

TÍTULO: RINOFIMA. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS CLÍNICOS.

Autores:

Dr. Orlando Lázaro Rodríguez Calzadilla.

Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Auxiliar. Master en Urgencias Estomatológicas, Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Aleida Fernández Chardiet”, e-mail: orlandot@infomed.sld.cu

Dra. Aileneg Rodríguez Aparicio.

Especialista de I Grado en Estomatología General Integral, Especialista I Grado Prótesis Estomatológica, Master en Urgencias Estomatológicas.

Clínica Estomatológica “Enrique Nuñez”, e-mail: araparcio@infomed.sld.cu

Resumen.

Introducción: El rinofima es una enfermedad relevante por su capacidad de crear trastornos estéticos, funcionales y psicológicos en las personas afectadas, es un tumor benigno de crecimiento progresivo provocando alteraciones en la morfología nasal. Actualmente está clasificado dentro de la rosácea (dermatosis) como subtipo III o rosácea fimatosa. Afecta principalmente el dorso nasal, ambas alas nasales en sentido lateral y la punta de la nariz, ocurre una hipertrofia de la epidermis y la dermis, se altera el tejido conectivo, epitelial y glandular, así como el aparato pilosebáceo, y se produce un excesivo crecimiento de la nariz que daña la estética facial. **Objetivo:** Demostrar mediante el tratamiento quirúrgico con decortización nasal y dermoabrasión los resultados obtenidos en la función, estética nasal y facial y pérdida de la autoestima. **Casos clínicos:** Se presentan tres pacientes de diferentes edades, raza blanca con diagnóstico de rinofima que acuden a consulta externa por estar afectada su función y estética nasal y facial, además de la pérdida de la autoestima repercutiendo en la sociedad y entorno familiar, uno de ellos con recidiva después de la remoción. **Conclusiones:** El tratamiento de elección se realizó empleando la técnica de decorticación nasal

y dermoabrasión sin otras alternativas quirúrgicas, obteniendo resultados satisfactorios. La epidermis en la región nasal fue cubierta con adhesivo tisular Tisuacryl, como hemostático, bactericida y protector, se logran efectos funcionales, estéticos y psicológicos favorables ocasionados por esta rara y deformante enfermedad. No se produjeron recidivas en los pacientes operados. Palabras claves: rinofima, rosácea, cirugía, epitelización, recidiva postquirúrgica.

Introducción.

El rinofima es un término derivado del griego rhis, que significa nariz, y phyma, crecimiento, es clasificado en la dermatitis rosácea fimatosa, afecta la calidad de vida y la autoestima de los pacientes y a veces, genera conductas elusivas que limitan las actividades sociales. Se calcula que alrededor del 70% de los enfermos tienen disminuida su autoestima, según datos de la National Rosacea Society.⁽¹⁻³⁾

El rinofima es una dermatosis crónica inflamatoria de la piel que afecta los vasos sanguíneos y las unidades pilosebáceas. Se localiza en la pirámide nasal, y se caracteriza por enrojecimiento, eritema persistente, telangiectasias, orificios foliculares dilatados, pápulas, pústulas y nódulos inflamatorios, la fetidez, ardor y prurito pueden estar presente como característica secundaria. El crecimiento puede estar localizado o generalizado en toda la nariz, pero este ocurre fundamentalmente en sus dos tercios inferiores. La calidad de vida puede afectarse, además de la reducción de la autoestima provocando ansiedad y depresión.⁽²⁻⁵⁾

La etiología y patogénesis de esta enfermedad es incierta, aunque en el pasado era comúnmente asociada con el consumo severo de alcohol, se ha demostrado que no existe una correlación significativa.^(2,5,6)

La clasificación clínica del rinofima es:

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

La enfermedad se considera el estado final de la rosácea, siendo una condición desfigurante progresiva y poco común. Existen diferentes alternativas quirúrgicas como la dermoabrasión, la criocirugía, la escisión con escalpelo, la electrocirugía y el láser CO2. Estas dos últimas técnicas son las más efectivas en el manejo del rinofima.⁽⁶⁻⁹⁾

