

Rinofima severo*

Drs. ANTONIO TRONCOSO R.¹, RAMÓN TORREALBA P.³,
FERNANDO BOZÁN S.⁴, ÁNGEL LAZO C.²

¹ Servicio de Cirugía Plástica, Hospital de Carabineros.

² Servicio de Cirugía, Hospital de Carabineros.

³ Servicio de Cirugía Máxilo Facial, Hospital de Carabineros.

⁴ Meritante Cirugía Máxilo Facial, Facultad de Odontología, Universidad Mayor, Santiago, Chile.

Abstract

Severe rhinophyma

Rhinophyma is a progressively growing benign tumor that has the ability to distort the nasal form. Even though, it is considered a rare subtype of rosacea, it is of great importance for the ability to create: psychic, aesthetic and functional disorders. This report describes a severe case of rhinophyma in a 52 years old male patient, the medical treatment and the surgical technique used for removal.

Key words: Rhinophyma, sebaceous hyperplasia, re-epithelialization.

Resumen

El Rinofima es un tumor benigno de crecimiento progresivo con la capacidad de provocar severas alteraciones en la morfología nasal. Es considerado un subtipo de rosácea poco frecuente, sin embargo, es de gran relevancia por su capacidad de crear trastornos tanto estéticos como funcionales y psicológicos en las personas afectadas. Este reporte describe un caso severo de rinofima, en un paciente de género masculino de 52 años, el tratamiento médico y la técnica quirúrgica que se utilizó para su remoción.

Palabras clave: Rinofima, hiperplasia sebácea, reepitelización.

Introducción

El Rinofima es un tumor benigno de crecimiento lento y progresivo con la capacidad de provocar severas alteraciones en la morfología nasal, afectando principalmente a hombres caucásicos entre la quinta y séptima década de vida^{1,2}. Actualmente, está clasificado dentro de las Rosáceas como subtipo III o Rosácea Fimatoso, pero a pesar de esto, algunos

autores creen que representa una entidad patológica diferente³⁻⁶. Tiene una prevalencia del 3,7% dentro de los subtipos de rosáceas, es más común encontrar casos al oeste de Escocia⁷.

Esta patología presenta una etiología y patogénesis incierta, aunque en el pasado era comúnmente asociada con el consumo severo de alcohol, se ha demostrado que no existe una correlación significativa^{1,2,8}.

*Recibido el 6 de mayo de 2011 y aceptado para publicación el 23 de agosto de 2011.

Correspondencia: Dr. Fernando Bozán S.
Regina Pacis 760 Dpto 906, Santiago, Chile. C P. 7770066
f.bozan@gmail.com

Clínicamente se caracteriza por una nariz bulbosa y lobulada que presenta un engrosamiento cutáneo por una hiperplasia sebácea, lesiones noduloquisticas de superficie irregular, eritema, fibrosis, telangetasias y orificios foliculares dilatados que pueden presentar taponamiento con sebo y/o queratina^{1-3,5,9}.

Este reporte describe un caso severo de rinofima, el tratamiento médico y la técnica quirúrgica utilizada para su remoción.

Caso clínico

Paciente de género masculino de 52 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, consumo de alcohol ocasional y que consulta por crecimiento anormal de su nariz, esto basado esencialmente en aumento de volumen gradual de la punta nasal, en los últimos diez años. Al examen físico se aprecia

facies rubicunda en zonas genianas y nasal, esta última con una tumoración de superficie irregular, de consistencia firme y permeabilidad nasal disminuida, características por las cuales se diagnosticó Rinofima (Figura 1).

