

Rinofima: reporte de un caso de Clínica Estrella

Rhinophyma: a case report of Clínica Estrella

Nelson Estrella León, María Gabriela Paredes Salmón

RESUMEN

La rinofima es una patología que se caracteriza por presentar hipertrofia de las glándulas sebáceas con proliferación de tejido fibroso, donde la nariz toma un aspecto lobulado dando como resultado la deformidad de la punta nasal; es una forma de rosácea. La prevalencia de esta variedad de rosácea es de aproximadamente un 5-7% en la población y con predominio en el sexo masculino de la quinta a séptima década de vida. Su etiología no se conoce con exactitud. Se presenta el caso de un paciente masculino de 84 años, con antecedentes patológicos de hipertensión arterial e hipotiroidismo; su lesión inició hace 10 años, como una lesión eritematosa con presencia de telangiectasia a nivel de alas y punta nasal, no dolorosa.

Se realizó tratamiento con bisturí frío y radiofrecuencia, se realizaron cortes transversales hasta dejar el lecho desprovisto del tumor y finalmente se usó radiofrecuencia en toda la superficie de la lesión restante. Se realizó el procedimiento ambulatorio sin complicaciones inmediatas o tardías.

Palabras clave: rinofima, glándulas sebáceas, fibrosis, radiofrecuencia.

ABSTRACT

Rhinophyma is a pathology characterized by hypertrophy of the sebaceous glands with proliferation of fibrous tissue, the nose has a lobed appearance, as a result there is a deformity of the nasal tip; rhinophyma is a form of rosacea. The prevalence of this variety of rosacea is approximately 5-7% in the population and predominantly in males from the fifth to seventh decade of life, the etiology is not well known, however there are several predisposing genetic and environmental factors.

We present the case of an 84-year-old male patient with a pathological history of arterial hypertension and hypothyroidism; his lesion began 10 years ago, as an erythematous lesion with presence of telangiectasia in the wings and nasal tip, not painful.

Treatment was performed with a cold scalpel and radiofrequency, transverse cuts were made until the tumor was gone, and finally radiofrequency was used on the entire surface of the remaining lesion. The outpatient procedure was performed without immediate or late complications.

Keywords: rhinophyma, sebaceous glands, fibrosis, radiofrequency.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2023;29(1):68-72. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202301/0068-0072](https://doi.org/10.32825/RACP/202301/0068-0072)

INTRODUCCIÓN

El término rinofima proviene de las raíces griegas *rhis* (nariz) y *phyma* (crecimiento importante)¹.

Esta patología es una forma de rosácea que se caracteriza por presentar hipertrofia de las glándulas sebáceas con proliferación de tejido fibroso, donde la nariz toma un aspecto lobulado dando como resultado la deformidad de la punta nasal (tomando el nombre de rinofima). La prevalencia de esta variedad de rosácea es de aproximadamente un 5-7% en la población y con predominio en el sexo masculino de la quinta a séptima década de vida¹¹.

Su etiología no se conoce con exactitud. Existen varios factores predisponentes, como factores genéticos, ambientales, exposición solar, calor, frío, dosis excesivas y prolongadas de esteroides, antecedente patológico de acné moderado-grave y consumo de alcohol, pero ello no está demostrado¹³⁻¹⁷.

Al examen físico, se puede observar la piel nasal eritematosa con telangiectasias, puede tener una coloración rojo a violácea con asimetría, depresiones, fisuras y cicatrices. Se puede acompañar con mayor secreción se-

bácea y presencia de infecciones bacterianas crónicas donde los pacientes y familiares describen un olor desagradable que proviene del área afectada.

Powell¹⁸ ha descrito 4 subtipos de rosácea:

- 1) Rosácea eritemato-telangiectásica.
- 2) Rosácea papulopustular.
- 3) Rosácea fimatosa.
- 4) Rosácea ocular.

