

# Manejo del rinofima por medio de decorticación con radiofrecuencia (Ellman-Surgitron)

Manuel Barrantes Tijerina,\* Martín Pérez Vasconcelos,\* Elsa Juliette Jacqueline Morel Fuentes\*

## RESUMEN

En este artículo presentamos el caso clínico de un paciente masculino de 70 años con rinofima a quien le fue realizada la resección del mismo mediante decorticación con ondas de radiofrecuencia (Ellman-Surgitron). El individuo hasta ahora no había aceptado el tratamiento que le había sido ofrecido en el pasado, como la resección quirúrgica y reconstrucción utilizando un colgajo frontal, el cual permitía la resección completa de los tejidos afectados y la reconstrucción nasal completa. El método de resección por medio de ondas de radiofrecuencia nos brinda las ventajas de ser sencillo y prácticamente asintomático para el sujeto, con un buen resultado estético. Objetivo: Utilizar un método de tratamiento sencillo, con rápida recuperación para el paciente y buenos resultados cosméticos.

**Palabras clave:** Rinofima, electrocirugía, radiofrecuencia, decorticación.

**Nivel de evidencia:** IV.

*Management of rhinophyma with radiofrequency decortication (Ellman-Surgitron)*

## ABSTRACT

*A 70-year-old man presented with a severe case of rhinophyma. The mass was widely excised using radiosurgery. The patient had never agreed to the surgical procedure he was offered before by another specialist, like a frontal flap for total reconstruction of the nose, allowing the total removal of the affected nasal skin and soft tissue. Using excision with radiosurgery, the patient requires minimal postoperative care. Radiosurgery did provide in this case a very satisfactory cosmetic result.*

**Key words:** Rhinophyma, electro-surgery, radiofrequency, decortication.

**Level of evidence:** IV.

## INTRODUCCIÓN

El rinofima es un padecimiento que afecta más comúnmente los dos tercios inferiores de la nariz, aunque también se ha descrito que puede involucrar la totalidad de la nariz, orejas, región frontal, además de párpados. La etiología aún se desconoce, pero estuvo mucho tiempo asociado erróneamente al consu-

mo crónico de bebidas alcohólicas.<sup>1,2</sup> Se considera la etapa final de la entidad conocida como «acné rosácea» y tiene secuelas importantes en el aspecto cosmético, emocional y funcional, como la obstrucción de la vía aérea.

Histológicamente, los hallazgos descritos son presencia de inflamación crónica, hiperplasia de las glándulas sebáceas, dilatación de sus conductos, hipervascularización, telangiectasias e infiltración leucocitaria.<sup>3</sup> El aspecto macroscópico de este lento crecimiento de los tejidos conectivos y glandulares da como resultado una nariz eritematosa, con múltiples nodulaciones que pueden variar en número y tamaño, deformando la nariz.

Existe una mayor prevalencia (12:1) en pacientes masculinos y en un promedio de edad entre 40 y 60 años.<sup>4</sup>

Actualmente no existe un tratamiento considerado como estándar de oro para este padecimiento.<sup>5</sup> Los abordajes médicos hasta el momento han fracasado o han sido insuficientes.

\* Servicio de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva.  
Hospital Centro Médico ABC.

Recibido para publicación: 24/02/2015. Aceptado: 10/11/2015.

Correspondencia: Dr. Manuel Barrantes Tijerina

Sur 136 Núm. 116, consultorio 313, Col. Las Américas, 01120,  
Delegación Álvaro Obregón.

Torre McKenzie, Hospital ABC.

Tel: 52722702 / 52723584

E-mail: eldoctor98@prodigy.net.mx / docbarrantes@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:  
<http://www.medigraphic.com/analesmedicos>

El tratamiento quirúrgico actualmente se divide en cuatro etapas:<sup>6</sup>

1. Resección o decorticación de tejido excedente, o resección completa del tejido afectado.
2. Definición del contorno nasal.
3. Hemostasia.
4. Cuidados postoperatorios.

