodérmico.

Los resultados de laboratorio y el examen clínico fueron normales. Se indicó tratamiento con crema de cloruro de aluminio al 20% con lo que se obtiene una pobre respuesta.

## Comentario

La primera descripción de hiperhidrosis localizada unilateral fue hecha en el año 1947 por Tarlow y Hertz. Dada la baja frecuencia de la patología, se comunicaron posteriormente casos aislados[3-4]. Frecuentemente la encontramos asociada a patologías neurológicas, endocrinológicas o dermatológicas, pero la forma idiopática es de rara presentación.

Clínicamente se trata de un área no mayor de 10 x 10 cm, habitualmente en la cara o en los brazos, bien delimitada y unilateral[5]. Existen casos reportados en otras localizaciones y Sanli et al. comunicaron un paciente con hiperhidrosis izquierda en cara y hombro y derecha en muslo[6].



**Figura 3.** Caso 2. Sudoración facial unilateral.

Se presenta en adultos jóvenes y de mediana edad, aunque hay casos publicados a los 4 y a los 67 años[7]. En la Tabla 1 se resumen los casos revisados en la literatura.

Los ataques son desencadenados por estímulos gustatorios, emocionales o térmicos, como ocurrió en nuestros dos pacientes, pero pueden ocurrir sin causa aparente, incluso durante el sueño, y duran entre 15 y 60 minutos[8]. En nuestro primer caso la aplicación de agua fría en la zona suprimía la sudoración por varias horas e incluso hasta el día siguiente, aunque fuera estimulada nuevamente con calor.

No se describen habitualmente signos acompañantes, pero en nuestra paciente primera se constató eritema facial unilateral en el área de hiperhidrosis.



**Figura 4.** Test de yodo de almidón positivo.

Su etiología es desconocida postulándose una alteración funcional de las glándulas ecrinas que se describe como nevo ecrino funcional por algunos autores[9]. El nevo ecrino verdadero constituye uno de los diagnósticos diferenciales (Tabla 2).

**Tabla 1.** Casos reportados de HUI.

Año	Sexo	Edad	Localización	Tiempo de evolución	Autor	Referencia
1947	?	?	facial derecha	?	Tarlov et al.	3
1972	M	67	frente derecha	2 años	Cunliffe et al.	4
1974	F	63	frente y cuero cabelludo derecho	3 años	Vervov	19
1978	F	23	torácica derecha	2 años	Dworin et al.	20
1982	M	15	miembro superior derecho	2 años	Verret et al.	23
1984	F	65	facial derecha	1 año	Kuritzky et al.	15
1985	M	15	facial derecha	18 meses	Fernandez et al.	9
1987	F	40	frente izquierda	3 años	Van de Kerkhof et al.	14
1992	F	73	frente y cuero cabelludo izquierdo	3 años	Takase et al.	18
1992	F	52	frente izquierda	5 años	Rufli et al.	5
1997	M	21	antebrazo y muñeca derecha		Kosc et al.	8
1999	M	45	facial y cuero cabelludo derecho	4 años	Boyvat et al.	11
2000	F	4	muñeca izquierda	6 meses	Ghali et al.	7
2000	F	8	antebrazo y mano derecha	3 años	Lorette et al.	22
2001	M	13	antebrazo derecho	3 años	Borrego et al.	21
2001	M	35	antebrazo derecho	20 años aprox.	Kreyden et al.	2
2004	M	30	cara y cuero cabelludo izquierdo, muslo derecho	20 años aprox.	Sanli et al.	5

**Tabla 2.** Diagnóstico diferencial entre el nevo ecrino y la HUI

	<b>Nevo ecrino</b>	<b>HUI</b>
Edad de comienzo	Congénito, infancia, adolescencia	Adultos, raro en niños
Localización	Antebrazos, tórax	Cabeza, miembros superiores, tórax
Desencadenantes	Temperatura elevada, stress, ejercicio	Temperatura elevada, stress, estímulo gustatorio
Aspecto de piel	Normal, sobrelevada o verrugosa	Normal
Histopatología	Hiperplasia e hipertrofia de glándulas sudoríparas ecrinas	Glandulas normales

