

<https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v67i2.8754>

Rinofima gigante. Tratamiento con electrocirugía

Giant rhinophyma. Treatment with electrosurgery.

Bryanda Amelani Quintero-Salazar,¹ Annylú Olvera-Rojas,¹ Rosa María Lacy-Niebla,² Elisa Vega-Memije,² Leticia Boeta-Ángeles³

Resumen

ANTECEDENTES: La rosácea es una dermatosis inflamatoria crónica caracterizada por eritema, telangiectasias, pápulas y pústulas de predominio centofacial. Se clasifica en 4 variantes, una de ellas es la manifestación fimatosa.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 53 años de edad con diagnóstico de rosácea de 17 años de evolución con aparición de rinofima 2 años previos a la consulta asociado con alteraciones en el campo visual y respiratorias, tratado con electrocirugía.

CONCLUSIONES: La extirpación quirúrgica sigue siendo el tratamiento de elección en el rinofima, la terapia oral tiene un papel limitado. Si bien la extirpación quirúrgica es un tratamiento exitoso, no se elimina el factor etiológico, pero se consiguen remisiones prolongadas.

PALABRAS CLAVE: Rosácea; rinofima; electrocirugía.

Abstract

BACKGROUND: Rosacea is a chronic inflammatory dermatosis characterized by erythema, telangiectasias, papules and pustules predominantly in the facial area. It is classified into 4 variants, one of them is the phymatous presentation.

CLINICAL CASE: A 53-year-old male patient diagnosed with a 17-year-history of rosacea who developed in the last two years rhinophyma interfering with the visual field and ventilation.

CONCLUSIONS: Surgical removal remains the treatment of choice of rhinophyma, oral therapy has a limited role. Although surgical removal is a successful treatment, the etiological factor is not eliminated but long periods of free disease are achieved.

KEYWORDS: Rosacea; Rhinophyma; Electrosurgery.

¹ Residente de segundo año de Dermatología, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, Ciudad de México.

² Médico adscrito a la División de Dermatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México.

³ Médico adscrito al servicio de Dermatología, Hospital Juárez Centro, Ciudad de México.

Recibido: marzo 2022

Aceptado: marzo 2022

Correspondencia

Leticia Boeta Ángeles
eboan114@gmail.com

Este artículo debe citarse como:

Quintero-Salazar BA, Olvera-Rojas A, Lacy-Niebla RM, Vega-Memije E, Boeta-Ángeles L. Rinofima gigante. Tratamiento con electrocirugía. Dermatol Rev Mex 2023; 67 (2): 262-267.

ANTECEDENTES

La rosácea es una dermatosis inflamatoria crónica caracterizada por eritema, telangiectasias, pápulas y pústulas de predominio centrofacial. Se clasifica en cuatro variantes según la *National Rosacea Society*: 1) eritematotelangiectásica, 2) pápulo-pustulosa, 3) fimatosa y 4) ocular.¹ Sin embargo, debido a que la rosácea puede abarcar una multitud de posibles combinaciones de signos y síntomas, se actualizó el sistema de clasificación basado en fenotipos.²

La variante fimatosa, a su vez, se subdivide según la topografía afectada, si la afección es en la nariz es llamada rinofima, donde existe alteración de los tejidos blandos nasales, lo que resulta en una alteración progresiva de la arquitectura nasal, obstrucción de las vías respiratorias y desfiguración de las unidades estéticas nasales.³

La incidencia y la prevalencia general del rinofima se desconocen. Este tipo de manifestación es hasta 30 veces más probable que afecte a hombres de la séptima década de la vida.⁴

La reciente actualización del tratamiento de la rosácea del panel global *ROSAcea COnsensus* (ROSCO) recomienda que el tratamiento de los fimas debe depender de si está inflamado o no. En caso de fimas inflamados, se recomiendan tratamientos sistémicos por vía oral, como antibióticos y retinoides; en los fimas no inflamados o los fimas fibróticos, se recomiendan modalidades quirúrgicas.⁵

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 53 años con rosácea de 17 años de evolución, sin antecedentes personales de importancia. Acudió a consulta por padecer una dermatosis localizada a la cabeza que afectaba la cara en el dorso y las alas de la nariz, caracterizada por múltiples nódulos de gran tamaño, eritematosos, de superficie rugo-

sa con telangiectasias, comedones y aperturas foliculares prominentes, de bordes irregulares y mal definidos, con colapso parcial de ambas narinas (**Figura 1**) asociada con disminución del campo visual y alteraciones en la mecánica respiratoria; estos cambios tenían dos años de