En pabellón, bajo anestesia local con lidocaína 2% y adrenalina 1: 100.000, utilizando técnicas tronculares infraorbitarias bilaterales e infiltración nasal, se procedió a la exéresis del tejido hiperplásico con electrobisturí en asa, a través del plano suprapericondral teniendo precaución de dejar indemne el cartílago nasal. Se realizó un lavado prolijo con suero fisiológico, cubriéndose el tejido expuesto con gasas con Mupirocina 2% (Figura 2). El vendaje fue retirado a las 72 horas, manteniéndose en curación diaria con Mupirocina. Se realizaron controles postquirúrgicos semanales. Al séptimo día, se observó cicatrización en fase inicial, mediado por un tejido de granulación



Figura 1. Clínicamente se observa una nariz bulbosa con un engrosamiento cutáneo principalmente en la punta nasal, lesiones nodulares, eritema y obstrucción parcial de la vía aérea.



Figura 2. Exéresis de tejido fimatoso con técnica de electrobisturí en asa, apreciándose el pericondrio y el tejido sebáceo expuesto.



Figura 3. A 7 días de evolución postoperatoria, el proceso de reepitelización se encuentra en su fase inicial observándose tejido de granulación con una superficie hiperémica y costrosa.



Figura 4. Control a los 2 meses.

sin signos sugerentes de infección (Figura 3). Al cabo de 2 meses finalizó el proceso de epitelización, observándose una punta nasal de aspecto cicatrizal, pero de tamaño y forma normal, mayor lumen de las narinas, dorso y alas de superficie tersa e hidratada, áreas de despigmentación por aposición de tejido cicatrizal (Figura 4). Posteriormente, se realizó un control a los 2 años 6 meses, pudiéndose observar que la epidermis que cubre la superficie nasal no presenta elementos sugerentes de recurrencia, pero sí existen algunas alteraciones menores tanto en el lumen narinario como en el dorso (Figura 5).

Discusión

El Rinofima es considerado un subtipo de rosácea poco frecuente (3,7%)⁷, pero a pesar de esto, es de

gran relevancia por la capacidad de crear trastornos tanto estéticos, psicológicos y funcionales. Presenta etiología desconocida, pero se han propuesto varios factores desencadenantes, como predisposición genética, luz solar, calor, dosis excesivas de esteroides, factores emocionales (angioneurosis), entre otros^{1,3}.

Clínicamente se caracteriza por una nariz bulbosa y lobulada que presenta un engrosamiento cutáneo por una hiperplasia sebácea, lesiones noduloquísticas de superficie irregular, eritema, fibrosis, telan-gectasias y orificios foliculares dilatados que pueden presentar taponamiento con sebo y/o queratina^{1-3,5,9}. Abundante seborrea sumada a la presencia bacteriana conllevan a una infección crónica de la piel. La hiperplasia comienza en la punta nasal y progresa hacia las alas, dorso y tabique nasal, que en casos severos pueden provocar una obstrucción secunda-



Figura 5. Control a los 2 años 6 meses de la intervención, el paciente no presenta signos de recidiva del cuadro fimatoso, observándose una morfología y función nasal similares al control de 5 meses post quirúrgicos.

ria de la vía aérea. El-Azhary³, clasificó el rinofima según su compromiso en:

- Leve: telanectasias e hiperplasia de la dermis.
- Moderado: hipertrofia y nodularidades pequeñas.
- Severo: nodularidades masivas.

El diagnóstico del rinofima es habitualmente sencillo y está basado principalmente en las características clínicas del paciente, pero un crecimiento rápido, drenaje purulento, ulceración y ausencia de lesiones cutáneas de rosácea en áreas adyacentes, podrían ser signos de un tumor imitando rinofima, como es el caso del angiosarcoma o carcinoma espinocelular^{2,5}. Además se ha demostrado que pacientes con rinofima tienen mayor riesgo de desarrollar carcinoma basocelular^{1,10}.

