



CASO CLÍNICO



Manejo quirúrgico del rinofima en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos

Surgical management of rhinophyma at Central South High Specialty Hospital Mexican Oil

Dra. Priscila Rojas García,* Dr. Marco Antonio Cuervo Vergara,**
Dr. Jorge Eduardo Gutiérrez Salgado,*** Dr. Cuauhtémoc Márquez Espriella****

Palabras clave:

Rinofima, queratinocitos cultivados, reconstrucción nasal, rosácea, deformidad nasal, escisión tangencial.

Key words:

Rhinophyma, cultured keratinocytes, nasal reconstruction, rosacea, nasal deformity, tangential excision.

* Médico residente de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

** Cirujano general adscrito y profesor adjunto del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

*** Cirujano plástico adscrito y profesor adjunto del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

**** Cirujano plástico, Jefe del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos (PEMEX).

Los autores de este artículo no tienen conflicto de intereses que declarar.

Recibido:
31 agosto 2017
Aceptado para publicación:
07 mayo 2018

RESUMEN

Rinofima es un término que deriva del griego y significa «crecimiento nasal». Es una deformidad cutánea de comportamiento benigno; se caracteriza por un crecimiento lento y progresivo de la nariz que puede generar importantes alteraciones en su morfología. Afecta principalmente a hombres caucásicos entre la quinta y séptima década de la vida, debido a un aumento de glándulas sebáceas y tejidos blandos, sin que se tenga clara la causa exacta de su origen, por lo que se considera una enfermedad multifactorial. La rinofima pertenece al grupo de las rosáceas, se incluye dentro de la etapa avanzada o estadio IV o rosácea fimatosa o bulbosa. El diagnóstico es clínico como consecuencia de las características que favorecen edema crónico, inflamación local, fibrosis e hiperplasia sebácea y dérmica, y la cirugía es la base del tratamiento. Existen múltiples técnicas descritas para etapas tempranas y tardías; sin embargo, la resección quirúrgica es la mejor alternativa para un resultado óptimo y hasta el momento no se ha encontrado la técnica ideal. Describimos el procedimiento para el manejo reconstructivo de pacientes con rinofima llevada a cabo en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos, en ocho pacientes tratados quirúrgicamente en forma ambulatoria mediante resección con electrocauterio, lijado para regularizar la superficie y aplicación de parches de queratinocitos cultivados para cubrir el área reseçada con retiro a los siete días. Los resultados funcionales y estéticos fueron excelentes.

ABSTRACT

Rhinophyma is a term that derives from Greek and means «nasal growth». It is a benign cutaneous deformity that is characterized by a slow and progressive growth of the nose which can generate important changes in its morphology. It mainly affects Caucasian men between the 5th and 7th decade of life, due to an increase in sebaceous glands and soft tissue. As the exact cause of its origin is not known, it is considered a multifactorial disease. The rhinophyma belongs to the group of rosacea, included in the advanced stage or stage IV or fimatous or bulbous rosacea. The diagnosis is clinical as a consequence of the characteristics that favor chronic edema, local inflammation, fibrosis and sebaceous and dermal hyperplasia, and surgery is the basis of treatment. There are multiple techniques described for early and late stages; however, surgical resection is the best alternative for an optimal result and so far the ideal technique has not been found. We describe the technique for the reconstructive management of patients with rhinophyma carried out at the Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos, in 8 patients treated surgically on an outpatient basis using electrocautery resection, sanding to even out the surface and then the application of patches of cultured keratinocytes to cover the resected area with removal at seven days. The functional and aesthetic results were excellent.

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

Rinofima (rhinophyma), del griego $\rho\iota\nu\omicron\varsigma$ = *Rhinos*, *rhis* (nariz) y $\Phi\iota\mu\alpha$ = *pýma* (agrandamiento, crecimiento desmedido, tumor), se refiere a nariz agrandada exageradamente. Es

una deformidad cutánea, de comportamiento benigno, que se caracteriza por el crecimiento lento y progresivo de la nariz con la capacidad de producir alteraciones severas en su morfología.¹⁻³ Afecta principalmente a hombres caucásicos en una relación hombre-mujer



de aproximadamente 12-30:1.^{1,2} La edad de mayor incidencia es entre la quinta y séptima década de la vida.¹⁻⁴

Esta patología pertenece al grupo de las rosáceas, considerada en una etapa avanzada de la enfermedad (estadio IV o rosácea fimatosa).^{1,2} Se ha reportado una prevalencia de 3.7% dentro de los subtipos de rosáceas y es más común encontrar casos al oeste de Escocia.²

La causa exacta de la rinofima no se ha determinado con claridad; se considera una enfermedad de origen multifactorial que provoca vasodilatación superficial descontrolada que favorece edema crónico del intersticio dérmico, inflamación local, fibrosis e hiperplasia sebácea y dérmica secundaria que dan los datos clínicos característicos de esta patología.¹⁻⁹ El diagnóstico es principalmente clínico y la cirugía es la base del tratamiento.^{2,4} Existen diversas opciones para el tratamiento tanto en etapas tempranas como tardías; sin embargo, la resección quirúrgica es la mejor alternativa para obtener un resultado óptimo.^{1,8-12}

El objetivo de este trabajo es describir la técnica que utilizamos en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos en el manejo reconstructivo de pacientes con rinofima.

