



RESUMO EXPANDIDO

RINOFIMA GRAVE, MAIS DO QUE UM PROBLEMA ESTÉTICO**SEVERE RHINOPHYMA, MORE THAN AN AESTHETIC PROBLEM**Karina Gisselle Cacace¹Jorge Benítez²Celso Aldana³Jesús María Amarilla Nuñez⁴Adriana Peña⁵**RESUMO**

O rinofima é um tumor benigno caracterizado por hipertrofia progressiva das glândulas sebáceas, vasos sanguíneos e tecido conjuntivo da pele nasal, representando assim o grau avançado de rosácea. Apresentamos um caso de rinofima grave em um paciente do sexo masculino, adulto, com disfunção ventilatória, perda da autoestima e repercussões das relações em seu meio social. A excisão é realizada com bisturi frio cobrindo todas as unidades estéticas nasais, depois eletrocoagulação e por fim o leito nasal é coberto com enxerto de pele parcial. Obtém-se melhora funcional imediata, resultado estético e psicológico satisfatório.

Descritores: Rinofima. Dermoabrasão. Rosácea. Disfunção ventilatória.

ABSTRACT

Rhinophyma is a benign tumor characterized by progressive hypertrophy of sebaceous glands, blood vessels and connective tissue of the nasal skin, thus representing the advanced degree of rosacea. We present a case of severe rhinophyma in a male, adult patient, with ventilatory dysfunction, loss of self-esteem and repercussions of relationships in his social environment. Excision is performed with a cold scalpel covering all the nasal aesthetic units, then electrocoagulation and finally the nasal bed is covered with partial skin graft. Immediate functional improvement is achieved, satisfactory aesthetic and psychological result.

Keywords: Rhinophyma. Dermabrasion. Rosacea. Ventilatory dysfunction.

INTRODUÇÃO

El rinofima es un subtipo fenotípico de la rosácea, afecta la piel del tercio inferior de la nariz principalmente y se manifiesta clínicamente por hipertrofia progresiva de las glândulas sebáceas, el tejido conectivo y los vasos sanguíneos. Consiste en un engrosamiento y fibrosis cutánea; apariencia

¹ Residente de Cirugía plástica, Hospital de Clínicas Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay. karinacacacevely@gmail.com

² Residente de Cirugía plástica, Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay. jorgitochapaa@gmail.com

³ Jefe de Unidad de Cirugía Plástica, Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay. celso.aldana@gmail.com

⁴ Profesor de Unidad de cirugía plástica Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay. amarillajesus@gmail.com

⁵ Instructor de Unidad de cirugía Plástica, Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo, Paraguay. adrip08@gmail.com



bulbosa de la nariz, telangiectasias, inflamación crónica, orificio folicular dilatado y en algunos casos taponamiento de los mismos con sebo y/o queratina⁽¹⁻³⁾. Se han sugerido patrones genéticos que predisponen a la aparición de fibrosis glandular llevando una rosácea no controlada a rosácea fimatosa (estado final de la rosácea). Pese a ser un trastorno benigno, puede ser considerada una condición desfigurante progresiva por su morbilidad generalmente cosmética y en formas severas la hipertrofia tisular origina distorsión nasal y alteración respiratoria por obstrucción de la vía aérea^(4,5). Existen diferentes alternativas quirúrgicas para corrección morfológica, entre ellas, la dermoabrasión, la criocirugía, la escisión con bisturí, decorticación con electrocauterio, exéresis con láser CO2, estas resultan efectivas en el manejo del rinofima⁽⁶⁻⁸⁾. El motivo de consulta generalmente es la disconformidad de la estética nasal y disminución de la autoestima. Los autores reportan el siguiente caso clínico donde además se incluye como motivo de consulta disfunción ventilatoria a causa de la severidad de la hipertrofia nasal.

OBJETIVO

Presentar un caso de rinofima severo con clínica de disfunción ventilatoria y su manejo quirúrgico combinado, destacando el resultado satisfactorio tanto funcional como estético.

MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo, reporte de caso.