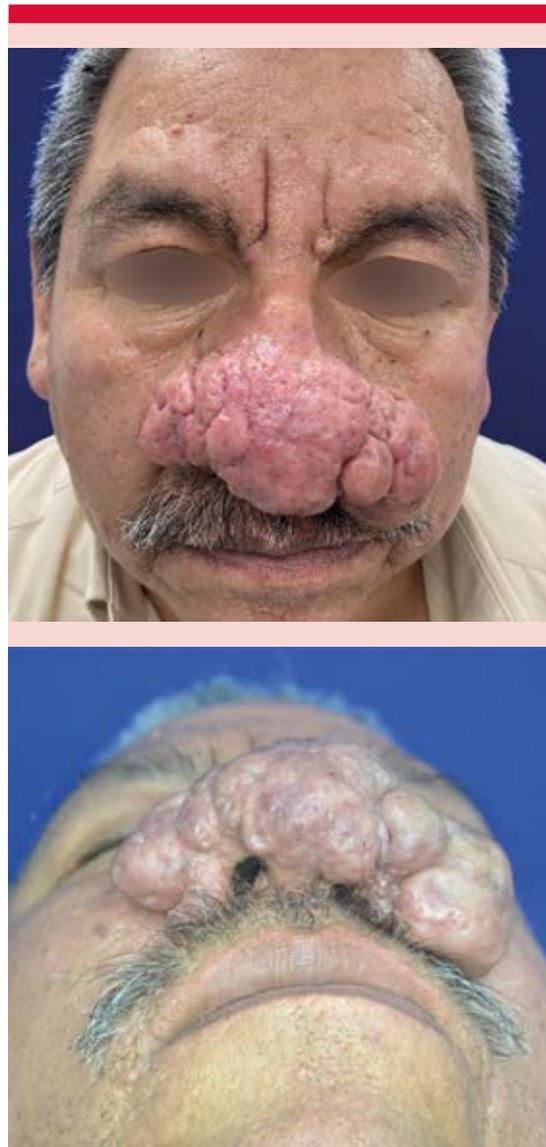


Figura 1. Deformación nodular de gran tamaño, con aperturas foliculares y telangiectasias en la superficie, además de obstrucción parcial de las narinas.

evolución sin tratamiento previo. Debido a la deformidad importante en la arquitectura nasal se decidió realizar tratamiento quirúrgico con electrocirugía previo bloqueo nasal bilateral de los nervios etmoidales, nasal dorsal, infratrocleares e infraorbitarios con 2 mL de lidocaína simple al 2% en cada punto y se complementó con anestesia local (**Figura 2**). Posteriormente se realizó decorticación de la lesión cuidando la anatomía y se envió una pieza a estudio histopatológico, que reportó hiperplasias sebáceas, quistes infundibulares, fibrosis cicatricial y proliferación vascular (**Figura 3**). Se obtuvieron excelentes resultados funcionales y estéticos seis semanas después del procedimiento. **Figura 4**

DISCUSIÓN

La enfermedad fimatosa se trata de una etapa avanzada de la rosácea, se manifiesta más co-



Figura 2. Decorticación con electrocirugía.