El-Azhary¹⁹, clasificó al rinofima como leve, moderado y severo, de acuerdo a la enfermedad:

- Leve: telangiectasias e hipertrofia de la dermis.
- Moderada: hipertrofia y nodularidades pequeñas.
- Severa: nodularidad masiva.

En la forma más severa existe un aumento del grosor de la dermis, en su estudio histológico con dilatación de vasos capilares y linfáticos a dicho nivel. El estroma puede ser esclerótico, con abundante colágena, depósitos de mucina².

Existe un potencial de malignidad marcado, fundamentalmente hacia carcinoma basocelular, espinocelular y angiosarcoma⁵.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En pacientes con fototipo IV-VI de color de piel puede haber dificultad en el diagnóstico de rosácea, debido a que el eritema puede resultar poco evidente. En estos casos, el especialista deberá considerar los diagnósticos diferenciales de esta patología.

1. Clínica Estrella. Guayaquil, Ecuador.

✉ Correspondencia: dr_carlos_marquez@yahoo.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 28/03/2023 | Aceptado: 03/04/2023



Fotos 1-3. Paciente masculino de 84 años, consulta por presentar lesión nodular, multilobulada de color violacea a nivel de alas y punta nasal.

El cuadro, presentación e historia clínica son indispensables al momento de establecer un diagnóstico; conocer la evolución de la lesión, antecedentes y factores que pueden considerarse predisponentes.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES DE ROSÁCEA

- Acné.
- Demodicosis.
- Dermatitis seborreica (DS).
- Dermatitis periorifical.
- Dermatitis por contacto (DC).
- Enfermedades sistémicas asociadas a *flushing*: policitemia vera, mastocitosis, síndrome de vena cava superior.
- Foliculitis (micótica, bacteriana).
- Fotodermatosis.
- Fotoenvejecimiento.
- Lupus eritematoso y otras enfermedades autoinmunes.
- Pioderma facial (PF).
- Síndrome carcinoide.
- Otros: queratosis rubra pilaris, eritematomelanos facial, enfermedad de Morbihan²⁰.

OPCIONES TERAPÉUTICAS

El tratamiento va desde uso de sustancias tópicas hasta técnicas quirúrgicas, como el uso de jabón neutro tópico, uso de queratolíticos como el peróxido de benzoílo y ácido azelaico al 15% en gel, aplicado dos veces al día, concentraciones al 20% en crema, este ácido reduce la liberación de oxígeno por los neutrófilos y disminuye la expresión de la caliceína 5 y de la catelicidina que actúan en la rosácea²¹.

Ivermectina (IVM) en crema, 10 mg/g para lesiones inflamatorias de la rosácea, aplicándola una vez al día durante 12 semanas²².

Metronidazol (MTZ) 0.75% o al 1% en gel, crema y loción.

También como parte del tratamiento de la rosácea tenemos el uso de antibióticos tópicos por su efecto antibacteriano; entre estos, los más usados son la eritromicina y la clindamicina²³.



Foto 4. Cirujano utiliza radiofrecuencia a nivel de la lesión posterior a cortes transversales con bisturí frío.

Otras opciones son el uso de láser y luz pulsada intensa (IPL, por sus siglas en inglés) con varias sesiones, de acuerdo a cada caso y grado de lesión que presente el paciente; esta tecnología promueve la neocolagénesis y remodelación del colágeno dérmico. Están indicados en el tratamiento de rinofima y han demostrado beneficios en formas de presentación como pápulas y pústulas edematosas^{24,25}.

Otros métodos terapéuticos utilizados son dermoabrasión, crioterapia, radioterapia, bisturí frío, escisiones de espesor total y la reconstrucción con injertos de piel y colgajos³.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 84 años, residente de la ciudad de Guayaquil, jubilado, con antecedentes patológicos de hipertensión arterial e hipotiroidismo controlado con losartán 100 mg, amlodipino 10 mg, eutirox 50 mg, antecedentes familiares no refiere y el antecedente quirúrgico de prostatectomía.