El rinofima es una enfermedad motivo de consulta en los pacientes que la padecen, refieren preocupación con la fealdad que le ocasiona la deformidad nasal, inconformidad en su estética facial y manifiestan ansiedad y depresión, en su medio social poseen disminución de la autestima. En este reporte se describen tres casos clínicos con diagnóstico de rinofima moderado, uno de ellos recidivante, se realizó intervención quirúrgica efectiva empleando la decorticación y dermoabrasión sin otras alternativas, obteniendo resultados satisfactorios y sin recidivas en el tratamiento médico-quirúrgico utilizado. El objetivo de este informe es demostrar mediante el tratamiento quirúrgico, escisión con escarpelo (decortización nasal) y dermoabrasión los resultados obtenidos en la función, estética facial y la pérdida de la autoestima.

Presentación de casos clínicos.

Se trata de tres pacientes que acuden a la consulta externa del servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Aleida Fernández Chardiet” durante el año 2019, preocupados por su función, estética facial y pérdida de la autoestima que afecta sus relaciones laborales y personales.

Realizado el interrogatorio y el examen físico, se plantea el diagnóstico clínico de rinofima moderado en los tres pacientes informados, se indican los exámenes complementarios preoperatorios cuyos resultados están dentro de los parámetros normales, decidiendo la remoción quirúrgica de las lesiones y evolución postoperatoria.

Paciente 1

Paciente masculino raza blanca, con antecedentes de salud, consumo de alcohol ocasional, refiere que fue operado hace 4 años, el motivo de consulta es porque comienza nuevamente con crecimiento anormal de su nariz, aumento de volumen gradual de la punta nasal por recidiva. Al examen físico se aprecia fototipo de piel II en la cara y enrojecimiento de la piel nasal, con irregularidad y elevaciones nodulares que adquiriendo la superficie aspecto irregular y de consistencia firme, permeabilidad nasal disminuida.

Fig 1: Rinofima moderado, diagnóstico y evolución 21 días y 5 años.



Paciente 2.

Paciente masculino, raza blanca con antecedentes de Hipertensión Arterial moderada y antecedentes de Parálisis facial periférica, ingestión de bebidas

alcohólicas con frecuencia semanal, acude a la consulta preocupado por la forma de su nariz que afecta su apariencia personal y dificulta usar sus espejuelos. Uso del bigote para enmascarar la deformidad nasal como secuela de la parálisis facial periférica. Durante el interrogatorio refiere ardor y escozor en ocasiones, al examen físico se aprecia fototipo de piel III masa de tejido que ocupa todo el dorso, punta y alas nasales, de superficie irregular, consistencia firme y áreas indoloras.

Fig 2: Rinofima moderado, diagnóstico, evolución 21 días y 2 años.



Paciente 3.

Paciente masculino, raza blanca con antecedentes de hipertensión arterial moderada, hábito de ingestión de bebidas alcohólicas ocasional, el motivo de consulta fue por deformidad nasal. En el interrogatorio refiere que su nariz crece lentamente hace 5 años, su aspecto físico no se corresponde con su edad biológica. Al examen físico se aprecia fototipo de piel III, signos de fealdad facial marcado en la región de la pirámide nasal, afección psicológica y del ánimo limitando su actividad social.

Fig 3: Rinofima moderado, diagnóstico, evolución 10 y 45 días.



Técnica quirúrgica.

Aceptado el consentimiento informado a los pacientes, por parte del cirujano, se realiza la intervención quirúrgica.

Antisepsia mediante una solución de Hibitane acuoso al 1% y aislamiento del campo operatorio, anestesia regional troncular infraorbitaria e infiltrativa en pirámide nasal con Mepivacaina 3%. Con mango de bisturí Bark Parker No. 3 y hoja No. 10, se realiza la remoción de la epidermis y la dermis sin sobrepasarla (afeitado) hasta la capa poolisebácea, no se incluye el tejido celular subcutáneo (dermatosis crónica inflamatoria de la piel que afecta los vasos sanguíneos y las unidades pilosebáceas) para evitar irregulares y concavidades en la superficies de la pirámide nasal, así como las recidivas; se continúa con la dermoabrasión hasta lograr un contorno nasal aceptable; se procede a la hemostasia con electrocoagulador, disminuido el sangramiento se aplica adhesivo tisular Tisuacryl (hemostático, bactericida y protector), posteriormente se cubre la superficie nasal con capa fina de Neobatín (25g) y se cubre con gasa parafinada, se procede al vendaje de protección por 72 horas, retirado el vendaje se realiza limpieza de la herida con solución antiséptica y se cubre la superficie con una capa de ungüento antibiótico (Neobatín 25g), se le explica al paciente como proceder diariamente a la

