

Rinofima: tratamento prático e seguro com ácido tricloroacético

Rhinophyma: practical and safe treatment with trichloroacetic acid

Autor:

Neide Kalil Gaspar¹
Antonio Pedro Andrade Gaspar²
Marcia Kalil Aidé³

¹ Médica dermatologista, professora emérita da Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.

² Médico dermatologista, professor adjunto da Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.

³ Médica dermatologista em clínica privada – Niterói (RJ), Brasil.

RESUMO

Apresentamos método de tratamento com ácido tricloroacético para casos de rinofima de diferentes intensidades e extensões. Trata-se de processo seguro, que criamos há cinco décadas e desde então vimos executando, sem nenhum efeito adverso.

Palavras-chave: ácido tricloroacético; rinofima; terapêutica.

ABSTRACT

The authors introduce a method for the treatment of different intensities and scales of rhinophyma, with trichloroacetic acid. This is a safe process, created and performed by the authors for five decades, with an absence of descriptions of adverse effects.

Keywords: trichloroacetic acid; rhinophyma; therapeutics.

INTRODUÇÃO

O rinofima é desordem desfigurante e progressiva da pele nasal, caracterizada pela hiperplasia de glândulas sebáceas, com oclusão de ductos e fibrose dérmica, afetando preferentemente homens brancos de meia-idade ou mais.

Esse processo ocorre mais comumente acompanhando quadros de rosácea, podendo afetar a região frontal (metophyma) ou em casos mais raros, orelhas (otophyma), pálpebras (blepharophyma) ou mento (gnatophyma).

A evolução do processo é progressiva e deformante; em alguns pacientes é possível ocorrer processo inflamatório intermitente, o que pode culminar em aspectos cicatriciais, fibrosos.

O processo de remoção do tecido hiperplásico através de cirurgia incisional,¹⁻⁶ eletrocirurgia,⁷⁻⁸ ou laser^{5,9-13} é sempre trabalhoso, demandando eficiente preparo do dermatologista e apresenta sempre substancial risco de cicatriz.

Os autores descrevem método para tratamento de rinofima, criado por Gaspar NK há cinco décadas e executado em inúmeros pacientes, sem qualquer complicação.

O objetivo desta publicação é demonstrar a aplicabilidade do método.

Correspondência para:

Neide Kalil Gaspar
Rua: Erotides de Oliveira, 36/301 – Icaraí
24230-230 – Niterói – RJ.
neide2605@yahoo.com.br

Data de recebimento: 24/11/2014

Data de aprovação: 17/12/2014

*Trabalho realizado em clínica privada – Niterói (RJ), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum
Conflito de Interesses: Nenhum

MÉTODO

Para a seleção dos pacientes não houve restrição de idade, sexo ou doença somática. Esse processo só não é indicado para os poucos pacientes que apresentam aspecto cicatricial, xerótico e brancocento.

O paciente deverá ser avisado de que haverá formação de crosta espessa e escura que permanecerá durante período de sete a dez dias e que deverá ter descolamento espontâneo e não traumático.

É necessária a administração de acyclovir oral aos pacientes com história de herpes simples e de tetraciclina e ibuprofeno àqueles com processo inflamatório muito intenso. Procede-se ao

esvaziamento dos comedões por expressão vigorosa, para que não ocorra processo inflamatório sob as crostas.

O procedimento inicia-se com o desengorduramento da pele com acetona imediatamente antes e consiste na aplicação de ácido tricloroacético (ATA) 70% ou 90%, com bastão envolvido em chumaço de algodão (formando cotonete plano), até o intenso branqueamento local, que ocorre alguns segundos após a aplicação (Figuras 1 e 2). Nas lesões muito exuberantes e hipertróficas, a aplicação deve ser mais intensa, duas ou mais vezes seguidas (Figura 3). As áreas de pele normal ou com lesões atróficas devem ser sempre poupadas (Figura 4).



Aplicação de ATA 90%



A

1 semana após



B

FIGURA 1: **A.** Modo de aplicação de ATA 90% em torno aos tubérculos lesionais até branqueamento total; **B.** Uma semana após

ATA 90%



Aplicação de ATA 90%



FIGURA 2: ATA a 90% com grande redução do volume nasal



Homem branco, 70 anos, fototipo III



A

Aplicação de ATA 90%



B

1 mês após

FIGURA 3: A. ATA 90% com aplicação mais profícua sobre áreas exuberantes; B. Um mês após

Quando o rinofima é parcial o tratamento deve abranger apenas as áreas hipertróficas (Figura 5).