Fotos 5-6. Resultado a los 7 días posquirúrgico del paciente.



Fotos 7-8. Antes y después del paciente. El día previo a la cirugía y a los 7 días posquirúrgico

Hábitos: consumo de alcohol social y tabaco ++.

Alergias: no refiere

Paciente refiere que la lesión en la nariz inició hace 10 años, como una lesión eritematosa con presencia de telangiectasia a nivel de alas y punta nasal, no dolorosa. Dicha lesión fue aumentando de tamaño y grosor a lo largo del tiempo y cambiando su coloración a violácea. Al examen físico observamos una nariz hipertrófica con asimetría marcada, multilobulada, de coloración violácea.

Diagnóstico presuntivo: Rinofima - Grado severo.

Se envían exámenes de laboratorio y valoración cardiológica prequirúrgica (**Figuras 1, 2 y 3**).

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Bajo sedación, se infiltra anestesia local (15 cc de lidocaína con epinefrina al 200.000) Con bisturí frío se

realiza desmembramientos de la tumoración desde la raíz, la cual estaba impregnada en la dermis, luego se realizaron cortes transversales hasta dejar el lecho desprovisto de la lesión y finalmente se usó radiofrecuencia en toda la superficie restante para regularizar (**Figura 4**).

Se coloca un ungüento a base B-sitosterol 0,25% (MEBO) en toda el área intervenida (alas y punta nasal) y se cubre con dos capas de gasa vaselinada o parafinada, por último se coloca una gasa estéril seca encima de las gasas vaselinadas y se sujeta con cinta quirúrgica adhesiva (micropore).

El procedimiento fue ambulatorio, se dieron indicaciones para cuidados posquirúrgicos en casa.

TRATAMIENTO Y CUIDADOS POSOPERATORIOS

Cefuroxima 500 mg, tomar 1 cada 12 horas por 7 días.
Metronidazol 500 mg 1 cada 12 horas por 14 días, posterior a la cefuroxima.

Paracetamol 1 g, tomar 1 cada 12 horas por 7 días.

Previo limpieza de la superficie con cloruro de sodio 0,9%, secar y colocar ungüento a base de B-sitosterol 0,25% (MEBO), 1 vez al día por 10 días.

No exponerse al sol por 1 mes.

Continuar con medicación habitual losartán 100 mg, amlodipino 10 mg, eutirox 50 mg.

El seguimiento se realizó a los días cinco - diez post quirúrgico y luego al mes y tres meses post quirúrgico donde se dió el alta definitiva al paciente (**Figuras 5, 6, 7 y 8**).

Algoritmo de tratamiento.				
Tratamiento de la rosácea, según signos de presentación y grado de severidad				
Cuidados generales	Signos y síntomas	Leve	Moderada	Severa
Evitar desencadenantes; fotoprotección, SPF +30; cuidado diario de la barrera cutánea	Eritema persistente	T: brimonidina T: ivermectina** T: ácido azelaico	T: brimonidina T: ácido azelaico T: ivermectina* IPL, PDL	T: brimonidina T: ivermectina PDL, láser O: carvedilol* o propranolol
	Eritema transitorio/flushing	T: brimonidina*	T: brimonidina*	T: brimonidina* O: carvedilol* o propranolol
	Telangiectasias	IPL, PDL, electrodesecación	Ídem	Ídem
	Lesiones inflamatorias	T: ivermectina T: metronidazol T: ácido azelaico T: sulfacetamida sódica* O: limeciclina* O: doxi 40 mg LM O: tetraciclina*	O: doxi 40 mg LM O: limeciclina O: tetraciclina T: ivermectina	O: isotretinoína* O: doxi 100mg* O: limeciclina 300* T: ivermectina
	Rinofima • Inflamatorio	T: ivermectina* T: metronidazol* O: doxi 40 LM* O: tetraciclina*	T: ivermectina* T: metronidazol* O: doxiciclina* O: tetraciclina* IPL	O: doxiciclina* O: tetraciclina* O: isotretinoína* Láser IPL, PDL, láser ablativos
	• No inflamatorio	O: doxiciclina* O: isotretinoína*	Láser ablativos, decorticación	Decorticación, láser ablativos
	Piel de color: sensación de quemadura, papulopústulas sin comedones, edema e historia familiar con antecedentes	T: ácido azelaico T: metronidazol T: ivermectina**	T: ivermectina, O: doxi 40 mg LM*	Ídem, riesgo de HPI por tratamiento
	Ocular (tratamiento conjunto con oftalmólogo)	T: lágrimas artificiales T: gotas corticosteroides* antibióticos*	T: ciclosporina emulsión* O: doxi 40 mg LM*	O: doxi 40mg LM* T: ciclosporina emulsión*