limpieza y cuidado del área intervenida quirúrgicamente, evolucionando al paciente a los 7, 14, 21 y 30 días como continuación de la etapa postoperatoria se continúan las consultas cada 15 días hasta los 90 días que culmina el proceso de cicatrización. La evolución de los pacientes se consideró satisfactoria.

Fig 4: Remoción con mango de bisturí Bark Parker No. 3 y hoja No. 10 de la epidermis y la dermis sin sobrepasarla y dermoabrasión hasta lograr un contorno nasal aceptable



Discusión.

La rósacea es una enfermedad inflamatoria crónica y una de las presentaciones clínicas es el rinofima, siendo la menos frecuente, reportando esta cifra en otras investigaciones.⁽¹⁾

La rinofima es la presentación más común (subtipo III) puede estar acompañados de signos de la rosácea; pero en algunos pacientes, sorprendentemente, los signos de rosácea en el resto de la cara pueden ser muy leves.⁽¹⁰⁾

Sus manifestaciones clínicas son caracterizada por una nariz bulbosa y lobulada, engrosamiento cutáneo (hiperplasia sebácea), lesiones noduloquísticas de superficie irregular, fibrosis, telangectasias, eritema y orificios foliculares dilatados que pueden presentar taponamiento con sebo y

queratina.⁽¹⁻⁵⁾ Abundante seborrea que con la presencia de bacterias 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 secundaria de la vía aérea.^(2,3)

En el 2002 la Sociedad Nacional de Rosácea (NRS) de EE.UU. clasifica la rosácea en cuatro subtipos.⁽¹⁰⁾

Subtipo I: Eritemato-telangiectásica

La rosácea eritemato-telangiectásica se caracteriza principalmente por enrojecimiento y eritema facial central persistente. La aparición de telangiectasias es común pero no esencial para un diagnóstico de este subtipo. También se puede informar de edema facial central, sensación de escozor y ardor, y aspereza o descamación. Un historial de enrojecimiento solo es común entre los pacientes que presentan rosácea.

Subtipo II: Rosácea papulopustular

La rosácea papulopustular se caracteriza por un eritema facial persistente central con pápulas o pústulas transitorias o ambas en una distribución facial central. Sin embargo, las pápulas y las pústulas también pueden aparecer periódicamente, es decir, pueden ocurrir en las áreas perioral, perinasal o periocular. Los pacientes con rosácea papulopustular pueden informar sobre sensaciones de ardor y escozor. Este subtipo se ha visto a menudo después o en combinación con el subtipo I, incluida la presencia de telangiectasias. Las telangiectasias pueden estar ocultas por un eritema persistente, pápulas o pústulas.

Subtipo III: Rosácea fimatosa

La rosácea fimatosa incluye engrosamiento de la piel, nodularidades superficiales irregulares y agrandamiento, las manifestaciones clínicas mencionadas por se observan en los tres pacientes estudiados. La rinofima es la presentación más común, pero la rosácea fimatosa puede ocurrir en otros lugares, como la barbilla, la frente, las mejillas y las orejas.

Subtipo IV: Rosácea ocular

El diagnóstico de rosácea ocular debe considerarse cuando los ojos de un paciente presentan uno o más de los siguientes signos y síntomas: aspecto acuoso o inyectado en sangre (hiperemia conjuntival interpalpebral), sensación de cuerpo extraño, ardor o escozor, sequedad, picazón, sensibilidad a la luz, visión borrosa, telangiectasias de la conjuntiva y eritema periocular, entre otros.⁽⁶⁾

Se han propuesto diversas formas de tratamiento quirúrgico pero para este proceder debe tenerse en cuenta las características de la piel afectada:

irregularidad, extensión, fibrosis y recidiva postquirúrgica.