As lesões que se estendem a outras regiões também poderão ser tratadas imediatamente (Figura 6).

Se necessária nova aplicação nos pontos que permanecerem com alguma hipertrofia, poderá ser realizada logo que as crostas se soltem.

Após 30–60 minutos o aspecto branqueado é substituído por eritema discreto.

Pacientes do sexo feminino apresentam lesões geralmente muito discretas, devendo ser tratadas com concentração baixa de ATA (35%) em única passada do bastão, que não deverá conter grande quantidade do ácido (Figura 5).



FIGURA 4: ATA 90% em rinofima circundando cicatriz



Aplicação limitada ao relevo

FIGURA 5: ATA 35% em paciente do sexo feminino, apenas em discreta área lesional



Aplicação de ATA 90%



2 mês após

FIGURA 6: ATA 90%, uma semana após; tipo de crosta



FIGURA 7: ATA 70% em rinofima localizado após duas semanas

RESULTADOS

A cicatrização ocorre de sete a dez dias, após o que o paciente deverá utilizar protetor solar na região.

A quase totalidade de nossos pacientes obteve resultado completo em apenas uma sessão de tratamento. Em nenhum dos pacientes por nós tratados houve qualquer efeito adverso, e a maioria retornou à consulta aparentando maior autoestima, revelada até por seus aspectos fisionômicos (Figura 7).

CONCLUSÃO

Trata-se de processo, simples, prático, não dispendioso e que não necessita de instrumental ou preparo especial do paciente ou do dermatologista. A restrição do procedimento aos casos “cicatriciais” se deve ao fato de que o ATA não tem efeito redutor para esse tipo de lesão. ●

REFERÊNCIAS

1. Wetzig T, Averbek M, Simon JC, Kendler M. New rhinophyma severity index and mid-term results following shave excision of rhinophyma. *Dermatology*. 2013;227 (1):31-6.
2. Sarifakioglu N, Sarifakioglu E. Simple, easy, and still effective treatment option in severe rhinophyma: shave and paste. *Dermatol Ther*. 2013;26(2):168-9.
3. Husein-ElAhmed H, Armijo-Lozano R. Management of severe rhinophyma with sculpting surgical decortication. *Aesthetic Plast Surg*. 2013;37(3):572-5.
4. Selig HF, Lumenta DB, Kamolz LP. The surgical treatment of rhinophyma-Complete excision and single-step reconstruction by use of a collagen-elastin matrix and an autologous non-meshed split-thickness skin graft. *Int J Surg Case Rep*. 2013;4(2):200-3.
5. Lazzeri D, Larcher L, Huemer GM, Riml S, Grassetto L, Pantaloni M, Li Q, Zhang YX, Spinelli G, Agostini T. Surgical correction of rhinophyma: comparison of two methods in a 15-year-long experience. *J Craniomaxillofac Surg*. 2013;41(5):429-36.
6. Faris C, Manjaly JG, Ismail-Koch H, Caldera S. Rapid treatment of rhinophyma with powered microdebrider. *Case Rep Otolaryngol*. 2013;2013:621639.
7. Wheble GA, Ahmed F, Pandya AN. Electro-rhinosculture for the surgical management of rhinophyma. *Ann R Coll Surg Engl*. 2014;96(1):81.
8. Prado R, Funke A, Bingham J, Brown M, Ramsey Mellette J. Treatment of severe rhinophyma using scalpel excision and wire loop tip electrocautery. *Dermatol Surg*. 2013;39(5):807-10.
9. Madan V, Ferguson JE, August PJ. Carbon dioxide laser treatment of rhinophyma: a review of 124 patients. *Br J Dermatol*. 2009;161(4):814-8.
10. Serowka KL, Saedi N, Dover JS, Zachary CB. Fractionated ablative carbon dioxide laser for the treatment of rhinophyma. *Lasers Surg Med*. 2014;46(1):8-12.
11. Corradino B, Di Lorenzo S, Moschella F. "Downward steps technique" with CO2 ultrapulsed laser for the treatment of rhinophyma: our protocol. *Acta Chir Plast*. 2013;55(1):16-8.
12. Singh S, Peterson JD, Friedman PM. Management of mild to moderate rhinophyma using ablative fractional photothermolysis. *Dermatol Surg*. 2013;39(7):1110-3.
13. Madan V, Ferguson JE, August PJ. Carbon dioxide laser treatment of rhinophyma: a review of 124 patients. *Br J Dermatol*. 2009;161(4):814-8.