RESULTADOS

Caso clínico: Paciente masculino de 67 años, de base obesidad e hipertensión, consulta en nuestro servicio por crecimiento anormal y progresivo de todas las unidades estéticas de la nariz de 5 años de evolución, refiere además disfunción para la ventilación, afectación en la autoestima y en el relacionamiento con el entorno social. Al examen físico llama la atención tumoración de superficie irregular con telangiectasias y dilatación de los folículos, consistencia firme que compromete todas las unidades estéticas nasales, en la vista inferior no se logra identificar fosas nasales, se realiza el diagnóstico clínico de rinofima (Figuras 1 y 2). En pabellón quirúrgico bajo anestesia local y sedación se procede a realizar la exéresis con bisturí frío, posteriormente electrocoagulación. El lecho se cubre con injerto de piel de espesor parcial, fijación con nylon 5,0 y cobertura con gasa vaselinada. En el post operatorio inmediato el paciente refiere mejoría funcional. Resultado: Después de la intervención quirúrgica mediante escisión, electrocoagulación e injerto de piel parcial, el paciente presentó una mejora funcional inmediata y mejora significativa en la apariencia nasal de todas las unidades estéticas. Los hallazgos postoperatorios mostraron reducción del 90% del tejido hipertrófico nasal,



mejora en la simetría nasal y la definición de las subunidades nasales, Incremento del 100% en la capacidad ventilatoria nasal. El paciente no presentó complicaciones postoperatorias. El injerto de piel se integró adecuadamente y no se observaron signos de rechazo o necrosis (Figura 3y 4). El paciente reportó una mejora en su calidad de vida y una mayor satisfacción con su apariencia nasal, mejorando así su autoestima y relacionamiento con el entorno. El paciente fue sometido a controles regulares para valorar la evolución de la conducta quirúrgica. Se utilizó un tutor en cada fosa nasal por 2 meses en el post operatorio.

DISCUSSÃO

El rinofima es la evolución clínica poco frecuente de la rosácea, pero resulta de gran relevancia por la repercusión estética, y funcional que aqueja a quienes la padecen. Incluso afectando el autoestima y llegando a afectación psicológica. El factor etiológico sigue siendo controvertido, pero se han descrito factores predisponentes como genética, exposición solar, calor, angioneurosis y esteroides⁽⁹⁾. Al examen físico se destaca el engrosamiento cutáneo, hiperplasia sebácea, lesiones nodulares de superficie irregular, fibrosis, eritema, telangiectasias, dilatación folicular que pueden presentar taponamiento con queratina o sebo; Sumado a la presencia bacteriana se desarrolla un proceso infeccioso e inflamatorio crónico de la piel. La hiperplasia comienza de distal a proximal, es decir desde la punta nasal, extendiéndose a dorso. En casos severo se reporta obstrucción de la vía aérea. El-Azhary clasificó al rinofima según su compromiso en leve, telangectasia e hiperplasia de la dermis; moderado, hipertrofia y nódulos; severo, nódulos masivos^(10, 11). En 2002 la Sociedad Nacional de Rosácea de EE UU la clasifica en cuatro subtipos Subtipo I, Eritemato telangiectásica Subtipo II, Rosácea papulopustular Subtipo III, Rosácea fimatosa (incluye engrosamiento de la piel, nodularidades de superficie irregular) que es el caso presentado en el trabajo Subtipo IV. Rosácea ocular Cabe destacar que la rosácea fimatosa puede presentarse en otras regiones como frente, barbilla, mejillas, orejas⁽¹²⁾. El diagnóstico es clínico. En cuanto al tratamiento en las fases iniciales incluye aplicación tópica de jabón neutro, queratolíticos, antibióticos, retinoides. Para corrección de forma y estructura nasal se emplean diferentes técnicas quirúrgicas: dermabrasión, escisión total con bisturí frío e injerto de piel, exéresis parcial con cicatrización por segunda intención, criocirugía, decorticación con electrocauterio, exéresis con láser de CO2, colgajos, entre otros⁽¹³⁾. Entre complicaciones postoperatorias se describen asimetrías, perforación del cartílago nasal, recidivas, despigmentación. Los autores del presente trabajo expresan el resultado satisfactorio de la escisión total de epidermis, dermis, electrocoagulación e injerto de piel parcial en la región nasal y coinciden con la bibliografía de referencia que este tratamiento quirúrgico ofrece buen resultado estético en el tiempo.



