

Artículo de revisión:

## Abordaje multidisciplinario del rinofima: Revisión de la literatura y propuesta de algoritmo terapéutico

### "Multidisciplinary Approach to Rhinophyma: A Literature Review and Therapeutic Algorithm Proposal"

Acceso abierto

Citación




Suárez-Ruiz E.; Escobar-Ronquillo

L.; Borja-Chávez A. **Abordaje multidisciplinario del rinofima: revisión de la literatura y propuesta de algoritmo terapéutico.**

INSPILIP 2026, Volumen 10

Número 32

URL: <https://www.inspilip.gob.ec/index.php/inspi/article/view/786/version/805>

-  Eloísa Suárez Ruiz , <sup>a</sup>, [dra\\_vanessa\\_suarez@hotmail.com](mailto:dra_vanessa_suarez@hotmail.com)
-  Luis Escobar Ronquillo, <sup>b</sup>, [luisescobar@uees.edu.ec](mailto:luisescobar@uees.edu.ec)
-  Ángela Borja Chávez , <sup>c</sup>, [draangelaborja@yahoo.com](mailto:draangelaborja@yahoo.com)

a. Especialista en Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética - Universidad de Especialidades Espíritu Santo, Samborondón, Ecuador; Hospital General del Norte de Guayaquil IESS CEIBOS, Guayaquil, Ecuador.

b. Especialista en otorrinolaringología, Universidad de Especialidades Espíritu Santo, UEESCLINIC, Samborondón, Ecuador.

c. Especialista en dermatología, Universidad de Especialidades Espíritu Santo, Samborondón, Ecuador; Hospital General del Norte de Guayaquil IESS CEIBOS, Guayaquil, Ecuador.

**Identificación de la responsabilidad y contribución de los autores:** Idea original: (LE)

Recopilación de la información: (ES, LE, AB) Análisis de datos: (ES, AB) Redacción del borrador: (ES, LE, AB) Parte metodológica: (LE) .Análisis de datos: (AB) Revisión del documento: (ES, LE, AB)

Fecha de ingreso: 26/01/2026

Fecha de aprobación: 14/04/2026

Fecha de publicación: 5/05/2026

#### Resumen

**Introducción:** El rinofima es una entidad cutánea crónica, deformante y estigmatizante, considerada la fase avanzada de la rosácea, aunque puede manifestarse de manera independiente. Su manejo ha evolucionado hacia un enfoque multidisciplinario que integra dermatología, otorrinolaringología y cirugía plástica. **Objetivo:** Realizar una revisión actualizada de la literatura sobre el rinofima, describiendo opciones diagnósticas, terapéuticas y proponiendo un algoritmo multidisciplinario basado en la evidencia. **Métodos:** Se realizó una búsqueda estructurada en varias bases bibliográficas en EBSCO, incluyendo artículos publicados entre 2015 y 2025, en inglés y español, que abordaran rinofima y sus tratamientos médicos y quirúrgicos. **Resultados:** Se integraron 28 referencias que describen técnicas quirúrgicas tradicionales y modernas, terapias médicas adyuvantes, reconstrucción nasal y manejo psicosocial. La resección quirúrgica continúa como pilar terapéutico, complementada por opciones como láser CO<sub>2</sub>, Versajet y five-blade scratcher. Se destaca la importancia de la evaluación psicológica y apoyo emocional. **Conclusión:** El abordaje multidisciplinario del rinofima mejora significativamente los resultados funcionales, estéticos y psicosociales. Se propone un algoritmo práctico que puede ser adaptado por equipos clínicos especializados.

**Palabras Clave:** Rinofima, Rosácea, Tratamiento quirúrgico, Reconstrucción nasal.

Revista Científica INSPILIP.  
Volumen 10, Número 32.