Existen, sin embargo, formas secundarias de hiperhidrosis unilateral localizada. Entre éstas, citamos la hiperhidrosis gustatoria o Síndrome de Frey, que es posterior a un traumatismo, cirugía o proceso inflamatorio de parótida. Se produce entonces un reordenamiento de las fibras parasimpáticas que toman contacto con las glándulas sudoríparas, normalmente inervadas por fibras simpáticas[10].

También debemos mencionar los casos de hiperhidrosis secundarios a traumatismo previo del área afectada, tumores subyacentes, enfermedades neurológicas isquémicas o inflamatorias y neuropatía periférica. Habitualmente estas alteraciones determinan un área de sudoración más extensa y difusa[11].

Para descartar alguno de estos cuadros sugerimos realizar un completo interrogatorio, examen clínico y solicitar un laboratorio básico, teniendo en cuenta descartar diabetes mellitus y patologías neurológicas.

Para el estudio de esta afección es importante realizar el test de yodo-almidón que evidencia el área de hiperhidrosis y es de utilidad para evaluar la respuesta al tratamiento.

La histología cutánea habitualmente no arroja resultados patológicos, mostrando glomérulos ecrinos normales. En los casos en que se observa hipertrofia o hiperplasia de las glándulas, debe plantearse el diagnóstico diferencial con el nevo ecrino o una variedad de éste[12, 13].

En un estudio publicado por van de Kerkhof y cols. se midió la pérdida de agua evaporada, que mostró diferencias significativas entre un lado de la cara y el otro. También observaron que la pérdida de agua era mayor en el brazo y en la pierna homolaterales lo cual no se evidenciaba clínicamente[14]. De todas formas, el test que describen los autores conlleva un procedimiento complejo y no se puede realizar de rutina.

No se cuenta con estudios de seguimiento de los pacientes, pero está referida la regresión espontánea de esta patología. Nuestros pacientes fueron seguidos durante dos y un año respectivamente y sólo el caso 1 tuvo remisión de la sintomatología en forma parcial en respuesta al tratamiento instituido.

Las opciones terapéuticas son escasas y habitualmente la respuesta es pobre. El cloruro de aluminio al 20% en diferentes vehículos es la opción más utilizada. También se pueden aplicar anticolinérgicos tópicos con pobres resultados.

La iontoforesis es imprácticable en la mayoría de los casos debido a la localización.

Hay reportes de casos de hiperhidrosis unilateral paroxística tratados con clonidina y amitriptilina en forma sistémica[11, 15]. Debido a la escasa respuesta y los efectos adversos, no consideramos que sean opciones adecuadas.

Se sugiere también en la literatura, la resección del área afectada o la simpatectomía, lo cual no constituye una opción factible en la gran mayoría de los casos. Quizás la mejor alternativa sea el uso de toxina botulínica tipo A. Se realiza de la misma forma que para la hiperhidrosis esencial, con buenos resultados en los casos publicados hasta el momento, y sin ocurrencia de efectos adversos[2, 6, 16, 17].

## Conclusión

Destacamos que la HUI es una patología de baja frecuencia pero que incide en forma negativa en la calidad de vida. Debemos diferenciarla del nevo ecrino y descartar una causa secundaria que pueda comprometer al paciente. Finalmente se adecuará el tratamiento según las posibilidades disponibles y los recursos económicos. En la mayoría de los casos, esto constituye un verdadero desafío y los resultados no son siempre los esperados.

## Bibliografía

1. Hurley H. Diseases of the eccrine sweat glands. In: Bologna J, Jorizzo J, Rapini R. Dermatology. 1<sup>st</sup> Edition. Spain: Mosby, 2003.
2. Kreyden O, Schmid-Grendlmeier P, Burg G. Idiopathic localized unilateral hyperhidrosis. *Arch Dermatol* 2001;137:1622-25.
3. Tarlov IM, Hertz E. Unilateral frontal hyperhidrosis relieved by supraorbital nerve section. *J Am Med Ass* 1947;133:476.

