

**Revista del  
Centro Dermatológico Pascua**

**Volumen** 13  
*Volume*

**Número** 2  
*Number*

**Mayo-Agosto** 2004  
*May-August*

*Artículo:*




**Rinofima**

Derechos reservados, Copyright © 2004:  
Centro Dermatológico Pascua

**Otras secciones de  
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in  
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



**medigraphic.com**

# Rinofima

Dr. Julio Enríquez Merino,\* Dra. Araceli Alvarado Delgadillo\*\*

## RESUMEN

El rinofima es la manifestación más tardía y avanzada de la rosácea. Su fisiopatología se conoce poco, aunque se atribuye a una anomalía primaria de la vascularización facial con edema permanente de la dermis y reacción inflamatoria crónica. El tratamiento es básicamente quirúrgico, con crioterapia o con laserterapia. Se presenta un caso de rinofima con tratamiento combinado con cirugía y aplicación de láser CO<sub>2</sub>.

Palabras clave: Rinofima.

## ABSTRACT

*Rhinophyma is the latest and advanced stage of rosacea. There is little known of its physiopathology although it's attributed to a primary vascular anomaly of the face, including permanent edema of the dermis and a chronic inflammatory reaction. The treatment is primarily surgical with cryotherapy or lasertherapy. We present a case of rhinophyma, treated with a combination of surgery and application of CO<sub>2</sub> laser.*

**Key words:** *Rhinophyma.*

## INTRODUCCIÓN

El rinofima fue inicialmente reconocido desde la antigua Grecia y Arabia. El nombre proviene de las raíces griegas **rhis**, nariz, y **phyma**, importante crecimiento.

Existen numerosas designaciones populares para describir la nariz inflamada, hipertrófica y eritematosa, característica del rinofima. Se ha asociado al consumo de alcohol sin que exista evidencia clara de ello, sin embargo, el ruborizamiento facial causado por sustancias vasoactivas como cafeína y alcohol pueden exacerbar el rinofima. En los últimos 40 años se han realizado numerosos reportes de que la progresión de la rosácea y el acné rosácea tienen como manifestación final el rinofima.

Rebora<sup>1</sup> describe 4 estadios de la rosácea que culminan con el rinofima:

- 1) Ruborizamiento facial frecuente. Wilkin señala que la rosácea es esencialmente un desorden vascular cutáneo.

- 2) Engrosamiento de la piel, telangiectasias y eritema persistente.
- 3) Acné rosácea, caracterizado por pápulas eritematosas, pústulas, que afectan la frente, área glabellar, región malar, nariz y mentón. Las pústulas pueden ocasionalmente afectar otras áreas como el pecho, la espalda y la piel cabelluda de áreas calvas. Wilkin clasifica estos tres estadios como pre-rosácea, rosácea vascular y rosácea inflamatoria.<sup>2</sup>
- 4) Rinofima. El grupo que desarrolla rinofima es pequeño, comparado con los que desarrollan pápulo-pústulas.

La piel de la nariz se encuentra eritematosa, con telangiectasias, en ocasiones de color púrpura, puede también tener depresiones, fisuras y cicatrices. La abundante secreción sebácea y la presencia de bacterias conllevan a una infección crónica de la piel con olor desagradable; la punta nasal frecuentemente se alarga, el dorso, las alas y las paredes laterales de la nariz se afectan en menor grado. El tejido empieza a hipertrofiarse en la punta de la nariz y progresa afectando las alas y el tabique nasal. Al hipertrofiarse la piel, las subunidades estéticas de la nariz se distorsionan por lo que algunos pacientes pueden tener obstrucción secundaria de las vías aéreas. Puede observarse un crecimiento de

\* Jefe de Cirugía Dermatológica, Centro Dermatológico Pascua (CDP).

\*\* Residente 3er año, CDP.

tipo tumoral y aspecto nodular causando una deformidad dramática.