### CASO CLÍNICO

Presentamos nuestra experiencia en el manejo de un paciente masculino de 70 años de edad quien refiere haber notado cambios anatomofuncionales en su nariz desde hace aproximadamente 15 años; dichas modificaciones provocaron alteraciones importantes de tipo emocional, asociadas con patrones obstructivos de la vía aérea por la disminución del diámetro de las narinas (*Figura 1*).

### MATERIAL

Utilizamos un electrocoagulador (Surgitron 4.0 MHz Dual-Frequency RF, Ellman International) que actúa por ondas de radiofrecuencia, generando calor no difuso. Regulamos la potencia entre 4 y 6 MHz, a través de un asa redonda de 10 mm; para coagulación de vasos aislados, se utilizó una punta roma.

El efecto cortante proviene del calor producido a partir de la resistencia generada por los tejidos al recibir las ondas de radiofrecuencia. Este aparato

nos permite una resección del tejido hiperplásico simultáneamente a una adecuada hemostasia. El corto rango de las ondas evita el sobrecalentamiento de los tejidos circundantes y daño colateral de los mismos.<sup>7</sup>

Debido a que existe un riesgo de carcinoma de células basales en los pacientes con rinofima de un tres a 10%, la utilización de resección con radiofrecuencia se vuelve muy útil ya que nos permite poder enviar los tejidos afectados resecados a estudio histopatológico.<sup>8</sup>

La profundidad de la resección idealmente no debe ser por debajo de la unidad pilosebácea, núcleo de regeneración para permitir una adecuada epitelización, buscando evitar la presentación de cicatrices hipertróficas y deformaciones de la estructura nasal. Los sitios donde debemos poner particular atención son la región de alares y *supratip* para evitar el daño al cartílago subyacente.<sup>9,10</sup>

### TÉCNICA

Paciente bajo anestesia general, infiltración de la región nasal con solución fisiológica de 1/200,000 de epinefrina más 12 cm<sup>3</sup> de xilocaína al 2%; infiltramos en la región nasal 7 mL.

Iniciamos la resección del tejido excedente hiperplásico con ondas de radiofrecuencia utilizando una punta en asa redonda, buscando aproximarnos de forma simétrica y armónica lo más posible a un contorno cosmético de la nariz, manteniéndonos a una adecuada profundidad (*Figura 2*).



**Figura 1.**

Paciente masculino de 70 años con rinofima que abarca la nariz en forma completa, de más de 15 años de evolución; foto preoperatoria, frente y perfil.

Mantenemos la región húmeda por medio de gasas impregnadas con la solución antes mencionada.

Se modula la intensidad de 4 a 6 Mhz, disminuyéndola a nivel de alares y punta nasal para evitar lesionar el cartílago.<sup>11</sup> Utilizamos la punta roma para la cauterización específica de algún vaso.

Al terminar la resección, se cubre la superficie nasal con apósitos estériles vaselinados (Jelonet) y po-



**Figura 2.** Foto transoperatoria, decorticación con radiofrecuencia. Extracción del tejido redundante; se envía pieza a estudio histopatológico.



**Figura 3.** Foto postquirúrgica inmediata.

limixina B, bacitracina zinc y neomicina (Neosporin Dérmico).

Brindamos un cuidado postoperatorio equivalente al de una quemadura de segundo grado.

Durante el postoperatorio inmediato, el paciente no presenta sintomatología alguna (*Figura 3*).

## RESULTADOS

La primera semana postoperatoria se observa aún el área en proceso de granulación con mínimo exudado de fibrina, regularidad en la superficie tratada y totalmente asintomática (*Figura 4*).

El segundo mes nos permite observar una mejoría en el contorno, en la definición de la superficie de la punta nasal y el borde superior de las narinas, lo cual ha sido tendiente a la mejoría hasta la fecha. Se ha logrado con esto una total satisfacción del paciente (*Figura 5*).

## DISCUSIÓN

El rinofima es un padecimiento que se caracteriza por su lento crecimiento, que finalmente trae severas secuelas cosméticas y estigmas sociales.<sup>1</sup> La población más afectada por este padecimiento son hombres entre 45 y 70 años de edad. La causa aún permanece desconocida. En casos leves se han ofrecido tratamientos médicos como antibióticos, y se ha descrito leve mejoría sin reversión de la hipertrofia de los tejidos.