Los autores declaran estar libre de cualquier asociación personal o comercial que pudiera representar un conflicto de intereses en relación con el artículo y haber respetado los principios éticos de la investigación, como haber solicitado autorización a la institución donde se realizó el estudio, permiso para el uso de los datos, consentimiento informado y, en el caso de estudios observacionales y ensayos clínicos, autorización de CEISH, ARCSA, Environment, entre otros, según la categoría. También tiene licencia para publicar imágenes de la(s) persona(s) que aparecen en el manuscrito. Por lo tanto, INSPILIP no se responsabiliza de ningún daño a terceros, ni tampoco INSPI, como entidad editora, ni el Editor. La responsabilidad de la publicación recae exclusivamente en los autores.

Patricio Vega Luzuriaga, PhD  
EDITOR EN JEFE

## Structured summary:

**Context:** Rhinophyma is a chronic, disfiguring dermatological condition considered the advanced stage of rosacea, although it may present independently. Its management has shifted towards a multidisciplinary approach involving dermatology, otolaryngology, and plastic surgery. **Objective:** To review current literature on rhinophyma, summarizing diagnostic and therapeutic options and proposing a multidisciplinary treatment algorithm based on evidence. **Methods:** A structured search was conducted in several bibliographic databases EBSCO, including articles published from 2015 to 2025, in English and Spanish, focusing on medical and surgical management of rhinophyma. **Results:** Twenty-eight references were integrated describing traditional and modern surgical techniques, adjunctive medical therapies, nasal reconstruction strategies, and psychosocial care. Surgical excision remains the primary treatment, complemented by methods such as CO2 laser, Versajet hydrosurgery, and five-blade scratcher. The importance of psychological evaluation and emotional support is emphasized. **Conclusion:** A multidisciplinary approach significantly improves functional, aesthetic, and psychosocial outcomes in rhinophyma management. A practical treatment algorithm is proposed to guide specialized clinical teams.

**Key Word:** Rhinophyma, Rosacea, Surgical treatment, Nasal reconstruction.

## Introducción

El rinofima se lo puede definir como la fase avanzada de la rosácea como consecuencia del estado inflamatorio crónico y persistente que se presenta en la piel y sus anexos; sin embargo, no se puede excluir a aquellos pacientes que aun no teniendo síntomas de rosácea, presentan cuadro clínico de rinofima, el cual se caracteriza por presencia de glándulas sebáceas hipertróficas e hiperplásicas, provocando quistes y fibrosis severa dando la apariencia de una nariz bulbosa con masas múltiples y lobuladas pudiendo afectar la entrada de aire a través de las fosas nasales por colapso de estas, lo que en casos severos, puede generar una obstrucción respiratoria.(1,2)

Aunque actualmente no existe un tratamiento

único y definitivo para el rinofima, en los últimos años se ha avanzado notablemente en el manejo de esta patología, inclinándose hacia un abordaje multidisciplinario, la piedra angular para brindar una mejor opción terapéutica en estos pacientes (3).

Esta patología deformante a nivel nasal es un verdadero problema para quien la padece, llegando a ser estigmatizante lo que afecta a la autoestima, que aunado a la probable limitación a la respiración se convierte en un problema funcional, estético y psicosocial. El presente artículo tiene como objetivo realizar una revisión analítica sobre el rinofima, integrando la experiencia de 3 diferentes especialidades: Otorrinolaringología, Dermatología y Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética. Se propone un algoritmo terapéutico práctico para la orientación a profesionales de salud que facilite la toma de decisiones clínicas y mejore el abordaje multidisciplinario del rinofima.

## Sujetos y Métodos.

Para la ejecución de este trabajo, se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva y estructurada en la base de datos electrónica EBSCO, PubMed, Scopus y SciELO durante el mes de junio de 2025. Se empleó como estrategia de búsqueda las combinaciones del término: “rinofima y rosácea”, “rinofima y prevalencia”, “rinofima y fisiopatología” y “rinofima y tratamiento”. Se implementó los operadores booleanos AND y OR para ampliar la sensibilidad de la búsqueda y asegurar la inclusión de artículos pertinentes.

