ANALES de la Facultad de Ciencias Médicas

REPORTE DE CASO

Rinofima con impotencia funcional ventilatoria: reporte de un caso.

Rhinophyma with ventilatory functional impotence: a case report.

Aldana Ubillús C 1,2, García M 1, Cáceres H 1

1. Servicio de Cirugía, Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica y 2. Unidad de Cirugía Plástica Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción.

RESUMEN

Introducción: El Rinofima es una inflamación crónica de los tejidos de revestimiento de la nariz que puede presentarse con crecimiento exofítico y/o telangiectasias. Es considerado como un subtipo de rosácea de estadio avanzado que puede generar secuelas funcionales, estéticas y psicológicas. El tratamiento es quirúrgico. **Objetivo:** Reportar un caso de rinofima con impotencia funcional ventilatoria. **Reporte del caso:** Los autores reportan el caso de un paciente adulto portador de rinofima, con secuelas funcionales y estéticas de consideración, tratado quirúrgicamente con reconstrucción en dos tiempos mediante injerto cartilaginoso y colgajo frontal paramediano. **Conclusión:** El rinofima puede cursar con dificultad ventilatoria y compromiso estético. La reconstrucción con colgajos constituye una opción válida en el arsenal terapéutico.

Palabras clave: rinofima, cirugía plástica, cirugía reconstructiva

ABSTRACT

Introduction: The Rhinophyma is a chronic inflammation of the tissues lining the nose that may occur with exophytic growth and / or telangiectases. It is considered a rare subtype of rosacea in advanced stage causing sequelae functional, aesthetic and psychological. The treatment is surgical. **Objective:** To report a case of rhinophyma with ventilatory functional impotence. **Report a case:** The authors report the case of an adult patient with rhinophyma, with functional and aesthetic consequences of consideration, treated surgically with two-stage reconstruction using cartilage graft and paramedian forehead flap. **Conclusion:** Rhinophyma may occur with ventilatory difficulty and aesthetic commitment. The flap reconstruction is an option in the therapeutic arsenal.

Key words: rhinophyma, plastic surgery.

***Autor correspondiente*: Dr. Celso Augusto Aldana.** Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica, Facultad de Ciencias Médicas - UNA. Av. Mariscal López e/ Cruzada de la Amistad. San Lorenzo. Email: celso.aldana@gmail.com

Fecha de recepción el 13 de marzo de 2013; aceptado el 2 de mayo de 2013

INTRODUCCIÓN

El rinofima es una inflamación crónica de los tejidos de revestimiento de la nariz. Compromete el color, la textura y la vascularización cutánea, y puede cursar con crecimiento exofítico y/o telangiectasias. Diversas nomenclaturas fueron atribuidas a esta patología, haciendo referencia a la aparición de tubérculos o a los hábitos que se creían causales de la misma. En efecto, ocasionalmente se la conoció como "nariz de coliflor", "nariz de papa" o "nariz del alcohólico". En 1845 estos términos fueron substituidos por el actual, que deriva del griego rinho (nariz) fima (crecimiento) (1).

La enfermedad aparece principalmente en hombres caucásicos, más comúnmente en el oeste de Escocia, y es rara en japoneses así como en afroamericanos. La edad de presentación oscila entre los 50 y 70 años (2). A pesar de estar clasificada actualmente como una rosácea grado III (3), algunos autores la consideran como una patología distinta. En el pasado, el rinofima fue asociado con el consumo excesivo de alcohol. Sin embargo estudios más recientes han demostrado la falta de correlación significativa con el mismo (4).

En el presente trabajo los autores reportan el caso de un paciente adulto con rinofima avanzado, con impotencia funcional ventilatoria y deformidad estética de consideración.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 69 años de edad, portador de rinofima desde hace 6 años con tratamiento quirúrgico sin éxito en otro centro asistencial, que consulta por dificultad ventilatoria nasal y para mejoría estética de la nariz. Como comorbilidades presenta hipertensión arterial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El examen físico constata rinofima que interesa todas las unidades estéticas de la nariz, con una cicatriz lineal en el dorso y en la punta nasal. Llama la atención el hundimiento de esta última, la ausencia casi completa de la columela y un trayecto fistuloso cutáneo-nasal entre la punta de la nariz y la fosa nasal izquierda (Figura 1). Las fosas nasales se encuentran colapsadas y la obstrucción ventilatoria en ambas fosas nasales es evidente.