**Figura 4.** Foto durante la primera semana postoperatoria.



Figura 5. Foto a los dos meses postoperatorios.

Los tratamientos ofrecidos a los pacientes con rinofima de moderado a severo han sido limitados, todos consisten en reseca el tejido afectado y tratar de brindar una adecuada cobertura para mejorar el aspecto estético. Cada uno de estos tratamientos presenta tanto ventajas como desventajas.<sup>5</sup>

Las técnicas de resección descritas son:

- Quirúrgica: la resección total del tejido con reconstrucción por medio de colgajo frontal.
- La segunda opción quirúrgica es la resección parcial laminar del tejido afectado y cierre por medio de segunda intención, con bisturí, a través de criocirugía o electrocauterización.<sup>4</sup>
- La tercera opción terapéutica es la ablación por medio de láser CO<sub>2</sub> o YAG (granate de itrio y aluminio).<sup>8,9</sup>

Presentamos en este artículo nuestra experiencia en la utilización de ondas de radiofrecuencia con el aparato Ellman.<sup>6</sup> Este procedimiento tiene la ventaja

de ser rápido, poco doloroso, con una rápida recuperación, buen resultado cosmético y bajo costo.

El tratamiento del paciente con rinofima por medio de resección con radiofrecuencia ha sido descrito por varios autores; todos coinciden, al igual que nosotros, en que brinda excelentes resultados cosméticos. Presenta la ventaja de ser un procedimiento técnicamente sencillo, comparado al láser CO<sub>2</sub>, con pocos cuidados postoperatorios, prácticamente asintomático y tolerable en el postoperatorio inmediato y mediato.

### CONCLUSIÓN

El tratamiento del rinofima por medio de la resección con ondas de radiofrecuencia es sencillo y rápido de realizar, presenta una buena recuperación postoperatoria del paciente y un adecuado resultado cosmético.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Fishman JM, Kundu S, Draper M. "A close shave" —use of a disposable razorblade in the management of rhinophyma. *Ann R Coll Surg Engl.* 2009; 91 (2): 167.
2. Orenstein A, Haik J, Tamir J, Winkler E, Frand J, Zilinsky I et al. Treatment of rhinophyma with Er:YAG laser. *Lasers Surg Med.* 2001; 29 (3): 230-235.
3. Fincher EF, Gladstone HB. Use of a dual-mode erbium:YAG laser for the surgical correction of rhinophyma. *Arch Facial Plast Surg.* 2004; 6 (4): 267-271.
4. Vural E, Royer MC, Kokoska MS. Sculpting resection of rhinophyma using the Shaw scalpel. *Arch Facial Plast Surg.* 2009; 11 (4): 263-266.
5. Little SC, Stucker FJ, Compton A, Park SS. Nuances in the management of rhinophyma. *Facial Plast Surg.* 2012; 28 (2): 231-237.
6. Somogyvári K, Battyáni Z, Móricz P, Gerlinger I. Radiosurgical excision of rhinophyma. *Dermatol Surg.* 2011; 37 (5): 684-687.
7. Rørdam OM, Guldbakke K. Rhinophyma: big problem, simple solution. *Acta Derm Venereol.* 2011; 91 (2): 188-189.
8. Goon PK, Dalal M, Peart FC. The gold standard for decortication of rhinophyma: combined erbium-YAG/CO<sub>2</sub> laser. *Aesthetic Plast Surg.* 2004; 28 (6): 456-460.
9. Madan V, Ferguson JE, August PJ. Carbon dioxide laser treatment of rhinophyma: a review of 124 patients. *Br J Dermatol.* 2009; 161 (4): 814-818.
10. Stucker FJ, Lian T, Sanders K. The ABCs of rhinophyma management. *Am J Rhinol.* 2003; 17 (1): 45-49.
11. Rohrich RJ, Griffin JR, Adams WP Jr. Rhinophyma: review and update. *Plast Reconstr Surg.* 2002; 110 (3): 860-869.