

Corrección estética de rinofima por decorticación y electrocirugía

Correction of rhinophyma by decortication and electrosurgery

Octavio Small-Arana¹

RESUMEN

Se presenta el caso de un hombre de 76 años de edad, portador de rosácea desde hace 20 años, tratado por períodos irregulares con cremas de metronidazol y tetraciclina vía oral. Desde hace dos años presenta agrandamiento de la nariz con deformación moderada del dorso y alas nasales. Consulta para efectuar cirugía correctiva y reiniciar tratamiento. Se efectúa corrección dermatológica estética de la rinofima por el método de la decorticación, seguido de electrocirugía. Se presenta este caso, para ver el manejo quirúrgico efectuado, en el campo de la cirugía dermatológica.

PALABRAS CLAVE. Rinofima decorticación. Rinofima, corrección quirúrgica por decorticación y electrocirugía.

ABSTRACT

This is the case of a man 76 years of age, the bearer of rosacea for 20 years, treated by irregular periods with creams and capsules metronidazol and tetracycline. Since two years ago presents an enlarged nose with moderate deformation of the nasal dorsum and wings. Consultation to perform corrective surgery and restart treatment. Correction is performed esthetic dermatological of rhinophyma by the method of decortication, followed by electrosurgery. Is presenting this case, to see the surgical management, conducted in the field of dermatologic surgery.

KEY WORDS. Decortication rhinophyma. Rhinophyma Surgical correction for decortication and electrosurgery.

INTRODUCCIÓN

La rosácea es una enfermedad inflamatoria acneiforme, de evolución crónica, etiología desconocida, caracterizada por eritema persistente, telangiectasias, pápulas, pústulas e hipertrofia de glándulas sebáceas en grado variable. La forma más avanzada es el rinofima, caracterizado por una

hipertrofia de la piel de la nariz. Suele estar limitada a la cara, las zonas más afectadas son las mejillas, la nariz y el mentón.¹ En algunos pacientes donde el cuadro es más severo, las lesiones también pueden abarcar la frente, y casi siempre existen distintos grados de compromiso ocular.²

Los factores etiológicos parecen ser multifactoriales:³ Predisposición genética, hay en la familia antecedentes de esta enfermedad; entre otros factores se mencionan la exposición a la luz solar, el frío, alteraciones gastrointestinales, incluso con presencia de *Helicobacter pylori*,⁴ hipersensibilidad al ácaro *Demodex folliculorum*, cutis seborreico, etc.

La rosácea es más frecuente en mujeres pero suele ser más intensa en los varones afectados. Aparece en personas adultas de más de 30 años y puede estar asociado con otros problemas cutáneos como acné y seborrea, o con enfermedades oculares tipo blefaritis y conjuntivitis. El rinofima predomina en varones en la proporción de 12:1. Powell, describe cuatro subtipos de rosácea⁽¹⁻⁵⁾:

- ▲ Rosácea eritemato-telangiectásica,
- ▲ Rosácea papular,
- ▲ Rosácea fimoso,
- ▲ Rosácea ocular.

1. Profesor Asociado de la Cátedra de Dermatología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Lima, Perú.
Miembro Permanente del Instituto de Investigaciones Clínicas de la UNMSM. Lima, Perú.
Dermatólogo de la Clínica Universitaria. de San Marcos. UNMSM. Lima. Perú
Dermatólogo de las Clínicas Maison de Santé. Lima, Perú.

El rinofima es una complicación de la rosácea, que consiste en un aumento de volumen de la nariz, debido a la hipertrofia de las glándulas sebáceas. Se distinguen tres grados:

- ▲ Leve: cuando hay hipertrofia dérmica y telangiectasias.
- ▲ Moderado: cuando hay eritema, telangiectasias y presencia de nodulaciones pequeñas e hipertrofia.
- ▲ Grave: cuando a las lesiones anteriores se suman nodulaciones de aspecto lobular que deforman notablemente la nariz.