T = Tratamiento tópico; O = Tratamiento oral. * Off label.
HPI = Hiperpigmentación postinflamatoria. ** Dermatoscopia +, SSSB +.

Cuadro 1. Algoritmo de tratamiento. Tomado de Actualización y recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la rosácea en Latinoamérica (p.22) Troielli P et al. 2016, Med Cutan Iber Lat Am.

DISCUSIÓN

El rinofima es una patología cutánea que afecta principalmente a la nariz, la cual se caracteriza por un crecimiento excesivo y una deformación de la misma. Esta enfermedad puede ser desfigurante y tener un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes que la padecen.

En este caso de estudio, se evaluó la eficacia del tratamiento quirúrgico, el uso de ungüento a base de B-sitosterol 0,25% (MEBO) y radiofrecuencia como tratamiento del rinofima.

Los resultados fueron satisfactorios al demostrar la reducción de aproximadamente 97% de la lesión y mejoría de la apariencia de la nariz. Por lo tanto, observamos que es un tratamiento integral, es decir, de acuerdo al grado de la lesión se decide el tratamiento óptimo; en los grados leves probablemente solo sea necesario el uso de tópicos para su tratamiento, pero en los casos más graves como el citado en este estudio, es necesario el uso de varias técnicas para que su resultado sea favorable y eficaz.

El uso de B-sitosterol ha demostrado tener un efecto

analgésico al actuar en los receptores dolorosos y a su vez reduce la toxicidad bacteriana, disminuyendo el proceso inflamatorio y promoviendo la regeneración y reparación de los tejidos.

Es importante conocer los diferentes métodos terapéuticos que podemos brindarle al paciente, determinando el grado y tipo de lesión de acuerdo a cada caso.

CONCLUSIÓN

Los casos de pacientes con diagnóstico de rinofima no solo implican una alteración morfofisiológica de la piel, sino también una afectación psicológica para el paciente y su estilo de vida. El objetivo del tratamiento es eliminar las glándulas sebáceas hipertróficas y el tejido fibroso, obteniendo una reepitelización favorable, mejorando así la calidad de vida del paciente.

El tratamiento quirúrgico, radiofrecuencia y ungüento tópico son opciones efectivas para el tratamiento del rinofima. Sin embargo, es importante tener en cuenta que cada paciente es único y debe ser evaluado individualmente antes de decidir sobre un tratamiento específico.