CONCLUSÃO

La técnica quirúrgica combinada, en este caso, escisión con bisturí frío, posterior electrocoagulación e injerto de piel permitió reestablecer la morfología de todas las unidades estéticas nasales arrojando un resultado estético satisfactorio para el paciente y los autores, por sobre todo, se pudo restituir la función ventilatoria en el post operatorio inmediato. Logrando así mejorar la calidad de vida del paciente y recuperar su autoestima. Es de suma importancia no reglar el tratamiento quirúrgico, sino, adecuar o bien combinar técnicas para el tratamiento quirúrgico oportuno según las necesidades y la severidad del caso a tratar.

REFERÊNCIAS

1. Pu LL, Smith PD, Payne WG, Kuhn MA, Wang X, Ko F, Robson MC. Overexpression of transforming growth factor beta-2 and its receptor in rhinophyma: an alternative mechanism of pathobiology. *An Plast Surg* 2000; 45: 515-9. doi:10.1097/0000637-200045050-00008
2. Powell FC, Raghallaigh SN. Rosácea y enfermedades relacionadas. En: *Dermatología*. Bolognia JL, Schaffer JV, Cerroni L, editores. Barcelona, 2012; 604-7.
3. Hernández Weigand P, González Gimeno MJ, Poch Broto J. Patología no traumática de la pirámide nasal. Malformaciones y deformaciones de la nariz. Patología del tabique nasal. En: *Otorrinolaringología y patología cervicofacial*. Buenos Aires: Médica panamericana, 2005; 151. 4. Carucci JA, Leffell DJ. Capítulo 115: Carcinoma basocelular. En: *Fitzpatrick dermatología en medicina general*. Buenos Aires: Médica panamericana, 2009; 1036.
5. Seiverling E, Neuhaus I. Nare obstruction due to massive rhinophyma treated using the Shaw scalpel. *Dermatol Surg* 2011; 37: 876-879. doi: 10.1111/j.1524-4725.2011.02026
6. Troncoso RA, Torrealba PR, Bozán SF, Lazo CA. Rinofima severo. *Rev Chil Cir* [Internet]. 2012 Abr [citado 30 Abr 2020];64(2). Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262012000200015
7. González LF, Herrera H, Motta A. Tratamiento con electrocirugía del rinofima moderado grave. *Actas Dermo-Sifiliográficas* [Internet]. 2018 [citado 24 Abr 2020]; 109(4):e23-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S000173101730385X>
8. Greaney L, Sing N. Surgical management of rhinophyma. *Clin Otol* [Internet]. 2010 [citado 24 Abr 2020]; 35:158-9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/23763459_Surgical_Treatment_of_Rhinophyma/link/55bd7d2108aec0e5f4445acb/download
9. Sand M, Sand D, Throndorf C, Paech V, Altmeyer P, Bechara FG. Cutaneous lesions of the nose. *Head & Face Medicine* 2010;6:1-4.
10. Khaled A, Hammani H, Zeglaoui F, Tounsi J, Zermani R, Kamoun MR, et al. Rosacea: 244 Tunisian cases. *Tunis Med* 2010;88:597-601.
11. Culp B, Scheinfeld N. Rosacea, a review. *Pharmacy and Therapeutics* 2009;34:38-44.
12. Wilkin J, Dahl M, Detmar M, Drake L, Feinstein A, Odom R, et al. Standard classification of rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2002 May [citado 12 May 2018];46(4):584-7. Disponible en: [https://www.jaad.org/article/S0190-9622\(02\)42697-7/pdf](https://www.jaad.org/article/S0190-9622(02)42697-7/pdf)
13. Aldana Ubillus C, García M, Cáceres H. Rinofima con impotencia funcional ventilatoria. Reporte de caso. Unidad de Cirugía Plástica. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción. *Anales*. 2012. Vol. 45. N°2.



