



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



E-CASOS CLÍNICOS

Tratamiento con electrocirugía del rinofima moderado-grave



L.F. González^{a,*}, H. Herrera^a y A. Motta^{a,b}

^a Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

^b Servicio de Dermatología, Hospital Simón Bolívar, Bogotá, Colombia

PALABRAS CLAVE

Rinofima;
Hiperplasia sebácea;
Electrocirugía

Resumen El rinofima se considera el estado final de la rosácea, siendo una condición desfigurante progresiva y poco común. Existen diferentes alternativas quirúrgicas como la dermoabrasión, la criocirugía, la escisión con escalpelo, la electrocirugía y el láser CO₂. Estas 2 últimas técnicas son las más efectivas en el manejo del rinofima. Se describe una serie de casos de pacientes con rinofima moderado-grave que recibieron manejo con electrocirugía de alta frecuencia en el Servicio de Dermatología del Hospital Simón Bolívar y práctica privada entre 2012 y 2016. Todos los pacientes mostraron respuesta estética satisfactoria basada en el criterio médico y la percepción del paciente. Tres pacientes presentaron cicatrices hipertróficas manejadas con infiltraciones y bandas de silicona. Dos pacientes presentaron eritema persistente. Ningún caso requirió un segundo tiempo quirúrgico, ni infección grave. La electrocirugía es una de las técnicas vigentes más coste-efectivas y de fácil realización por el dermatólogo para el tratamiento del rinofima.

© 2017 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Rhinophyma;
Sebaceous
hyperplasia;
Electrosurgery

Electrosurgery for the Treatment of Moderate or Severe Rhinophyma

Abstract Rhinophyma, a rare and progressive disfiguring condition, is thought to be the final stage of rosacea. Several surgical treatments are available, including dermabrasion, cryosurgery, scalpel excision, electrosurgery, and carbon dioxide laser. The last 2 techniques are the most effective for the management of rhinophyma. We describe a series of cases of moderate or severe rhinophyma treated with high-frequency electrosurgery in the dermatology department of Hospital Simón Bolívar and in private clinics in Bogotá, Colombia, between 2012 and 2016. The cosmetic result, as assessed by both the clinicians and the patients, was satisfactory in all cases. Three patients presented hypertrophic scars that were treated with steroid injections and silicone gel sheeting. Two patients presented persistent erythema. However, there were no serious infections and none of the patients required further surgery. Electrosurgery is one of the simplest and most cost-effective techniques currently available for the treatment of rhinophyma by dermatologists.

© 2017 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luisfer1000@gmail.com (L.F. González).

Introducción

La rosácea es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que afecta los vasos sanguíneos y las unidades pilosebáceas¹. Existen diferentes presentaciones clínicas de la enfermedad, siendo el rinofima la menos frecuente con una prevalencia del 3,7% y de presentación casi exclusiva en hombres entre la quinta y séptima décadas de la vida^{1,2}. La prevalencia más alta de rinofima se presenta al Oeste de Escocia². El rinofima se caracteriza por la presencia de hiperplasia de las glándulas sebáceas, proliferación del tejido fibroso, alteración del lecho vascular e induración de la piel³. El compromiso de la punta nasal recibe el nombre de rinofima, aunque puede extenderse a otras partes de la cara como el mentón (natofima), las orejas (otofima), la frente (metofima) y los párpados (blefarofima)³. Existen diferentes alternativas quirúrgicas, como la dermoabrasión, la criocirugía, la escisión con escalpelo, la electrocirugía y el láser CO₂^{4,5}. Estas 2 últimas técnicas son las más efectivas en el manejo del rinofima⁶⁻⁹. Describimos el uso de la electrocirugía de alta frecuencia en el manejo del rinofima moderado a severo.

Pacientes y métodos

Se incluyeron todos los pacientes con rinofima moderado-grave que asistieron al Servicio de Dermatología del Hospital Simón Bolívar y la práctica privada de los autores entre 2012 y 2016, y que fueron tratados con electrocirugía para corrección de rinofima. La gravedad del rinofima se basó en la clasificación propuesta por El-Alzhary et al.¹⁰ (leve: telangiectasias e hiperplasia de la dermis; moderada: hipertrofia nasal con algunas superficies lobuladas; y grave: hipertrofia nasal con superficie lobulada prominente)². A todos se les realizó electrocirugía (Ellman Surgitron® FFPF EMC, Ellman International, Inc, Estados Unidos) con corrientes de alta frecuencia de 30 a 40 W en corte-coagulación a 2,5-3 MHz. Todos los pacientes recibieron anestesia local con lidocaína al 1% con epinefrina a 1:200.000 y electrocoagulación de varices o telangiectasias gruesas previo al procedimiento. Se realizó una decorticación por capas con asa de alambre triangular hasta la dermis reticular, respetando las unidades estéticas de la nariz con conservación del tercio inferior de las glándulas sebáceas. Posteriormente, se realizó dermoabrasión con lija de agua n.º 220 y 360 hasta

