



Medicentro 2000;4(2)

**HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CAIBARIÉN
VILLA CLARA**

CARTA AL EDITOR

Rinofima. Informe de un paciente

Por:

Dr. Francisco T. Hurtado García¹, Dra. Raqueline Casanova Mederos² y Dr. Michel Pelegrín Braña³

1. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital de Caibarién.
2. Especialista de I Grado en Otorrinolaringología.
3. Especialista de I Grado en MGI. Municipio Caibarién.

Señor Editor:

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. Esta afección consiste en una hipertrofia benigna progresiva de la mitad inferior de la nariz, que afecta el tejido conectivo, glándulas sebáceas, vasos y tejido adiposo. Se le conocen otros sinónimos: nariz del bebedor, nariz nodular, elefantiasis de la nariz, citoadenoma de la nariz, acné rosácea severa de la nariz, entre otros^{1,2}.

La causa es desconocida, aunque se ha atribuido a trastornos gastrointestinales o alcoholismo; se argumenta que el alcohol, como los alimentos picantes, estimulan la vasodilatación de la cara de los enfermos predispuestos a la acné rosácea³, aunque se consideran otras hipótesis, como la exposición prolongada al sol y la terapéutica esteroidea; más recientemente se habla del *Helicobacter pylori* como agente causal.

Esta afección es más frecuente en hombres, con una relación de 12 a 1, y aparece con frecuencia en edades por encima de los 50 años; cuando forma parte de la evolución terminal de una acné rosácea, es más frecuente en mujeres.

Desde el punto de vista anatomopatológico, el rinofima se considera como el período final de la acné rosácea⁴.

Al principio de la enfermedad aparece una dilatación de los vasos sanguíneos, y este aumento de vascularización da lugar a que se forme tejido conjuntivo en exceso, y a la aparición, al cabo del tiempo, de masas lobulares de tamaño variable, separadas entre sí por tabiques fibrosos. Los nódulos son de consistencia blanda y tienen un aspecto aplanado y brillante, con un color que varía entre el rojo oscuro y el púrpura grisáceo; la piel está engrosada y presenta vasos telangiectásicos.

El diagnóstico clínico se realiza con facilidad por la inspección, pues las características descritas lo hace 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, de los que sale una secreción aceitosa que confiere a la nariz un aspecto grasiento característico^{1,2}.

El tratamiento del rinofima es quirúrgico.
Presentación del paciente:

Se informa al paciente FVR de 54 años de edad, casado, con historia de salud aparente. Hace cuatro años comienza a notar un bulto pequeño en las alas nasales a expensas de la derecha, que ha ido aumentando progresivamente hasta llegar a la situación que se presenta en la Fig 1.



Fig 1 Paciente antes de la operación.

Al examen físico no hay síntomas de interés, sólo una neoformación rugosa, lobulada, implantada en la piel de la pirámide nasal a nivel de las alas nasales. La superficie de la piel aparece marcadamente arrugada, de consistencia laxa y muestra comedones.

Se efectuó un estudio preoperatorio y se realizó intervención quirúrgica mediante incisión periférica del tumor respetando los bordes de las nares; se fue extirpando de afuera hacia adentro y, finalmente, de arriba hacia abajo, sin afectar las estructuras cartilaginosas. Se realizó sutura por aproximación de bordes, con hilo 4/0. En la Fig 2 puede observarse al paciente cuatro días después de la operación.



Fig 2 Paciente después de realizada la intervención quirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Verges A, Braña JC, Gacan R, Buñuelos S, José JS, Novo JJ, et al. Un caso de Rinofima. Acta Otorrinolaringol Esp 1989; 235-237.
2. Palchov V, Veznegesen H. Enfermedades de la nariz, garganta y oídos. Moscú: MIR; 1991.
3. Parker F. Enfermedades de la piel de importancia general. En: Cecil. Tratado de Medicina Interna. 2ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1998. p .2553-2554.
4. Heckzema R. Mulcebech MJ, Doc JD. Democidosis or Rosacea: What did me treat?. En: Vilata Correll JJ. Libro del Año. Dermatología. Madrid: Saned, 1996. p .27-29.