Se han propuesto diversas formas de tratamiento

que incluyen en sus fases iniciales aplicación tópica de jabón neutro, queratolíticos (peróxido de benzoilo o ácido azelaico), antibióticos (metronidazol), medicación sistémica con antibióticos (metronidazol, eritromicina, tetraciclinas), retinoides (isotretinoína). Para la corrección morfológica nasal se han empleado diversas técnicas quirúrgicas que remueven el tejido excedente como dermabrasión, cirugía excisional con bisturí frío, criocirugía, decorticación con electrocauterio y/o exéresis con láser de CO₂^{1-3,9-11}. Independiente del método empleado es importante respetar la anatomía nasal y el epitelio folicular durante la cirugía de rinofima, ya que este último es el punto de partida en el proceso de reepitelización de la herida, que se produce por segunda intención en un período de tiempo entre 2 a 3 semanas^{2,8,11-13}. Para finalizar, debe tenerse en cuenta que al realizar la

escisión de la lesión no se está eliminando el factor etiológico, por lo que se debe informar al paciente de una posible recidiva del cuadro fimatoso, aunque se han hecho seguimientos de hasta 10 años sin observarse casos de recurrencia¹³.

Referencias

1. Castro Govea Y, Chacón Martínez H, Pérez Porras S, Ángel García S, Vallejo Estrella R. Doble abordaje para el tratamiento del rinofima. Reporte de un caso. *Medicina Universitaria*, 2007;9:82-4.
2. Sand M, Sand D, Thrandorf C, Paech V, Altmeyer P, Bechara FG. Cutaneous lesions of the nose. *Head & Face Medicine* 2010;6:1-4.
3. Celio Mancera J, Hernández Cervantes D, Zanatta Monroy J, Osnaya Izquierdo C, Rinofima: Tratamiento quirúrgico con el uso de radiofrecuencia. *Cir Plast*. 2007;17:176-80.
4. Culp B, Scheinfeld N, Rosacea, a review. *Pharmacy and Therapeutics* 2009;34:38-44.
5. Min Joo Kim, Hye Sung Kim, Young Min Park, Hyung Ok Kim, Squamous Cell Carcinoma Masquerading as Rhinophyma. *Ann Dermatol. (Seoul)* 2009;21:81-3.
6. Wilkin J, Dahl M, Detmar M, Drake L, Feinstein A, Odom R, et al. Standard classification of rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea. *J Am Acad Dermatol*. 2002;46:584-7.
7. Khaled A, Hammani H, Zeglouli F, Tounsi J, Zermani R, Kamoun MR, et al. Rosacea: 244 Tunisian cases. *Tunis Med*. 2010;88:597-601.
8. Özkiris M, Kubilay U, Unver S, Do you really need high technology for excision of rhinophyma?. *JOMFP*. 2007;11:60-1.
9. Greenbaum S, Krull E, Watnick K, Comparison of CO₂ laser and electrosurgery in the treatment of rhinophyma, *American Academy of Dermatology* 1988;18:363-8.
10. Santiago SS, Philipp J. Rhinophyma. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007;22:33-4.
11. Cebrián Carretero JL, Demaría Martínez G, del Castillo Pardo de Vera JL. Tratamiento del rinofima con láser de CO₂. Presentación de un caso, *Rev Esp Cir Oral y Maxilofac*. 2006;28:109-13.
12. Riefkohl R, Georgiade G, Barwick W, Georgiade N, Rhinophyma: a thirty five year experience. *Aesth Plast Surg*. 1983;7:131-4.
13. Shueh-Wei Lim, Shueh-Wen Lim, Bekhor P. Rhinophyma: Carbon dioxide laser with computerized scanner is still an outstanding treatment, *Australasian Journal of Dermatology* 2009;50:289-92.
14. Enríquez Merino J, Alvarado Delgadillo A. Rinofima *Rev Cent Dermatol* 2004;13:106-9.
15. Fernandez Flores A. Mucin is not a rare finding in rosacea, *Romanian Journal of Morphology and Embryology* 2010;51:69-72.
16. Fishman JM, Kundu S, Draper M. 'A close shave'-use of a disposable razor blade in the management of rhinophyma. *Ann R Coll Surg Engl*. 2009;91:167.