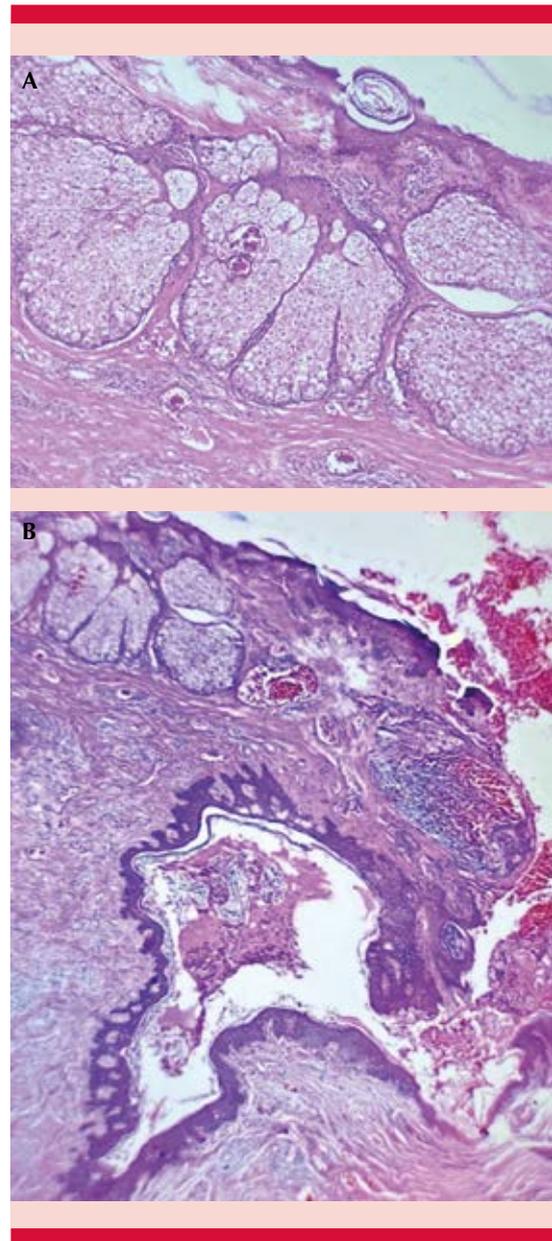


Figura 3. Imágenes histológicas. **A.** Gran número de vasos dilatados y fibrosis en la dermis papilar y media HE 60X. **B.** Tapón córneo, hiperplasia de glándulas sebáceas y fibrosis en la dermis HE 20X.

múnmente como rinofima (nariz); sin embargo, rara vez puede aparecer en el mentón (gnatofima), la frente (metofima), las orejas (otofima) y



Figura 4. Resultados posquirúrgicos a seis semanas de la resección.

los párpados (blefarofima). Su evolución lleva a la alteración progresiva de la arquitectura facial.³

El primer signo clínico de rinofima es la aparición de poros de la piel agrandados en la punta de la nariz. En el curso posterior, las glándulas sebáceas y el tejido conectivo de la nariz se hipertrofian, lo que conduce a la formación de grandes cambios faciales que puede causar obstrucción de las vías respiratorias además de la obstrucción parcial del campo visual, como sucedió en nuestro paciente, por lo que su tratamiento es de suma importancia. Afecta principalmente a hombres mayores de ascendencia del norte de Europa.^{6,7}

La causa de la rosácea aún se desconoce. Se cree que los factores genéticos y ambientales tienen una influencia en su origen.¹

No existe una prueba de laboratorio definitiva de la rosácea, y el diagnóstico se basa en la observación clínica y el historial del paciente, lo que puede ser esencial porque algunas características pueden no ser evidentes o no estar presentes en el momento de la valoración.⁸

Por estas características para el diagnóstico, en 2017 el panel de ROSCO propuso un esquema orientado en las características del paciente abarcando las múltiples manifestaciones clínicas. La existencia de dos o más características principales puede establecer el diagnóstico. Además, las características menores también pueden aparecer con características diagnósticas o principales.^{8,9} **Cuadro 1**

Los hallazgos histológicos se caracterizan por cambios inflamatorios, hiperplasia de las glándulas sebáceas, fibrosis y telangiectasias en la dermis. Se recomienda un examen histológico del tejido del rinofima extirpado, ya que las neoplasias malignas son difíciles de distinguir macroscópicamente de algunos cambios cutáneos nodulares.⁷

Como la enfermedad no remite espontáneamente, la terapia quirúrgica es el procedimiento más útil para el tratamiento del rinofima.⁶ En etapas iniciales puede responder a tratamientos con antibióticos o isotretinoína oral, en los casos más avanzados la cirugía es la mejor opción. Ésta tiene como objetivo la extirpación de las

Cuadro 1. Características diagnósticas de la rosácea

Características de diagnóstico	Criterios mayores	Criterios menores
<ul style="list-style-type: none"> Eritema centrorfacial persistente con intensificación periódica por posibles factores desencadenantes Cambios fimatosos 	<ul style="list-style-type: none"> Enrojecimiento/eritema centrorfacial transitorio Pápulas y pústulas inflamatorias Telangiectasias (excluyendo afectación alar) Manifestaciones oculares: <ul style="list-style-type: none"> Telangiectasias del margen palpebral Blefaritis Queratitis/conjuntivitis/ escleroqueratitis 	<ul style="list-style-type: none"> Sensación de ardor en la piel Sensación de escozor en la piel Edema Sensación de sequedad de la piel

glándulas sebáceas hipertrofiadas. Los métodos quirúrgicos se dividen en dos grupos principales: escisión completa o escisión incompleta seguida de reepitelización a partir del epitelio glandular remanente. Los métodos de escisión incompleta incluyen criocirugía, dermoabrasión, ablación con láser o electrocirugía.^{1,7,10}

La electrocirugía es un método mucho más beneficioso que tiene ventajas económicas. Ha demostrado menor sangrado por las propiedades de corte y coagulación. Sin embargo, requiere que se realice por médicos con amplia experiencia, ya que los cortes deben ser superficiales para no lesionar la dermis profunda o la hipodermis pues causan cicatrización irreversible. El objetivo es la reepitelización completa. La curación de heridas posoperatorias se basa en la granulación secundaria.^{7,11}

CONCLUSIONES

Dado el papel limitado de la terapia oral para el tratamiento del rinofima y la baja probabilidad de regresión espontánea de la enfermedad, la extirpación quirúrgica sigue siendo el modo principal de tratamiento. Debido al tamaño del rinofima y las limitaciones visuales y de ventilación causadas en el paciente por su rinofima gigante, la electrocirugía fue el tratamiento de elección con resultados funcionales y estéticos satisfactorios.