FIGURAS

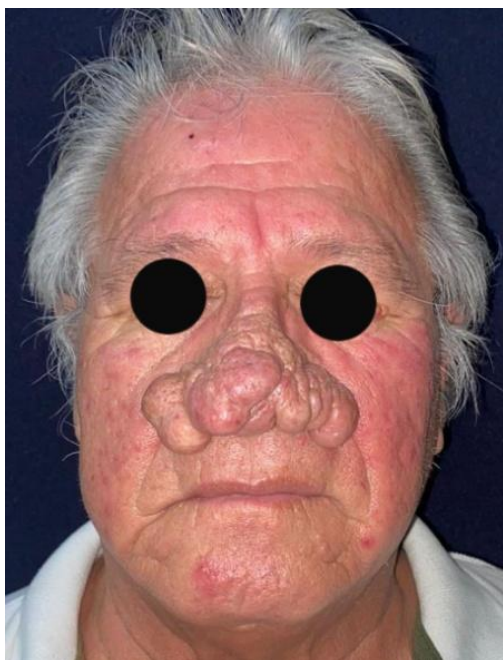


Figura 1 : Preoperatorio vista anterior



Figura 2: Preoperatorio vista inferior

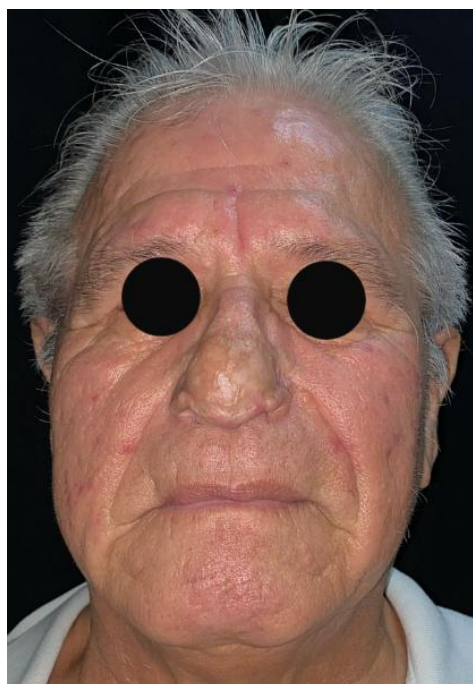


Figura 3 : Postoperatorio a los 6 meses vista anterior

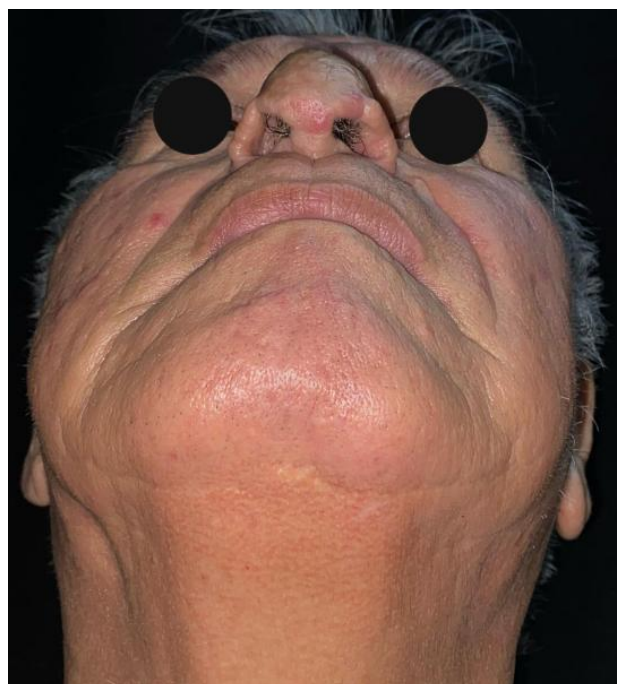


Figura 4 : Postoperatorio a los 6 meses vista inferior