El tratamiento de la rosácea puede ser oral y tópico. El tratamiento oral incluye: antibióticos orales tipo tetraciclina, doxiciclina,⁶ minociclina, azitromicina,⁷ eritromicina, claritromicina e isotretinoína.⁸ La terapia tópica se efectúa con lociones y geles de clindamicina, eritromicina, metronidazol⁹ y ácido azelaico.¹⁰ Para el tratamiento de la rosácea ocular, se utiliza comúnmente la tetraciclina y la minociclina.^{11,12}

Cuando el paciente comienza a tener signos evidentes de rinofima con alteraciones del volumen de la nariz de distintos grados, muchas veces es objeto de burlas, lo que crea en él un estado de gran preocupación, ansiedad, aislamiento de la sociedad y depresión, por lo que buscará soluciones quirúrgicas. La corrección estética del rinofima, se efectúa por distintas técnicas dermat quirúrgicas, con la finalidad de obtener un resultado estético, volver a la normalidad en lo posible la apariencia nasal, y de esta manera mejorar el estado anímico y las relaciones interpersonales de los pacientes dentro de la sociedad.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 76 años de edad, raza blanca, natural y procedente de una provincia serrana de Áncash, ubicada en una altitud de 2 150 metros. En buen estado general. Antecedente de hiperuricemia, actualmente controlado con medicación. Refiere que hace 20 años, fue diagnosticado de rosácea de brote moderado, caracterizado por la presencia de pápulas congestivas en mejillas y algunas en dorso nasal, tratado con tetraciclina oral, lociones y cremas tópicas, con los cuales se controló. Desde entonces refiere haber presentado varios episodios similares, los mismos que fueron tratados con terapia oral y tópica. Desde hace dos años nota un aumento progresivo en el volumen de su nariz, actualmente con deformación del contorno distal.

Al examen preferencial: En la Figura 1, se observa deformación y abultamiento del dorso y punta nasal. En el ala izquierda, engrosamiento y presencia de pequeños mamelones que la deforman hacia la parte baja.

En la Figura 2, se aprecia en la cara lateral nasal derecha una gran dilatación vascular de aspecto varicoso que termina en el ala, además muestra deformación por aumento de volumen en la punta y dorso. En la Figura 3, se ve agrandamiento en el extremo distal y en la punta nasal.

Los exámenes hematológicos y bioquímicos y los factores de coagulación y serológicos practicados antes de la operación fueron normales. Como paso siguiente, se efectuó el procedimiento quirúrgico, que se detalla a continuación.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Esta cirugía consiste en una corrección estética del rinofima por el método de la decorticación y electrocirugía. Se realizó en forma ambulatoria, sin necesidad de hospitalización y con anestesia local de la siguiente manera:

- ▲ Limpieza meticulosa de la nariz con agua y jabón, luego aplicación de solución antiséptica yodada.
- ▲ Preparación de la zona operatoria con campo fenestrado y material quirúrgico apropiado.
- ▲ Administración de anestesia local con lidocaína al 2% sin epinefrina, a lo largo de la mitad distal de la nariz, el dorso y la punta.
- ▲ Electrocuagulación de la telangiectasia varicosa a todo lo largo del ala, para evitar mayor sangrado en los pasos siguientes.
- ▲ Inicio de la operación, con la decorticación del tejido hipertrofiado por resección quirúrgica con bisturí en el ala nasal derecha (Figura 4A). En este momento siempre hay bastante sangrado. Se presiona fuertemente la zona cruenta con un apósito de gasa y algodón y se inicia la electrocoagulación de vasos y del resto de tejido hipertrófico, hasta lograr que el campo esté sin ningún signo de sangrado.
- ▲ Se repitió con mucho cuidado esta misma técnica de decorticación y electrocirugía, en el resto de la nariz afectada (Figura 4B).
- ▲ Concluida la cirugía dermatológica (Figura 4C), se realiza la limpieza correspondiente de la zona, con agua oxigenada, para eliminar restos de sangre. Se aplicó un ungüento antibiótico, y, finalmente, se colocó un apósito doble de gasa y esparadrapo con una regular presión (Figura 4D).
- ▲ Finalmente, el paciente se retiró a su domicilio, con un tratamiento oral con ciprofloxacino, 500 mg, cada 12 horas, por 5 días y meloxicam, 7,5 mg, cada 12 horas, por 4 días.