REFERENCIAS

- Tüzün Y, Wolf R, Kutlubay Z, Karakuş O, Engin B. Rosacea and rhinophyma. *Clin Dermatol* 2014; 32 (1): 35-46. doi: 10.1016/j.clindermatol.2013.05.024.
- Gallo R, Granstein R, Kang S, Mannis M, Steinhoff M, Tan J, Thiboutot D. Standard classification and pathophysiology of rosacea: The 2017 update by the National Rosacea Society Expert Committee. *J Am Acad Dermatol* 2018; 78 (1): 148-155. doi: 10.1016/j.jaad.2017.08.037.
- Chauhan R, Loewenstein SN, Hassanein AH. Rhinophyma: Prevalence, severity, impact and management. *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2020; 11: 537-551. doi: 10.2147/CCID.S201290.
- Krausz AE, Goldberg DJ, Ciocon DH, Tinklepaugh AJ. Procedural management of rhinophyma: A comprehensive review. *J Cosmet Dermatol* 2018; 17 (6): 960-967. doi: 10.1111/jocd.12770.
- Zhang H, Tang K, Wang Y, Fang R, Sun Q. Rosacea treatment: Review and update. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2021; 11 (1): 13-24. doi: 10.1007/s13555-020-00461-0.
- Borhani K, Møller P, Thomsen M, Karmisholt K, Hædersdal M, Bonde, C. Behandling af rhinophyma med laser og kirurgi. *Ugeskr Læger* 2020; 182, V07190378.
- Huseynov J, Mozet C. Übersicht und aktuelle Empfehlung zur Therapie des Rhinophyms [A systematic review and current recommendation for treatment of rhinophyma]. *Laryngorhinootologie* 2020; 99 (11): 772-778. German doi: 10.1055/a-1208-5284.
- Van E, Arents B, Van L, Vermeulen S, Fedorowicz Z, Tan J. Rosacea: New concepts in classification and treatment. *Am J Clin Dermatol* 2021; 22 (4): 457-465. doi: 10.1007/s40257-021-00595-7.
- Schaller M, Almeida L, Bewley A, Cribier B, Del Rosso J, Dlova N, Gallo R, Granstein R, et al. Recommendations for rosacea diagnosis, classification and management: update from the global ROSacea COnsensus 2019 panel. *Br J Dermatol* 2020; 182 (5): 1269-1276. doi: 10.1111/bjd.18420.

10. Thiboutot D, Anderson R, Cook-Bolden F, Draelos Z, Gallo RL, Granstein RD, Kang S, Macsai M, Gold LS, Tan J. Standard management options for rosacea: The 2019 update by the National Rosacea Society Expert Committee. *J Am Acad Dermatol* 2020; 82 (6): 1501-1510. doi: 10.1016/j.jaad.2020.01.077.
11. Daoud M, Ullas G, Kumar R, Raghavan U. Rhinophyma: Combined surgical treatment and quality of life. *Facial Plast Surg* 2021; 37 (1): 122-131. doi: 10.1055/s-0040-1714743.

Fundación para la Dermatitis Atópica (FDA) en México

Siendo la Dermatitis Atópica uno de los padecimientos más prevalentes, crónicos en niños, y que requiere de explicaciones precisas y apoyo a la investigación, para todo eso se creó la Fundación México. Tiene como sede el prestigiado Servicio de Dermatología del Instituto Nacional de Pediatría, y lo lidera la Dra. Carola Durán McKinster, y está conformado por su selecto grupo de especialistas. Sus objetivos son claros y precisos: afiliación de pacientes, dar información, conducir talleres, ayuda directa a los pacientes. Su página web es:
<http://www.fundacion-dermatitis-atopica.com.mx/>

Misión y Visión de la FDA

“Su misión. Poner al alcance de los niños mexicanos con Dermatitis Atópica y sus familiares información clara, precisa y profesional sobre qué es, cómo tratar y cómo superar la enfermedad, basados en un enfoque no sólo de salud clínica sino psicológica y social.”

“Su visión. Convertir a la Fundación para la Dermatitis Atópica en la entidad de referencia más relevante del país, para dirigir y orientar tanto a pacientes y familiares, como a otras entidades clínicas y sociales que puedan identificar esta enfermedad en su entorno, a fin de brindar los cuidados clínicos y emocionales de más niños con Dermatitis Atópica, para devolverles una mejor calidad de vida que redunde en una mejor integración y un mejor desempeño de estos pequeños en su entorno social.”