

Calidad de vida en la hiperhidrosis focal primaria



Francisco Javier del Boz González

Servicio de Dermatología.

Hospital Regional Universitario y Hospital Materno-Infantil de Málaga.

Podríamos definir la hiperhidrosis (HH) como el «aumento de la secreción de sudor, más allá de lo requerido para las necesidades termorreguladoras»^{1,2}, aunque algunos autores simplemente la definen como una «sudoración excesiva, que interfiere en las actividades de la vida diaria».

Por otro lado, la HH puede ser generalizada, en la que se afecta toda (o la mayor parte) de la superficie cutánea, o —mucho más frecuentemente— localizada (focal), donde se circunscribe a una o varias áreas concretas, siendo las más comúnmente afectadas las axilas —debido a la gran cantidad de glándulas sudoríparas existentes en esta zona y su sensibilidad tanto al calor como al estrés—, y otras zonas habituales las plantas y/o palmas y la cara/cuero cabelludo^{1,3}. En el caso de la HH focal, normalmente no se encuentra una causa evidente del exceso de sudoración, por lo que hablamos de una *HH primaria*, si bien se piensa que tiene su origen en una hiperactividad simpática con aumento de la respuesta sudomotora periférica, y con componente genético asociado³.

Existen una serie de criterios diagnósticos de HH focal primaria (HFP), propuestos por Walling y modificados por Hornberger y, si estos se cumplen, no estaría indicado realizar otras pruebas diagnósticas.

Así, para llegar al diagnóstico de HFP, deberíamos encontrarnos ante una HH focal visible, excesiva respecto a las necesidades de termorregulación, con duración del cuadro superior a seis meses, y en la que estén presentes, al menos, cuatro de las siguientes siete características: 1) afectación primaria de áreas de gran densidad de glándulas ecrinas como axilas, palmas, plantas o área craneofacial; 2) sudoración bilateral y relativamente simétrica; 3) edad de aparición por debajo de los 25 años; 4) episodios presentes, al menos, una vez a la semana; 5) antecedentes familiares positivos de HFP; 6) ausencia de sudoración excesiva durante el sueño; 7) repercusión en las actividades de la vida diaria³.

Por otro lado, ante una HH generalizada o asimétrica, de inicio en la edad adulta, y/o que esté presente durante el sueño, debe descartarse una HH secundaria, con pruebas dirigidas según los signos y síntomas, tras realizar una historia clínica completa.

La HH presenta una alta prevalencia, afectando, aproximadamente, al menos al 5 % de la población general^{1,3,4}, y es bien sabido que puede afectar sobremanera a quien la padece e, incluso, a sus convivientes, y merece, al menos, la misma atención que otros trastornos dermatológicos bien conocidos¹.

De hecho, es un hecho consabido que la HH puede afectar significativamente a la salud mental, asociándose con frecuencia a síntomas depresivos, ansiedad y afectando a la autoestima^{1,3,4}. Además, se asocia a

afectación a nivel funcional, social, ocupacional y físico. Así, puede dificultar el desarrollo de tareas básicas diarias como la escritura a mano, el uso de teclados o simplemente abrir una puerta, y origina en muchos casos un significativo consumo de tiempo en higiene personal para procurar paliar los síntomas, llevando, además, a cambiar comportamientos y elecciones vitales, incluyendo aficiones, relaciones sociales, forma de vestir y empleo^{1,4}. La sudoración excesiva puede dar lugar también a otras alteraciones, como presentar manos frías y húmedas, deshidratación, infecciones cutáneas, eccemas^{1,3}... y, a su vez, el estrés resultado de determinadas situaciones sociales puede originar aún más sudoración, perpetuando el ciclo de estrés e HH, impactando en la calidad de vida (CV) de estos pacientes¹. Es evidente que un tratamiento precoz de la HH podría ayudar a prevenir y/o tratar toda esta comorbilidad¹.

Sin embargo, ya sea por una falta de información (por parte de los propios pacientes e, incluso, de los médicos), por una cierta estigmatización asociada o por otros motivos, las personas con HH frecuentemente no buscan consejo médico y, cuando lo hacen, no son diagnosticadas y tratadas de forma adecuada, más aún en la infancia^{1,3} y, a pesar de existir múltiples y novedosas opciones terapéuticas^{1,3}, con frecuencia, estas no son conocidas por los propios sanitarios¹.

La medida de la CV es inherentemente subjetiva y multifactorial y se relaciona con todos los aspectos de la experiencia vital del individuo, y las herramientas (escalas) usadas para medirla son importantes para ayudar a tomar consciencia sobre la enfermedad, al identificar a pacientes con necesidades de salud no cubiertas y mostrar la perspectiva del paciente¹.

Existen diferentes escalas validadas de CV que pueden usarse para medir la magnitud de síntomas en relación con la HFP, valorar cómo afecta a la CV de quien la padece, y poder decidir medidas terapéuticas, así como evaluar la respuesta a estas^{1,4}, y se han publicado múltiples trabajos al respecto y, aun así, son muy escasos en comparación con los publicados en otros trastornos dermatológicos como la dermatitis atópica o la psoriasis^{1,2}. Las más usadas son la Hyperhidrosis Disease Severity Scale (HDSS), el Hyperhidrosis Quality of Life Questionnaire (HQLQ) —específicas de HH— y el Dermatology Life Quality Index (DLQI) —que se usa para medir la CV en diferentes trastornos dermatológicos—^{1,3,4}.

La HFP axilar podría ser según algunos autores la forma de HH que más afecta a la CV¹. En un reciente estudio², usaron el DLQI para valorar la afectación de la CV en 357 pacientes adultos europeos con HFP axilar grave incluidos en un ensayo clínico en que usaron crema de glicopirronio, obteniéndose una puntuación media de 11,6, que es mayor que la media encontrada en otros trastornos dermatológicos como la psoriasis o la dermatitis atópica. Además, más del 50 % de los pacientes presentaron un DLQI de 11-30, indicando una afectación de la CV entre alta y extremadamente alta en relación con su HH.

Recientemente, se ha propuesto el Hyperhidrosis Quality of Life Index (HidroQoL[®])^{3,4} como una herramienta especialmente interesante, inicialmente validada sobre este mismo estudio de 357 pacientes con HFP axilar, y que ofrece datos más precisos sobre la gravedad y el impacto de la HH sobre la CV en diferentes campos específicos (sobre la piel, las actividades diarias, el trabajo o el estudio y en actividades sociales o de ocio)⁴.

En cualquier caso, es nuestra obligación como proveedores de salud conocer la afectación de la CV que trastornos como la HH pueden asociar, y las alternativas terapéuticas para ofrecer a estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parashar K, Adlam T, Potts G. The impact of hyperhidrosis on quality of life: a review of the literature. *Am J Clin Dermatol.* 2023;24(2):187-98.
2. Gabes M, Donhauser T, Kann G, Masur C, Apfelbacher C. Burden of disease: assessing quality-of-life impacts in hyperhidrosis. *Br J Dermatol.* 2023;188(1):143-5.
3. Morgado-Carrasco D, De Lucas R. Anticolinérgicos tópicos en el manejo de la hiperhidrosis focal en adultos y niños. Una revisión narrativa. *Actas Dermosifiliogr.* 2024;115(4):356-67.
4. Donhauser T, Gabes M, Ozkan E, Masur C, Kamudoni P, Salek S, et al. What do Hyperhidrosis Quality of Life Index (HidroQoL[®]) scores mean? Transferring science into practice by establishing a score banding system. *Br J Dermatol.* 2024;190(4):519-26.