obtener sangrado puntiforme continuo. Se realizó hemostasia con electrocoagulación y percloruro férrico al 40% hasta formar costra hemática con posterior control en 15 días. Seis de 7 pacientes recibieron láminas de silicona (Derma-sof, Laboratorio Incit, Colombia) y todos manejo analgésico postoperatorio con antiinflamatorios durante 24 a 48 horas. El seguimiento se realizó a las 2, 4 y 12 semanas.

Resultados

Siete varones entre 40 a 69 años, con fototipo II a IV, diagnosticados de rinofima moderado-grave fueron tratados con electrocirugía (tabla 1). El 85% (6/7) de los pacientes recibió algún tratamiento previo para la rosácea, el 57% (4/7) fue tratado para rosácea fimatosa con isotretinoína, el 28% (2/7) con láser CO₂ sin respuesta clínica y un paciente no tuvo tratamiento previo (tabla 1).

Todos los casos mostraron respuesta estética satisfactoria basada en el criterio médico y la percepción del paciente, con tiempo de seguimiento mínimo de 12 semanas hasta 2 años postoperatorios (fig. 1). Tres pacientes presentaron cicatrices que se controlaron con infiltraciones y bandas de silicona y 2 eritema persistente (fig. 2). Ninguno de los casos requirió un segundo tiempo quirúrgico ni presentó complicaciones graves como infección o queloides. No se observaron discromías posteriores al tratamiento en pacientes con fototipos III y IV (fig. 1). La presencia de poros dilatados se observó en 3 de los pacientes (figs. 1 a y 1 b).

Discusión

El manejo ideal para el rinofima aún no ha sido estandarizado, dado la baja incidencia de esta condición y la falta de estudios que evalúen diferentes técnicas de forma aleatoria⁷. La electrocirugía de alta frecuencia permite un manejo satisfactorio del rinofima por su rapidez, eficiencia y bajo costo⁵. El asa de alambre triangular facilita una remodelación y remoción del tejido nasal con resultados estéticos favorables. El daño tisular por calor de los tejidos circundantes es mínimo, al igual que el riesgo de necrosis del cartílago y la formación de cicatriz⁸, como en esta serie de casos en donde solo 3 pacientes presentaron cicatriz evidente; sin embargo, la percepción del resultado estético por parte de los pacientes fue muy satisfactoria. La clave del éxito quirúrgico se basa en la profundidad de

Tabla 1 Características y respuestas clínicas de los pacientes sometidos a manejo quirúrgico con electrocirugía

Paciente N.º	Edad (años)	Severidad del rinofima ^a	Tratamiento previo	Cicatriz	Eritema	Resultado estético
1	56	Grave	Isotretinoína	No	No	Excelente
2	69	Moderado	Isotretinoína	Leve	No	Bueno
3	40	Moderado	IsotretinoínaMetronidazol tópico	No	No	Excelente
4	60	Moderado	Ninguno	Leve	Sí	Excelente
5	50	Moderado	IsotretinoínaLáser CO ₂	Leve	No	Bueno
6	60	Grave	Ninguno	No	Sí	Bueno
7	56	Grave	Isotretinoína	No	No	Bueno

^a Según escala de severidad propuesta por El-Alzhary et al.¹⁰ (leve: telangiectasias e hiperplasia de la dermis; moderada: hipertrofia nasal con algunas superficies lobuladas; y grave: hipertrofia nasal con superficie lobulada prominente)².