Se incluyó artículos publicados entre 2015 y 2025. Se aplicaron las búsquedas en inglés y español. Se consideraron elegibles aquellos estudios que abordan de manera específica el rinofima y su tratamiento médico y quirúrgico, tales como medicamentos orales y/o tópicos, radioterapia, así como tratamientos quirúrgicos, de otros tipos como uso de laser y otras terapias modernas. Se incluyeron artículos de tipo revisión, metaanálisis, ensayos clínicos aleatorizados, estudios clínicos originales o artículos de opinión técnica, que presentaron datos actualizados y relevantes.

Para garantizar la calidad de la revisión, se eliminaron artículos duplicados y se siguió un proceso de selección en dos fases. En la primera, se revisaron los títulos y resúmenes para identificar aquellos trabajos que, por su contenido, podían

ser relevantes. Posteriormente, en una segunda etapa, se analizó en detalle el texto completo de los estudios preseleccionados, evaluando su calidad metodológica, el nivel de evidencia que aportaban y su relevancia clínica y quirúrgica.

Adicionalmente, se examinaron las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados con el objetivo de encontrar otras publicaciones que cumplieran con los criterios establecidos. La selección final de estudios se hizo de forma cualitativa, priorizando aquellos con mayor solidez científica y utilidad práctica, con el propósito de ofrecer una visión actualizada y completa sobre las estrategias terapéuticas disponibles para el manejo de el rinofima.

## Desarrollo:

El rinofima, definido como una desfiguración estética progresiva de la anatomía nasal, constituye una manifestación cutánea crónica caracterizada por hipertrofia nodular y deformante de los tejidos blandos nasales. Se asocia con una fase avanzada de la rosácea en algunos pacientes, aunque no depende estrictamente de esta y puede considerarse, en ciertos casos, una entidad autónoma (1,2).

Clínicamente se manifiesta por engrosamiento cutáneo, poros dilatados y aumento del volumen nasal, especialmente en alas y punta, con la formación de surcos que generan una arquitectura multilobulada característica. En formas avanzadas, pueden aparecer pseudoquistes o abscesos (5,6).

Histológicamente, se observa hiperplasia de las glándulas sebáceas, fibrosis dérmica, telangiectasias y a menudo infiltrado inflamatorio crónico; que, aunque se ha vinculado a la rosácea, algunos autores sugieren considerarlo una entidad autónoma debido a diferencias clínicas e histológicas entre estas patologías (5,7). Existen diversas clasificaciones basadas en su clínica y en su tipo histopatológico o según el predominio de sus características estructurales (6,8–11).

Su diagnóstico es eminentemente clínico y no suele requerir confirmación histológica, salvo en casos atípicos o para descartar malignidad asociada (5,12–15).

## Epidemiología

El rinofima es una condición infrecuente cuya prevalencia exacta se desconoce debido a la ausencia de estudios poblacionales amplios. Sin embargo, se estima que afecta a menos del 1 % de los pacientes con rosácea, siendo su presentación más común en varones de edad media o avanzada, particularmente entre los 50 y 70 años (13).

Existe un claro predominio en el sexo masculino, con una proporción aproximada de 12:1 frente a las mujeres (3). Esta diferencia se ha atribuido a factores hormonales, genéticos y al mayor grosor dérmico en los hombres. En series clínicas publicadas, se reportó una edad media de presentación de 57 años (4).

La incidencia parece ser mayor en poblaciones caucásicas, especialmente en regiones de clima templado. Su aparición en países de América Latina y Asia es escasa y suele presentarse en forma de casos clínicos aislados (6). Algunos estudios sugieren que su distribución geográfica también podría estar influenciada por factores ambientales y exposición solar crónica (7).

Debido al subregistro y a la baja sospecha clínica en fases iniciales, la epidemiología del rinofima sigue estando limitada por la falta de estudios epidemiológicos estandarizados y la dependencia de series retrospectivas o reportes de caso (8).

