

Rinofima – Auto injerto de piel total

Rhinophyma - total skin autograft

Diego Israel Ovando Arcienega¹, Marcelo Paredes Rojas¹, Eligio Arcienega Llano²

¹Estudiantes de Medicina, Universidad Mayor de San Simón. Cochabamba, Bolivia.

²Cirujano Plástico en Caja Nacional de Salud.

Correspondencia a:
Diego Israel Ovando Arcienega
diego_oa@hotmail.com

Palabras clave: Rinofima, Injerto de piel.

Keywords: Rhinophyma. Skin graft

RESUMEN

La rosácea es una dermatosis crónica de origen desconocido, principalmente localizada en la cara, caracterizada por episodios de rubefacción, edema, enrojecimiento con aparición de pápulas, pústulas, telangiectasis y fibrosis. El rinofima representa la etapa avanzada de la rosácea, mostrando una hiperplasia e hipertrofia de las glándulas sebáceas a nivel nasal, con apariencia engrosada e irregular, lobulada de coloración rojo-púrpura con presencia de poros dilatados. Se han propuesto varios factores: genéticos, luz solar, calor, frío, esteroides, consumo de alcohol (no demostrado) presencia de *Helicobacter pylori*, infecciosos y seborreicos. También puede representar una reacción de hipersensibilidad al ácaro *Demodex folliculorum*. Para su tratamiento se utiliza: antibióticos, retinoides, crioterapia, radioterapia, escisión tangencial y escisión de espesor completo con cierre directo, con o sin injertos de piel. En los casos de rinofima con grandes tumoraciones y compromiso de las vías aéreas, la mejor elección de tratamiento es quirúrgico.

ABSTRACT

Rosacea is a chronic skin disease of unknown origin, mainly located on the face, characterized by episodes of flushing, edema, redness with papules, pustules, telangiectasia and fibrosis. The rhinophyma represents the advanced stage of rosacea, showing hyperplasia and hypertrophy of the sebaceous glands on the nose, with thickened, irregular, lobed appearance, red-purple color and dilated pores. Several factors have been proposed, like: genetic, sunlight, heat, cold, steroids, alcohol consumption (not shown), and the presence of *Helicobacter pylori*, infections and seborrhea factors. It may also represent a hypersensitivity reaction to *Demodex folliculorum* acarus. Antibiotics, retinoids, cryotherapy, radiotherapy, tangential excision and full-thickness excision with direct closure with or without skin grafts are used for its treatment. The best choice of treatment is surgical in rhinophyma patients with big tumors that compromise the airways.

INTRODUCCIÓN

El rinofima fue inicialmente reconocido desde la Antigua Grecia y Arabia. El nombre proviene de las raíces griegas rhis: nariz, y phyma: crecimiento importante. Es la forma glandular del acné rosácea en donde las glándulas sebáceas están hipertróficas e hiperplásicas, además de existir oclusión de los conductos, formación de quistes y fibrosis al grado que la nariz se vuelve bulbosa y lobulada. Se ha demostrado que los pacientes con rinofima tienen riesgo elevado de (cáncer oculto) carcinoma de células basales. Existe una relación hombre: mujer de 12:1, a pesar de que la rosácea es más frecuente en mujeres^{1, 2, 3, 4, 5}.

Se desconoce la causa pero se han propuesto varios factores como: predisposición genética, luz solar, calor, frío, dosis excesivas de esteroides, factores gastrointestinales (presencia de *Helicobacter pylori*), factores alimentarios, factores infecciosos o seborreicos. Sólo en el 20% de los casos hay antecedente de acné; también puede representar una reacción a cuerpo extraño, a estructuras queratinizadas, o de hipersensibilidad al ácaro *Demodex folliculorum*. También se ha

encontrado una asociación con factores emocionales (angioneurosis). Existe la posibilidad de una exacerbación de la rosácea con la terapia con ungüento de tacrolimus, así como el desarrollo de rinofima inducida por fenitoína. Se ha asociado con el consumo de alcohol, sin embargo no se ha demostrado^{2, 6}.

Powell, ha descrito 4 subtipos de rosácea:

1. Rosácea eritemato-telangiectásica
2. Rosácea pápulo-pustular
3. Rosácea fimatosa
4. Rosácea ocular

Recientemente Ohata, describe un subtipo que afecta las glándulas lagrimales y salivales^{7, 8}.