4. Cunliffe WJ, Johnson CE, Williamson DM. Localized unilateral hyperhidrosis- A clinical and laboratory study. *Br J Dermatol* 1972; 86:374-8.
5. Rufli TH, Itin P, Gilli I. Localized unilateral hyperhidrosis. *Dermatology* 1992;184:298-9.
6. Sanli H, Ekmekci P, Akbstancı M. Idiopathic localized crossed (left side of the upper part of the body, right side of the lower part of the body) hyperhidrosis: Successful treatment of facial area with Botulinum A toxin injection. *Dermatol Surg* 2004;30:552-4.
7. Ghali F, Fine J. Idiopathic localized hyperhidrosis in a child. *Pediatric Dermatology* 2000;17:25-8.
8. Kōsc O, Baloglu H. Idiopathic unilateral circumscribed hyperhidrosis. *Int J Dermatol* 1997;36:198-212.
9. Fernandez G, Armijo M. Unilateral facial circumscribed hyperhidrosis. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1985;65:445-7.
10. Sato K, Kang WH, Saga K, Sato KT. Biology of sweat glands and their disorders II: disorders of sweat glands function. *J Am Acad Dermatol* 1989;20:713-26.
11. Boyvat A, Piskin G, Erdi H. Idiopathic unilateral localized hyperhidrosis. *Acta Derm Venereol (Stock)* 1999;79:404-5.
12. Rodriguez Vazquez M, Gómez de la Fuente E, Alvarez J, Vicente F, Lopez Estebaranz J, Pinedo F. Eccrine Naevus: Case report and literature review. *Acta Derm Venereol (Stock)* 2002;8:154-6.
13. Kawaoka JC, Gray J, Schappell D, Robinson-Bostom L. Eccrine nevus. *J Am Acad Dermatol* 2004;51:301-4.
14. Van de Kerhof P, Den Arend J, Bousema M, Stolz E. Localized unilateral hyperhidrosis. *Br J Dermatol* 1987;117:779-82.
15. Kuritzky A, Hering R, Goldhammer G, Bechar M. Clonidine treatment in paroxysmal localized hyperhidrosis. *Arch Neurol* 1984;41:1210-1.
16. Naumann M, Hofman U, Bergmann I, Hamm H, Toyka K, Reiners K. Focal hyperhidrosis: effective treatment with intracutaneous botulinum toxin. *Arch Dermatol* 1998;134:301-4.
17. Schnider P, Binder M, Berger T, Auff E. Botulinum toxin injection in focal hyperhidrosis. *Br J Dermatol* 1997;136: 548-52.
18. Takase Y, Tsushima K, Yamamoto K, Fukusako T, Morimatsu, M. Unilateral localized hyperhidrosis responding to treatment with clonazepam (letter). *Br J Dermatol* 1992; 126: 416.
19. Verbov J. Unilateral localized hyperhidrosis over face and scalp (letter). *Br J Dermatol* 1974;90:470.
20. Dworin A, Sober AJ. Unilateral segmental hyperhidrosis. Response to 20% aluminum chloride solution and plastic wrap. *Arch Dermatol* 1978;114:770-1.
21. Borrego M, López-Estebaranz J, Vicente J, Sols M, Pinedo F. Focal recurrent hyperhidrosis on the forearm. *Arch Dermatol* 2001;137:1241-6.
22. Lorette G, Vaillant L, Grangeponte MC, MacHet L, Rouesnel-Chantry S. Localized paroxysmal hyperhidrosis. *Pediatr Dermatol* 2000;17:328-9.
23. Verret JL, Avenel M, Bernat C. Localized paroxysmal hyperhidrosis. *Ann Dermatol Venereol* 1982;109:965-7.