Nuestra conducta terapéutica consistió en la fistulectomía, exéresis quirúrgica de la lesión restante de partes blandas y reconstrucción del defecto en dos tiempos operatorios. Primero, acto seguido a la exéresis y bajo la misma anestesia, se procedió a la reparación del plano mucoso nasal izquierdo. Al mismo tiempo, la restitución del soporte de la punta nasal y de la columela fue realizada con el diseño y colocación de una maqueta cartilaginosa proveniente de la concha del pabellón auricular derecho; el recubrimiento de la pérdida de substancia cutánea y de la maqueta mencionada fue posible con la transposición de un colgajo frontal paramediano izquierdo (Figura 2). Luego, la sección del pedículo del colgajo fue practicada tres semanas después de la primera intervención quirúrgica (Figura 3). Para asegurar el mantenimiento de las estructuras de sostén de la punta nasal fueron colocados dos conformadores de silicona, tunelizados en el interior de cada fosa nasal durante un mes en el postoperatorio.

La evolución postoperatoria fue favorable, el espejo de Glatzel objetivó una permeabilidad nasal correcta. Además se logró la mejoría de la estética nasal y la satisfacción del resultado por parte del paciente. El estudio anatomo-patológico de la pieza operatoria describe una hiperplasia de glándulas sebáceas en dermis y epidermis sin atipias.



Figura 1. A) Preoperatorio. B) Fístula naso-cutánea izquierda. (Fotografías del Dr. Celso Aldana con autorización del paciente).



Figura 2. A) Exéresis de la lesión, imagen operatoria. B) Postoperatorio a las 2 semanas. (Fotografías del Dr. Celso Aldana con autorización del paciente).



Figura 3. A) Preoperatorio. B) Postoperatorio luego del segundo tiempo quirúrgico. (Fotografías del Dr. Celso Aldana con autorización del paciente).

DISCUSIÓN

Se conoce como rinofima al cuadro clínico que cursa con alteraciones estéticas de la nariz. Compromete a los tejidos superficiales y afecta generalmente a pacientes de raza blanca de edad avanzada (5, 6).

Clínicamente se manifiesta como una nariz con aspecto bulboso, lobulado y con engrosamiento cutáneo. Se presentan lesiones nódulo-quísticas de superficie irregular, hiperplasia sebácea, eritema, fibrosis, telangiectasias y orificios foliculares dilatados generalmente taponados con sebo y/o queratina. La abundante seborrea y la colonización bacteriana son responsables de una infección crónica de la piel. La hiperplasia comienza en la punta nasal y progresa hacia las alas, dorso y tabique. En casos severos pueden provocar una obstrucción secundaria de las vías aéreas altas (7). Recientemente, Troncoso et al. clasificaron a esta patología de la siguiente manera (8):

- Leve: telangiectasias e hiperplasia de la dermis.
- Moderada: hipertrofia y nodularidades pequeñas.
- Severa: nodularidades masivas.

Nuestro reporte se refiere a un caso moderado con hipertrofia tisular, sin lesiones nodulares evidentes, acompañado de obstrucción de la vía aérea superior. La incidencia real de esta patología permanece incierta, en nuestro servicio fue el único caso registrado en los últimos cinco años. No se conoce un tratamiento médico conservador, no quirúrgico, que sea efectivo (9). El tratamiento es primariamente quirúrgico (10).

Para remover el tejido afecto diversas técnicas quirúrgicas han sido utilizadas: dermoabrasión, cirugía escisión con bisturí frío, criocirugía, decorticación con electrocauterio, radiofrecuencia (7) y/o exéresis con láser de CO2 (8, 11). No obstante, estas técnicas son insuficientes para revertir una alteración morfológica acompañada de impotencia funcional. En efecto el colapso de la vías aérea superior, intra-nasal, resultante del déficit de soporte estructural con la consecuente obstrucción mecánica al paso de flujos de aire, no puede ser corregido con la simple exéresis de los tejidos afectos.

De este modo se requiere el aporte de alguna técnica reconstructiva que permita proveer las estructuras de sostén faltantes, como el caso de nuestro paciente en quien la ausencia de soporte esquelético de la punta explicaba el cierre de las fosas nasales.