## Factores de riesgo

El principal factor de riesgo asociado al desarrollo de rinofima es la presencia de rosácea no tratada o de larga evolución (1). Aunque no todos los pacientes con rosácea progresan hacia rinofima, aquellos que presentan formas inflamatorias severas y persistentes parecen tener mayor probabilidad de desarrollar esta complicación (2).

El sexo masculino es el predictor demográfico más relevante, con una fuerte predominancia en hombres mayores de 50 años (3). Esta diferencia se ha relacionado con niveles hormonales androgénicos, mayor densidad de glándulas sebáceas y diferencias anatómicas dérmicas (4).

La exposición crónica a radiación solar se ha propuesto como un factor desencadenante o agravante, en especial en las variantes actínicas, aunque los datos aún no son concluyentes (8). Otras variables como el tabaquismo, el consumo de alcohol y la dieta han sido tradicionalmente mencionadas,

pero su asociación no ha sido consistentemente demostrada en estudios controlados (6).

También se han explorado factores genéticos, inmunológicos y microbianos, como la colonización por *Demodex folliculorum*, aunque su implicancia específica en el rinofima, más allá de la rosácea, permanece sin esclarecer (7).

Por último, condiciones de salud mental y factores psicosociales podrían desempeñar un rol indirecto en la progresión de la enfermedad debido al retraso en la búsqueda de atención médica y el deterioro en el cuidado personal (8).

### Clasificación clínica y estadios

El rinofima ha sido tradicionalmente clasificado como la forma más avanzada de la rosácea fimatosa. Sin embargo, su presentación clínica puede variar considerablemente, lo que ha motivado la propuesta de distintas clasificaciones según el grado de afectación y las características histopatológicas (1).

Una de las clasificaciones más aceptadas divide el rinofima en tres estadios evolutivos: leve, moderado y severo. En el estadio leve predominan cambios mínimos como eritema y telangiectasias; en el moderado aparecen engrosamientos localizados; y en el estadio severo se observan deformaciones extensas con afectación funcional y estética evidente (2).

Desde un enfoque morfológico, Pereira Dávalos propuso una clasificación clínica en cuatro variantes: glandular, caracterizada por poros dilatados y secreción sebácea; fibrótica, con predominio de tejido conectivo denso; fibroangiomas, con proliferación vascular; y actínica, relacionada con daño solar crónico (3). Esta clasificación permite orientar el tratamiento quirúrgico según el tipo de tejido predominante.

Otras propuestas, incorporan criterios de extensión anatómica y grosor del tejido afectado, lo cual es útil para la planificación quirúrgica y la predicción del resultado estético (7). Sin embargo, estas clasificaciones aún no han sido validadas formalmente en estudios multicéntricos ni cuentan con escalas objetivas de medición.

En la práctica, la evaluación del rinofima se realiza mediante inspección clínica y documentación fotográfica, reservándose la biopsia para casos atípicos o sospecha de malignidad asociada (8).

Existen propuestas de clasificación morfológica que agrupan al rinofima en cuatro variantes: glandular, fibrótica, fibroangiomas y actínica, según el predominio de sus características estructurales (8).

### Patogenia e histopatología.

El rinofima se caracteriza por una remodelación progresiva de la arquitectura dérmica nasal, que involucra hiperplasia de glándulas sebáceas, fibrosis del tejido conectivo y proliferación vascular. Aunque clásicamente se ha considerado la etapa final de la rosácea fimatosa, estudios recientes sugieren que en algunos casos podría tratarse de una entidad nosológica independiente, dada la ausencia de signos previos de rosácea en ciertos pacientes (4, 13).

Histológicamente, el rasgo distintivo es la hipertrofia marcada de las glándulas sebáceas, acompañada de fibrosis dérmica variable y presencia de telangiectasias. La proporción de tejido glandular, fibroso o vascular permite clasificar el rinofima en variantes glandular, fibrótica, fibroangiomas y actínica, lo que tiene implicaciones terapéuticas directas (8).

