

POLICLÍNICO NORTE
PLACETAS, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

RINOFIMA: A PROPÓSITO DE UN PACIENTE

MSc. Dra Laura Rosa Sánchez Macías¹, Dra. Aurora Ortega González² y Dra. Carmen Julia Cabello Valladares³

1. Especialista de I Grado en Dermatología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Policlínico Norte. Placetas, Villa Clara. Instructora. UCM-VC. e-mail: dermo66@capiro.vcl.sld.cu
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Hospital General Docente. Placetas, Villa Clara. Asistente. UCM-VC.

Descriptor DeCS:
RINOFIMA/cirugía

Subject headings:
RHINOPHYMA/surgery

El rinofima es una forma de acné rosáceo de la nariz con hipertrofia de los vasos, glándulas sebáceas y tejido conjuntivo, que crea antiestéticos lóbulos en el apéndice nasal; se conoce también como nariz bulbosa o rosácea fimatosa¹. Es una enfermedad cutánea crónica, relativamente rara, que produce enrojecimiento, diminutos granos y rotura de los vasos sanguíneos, generalmente en la parte central de la cara^{1,2}. Es más común en hombres que en mujeres, entre los 30 y 60 años³⁻⁶ y su causa es desconocida¹⁻⁸.

Si bien es un trastorno estético, cuando es obvio o extenso puede provocar un gran sufrimiento emocional².

Hay cuatro variantes clínicas de rinofima⁴: la glandular, la fibrosa, la fibroangiomatosa y la actínica.

La forma glandular se caracteriza por un alargamiento asimétrico variable de la nariz, que presenta una superficie irregular y picada.

La forma fibrosa se caracteriza por una hiperplasia difusa del tejido conectivo y de las glándulas sebáceas.

La forma fibroangiomatosa se caracteriza por una coloración roja cobriza o roja violácea de la nariz, de expresión variable. Su tamaño aumenta y la superficie muestra grandes dilataciones o ectasias venosas.

La forma actínica se observa preferentemente en la piel dañada por el sol de las personas que se queman con facilidad y que raramente se broncean. Se caracteriza por un agrandamiento irregular de la nariz con un gran número de nódulos prominentes de tejido elástico.

Otras formas son^{9,10}:

Gnatofima: inflamación, hipertrofia y deformidad de la barbilla.

Metofima: inflamación, hipertrofia y deformidad de la frente.

Otofima: inflamación, hipertrofia y deformidad de los lóbulos auriculares, frecuentemente en forma de coliflor.

Blefarofima: inflamación y edema persistente de los párpados.

El rinofima, por lo general, se puede diagnosticar con facilidad por la inspección, sin ningún otro tipo de examen⁵. Las características descritas lo hacen inconfundible con otros procesos; entre ellas se destacan los vasos tortuosos y obliterados que se observan en la región de las alas y pliegues

nasolabiales, así como la presencia de masas multilobulares llenas de agujeros, con un aspecto grasiento característico¹².

La abundante secreción sebácea y la presencia de bacterias conducen a una infección crónica de la piel con olor desagradable³⁻⁶.

El tratamiento del rinofima incluye diversas modalidades, desde el tratamiento 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 decorticación con bisturí, electrocirugía, radiocirugía, criocirugía, aplicación de ácido tricloroacético, dermoabrasión y aplicación de rayo láser de CO₂, cada uno con resultados muy positivos⁷⁻¹⁰.

Presentación del paciente

Paciente masculino de 49 años, mestizo, obrero agrícola, de procedencia rural, venezolano, con antecedentes patológicos familiares y personales de salud, con historia de hábitos tóxicos (alcohol, consumo ligero de café) y actividad física moderada.

El motivo de la consulta es un progresivo aumento del tamaño de los poros además de un continuo engrosamiento de la piel desde hace varios años, caracterizado por la presencia de grandes masas nodulares, hipertróficas, hiperémicas centradas alrededor de la punta de la nariz que afectaban las alas nasales y formaban grandes masas lobuladas y pendulares (Figs 1,2) y lesiones del mismo tipo en la región de la frente. Los folículos se observaban grandes y dilatados, con tapones de sebo en su interior; el resto de la piel y anexos no presentaban alteraciones. El paciente refería la presencia de estas afecciones desde hace aproximadamente siete años, con dificultad para respirar. Tenía un aspecto tumoral que causaba una deformidad dramática. El lóbulo nasal caía sobre el labio superior, fijo a un pedículo. No se encontraron antecedentes de importancia para el problema cutáneo.