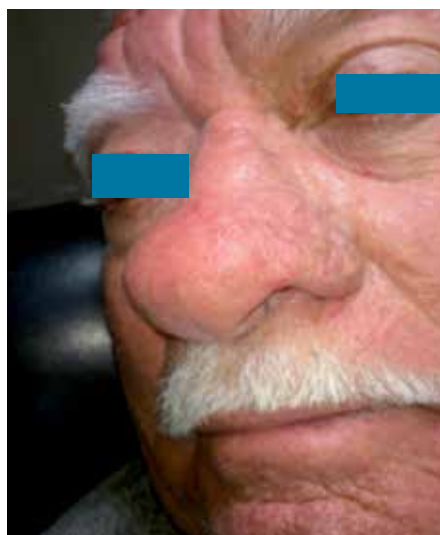


Figura 1. Deformación y abultamiento del dorso y punta nasal.



Figura 2. Dilatación vascular en la cara lateral derecha y deformación en la punta y el dorso



Figura 3. Agrandamiento en el extremo distal y en la punta nasal.

CONTROL POSTOPERATORIO

El primer control postoperatorio se efectuó a las 48 horas (Figura 5), donde se apreciaron costras sangrantes en todas las zonas operadas. El segundo control, se efectuó a los cuatro días (Figura 6), donde se realizó limpieza de la zona operatoria con agua oxigenada, y se retiran restos de exudado y pequeñas partículas esféricas de material glandular sebáceo que se eliminan haciendo pequeña presión con una pinza de punta roma y angulada. Se aplicó

crema antibiótica y se cubre con un apósito de gasa más delgada, los días siguientes el paciente ya efectúa sus curaciones diarias en su domicilio.

El tercer control se efectuó a los ocho días (Figura 7), hay costra adherente, se continúa la limpieza con agua oxigenada y ungüento antibiótico. A partir de este momento, el paciente ya no requirió apósito de gasa y solo se aplicó ungüento antibiótico. A los 15 días de la operación, buena evolución, casi todas las costras se están desprendiendo (Figura 8).

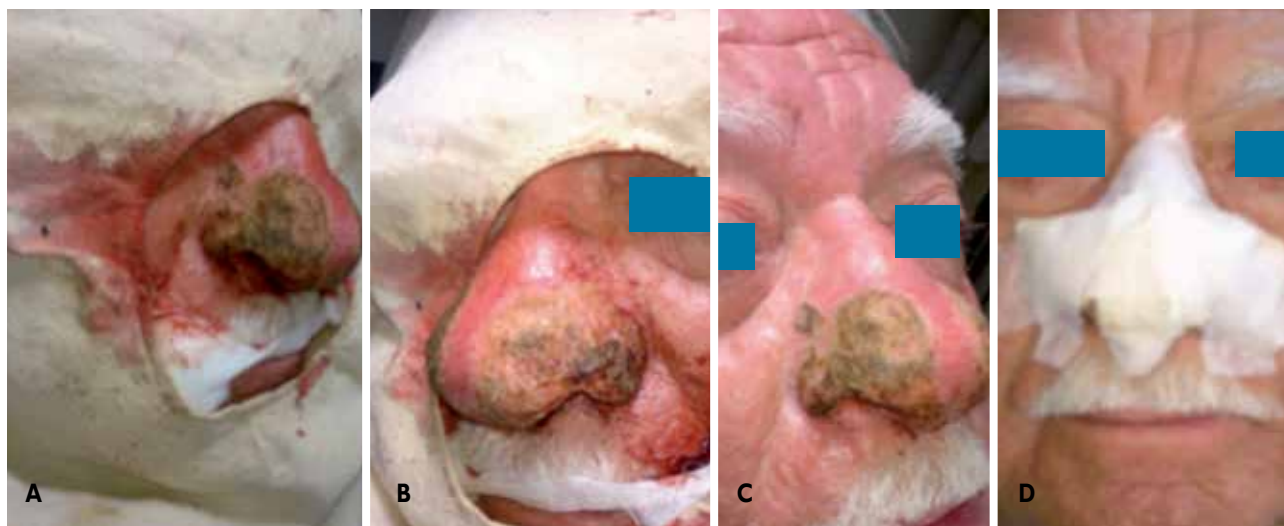


Figura 4. A). Decorticación del tejido hipertrofiado por resección quirúrgica. B). Decorticación y electrocirugía, en el resto de la nariz afectada. C). Cirugía finalizada. D). Apósito doble de gasa.