MATERIAL Y MÉTODO

Se llevó a cabo la revisión de expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de rinofima más resección y reconstrucción nasal

entre los años 2010 y 2015, realizados con la misma técnica quirúrgica en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos.

La técnica quirúrgica consistió en colocar al paciente en decúbito dorsal bajo sedación y realizar antisepsia con yodopovidona, clorhexidina o jabón quirúrgico. Se infiltró el área a resecar con una solución compuesta por lidocaína + epinefrina al 2%, esperando de siete a ocho minutos para permitir la latencia de la epinefrina; se escindió las lesiones cutáneas con electrocauterio monopolar en asa en modalidad de corte a 25 mV hasta identificar tejido sano; se regularizó la superficie por medio de abrasión con lija e hizo hemostasia de vasos pulsátiles con electrocauterio y el sangrado en capa que se pudiera presentar se controló con digitopresión para evitar necrosis tisular. Por último, se cubrió el área cruenta con un parche de queratinocitos cultivados que se dejó por siete días.

El procedimiento se llevó a cabo como cirugía ambulatoria y los pacientes egresaron en cuanto pasaron los efectos de los anestésicos, indicando ingesta de antibiótico profiláctico del tipo cefalosporina y analgésico no esteroideo en caso de dolor y se continuó la vigilancia en la consulta externa. Al séptimo día postoperatorio se retiró el parche de queratinocitos cultivados y se indicó el uso de filtros o pantallas solares por un mínimo de seis meses para evitar hiperpigmentación.

Cuadro I. Resultados por paciente, edad, sexo y evolución postoperatoria.

Paciente	Edad (años)	Género (M = mujer, H = hombre)	Complicaciones	Recidiva	Tiempo de cicatrización (semanas)	Tiempo de seguimiento (semanas)
1	57	M	No	No	4	6
2	56	H	No	No	1	2
3	62	H	No	No	1	13
4	66	H	No	No	4	52
5	53	H	No	No	4	4
6	22	H	No	No	2	2
7	45	M	No	No	6	53
8	50	H	No	No	–	0

RESULTADOS

Se incluyó en el estudio un total de ocho pacientes: seis hombres y dos mujeres, con un rango de edad de 22 a 66 años (media 51.37 ± 13.56 , mediana 54.5 años) (Cuadro I). Todos los pacientes fueron sometidos a la técnica quirúrgica descrita. El rango de epitelización fue de una a seis semanas (media 3.1, moda 4) (Figuras 1 a 6). Un paciente requirió dos resecciones seriadas debido al gran tamaño de la rinofima, considerando que el procedimiento seriado era más seguro para la irrigación tisular. En el estudio histopatológico se reportó un paciente con carcinoma basocelular.

Ningún paciente presentó complicaciones ni recidiva durante el seguimiento que fue de dos a 53 semanas (media 18.85 ± 23.28). Sólo un paciente no acudió a las visitas postoperatorias.



Figura 1. Preoperatorio: hombre de 66 años con diagnóstico de rinofima.



Figura 2. Postoperatorio: 12 meses después del procedimiento quirúrgico.

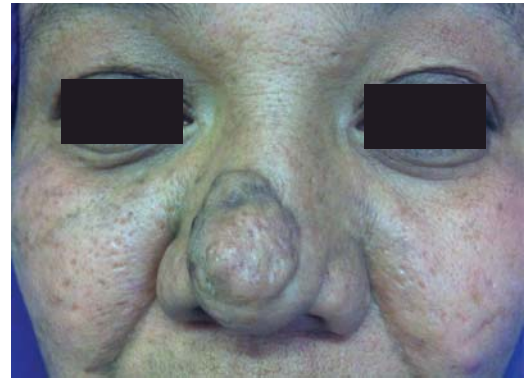


Figura 3. Preoperatorio: mujer de 45 años con diagnóstico de rinofima.



Figura 4. Postoperatorio: 12 meses después del procedimiento quirúrgico.

DISCUSIÓN

La rinofima es una deformidad cutánea de comportamiento benigno; se caracteriza por el crecimiento lento y progresivo de la nariz, con la posibilidad de producir alteraciones morfológicas severas e impacto en la función, estética nasal y en la calidad de vida de los pacientes.¹⁻³

Sabemos que afecta principalmente a hombres caucásicos en una relación hombre-mujer de aproximadamente 12-30:1.^{1,2} Nuestro estudio evidenció también una mayor incidencia en el hombre, pero con una relación 4:1.