Figura 1 Paciente n.º 1: (a) hombre de 56 años con rinofima grave con excelentes resultados a los 2 años postoperatorio; (b) nótese la persistencia de poros dilatados y la ausencia de alteraciones pigmentarias en paciente con fototipo IV. Paciente n.º 5: (c) hombre de 50 años manejado previamente con isotretinoína y láser CO₂; (d) importante mejoría de hiperplasia alar derecha y punta nasal posterior al tratamiento con electrocirugía. Resultado postoperatorio a las 20 semanas.

la decorticación, respetando las unidades estéticas de la nariz, en particular las alas y la punta nasal, por el riesgo de cicatriz dada la proximidad del cartílago a la dermis. El objetivo de la cirugía es conservar la parte profunda de la unidad pilosebácea, lo cual garantiza una adecuada epitelización que da un aspecto poroso normal de piel de la nariz y evita la cicatrización atrófica⁷⁻⁹. La vaporización con láser

CO₂ del rinofima ha sido ampliamente usada en rinofimas leves a severos con resultados estéticos satisfactorios^{6,11}. Sin embargo, el láser CO₂ es una tecnología que necesita entrenamiento del especialista que lo aplica, mayor pericia en los parámetros usados según el equipo empleado y representa una alternativa quirúrgica de alto coste¹¹. Al igual que en otras series de caso, en donde se utilizan



Figura 2 Paciente 6: (a) hombre de 60 años con rinofima grave manejado con electrocirugía con respuesta clínica buena a las 2 semanas del postoperatorio; (b) nótese el leve eritema posquirúrgico. Paciente 7: (c) hombre de 56 años con rinofima grave manejado previamente con isotretinoína; (d) respuesta quirúrgica con buena cicatrización a la semana 12 del postoperatorio.

técnicas simples como la decorticación con escalpelo o la electrocirugía, no se observan alteraciones pigmentarias postinflamatorias en comparación con el láser CO₂¹¹. Las técnicas quirúrgicas que se basan en la decorticación del tejido hipertrofiado con conservación de la parte inferior de las glándulas sebáceas para garantizar una adecuada reepitelización, como la escisión con escalpelo o la electrocirugía, son técnicas de fácil realización y buenos resultados cosméticos¹². Esta serie representa una de las pocas realizadas en población latina no caucásica con excelentes resultados estéticos y buena satisfacción por los pacientes.

La electrocirugía es una de las técnicas vigentes más coste-efectivas⁹, de fácil realización por el dermatólogo para el tratamiento del rinofima y de mayor efectividad para el rinofima moderado-grave. Las técnicas innovadoras como el láser de CO₂ se deberían reservar para casos de rinofima leves a moderados, realizados por especialistas con formación y experiencia en el uso de estos dispositivos y siempre evaluando el coste con los pacientes.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. García-Bustínduy MC, García-Fumero V. Rosácea. Impacto psicosocial. *Piel*. 2016;31:96–105.
2. Troncoso A, Torrealba R, Bozán F, Lazo A. Rinofima severo. *Rev Chil Cir*. 2012;64:194–8.
3. Barona MI, Orozco B, Motta A, Meléndez E, Flaminio R, Pabón JG, et al. Rosacea: actualización. *Piel*. 2015;30:485–502.
4. Rohrich R, Griffin J. Rhinophyma: Review and update. *Plast Reconstr Surg*. 2002;110:860–70.
5. Aferzon M, Millman B. Excision of rhinophyma with high-frequency electrosurgery. *Dermatol Surg*. 2002;28:735–8.
6. Madan V, Ferguson JE, August PJ. Carbon dioxide laser treatment of rhinophyma: A review of 124 patients. *Br J Dermatol*. 2009;161:814–8.
7. Greaney L, Sing N. Surgical management of rhinophyma. *Clin Otol*. 2010;35:158–9.
8. Somogyvári K, Battiyáni Z, Móricz P, Gerlinger I. Radio-surgical excision of rhinophyma. *Dermatol Surg*. 2011;37:684–7.
9. Rex J, Ribera M, Bielsa I, Paradelo C, Ferrámdiz C. Surgical management of rhinophyma: Report of eight patients treated with electrosection. *Dermatol Surg*. 2002;28:347–9.
10. El-Azhary RA, Roenigk RK, Wang TD. Spectrum of results after treatment of rhinophyma with the carbon dioxide laser. *Mayo Clin Proc*. 1991;66:899–905.
11. Lazzeri D, Larcher L, Huemer GM, Riml S, Grasseti L, Pantaloni M, et al. Surgical correction of rhinophyma: Comparison of two methods in a 15-year-long experience. *J Craniomaxillofac Surg*. 2013;41:429–36.
12. Humzah MD, Pandya AN. A modified electroshave technique for the treatment of rhinophyma. *Br J Plast Surg*. 2001;54:322–5.