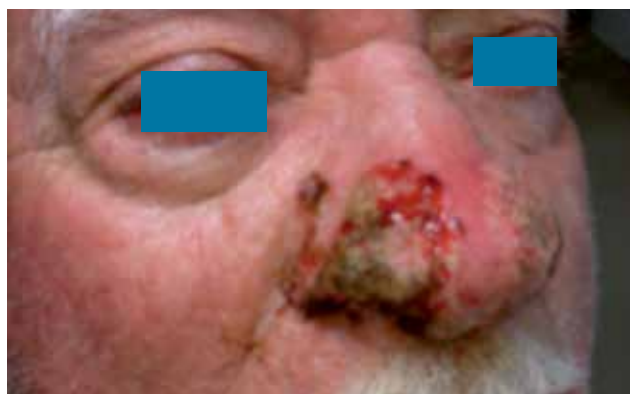


Figura 5. Primer control postoperatorio, a las 48 horas.



Figura 7. Tercer control postoperatorio, a los ocho días.



El control a los 30 días de la operación (Figura 9) muestra el resultado exitoso de la operación, con una corrección bastante estética del aspecto nasal, en comparación de las Figuras 1-3. El paciente retornó a su tierra natal con recomendaciones precisas de: uso de bloqueador solar

permanente, uso de sombrero de ala ancha, y evitar la exposición solar. La Figura 10 corresponden al último control efectuado a los cuatro meses, donde se aprecia desaparición del eritema postoperatorio y la piel ha recuperado su color natural.

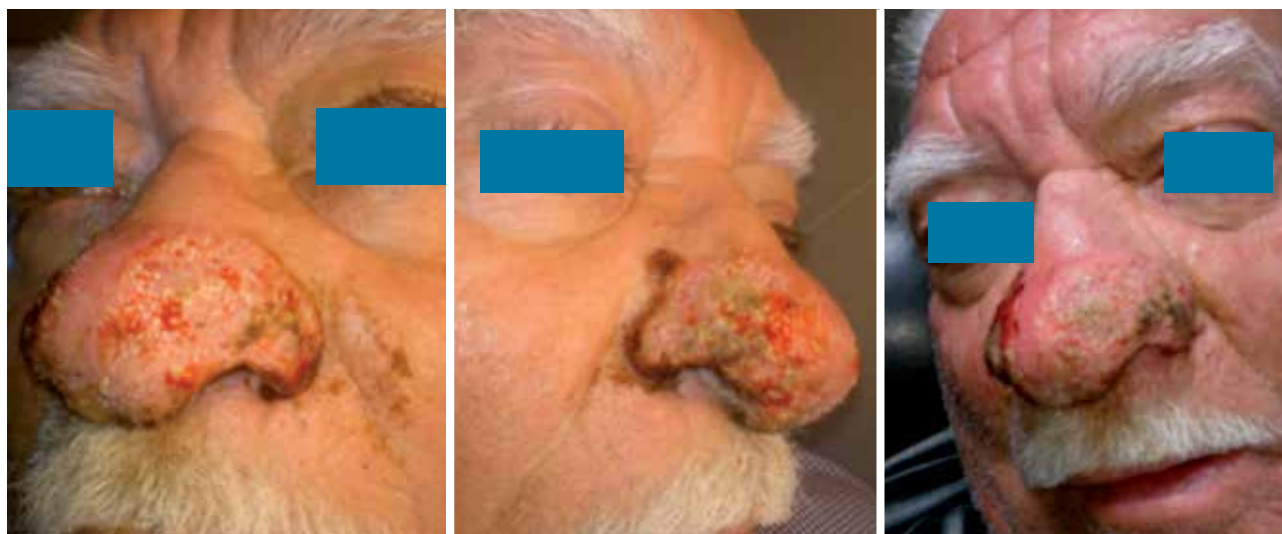


Figura 6. Segundo control postoperatorio, a los cuatro días.



