

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Fernanda Flores*, **Viviana Parra****, **Julio Cacciavillani*****, **Carolina Innocenti******

* Concurrente Programada. Servicio de Dermatología. Hospital Luis Lagomaggiore.

** Jefa del Servicio de Dermatología. Hospital Luis Lagomaggiore. Prof. Titular Área Dermatología. F.C.M., U.N. Cuyo

*** Jefe de Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Luis Lagomaggiore.

**** Médica Dermatóloga. Servicio de Dermatología. Hospital Luis Lagomaggiore.



Foto 1. Masa lobuladas nasales Foto 2. Opérculos foliculares dilatados. Pústulas

.....



Foto 3. Nódulos en dorso de nariz y narina

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, 64 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés. Consultó por presentar tres nódulos, de color piel y consistencia firme ubicado a nivel de dorso nasal y ambas narinas. Al examen físico se observó la presencia de opérculos foliculares dilatados y pústulas (Foto 1-2-3). El paciente refirió como síntoma predominante dificultad respiratoria y no pudo precisar el tiempo de evolución. Se observó además pápula brillante en mejilla derecha de color negruzco compatible con basocelular pigmentado.

Se realizó extirpación quirúrgica por parte del Servicio de ORL y posterior estudio histopatológico en el Servicio de Dermatología.

.....

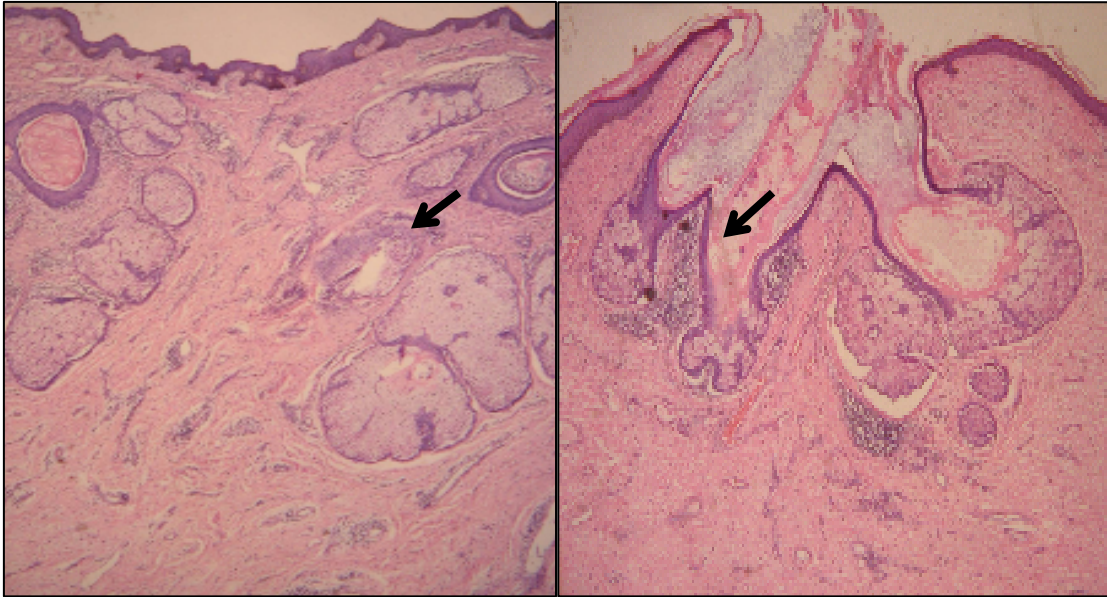


Foto 4: Hiperplasia de glándulas sebáceas Foto 5: Tapón folicular y vasodilatación.

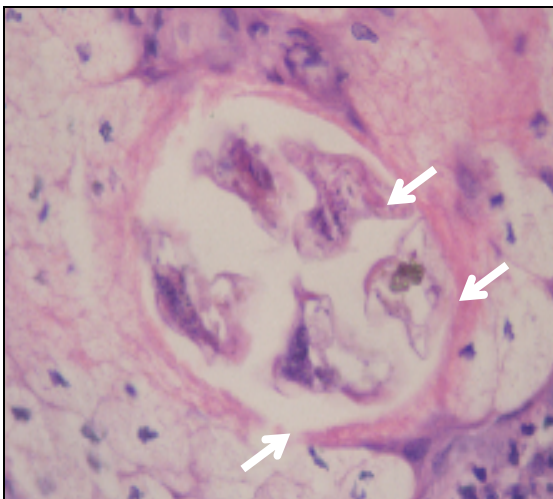


Foto 6. *Demodex folliculorum*.

DIAGNÓSTICO: ROSACEA, RINOFIMA

La rosácea es una enfermedad crónica de la piel, que se caracteriza por la presencia de eritema, telangiectasias, pápulas y pústulas a nivel de la región centrofacial aunque también otras áreas pueden estar afectadas como los ojos, el cuello el pecho y la espalda.

Afecta a individuos de piel clara, especialmente mujeres entre los 30 y 50 años de edad. Se desconoce su etiología exacta pero existen factores desencadenantes o agravantes como por ejemplo la exposición solar, las emociones intensas, drogas vasoactivas, alcohol, tabaco, alimentos o bebidas picantes o muy calientes, fuentes de calor y las temperaturas extremas.

El defecto básico parece ser una alteración a nivel de las venas angulares faciales, además de una susceptibilidad heredada. Otra teoría involucra la acción de ciertos microorganismos como el *Demodex folliculorum* y en segundo lugar el *Helicobacter pylori*.

Para comprender las manifestaciones de la rosácea se ha dividido a la clínica en cuatro estadios.

- **Estadio 0:** eritema evanescente inducido por los factores desencadenantes.

Estadio I: eritema persistente y telangiectasias acompañados de prurito y ardor.