BIBLIOGRAFIA

1. Merino EJ, Delgadillo AA. Rinofima. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2004;13(2):106-9.
2. Humzah MD, Pandya AN. A modified electro shave technique for the treatment of rhinophyma. *Br J Plast Surg* 2001;54:322-5.
3. Patrick KY, Milind D, Francis CP. The gold standard for decortication of rhinophyma: combined erbium-YAG/CO₂ Laser. *Aesth Plast Surg* 2004;28:456-60.
4. Alfonso I, Zúñiga MC, Tamargo TO, Cruz Y, Arcentales D, Toledo MC. Caracterización Clínic Epidemiológica y Terapéutica de Pacientes con Tratamiento del Envejecimiento Cutáneo en un Hospital de Cuba. *Dermatol Perú [revista en Internet]* 2014 [cited 19 Jul 2015]; 24(4): [aprox. 18 p]. Available from: http://repebis.upch.edu.pe/articulos/dermatol.per_u/v24n4/a2.pdf.
5. González E. Rosácea. *Mas Dermatología [revista en Internet]*. 2007 [cited 19 Jul 2015] (2): [aprox. 8 p]. Available from: <http://www.masdermatologia.com/pdf/0008.pdf>.
6. García-Bustinduy MC, García-Fumero V. Rosácea. *Impacto psicosocial. Piel* 31 (2016), pp. 96-105 [2].
7. Troncoso A, Torrealba R, Bozán F, Lazo A. Rinofima severo. *Rev Chil Cir* 64 (2012), pp. 194-198.
8. Barona MI, Orozco B, Motta A, Meléndez E, Flaminio R, Pabón JG, et al. Rosacea: actualización. *Piel*, 30 (2015), pp. 485-502.
9. Madan V, Ferguson JE, August PJ. Carbon dioxide laser treatment of rhinophyma: A review of 124 patients. *Br J Dermatol* 161 (2009), pp. 814-818. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.2009.09317.x> | Medline.
10. Greaney L, Sing N. Surgical management of rhinophyma. *Clin Otol*, 35 (2010), pp. 158-159.
11. Somogyvári K, Battiyáni Z, Móricz P, Gerlinger I. Radiosurgical excision of rhinophyma. *Dermatol Surg* 37 (2011), pp. 684-687. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4725.2011.01965>.
12. Rex J, Ribera M, Bielsa I, Paradelo C, Ferrámdiz C. Surgical management of rhinophyma: Report of eight patients treated with electrosection. *Dermatol Surg* 28 (2002), pp. 347-9.
13. Humzah MD, Pandya AN. A modified electro shave technique for the treatment of rhinophyma. *Br J Plast Surg* 2001;54:322-5.
14. Jaramillo MJ, Stewart KJ, Kolhe PS. Phenytoin induced rhinophyma treated by excision and full thickness skin grafting. *Br J Plast Surg* 2000;53:521-3.
15. Bogetti P, Boltri M, Spagnoli G, Dolcet M. Surgical treatment of rhinophyma: a comparison of techniques. *Aesth Plast Surg* 2002;26:57-60.
16. Bernard LA, Cunningham BB, Al-Suwaidan S, Friedlander SF, Eichenfield LF. A rosacea-like granulomatous eruption in a patient using tacrolimus ointment for atopic dermatitis. *Arch Dermatol* 2003;139(2): 229-31.
17. Arenas RR. *Dermatología. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana* 1996: 428-429.
18. Powell FC. Rosacea. *N Engl J Med* 2005;352(8):793-803.
19. Bogetti P, Boltri M, Spagnoli G, Dolcet M. Surgical treatment of rhinophyma: a comparison of techniques. *Aesth Plast Surg* 2002;26:57-60.
20. Barco D, Alomar A. Rosácea. *Actas Dermosifiliogr* 2008;99:244-56.
21. Van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Carter B, van der Linden MM, Charland L. Interventions for rosacea. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;4:CD003262.
22. Molina AL, Londoño A, Escobar SM, Benítez M. Guías clínicas para el tratamiento de la rosácea. *Rev Asoc Colomb Dermatol* 2012;20:339-64.
23. Gooderham M. Rosacea and its topical management. *Skin Therapy Lett* 2009;14(2):1-3.
24. Noe JM, Finley J, Rosen S, Arndt KA. Postrhinoplasty "red nose": differential diagnosis and treatment by laser. *Plast Reconstruc Surg* 1981;67:661-4.
25. Saddick NS. A structural approach to nonablative rejuvenation. *Cosmetic Dermatol* 2002;15:39-43.