Fig 1 Grandes masas nodulares e hipertróficas centradas.



Fig 2 Folículos grandes y dilatados, con tapones de sebo.

Se le realizaron los exámenes complementarios necesarios:

Hemoglobina: 10 g/l.

Grupo y Factor: O negativo.

Se explicó y orientó al paciente y familiares sobre su enfermedad y este fue remitido a un centro hospitalario para realizar tratamiento quirúrgico posterior, y mejorar así su calidad de vida.

Comentario

El término rinofima fue empleado por vez primera en 1856, por Hebra, para designar un estado que ya era conocido por los antiguos árabes y había sido descrito por Hipócrates^{1,2}. Ocurre preferentemente en hombres y consiste en la deformación de la nariz por el crecimiento de las glándulas sebáceas, los vasos sanguíneos y la inflamación¹⁻⁵. 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)²⁻⁴.

El nombre proviene de las raíces griegas *rhis* (nariz) y *phyma* (importante crecimiento)¹⁻³. 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 rinofima⁵⁻⁷.

Los pacientes, a menudo, refieren períodos de depresión debido a la desfiguración, dolorosas sensaciones de quemazón y disminución en la calidad de vida. Dichas dolencias resultantes causan en los pacientes aislamiento y predisposición a la interacción social mínima⁹.

Al consultar la bibliografía se encontró que los pacientes con este padecimiento no presentaban el cuadro clínico con una desfiguración tan desarrollada, deformidad considerable y síntomas tan evidentes como en nuestro caso.

En el paciente estudiado es característico el aumento de volumen con la presencia de grandes masas nodulares, hipertróficas, hiperémicas centradas alrededor de la punta de la nariz, que afectan las alas nasales y forman grandes masas lobuladas y pendulares que producen dificultad para respirar.

El tratamiento del rinofima depende de la etapa clínica en que se encuentra la enfermedad. Las etapas iniciales pueden mejorar con tratamientos clínicos; en casos más avanzados, los tratamientos tienen que ser de índole quirúrgica (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 con una correcta selección del paciente⁷⁻⁹.

Los cambios fibróticos irreversibles requieren procedimientos quirúrgicos dermatológicos, tales como criocirugía, el curetaje y la electrocirugía^{6,8}.

El mejor tratamiento conocido para el rinofima es moldear de nuevo la nariz de manera quirúrgica, lo cual se puede realizar por medio de láser, escalpelo o dermoabrasión^{7,9}.

El rinofima se puede corregir mediante cirugía pero podría presentarse de nuevo¹⁰.

Referencias bibliográficas

1. Greaney L, Singh NP, Roberts D. Surgical management of rhinophyma. *Clinical Otorhinolaryngol.* 2010 Apr;35(2):158-9.
2. Moreira A, Leite I, Guedes R, Baptista A, Mota G. Surgical treatment of rhinophyma using carbon dioxide (CO2) laser and pulsed dye laser (PDL). *J Cosmet Laser Ther.* 2010 Apr; 12(2):73-6.
3. Fernández-Flores A. Mucin is not a rare finding in rosacea. *J Morphol Embryol.* 2010;51(1):69-72.
4. Webster GF. Rosacea. *Med Clin North Am.* 2009 Nov;93(6):1183-94.
5. Cárdenas R, Vallejo P. Rosácea ocular: un diagnóstico a menudo no considerado en rosácea. *Rev Chilena Dermatol.* 2006;22(1):26-30.
6. Chaudhry MM. Rosacea and its management: an overview. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2005;19(3):273-85.
7. Lim SW, Lim SW, Bekhor P. Rhinophyma: Carbon dioxide laser with computerized scanner is still an outstanding treatment. *J Dermatol.* 2009 Nov;50(4):289-93.

8. Odom R, Dahl M, Dover J, Draelos Z, Drake L, Macsai M, *et al.* Standard management options for rosacea, part 2: options according to subtype. *J Cutan Med Surg.* 2009 Sep-oct;13(5):266-72.
9. Peterson J, Smith J. Liporhinophyma: an unusual presentation of rhinophyma. *Dermatol Surg.* 2009 Oct;35(10):1588-91.
10. Madan V, Ferguson JE, August PJ. Carbon dioxide laser treatment of rhinophyma: a review of 124 patients. *Br J Dermatol.* 2009 Oct;161(4):814-8.

Recibido: 4 de junio de 2010

Aprobado: 23 de octubre de 2010