En el rinofima clínicamente la piel de la nariz se encuentra eritematosa con telangiectasias, en ocasiones de color púrpura, 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 nasales y las paredes laterales de la nariz se afectan en menor grado. La hiper-

Procedencia y arbitraje: no comisionado, sometido a arbitraje externo.

Recibido para publicación:

31 de mayo de 2013

Aceptado para publicación:

25 de junio del 2013

Citar como:

Rev Cient Cienc Med
2013; 16 (1): 40-42

trofia comienza en la punta y progresa a las alas y el tabique nasal. Las sub-unidades estéticas de la nariz se distorsionan por lo que algunos pacientes pueden tener obstrucción secundaria de las vías aéreas^{1,2}.

El-Azhary clasificó al rinoftoma como: leve, moderado y severo, de acuerdo a la enfermedad:

- Leve: telangiectasias e hipertrofia de la dermis
- Moderada: hipertrofia y nodularidades pequeñas
- Severa: nodularidad masiva⁹.

La forma severa de rinoftoma muestra histológicamente aumento en el grosor de la dermis, con reducción marcada o ausencia de estructuras pilo sebáceas, pequeños quistes infundibulares, dilatación de vasos capilares y linfáticos son comunes en todo el grosor de la dermis. El estroma puede ser esclerótico, con abundante colágena, cuantiosos depósitos de mucina, se incrementa el número de mastocitos y telangiectasias difusas, las células intersticiales tienen forma de uso así como los fibroblastos¹⁰.

Los tratamientos incluyen: antibióticos, retinoides, crioterapia, radioterapia, escisión tangencial y de espesor completo con cierre directo (con o sin injertos de piel). El láser CO² probó buenos resultados, poca morbilidad y riesgo operatorio mínimo⁹. Curnier y Choudhary propusieron el triple abordaje, con resultados satisfactorios al obtener mejor refinamiento en el contorneado del tejido de la cubierta nasal^{11,12}.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 68 años de edad procedente de Potosí –Catavi que actualmente reside en la ciudad de Cochabamba, acude al servicio de consulta externa de la CNS por presentar dificultad respiratoria.

Cuadro clínico de 10 años de evolución que presenta dermatosis localizada en la nariz, eritema, abundante seborrea, dilatación de poros, telangiectasias, aumento progresivo de volumen y engrosamiento del dorso, punta y alas nasales de aspecto lobuloso. Desde hace dos años presenta obstrucción en la vía nasal por la presencia de tumoración.

Paciente sin antecedentes hábito tóxicos ni clínico quirúrgico.

Examen físico

Paciente aparentemente sano, con crecimiento anormal de la nariz, por engrosamiento de piel, glándulas sebáceas y tejido celular subcutáneo. Signos vitales dentro los parámetros normales en cara se observa agrandamiento anormal del dorso, punta y alas de la nariz de aspecto bulboso, con eritema, poros dilatados y telangiectasias.

Diagnostico

Rinoftoma - auto injerto de piel total



Entre los diagnósticos diferenciales se pueden citar el acné vulgaris, la dermatitis seborreica, el lupus, la sarcoidosis, etc., entidades similares que deben tenerse en cuenta al momento de abordar este tipo de pacientes. El acné vulgaris se manifiesta en pacientes más jóvenes y se caracteriza por presentar lesiones comedogénicas. La dermatitis seborreica frecuentemente coexiste con la rosácea, y en la forma ocular es importante precisar el diagnóstico, por la complicación ocular que implica la enfermedad. El lupus es otra entidad que puede estar asociada con la rosácea, pero en esta última hay pápulas, pústulas o blefaritis, mientras que en el lupus se evidencia descamación fina, cambio de pigmento, alteración folicular y cicatrización con entumecimiento facial.

Por último, debe tenerse en cuenta el carcinoma de células basales, que puede manifestarse con hiperplasia de glándulas sebáceas y ser imperceptible clínicamente de la rosácea en este estadio.



Tratamiento

Exámenes Preoperatorios: hemograma completo, examen de orina, química sanguínea, coagulograma y valoración cardiológica.

Los exámenes de laboratorio no muestran ninguna alteración importante.