Figura 8. Control postoperatorio, a los 15 días.



Figura 10. Último control postoperatorio, a los cuatro meses.

DISCUSIÓN

No todos los pacientes con rosácea desarrollan rinofima. Es más frecuente en varones en una proporción de 12:1 con respecto a las mujeres. El rinofima se produce por una hiperplasia de las glándulas sebáceas del dorso, punta y alas nasales, que producen un aumento del volumen de la nariz, de distintos grados. En los casos leves se ve eritema, telangiectasias e hipertrofia de la dermis, con aumento del volumen. En los casos de moderada intensidad, existe

eritema, telangiectasias, poros dilatados, deformación del contorno nasal, alas y punta de la nariz, con presencia de nodulaciones y depresiones. En los casos de severa intensidad, a los signos descritos anteriormente, se agregan el crecimiento de masas de aspecto tumoral lobuladas, con mamelones más grandes, poros dilatados y hendiduras que le dan al paciente un aspecto desagradable estéticamente. En estos períodos, los pacientes presentan distintos grados de alteraciones psicológicas y cuadros depresivos, por lo que comúnmente se aíslan del grupo social.¹³



Figura 9. Control postoperatorio, a los 30 días.

Las causas no se conocen. Como se mencionó anteriormente, la etiología parece ser multifactorial. Sin embargo, las deformaciones de la nariz se presentan con más frecuencia en pacientes que han estado expuestos por mucho tiempo a las radiaciones ultravioleta, especialmente de UVA; como es el caso de nuestro paciente que vive en una población serrana de 2 150 metros de altitud, donde también el frío es constante. Algunos los han relacionados con el tabaquismo y alcoholismo, no habiendo sido corroborados. En los pacientes con rinofima, se aprecia un cutis seborreico, en donde la abundante secreción sebácea y la presencia de bacterias, el *D. folliculorum* originarían una infección crónica, causante de fenómenos hiperplásicos, hipertróficos y angiogénicos del rinofima, causantes de la de formación nasal de diversos grados.¹⁴

Histológicamente en el rinofima se observa una epidermis hiperqueratósica, paraqueratósica o atrófica. Aumento del grosor de la dermis, hiperplasia de la matriz, con aumento de colágeno, depósito de mucina, infiltrado inflamatorio crónico, presencia de células: linfocitos, mastocitos, y fibroblastos. Hipertrofia glandular sebácea, telangiectasias, y quistes infundibulares.¹⁵

El tratamiento del rinofima en las formas leves, es similar a la rosácea, tanto localmente como tópicamente. En las formas moderadas iniciales, se indica como tratamiento médico oral, antibióticos, como doxiciclina, 100 mg, cada 12 horas, por 30 a 45 días; luego, una dosis de mantenimiento de 100 mg al día, por 6 a 10 semanas. Bakar recomienda azitromicina, 500 mg, por semana, durante 12 semanas, con la que consigue mejorías notables.⁷ La isotretinoína a dosis bajas, 20 mg por día, mejora la actividad de las glándulas sebáceas. En forma tópica se usa la clindamicina, en loción o gel a las 7 a.m. y las 3 p.m. y el metronidazol, en loción o gel, por las noches, antes de acostarse. Se han usado muchos otros productos locales, como el ácido azelaico y la sulfacetamida sódica, con resultados menores.¹ May-Kanhauser y col. reportan un caso de rosácea granulomatosa remitida después del tratamiento para el *Helicobacter pylori*, con claritromicina, metronidazol y pantoprazol.¹⁶

En la actualidad, cuando el rinofima constituye un padecimiento deformante, se recurre a procedimientos dematoquirúrgicos más efectivos y prácticos y con mejores resultados, como el efectuado en el caso que se presenta. Otro tratamiento para el rinofima es la radiocirugía con radiofrecuencia, que también permite resultados muy estéticos.¹⁷

El láser de CO₂,^{18,19} argón, CO₂/YAG es utilizado especialmente para tratar las telangiectasias, tanto de la rosácea como del rinofima, con buenos resultados.²⁰ Patrick reporta el tratamiento del rinofima con decorticación asociado

al láser.^{20,21} Siempre será importante para un buen resultado dominar las distintas técnicas a emplearse.²²