La nariz no es el único sitio que se afecta, pueden formarse lesiones del mismo tipo en las zonas cercanas de las mejillas, orejas (otofima), la frente (zigofima) y en el mentón (mentofima).<sup>3</sup>

La rosácea ha sido reportada con una frecuencia que va del 0.5 al 10% considerándose que afecta más a la mujer. En contraste la progresión del engrosamiento de la piel hacia un rinofima es más común en el hombre, con una relación de 5:1 hasta 30:1 con respecto a la mujer.<sup>4,5</sup>

Histológicamente pueden observarse principalmente 2 aspectos diferentes:

En pacientes con rinofima común, epidermis de grosor normal, con infundíbulos pilosos dilatados, en dermis superficial dilatación de capilares, vénulas y vasos linfáticos, con aumento de glándulas sebáceas, estroma edematosos con abundantes fibrohistiocitos, focos de infiltrados inflamatorios de linfocitos y plasmocitos, fibrosis moderada en dermis superficial y reticular.

En casos severos la epidermis se encuentra adelgazada, con pocos infundíbulos ligeramente dilatados, dermis marcadamente engrosada, e importante reducción del número de folículos pilosebáceos, estroma muy fibrótico con áreas de edema, aumento de mastocitos y numerosas dilataciones vasculares capilares, venulares y linfáticas que afectan toda la dermis.<sup>6</sup>

El tratamiento del rinofima incluye diversas modalidades, desde el manejo médico con tretinoína, tetraciclinas e incluso la isotretinoína oral. En los casos severos y con gran hipertrofia de la piel el tratamiento quirúrgico es el indicado, con procedimientos tales como la decoritización con bisturí, electrocirugía, radiocirugía, criocirugía, aplicación de ácido tricloroacético, dermoabrasión, y aplicación de rayo láser de CO<sub>2</sub>, cada uno con resultados muy adecuados.<sup>7-10</sup>

### CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente con rinofima severo, con deformación de la nariz, el cual fue tratado con cirugía con bisturí, efectuando una resección del tejido redundante y creando un colgajo con la piel del dorso de la nariz para reconstruir la zona de la punta nasal.

Paciente masculino de 75 años, originario y residente de la Cd. de México, mecánico, que presenta una dermatosis localizada en la nariz, afectando principalmente la punta nasal. Dermatosis caracterizada por gran aumento de volumen del lóbulo nasal, de aspecto piriforme, el lóbulo nasal cae sobre el labio superior, fijo a un pedícu-

lo, la superficie de la piel con gran dilatación de los *ostium* foliculares y abundante seborrea (*Figuras 1, 2 y 3*). No se encuentran antecedentes de importancia para el problema cutáneo.

El paciente es sometido a cirugía para reducir el tamaño del lóbulo de la nariz. Se realiza una incisión amplia rodeando la zona del pedículo y extendiéndola hacia el dorso de la nariz formando un colgajo en el dorso, para poder cubrir el defecto creado al realizar la resección de la gran masa péndula (*Figura 4*), con este colgajo se cubre nuevamente el lóbulo nasal y la zona del *filtrum*. El colgajo se sutura a su lecho receptor con puntos simples de Nylon 5-0, previa realización de la hemostasia (*Figura 5*). La evolución del paciente fue satisfactoria, cursando sin complicaciones y cicatrizando adecuadamente. Sin embargo, el borde cicatrizal se hace evidente (*Figura 6*). Se mantiene en observación durante 5 meses, al cabo de los cuales se realiza manejo con láser de CO<sub>2</sub> en modo ultrapulsado, a 350 mj/seg, efectuando 2 pases sobre toda el área de la nariz, con reepitelización dentro de los primeros 7 días posteriores a la aplicación del láser, sin complicaciones (*Figura 7*).