Practicamos la exéresis de la lesión, priorizando el tratamiento de la zona cicatricial correspondiente a la cirugía anterior. Consideramos necesario diseñar una maqueta en la punta nasal a través de tejidos autólogos que permitan proyectar la misma, reconstruir la columela y al mismo tiempo mantener las fosas nasales abiertas. Considerando que esta maqueta puede ser elaborada a partir de un injerto óseo o cartilaginoso (12, 13) preferimos la utilización de un injerto condral proveniente del pabellón auricular. Este injerto de cartílago requiere una plastia de revestimiento superficial que lo proteja y vascularice (14). El colgajo frontal paramediano cumple con esas condiciones, aportando una cobertura cutánea correcta y secuelas cicatriciales de poca importancia en el sitio donante. Una vez movilizado hacia el sitio receptor, este colgajo requiere la conservación intacta de su pedículo vascular hasta la obtención de una autonomía suficiente a partir de los bordes de la herida (15).

La presente estrategia quirúrgica, combinando el aporte de un tejido estructural necesario y el revestimiento cutáneo correspondiente, permitió el mejoramiento funcional y estético en forma satisfactoria.

En conclusión el rinofima puede cursar con dificultad ventilatoria y compromiso estético. La reconstrucción con colgajos constituye una opción válida en el arsenal terapéutico. En caso de alteración estructural, la corrección de la misma debe ser considerada.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campos Costa T, Almeida Firme WA, Ribeiro de Brito LM, Gama Vieira MB, De Sousa Leite LA. Rinofima: opções cirúrgicas utilizadas no serviço de cirurgia Plástica do hospital Agamenon Magalhães-PE. Rev Bras. Cir. Plást 2010; 25(4):633-36.
2. Castro Y, Chacón H, Pérez S, García S, Vallejo R. Doble abordaje para el tratamiento del rinofima. Reporte de un caso. Medicina Universitaria 2007; 9(35):82-4.
3. Culp B, Scheinfeld N. Rosacea: A Review. P T. 2009 January; 34(1): 38-45.
4. Sand M, Sand D, Thrandorf C, Paech V, Altmeyer P, Bechara FG. Cutaneous lesions of the nose. Head Face Med 2010, 6:7.
5. Little SC, Stucker FJ, Compton A, Park SS. Nuances in the management of rhinophyma. Facial Plast Surg 2012; 28(2):231-7.
6. Sadick H, Goepel B, Bersch C, Goessler U, Hoermann K, Riedel F. Rhinophyma: diagnosis and treatment options for a disfiguring tumor of the nose. Ann Plast Surg. 2008; 61(1):114-20.

7. Celio Mancera J, Hernández Cervantes D, Zanatta Monroy J, Osnaya Izquierdo C. Rinofima: Tratamiento quirúrgico con el uso de radiofrecuencia. Cir Plast 2007; 17:176-80.
8. Tronocoso A. Torrealba R. Bozán F. Lazo A. Rinofima severo. Rev Chil Cir 2012; 64(2):194-8.
9. Vural E, Royer MC, Kokoska MS. Sculpting resection of rhinophyma using the Shaw scalpel. Arch Facial Plast Surg. 2009; 11(4):263-6.
10. Nicolas J, Garmi R, Labbé D, Compère JF, Benateau H. Intérêt du Versajet® dans le traitement chirurgical du rhinophyma. À propos d'un cas. Ann Chir Plast Esthet 2009; 54(1):78-81.
11. Cebrian Carretero JL, Demaría Martínez G, Del Castillo Pardo de Vera J. Tratamiento del rinofima con láser de CO2. Presentación de un caso. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac 2006; 28(2):109-13.
12. Burget GC, Menick FJ. Nasal support and lining: the marriage of beauty and blood supply. Plast Reconstr Surg 1989; 84(2):189-202.
13. Tessier P. Aesthetic aspects of bone grafting to the face. Clin Plast Surg 1981; 8(2):279-301.
14. Keck T, Lindemann J, Kühnemann S, Sigg O. Healing of composite chondrocutaneous auricular grafts covered by skin flaps in nasal reconstructive surgery. Laryngoscope 2003; 113(2):248-53.
15. González R, Navas L, Rodríguez FJ, Sastre J. Colgajo frontal. Método sencillo en la reconstrucción de defectos cutáneos nasales extensos. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac 2009; 31(1):38-8.