Está descrito que la edad de mayor ocurrencia es entre la quinta y séptima década de la vida^{1,2,4} y nuestros resultados muestran una mayor incidencia en la sexta y séptima década.

Existen múltiples opciones quirúrgicas sin que contemos hasta el momento con una téc-

nica considerada como el estándar de oro. Se han descrito tratamientos conservadores como queratolíticos (peróxido de benzoilo o ácido azelaico), antibióticos (metronidazol), medicación sistémica con antibióticos (metronidazol, eritromicina, tetraciclinas), retinoides (isotretinoína),¹⁻⁷ hasta procedimientos invasivos como dermoabrasión, cirugía escisional con bisturí frío o con harmónico, criocirugía, decorticación con electrocauterio y/o exéresis con láser de CO₂;^{2,4} sin embargo, todas estas descripciones son poco eficaces en términos reconstructivos, ya que presentan altas tasas de recidiva o bien favorecen el cierre por segunda intención, lo que implica cuidados postoperatorios prolongados, costosos y estéticamente inaceptables.

Al evitar el cierre por segunda intención, regularizar la superficie, manejar cuidadosamente

los tejidos e implementar el uso de queratinocitos cultivados, proveemos a los pacientes una resección definitiva y una reepitelización funcional y estética, reduciendo el tiempo de recuperación y las complicaciones postoperatorias como mala cicatrización, heridas crónicas, retracción cutánea, infecciones, necesidad de injertos, entre otras.

Una limitante de nuestro estudio es el número de pacientes, ya que la rinofima es una patología poco frecuente. Podríamos ampliar la muestra al solicitar el envío de estos pacientes a nuestro servicio desde todas las unidades de adscripción.

CONCLUSIONES

La técnica descrita utilizada en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva de nuestra institución para la resección y reconstrucción nasal secundaria a rinofima es un método sencillo, práctico y reproducible; provee una cobertura especializada que permite la reepitelización adecuada y evita el cierre por segunda intención y las cicatrices deformantes que ésta genera. Esta técnica se ha convertido en la elección para pacientes con patologías deformantes como la rinofima.

REFERENCIAS

1. Laun J, Gopman J, Elston JB, Harrington MA. Rhinophyma. *Eplasty* 2015; 15: ic25.
2. Troncoso RA, Torrealba PR, Bozán SF, Lazo CA. Rinofima severo. *Rev Chil Cir* 2012; 64 (2): 194-198.
3. Curnier A, Choudhary S. Triple approach to rhinophyma. *Ann Plast Surg* 2002; 49: 211-214.
4. Sahin C, Turker M, Celasun B. Giant rhinophyma: excision with coablation assisted surgery. *Indian J Plast Surg* 2014; 47 (3): 450-452.
5. Payne W, Wang X, Walusimbi M et al. Further evidence for the role of fibrosis in the pathobiology of rhinophyma. *Ann Plast Surg* 2002; 48: 641-645.
6. Zide MF. Surgical removal of rhinophyma. *J Oral Maxillofac Surg* 2008; 66: 2168-2177.
7. Sadick H, Goepel B, Bersch C, et al. Rhinophyma: diagnosis and treatment options for a disfiguring tumor of the nose. *Ann Plast Surg* 2008; 61: 114-120.
8. Erisir F, Isildak H, Haciyeve Y. Management of mild to moderate rhinophyma with a radiofrequency. *J Craniofac Surg* 2009; 20: 455-456.
9. Delikonstantinou I, Itte V, Frew Q, Muttardi E. Management of advanced rhinophyma with shave excision and noncultured autologous skin cell transplantation. *Eur J Plast Surg* 2014; 37: 619-622.



Figura 5. Preoperatorio: hombre de 56 años con diagnóstico de rinofima.



Figura 6. Postoperatorio: 12 semanas después del procedimiento quirúrgico.

10. Karacor-Altuntas Z, Dadaci M, Ince B, Altuntas M. A new surgical technique of rhinophyma (gull-wing technique). *J Craniofac Surg* 2015; 26 (1): e28-e30.
11. Stucker FJ, Nathan ChA, Lian T. Management experience in 142 cases of rhinophyma. *International Congress Series* 2003. pp. 615-619.
12. Rex J, Ribera M, Isabel B et al. Surgical management of rhinophyma: report of eight patients treated with electro section. *Dermatol Surg* 2002; 28: 347-349.

Correspondencia:**Dra. Priscila Rojas García.**

Hospital Central Sur de Alta
Especialidad PEMEX «Picacho».
Blvd. Adolfo Ruiz Cortines 4091,
Alcaldía Tlalpan,
Fuentes del Pedregal.
14140 México, Ciudad de México.
E-mail: rojas.priscila@gmail.com

www.medigraphic.org.mx