Valoración Cardiológica riesgo quirúrgico I / IV

Técnica quirúrgica:

Bajo anestesia local y sedación se retira piel de espesor total de región inguinal previa marcación y toma de medidas de dorso, punta y alas nasales.

En región nasal se procede a decorticar hasta llegar a plano muscular retirando todo el tejido macroscópicamente afectado, revisada hemostasia se aplica piel de espesor total fijando con puntos de sutura nylon 5-0 y surget simple de nylon 6-0, posteriormente se realiza ferulización con yeso. La zona donante se cierra con sutura Nylon 3-0.

Post operatorio: Se indica dieta normal, Amoxicilina 1gr VO por 7 días, Paracetamol 500mg VO por 5 días.

DISCUSIÓN

El rinofima representa la etapa hiperplásica de acné rosácea. El origen de esta patología se desconoce en forma exacta, por lo que se asocia a causas multifactoriales. La característica principal es la apariencia engrosada e irregular de la nariz, con frecuencia lobulada, de color rojo-púrpura y poros dilatados. Los cambios fimatosos, ocurren en sitios de máxima exposición a los rayos ultravioletas (principalmente UVA), como la nariz, mejillas y frente. Se conoce que el TGF-B aumenta el daño por radiación UV, se ha implicado en el desarrollo del tejido fimatoso en la rosácea¹⁴.

En el caso clínico presentado se decide una conducta quirúrgica – Auto injerto de piel total por tratarse de un caso severo con obstrucción de las vías respiratorias a nivel nasal, realizándose la exéresis, retirando una verdadera tumoración de piel y de esa manera liberando los orificios externos de la vía nasal.

Las posibles complicaciones estéticas de este procedimiento son la hipo e hiperpigmentación de la piel de la nariz y cicatrización hipertrófica.

En los casos presentado se tuvo un resultado funcional y estético óptimo, por lo que se recomienda la técnica quirúrgica utilizada (auto injerto de piel total) como una opción más del armamentario terapéutico para esta patología.

REFERENCIAS

1. Paz I, Merino EJ, Delgadillo AA. **Rinofima**. Rev Cent Dermatol Pascua 2004; 13(2): 106-9.
2. Humzah MD, Pandya AN. **A modified electro shave technique for the treatment of rhinophyma**. Br J Plast Surg 2001; 54: 322-25.
3. Redett RJ, Manson PN, Goldberg N, Giroto J, Spence RJ. **Methods and results of rhinophyma treatment**. Plastic Reconstr Surg 2001;107:1115-23.
4. Rohrich RJ, Griffin JR, Adams WP Jr. **Rhinophyma: review and update**. Plast Reconstr Surg 2002; 110:860-9.
5. Rees TD. **Basal cell carcinoma in association with rhinophyma**. Plast Reconstr Surg 1995;16:283-7.
6. Arenas RR. **Dermatología**. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana 1996: 428-429.
7. Powell FC. **Rosacea**. N Engl J Med 2005; 352(8): 793-803.
8. Ohata CH, Saruban H, Ikegami R. **Granulomatous rosacea affecting the lachrymal and salivary glands**. Arch Dermatol 2004; 140(2): 240-242.
9. Bogetti P, Boltri M, Spagnoli G, Dolcet M. **Surgical treatment of rhinophyma: a comparison of techniques**. Aesth Plast Surg 2002; 26: 57-60.
10. Aloï F, Tomasini C, Soro E, Pippione M. **The clinic pathologic spectrum of rhinophyma**. J Am Acad Dermatol 2000; 42(3): 468-472.
11. Curnier A, Choudhary S. **Rhinophyma: dispelling the myths**. Plast Reconstr Surg 2004;114:3514.
12. Curnier A, Choudhary S. **Triple approach to rhinophyma**. Ann Plast Surg 2002;49:211-4.
13. Riefkohl R, Georgiade GS, Barwick WJ, Georgiade NG. **Rhinophyma: A thirty-five-year experience**. Aesth Plast Surg 1983; 7: 131-134.
14. Gillian M. **Ultraviolet light and rosacea**. Cutis. EUA. NY: Beth Israel Medical Center. 2004. 74 (3s). 13.
15. Patrick KY, Milind D, Francis CP. **The gold standard for decortication of rhinophyma: combined erbium-YAG/CO2 Laser**. Aesth Plast Surg 2004; 28: 456-460.