### CONCLUSIONES

Se ha reconocido que el rinofima puede cursar con 4 estadios clínicos, descritos por Rebora: 1) pre-rosácea, 2) rosácea vascular 3) acné rosácea (rosácea inflamatoria) 4) Rinofima. La nariz es frecuentemente la única estructura afectada, pero pueden afectarse: el mentón, las orejas y el área zigomática. La nariz se alarga, se torna eritematosa, algunas veces de color púrpura, la piel presenta pequeñas lesiones puntiformes, fisuras y cicatrices. La abundante secreción sebácea y la presencia de bacterias condicionan una infección crónica; la piel de la nariz se hipertrofia y distorsiona las subunidades estéticas de la misma.

El tratamiento del rinofima depende de la etapa clínica en que se encuentra. Las etapas iniciales pueden mejorar con tratamientos clínicos, en casos más avanzados los tratamientos tienen que ser de índole quirúrgico, (dermoabrasión, resecciones con bisturí, colocación de injertos y la aplicación de rayo láser). Cada tipo de procedimiento tiene características propias y ofrece resultados adecuados de acuerdo a una correcta selección del paciente.

En relación al caso presentado se tomó la decisión de efectuar una resección de la porción distal de la nariz, ya que la gran hipertrofia de la piel provocaba un gran aumento del tamaño de la nariz que producía un apéndice colgante. El diseño de un colgajo con la piel del dorso



**Figura 1.** Gran aumento de volumen del lóbulo nasal, con poros dilatados y telangiectasias.



**Figura 2.** Aspecto piriforme del lóbulo nasal, por su tamaño se apoya sobre el labio superior.



**Figura 3.** Vista inferior del lóbulo nasal, ocluye de forma importante las vías nasales.



**Figura 4.** Delimitación de la zona que se va a resecar.



**Figura 5.** Aspecto de la nariz en el primer día posoperatorio.



**Figura 6.** Aspecto de la nariz 3 meses de posoperatorio de la resección del excedente del tejido.



**Figura 7.** Aspecto lateral de la nariz a un mes de posoperatorio de manejo con láser de CO<sub>2</sub>.

para reconstruir la punta nasal permitió obtener suficiente tejido para cubrir el defecto creado por la resección. En cuanto al tamaño final de la nariz, el cambio proporcionó un volumen más cercano al normal. Sin embargo, este procedimiento no puede modificar de forma importante la textura de la superficie cutánea, persistiendo el aspecto de poros dilatados y en algunos sitios la presencia de telangiectasias. Siendo posible en otra oportunidad la utilización de una láser-abrasión moderada. Los tratamientos combinados en estos casos dan mejores resultados.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Rebora A. Rosacea. *J Invest Dermatol* 1987; 88(Suppl): 56.
2. Wilkin JK. Rosacea. Pathophysiology and treatment. *Arch Dermatol* 1994; 130: 359.
3. Rohrich RJ et al. Rhinophyma: Review and Update. *Plast Reconstr Surg* 2002; 110(3): 860-869.
4. Gajewska M. Rosacea on common male baldness. *Br J Dermatol* 1975; 93: 63.
5. Berg M, Liden S. An epidemiological study of rosacea. *Acta Derm Venereol* 1989; 69: 419.
6. Aloï F et al. The clinicopathologic spectrum of rhinophyma. *JAAD* 2000; 42: 468-72.
7. Redet RJ et al. Methods and results of rhinophyma Treatment. *Plast Reconstr Surg* 2001; 107(5): 1115-1123.
8. Carbajosa J. Rinofima. Tratamiento combinado con decorticación nasal y láser de anilinas. *Piel* 1998; 13(1): 9-12.
9. Greenbaum SS, Krull EA, Watnick K. Comparison of CO<sub>2</sub> laser and electrosurgery in the treatment of rhinophyma. *Am Acad Dermatol* 1988; 18: 363-368.
10. Cohon AF, Tiemstra JD. Diagnosis and treatment of rosacea. *Plast Reconstr Surg* 2002; 15(3): 214-217.