Consideramos que la cirugía es considerada el tratamiento más eficaz para el rinofima moderado, permitiendo la remoción del tejido hipertrofiado y obteniendo el contorno normal de la nariz.

Existen 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).⁽⁶⁾ Para el tratamiento quirúrgico del rinofima (corrección de la forma y estructura nasal), se han empleado diversas técnicas, entre las que se incluyen: exéresis total con injerto de piel, dermoabrasión, exéresis parcial con cicatrización por

segunda intención, exéresis con láser CO2, criocirugía, electrocirugía, entre otras. En el trabajo realizado solamente utilizamos la decorticación y dermoabrasión nasal sin el empleo de otras alternativas quirúrgicas. (2,5,7)

Como resultados obtenidos durante el postoperatorio se informan complicaciones potenciales y particulares del tipo de cirugía empleado entre las que se notifican cicatrices antiestéticas, áreas de despigmentación, las asimetrías, la perforación del cartílago nasal y las recidivas. No se obtuvo complicaciones en los tres pacientes operados (2,4-6)

Consideramos en este informe coincidiendo con la mayoría de los autores consultados en la bibliografía de referencias, que el tratamiento quirúrgico con mejores resultados lo ofrece la remoción de la epidermis y la dermis sin sobrepasarla (afeitado con bisturí) hasta la capa polisebácea, no incluyendo el tejido celular subcutáneo evitando irregulares y concavidades en la superficies de la pirámide nasal, así como las recidivas; se continuó con la dermoabrasión hasta lograr un contorno nasal aceptable; los resultados obtenidos en la función y estética nasal fueron satisfactorias, de igual forma el paciente expresó su conformidad al tratamiento realizado, durante la evolución no hubo manifestaciones de pigmentación de la piel y recidivas.

Referencias bibliográficas.

1. Barona MI, Orozco B, Motta A, Meléndez E, Flaminio Rojas R, Guillermo Pabón J. Rosacea: actualización. Piel (Barc) [Internet]. 2018 Jun [citado 2020 Ene 8]; 30(8). Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0213925115001409.pdf?locale=es_ES

2. Delis Fernández RE, Roque Sánchez F, Portal Fernández W. Rinofima: presentación de dos pacientes. *Medicent Electrón* [Internet]. 2017 [citado 2020 Ene 8]; 21(2). Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/resultados-de-busqueda/?q=rinofima>
3. Egeberg A, Hansen PR, Gislason GH, Thyssen JP. Clustering of autoimmune diseases in patients with rosacea. *J Am Acad Dermatol* 2016; 74:667-672.
4. García Bustínduy MC, García Fumero V. Rosácea. Impacto psicosocial. *Piel Barc* [Internet]. 2018; 31(2). [citado 2020 Abr 24]; Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0213925115002373.pdf?locale=es_ES
5. Clarós P, Sarr MC, Nyada FB, Claró A. Rhinophyma: our experience based on a series of 12 cases. *European Annals of Otorhinolaryngology* [Internet]. 2018 [citado 2020 Abr 24]; 135(1):17-20. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28943211>
6. Troncoso RA, Torrealba PR, Bozán SF, Lazo CA. Rinofima severo. *Rev Chil Cir* [Internet]. 2012 Abr. [citado 2020 Abr 30]; 64(2). Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262012000200015
7. González LF, Herreraa H, Motta A. Tratamiento con electrocirugía del rinofima Moderado-grave. *Actas Dermosifiliogr* 2018; 109(4):23-26.
8. Greaney L, Sing N. Surgical management of rhinophyma. *Clin Otol* 2010; 35:158-9.
9. Lazzeri D, Larcher L, Huemer GM, Riml S, Grassetti L, Pantaloni M. Surgical correction of rhinophyma: Comparison of two methods in a 15-year-long experience. *J Craniomaxillofac Surg* 2013;41:429-36.

10. 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* [Internet]. 2002 May [cited 2018 May 12];46(4):584-7. Available from: [https://www.jaad.org/article/S0190-9622\(02\)42697-7/pdf](https://www.jaad.org/article/S0190-9622(02)42697-7/pdf)