- **Estadio II:** pápulas y pústulas de localización folicular. Folículos dilatados.

- **Estadio III:** comprende las complicaciones de la rosácea. Se observan grandes nódulos, forúnculos e hiperplasia de los tejidos con formación de fimas, (nariz: rino-fima, frente: meto-fima, barbilla: gna-to-fima, orejas: oto-fima y párpados: blé-fa-ro-fima).

RINOFIMA. (Nariz bulbosa, Rosácea fimatosa)

Su nombre proviene de las raíces griegas *rhiz*: nariz, y *phyma*: importante crecimiento. Se caracteriza por ser la manifestación más tardía y avanzada de la rosácea, aunque puede aparecer en forma aislada. Se conoce poco de su fisiopatología, aunque se atribuye a una alteración primaria vascular que llevaría a un edema permanente de la dermis con aumento progresivo del tejido conectivo e hiperplasia de glándulas sebáceas. Afecta casi con exclusividad a los varones con una relación de 5:1 hasta 30:1.

Se reconocen cuatro variantes:

I. Forma glandular: hiperplasia de glándulas sebáceas, orificios foliculares deprimidos, secreción sebácea aumentada y la compresión con los dedos produce la salida de un material pastoso blanquecino formado por corneocitos, sebo, bacterias y *Demodex folliculorum*.

II. Forma fibrosa: predomina la hiperplasia del tejido conectivo.

III. Forma angiofibromatosa: nariz con importante edema de color rojo cobrizo a rojo oscuro, cubierta por una red venosa prominente.

IV. Forma actínica: nariz deformada por tumores nodulares de tejido conectivo, más relacionado con fotodaño. Esta variante es más frecuente en individuos de origen celta.

Histopatología

Se observa crecimiento difuso de tejido conectivo, hiperplasia de glándulas sebáceas cuyos conductos excretores se encuentran dilatados y llenos de material sebáceo y detritos inflamatorios.

Dilataciones vasculares y la presencia de *Demodex folliculorum* es frecuente

Diagnósticos diferenciales

Lupus pernicio, carcinoma basocelular (se ha descrito asociación entre rinofima y este tumor como en el caso de nuestro paciente), carcinoma espinocelular, angiosarcoma, leishmaniasis, carcinoma sebáceo y linfoma nasal.

Tratamiento

El tratamiento del rinofima depende de la etapa clínica en que se encuentra. Las formas iniciales pueden mejorar con medicación tópica u oral, mientras que en los casos más avanzados es necesaria la intervención quirúrgica.

Contamos con diversas modalidades terapéuticas. Desde el inicio es importante evitar los factores desencadenantes y utilizar pantallas solares en forma permanente.

Se puede hacer manejo médico con metronidazol, agua blanca del Codex, tetraciclinas e incluso isotretinoína.

En los casos severos y con gran hipertrofia de la piel el tratamiento quirúrgico es de elección, con procedimientos tales como la decorticación con bisturí, electrocirugía, radiocirugía, criocirugía, radiofrecuencia, aplicación de ácido tricloroacético, dermoabrasión, láseres de CO₂, argón, Er-Yag, Nd-Yag y vapores de cobre.

En nuestro caso se realizó extirpación quirúrgica con buen resultado cosmético.



Foto 7. Postoperatorio de 1 semana

Foto 8. Postoperatorio de 4 semanas

Referencias bibliográficas

- 1- Akhdari N, Ettalbi S, Rachid M, Amal S. Rhinophyma: a giant presentation. Clin Exp Dermatol 2009;34:536-7.
- 2- Odom R, Dahl M, Dover J, Draelos et al. Standard management options for rosacea, part 2: options according to subtype. Cutis 2009;84:97-104.
- 3- 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;61:114-20
- 4- Ul Bari A, Ejaz A. Rhinophymous leishmaniasis: A new variant. Dermatol Online J 2009;15;15:10.
- 5- Hoffmann M, Braun-Falco M. Rhinophyma-like sebaceous carcinoma. J Eur Acad Dermatol Venereol 2009;23:1216-8.
- 6- Leyngold M, Leyngold I, Letourneau PR, Zamboni WA, Shah H. Basal cell carcinoma and rhinophyma. Ann Plast Surg 2008;61:410-2.
- 7- Ogden S, Coulson IH. B-cell lymphoma mimicking rhinophyma. Clin Exp Dermatol 2008;33:213-4.
- 8- Wollina U, Verma SB. Rosacea and rhinophyma: not curse of the Celts but Indo Eurasians. J Cosmet Dermatol 2009;8:234-5.
- 9- Kilty S, Brownrigg P. Surgical treatment of rhinophyma. J Otolaryngol Head Neck Surg 2008;37:269-72.
- 10-Nadour K, Rtail R, Chahine K, Righini CA. Treatment of a voluminous rhinophyma. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 2008;125:313-7
- 11-Madan V, Ferguson JE, August PJ. Carbon dioxide laser treatment of rhinophyma: a review of 124 patients. Br J Dermatol 2009;161:814-8.
- 12-Kempiak SJ, Lee PW, Pelle MT. Rhinophyma treated with cryosurgery. Dermatol Surg 2009;35:543-5.

13-Vural E, Royer MC, Kokoska MS. Sculpting resection of rhinophyma using the Shaw scalpel. Arch Facial Plast Surg 2009;11:263-6.

14-Vojinović M, Bilić M, Kovac L, Persić-Vojinović S, Basta-Juzbasić A. Treatment of massive rhinophyma by combined electrosurgery and CO2 laser. Acta Dermatovenerol Croat 2009;17:20-4.

15-Erisir F, Isildak H, Hacıyev Y. Management of mild to moderate rhinophyma with a radiofrequency. J Craniofac Surg 2009;20:455-6.