Se concluye que para los casos moderados de rinofima, la decorticación quirúrgica asociada a la electrofulguración es un método efectivo y estético, como el efectuado en este paciente. El eritema nasal que se presenta en el postoperatorio es normal en los primeros meses. En casos similares, tratados con anterioridad a este, el eritema persistió por tres a cuatro meses, para luego ir tomando el color normal de la piel; en el caso presentado, el color de la piel se normalizó al cuarto mes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Culp B, Scheinfeld N. Rosacea, a review. *PT*. 2009;34:38-44.
2. Sredoja TV, Basta-Juzbasic A, y col. Etiopathogenesis, classification, and current trends in treatment of rosacea. *Acta Dermatovenerol Croat*. 2003;11:236-246.
3. Ghanem V, Coral M, Neal W, et al. The prevalence of ocular signs in acne rosacea: comparing patients from ophthalmology and dermatology clinics. *Cornea*. 2003;22(3):230-233.
4. Szlachcic A. The link between *Helicobacter pylori* infection and rosacea. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2002;16:328-33.
5. Powell FC. Rosacea. *N Engl J Med*. 2005;352(8):793-803.
6. Bikowski JB. Subantimicrobial dose doxycycline for acne and rosacea. *Skinmed*. 2003;2(4):234-245.
7. Bakar O, Demircay Z, Gurbuz O. Therapeutic potential of azithromycin in rosacea. *Int J Dermatol*. 2004;43(2):151-154.
8. Turjanmaa K, Reunala T. Isotretinoin treatment of rosacea. *Acta Derm Venereol*. 1987;67:89-91.
9. Gupta A, Chaudhry HBS. Topical metronidazole for rosacea. *Skin Therapy Letter*. 2002;7(1):12.
10. Thiboutot D, Thieroff-Ekerdt R, Graupe K. Efficacy and safety of azelaic acid (15%) gel as a new treatment for papulopustular. *J Am Acad Dermatol*. 2003;48(6):836-45.
11. Stone D, Chodosh J. Oral tetracyclines for ocular rosacea: an evidence-based review of the literature. *Cornea*. 2004;23(1):106-109.
12. Ta CN, Shine WE, McCulley JP, Pandya A, Trattler W, Norbury JW. Effects of minocycline on the ocular flora of patients with acne rosacea or seborrheic blepharitis. *Cornea*. 2003;22:545-548.
13. Merino EJ, Delgadillo AA. Rinofima. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2004;13:106-109.
14. Aloï F, Tomasini C, Soro E, Pippione M. The clinic pathologic spectrum of rhinophyma. *J Am Acad Dermatol*. 2000;42(3):468-472.
15. Riefkohl R, Georgiade GS, Barwick WJ, Georgiade NG. Rhinophyma: A thirty-five-year experience. *Aesthetic Plast Surg*. 1983;7:131-134.
16. Mayr-Kanhauser S, Kränke B, Kaddu S, Müllegger RR. Resolution of granulomatous rosacea after eradication of *Helicobacter pylori* with clarithromycin, metronidazole and pantoprazole. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2001;13:1379-1383.
17. 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.
18. Greenbaum SS, Krull E, Watnick K. Comparison of CO₂ laser and electrosurgery in the treatment of rhinophyma. *J Am Acad Dermatol*. 1988;18(2 Part 1):363-8.
19. 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(2):109-113.
20. Duffy D, Weiss R, Narurkar V, Tanghetti E. Laser treatment of telangiectasias. *Skin & Aging*. 1999:57-64.
21. Riefkohl R, Georgiade GS, Barwick WJ, Georgiade NG. Rhinophyma: A thirty-five-year experience. *Aesthetic Plast Surg*. 1983;7:131-134.
22. Bogetti P, Boltri M, Spagnoli G, Dolcet M. Surgical treatment of rhinophyma: a comparison of techniques. *Aesthetic Plast Surg*. 2002;26:57-60.

Correspondencia Dr. Octavio Small Arena
octaviosmall@hotmail.com

Fecha de recepción: 13 de febrero de 2013.

Fecha de aceptación: 20 de febrero de 2013.