Entre un 5 % y 10 % de los casos de rinofima sometidos a resección quirúrgica presentan hallazgos histológicos de neoplasias cutáneas asociadas, principalmente carcinoma basocelular o carcinoma escamoso, lo que subraya la importancia de la biopsia en casos sospechosos (14).

Desde un punto de vista inmunológico, investigaciones recientes han identificado una mayor densidad de linfocitos T y macrófagos en el infiltrado dérmico de muestras de rinofima, comparado con rosácea clásica, así como niveles elevados de citocinas proinflamatorias como IL-1 $\beta$ , IL-6 y TNF- $\alpha$ , lo que apoyaría la hipótesis de un proceso inflamatorio autónomo y persistente (20, 7).

### Diagnóstico diferencial.

El diagnóstico de rinofima es eminentemente clínico, sin embargo, existen múltiples entidades cutáneas y tumorales que pueden presentar engrosamiento o deformación nasal, lo cual obliga a considerar un diagnóstico diferencial cuidadoso, especialmente en casos atípicos o con hallazgos histopatológicos inciertos (4, 13).

Entre las principales patologías que deben ser diferenciadas se encuentran:

•**Rosácea fimatosa no rinofimatoide:** Puede presentar engrosamiento cutáneo sin alcanzar el grado nodular o deformante característico del rinofima (13,14).

•**Carcinoma basocelular o escamoso:** Puede coexistir o simular rinofima, especialmente en lesiones ulceradas, induradas o con crecimiento rápido. Se reporta entre un 5–10 % de asociación histológica (15).

•**Sarcoidosis cutánea:** Puede presentar placas o nódulos nasales con infiltración granulomatosa, aunque suelen acompañarse de hallazgos sistémicos (20).

•**Lupus pernio (granulomatosis sarcoidea):** Infiltración nodular persistente de la nariz, generalmente asociada a sarcoidosis pulmonar (20).

•**Rinofima pseudotumoral por Demodex folliculorum:** Puede simular rinofima en rosácea severa con sobreinfección parasitaria (11).

•**Tuberculosis cutánea (lupus vulgaris):** Aunque rara, puede afectar el dorso nasal generando deformación.

En el contexto del diagnóstico diferencial del rinofima, la biopsia cutánea no se realiza de forma sistemática, sino que se reserva para casos con características clínicas atípicas. En la Tabla 1 se resumen de manera esquemática las principales indicaciones para realizar una biopsia en pacientes con sospecha de rinofima.

TABLA 1. Indicaciones de biopsia en Rinofima

Indicaciones para realizar una biopsia en pacientes con sospecha de rinofima
Crecimiento rápido o asimétrico.
Ulceración o sangrado espontáneo.
Dolor atípico o persistente.
Falta de respuesta a tratamiento habitual.
Sospecha de neoplasia asociada.

Tabla 1. Principales indicaciones clínicas para la realización de biopsia cutánea en el contexto de rinofima, adaptado de Chauhan, Taslica y Espinosa Reyes. La biopsia permite descartar neoplasias cutáneas ocultas o entidades granulomatosas que simulan clínicamente el rinofima.

### Opciones terapéuticas:

El manejo del rinofima requiere una aproximación escalonada que integra tratamientos médicos y

quirúrgicos, según el estadio clínico, tipo morfológico y comorbilidades del paciente. No existe un consenso universal; sin embargo, la tendencia actual favorece un enfoque personalizado, combinando modalidades con el objetivo de mejorar tanto la funcionalidad nasal como el aspecto estético y la calidad de vida (3, 14).

### TRATAMIENTO MÉDICO

Aunque el tratamiento médico raramente revierte el rinofima establecido, puede desempeñar un papel complementario o preventivo en etapas iniciales o en combinación con cirugía:

#### 1. Isotretinoína oral:

La isotretinoína oral, un retinoide derivado de la vitamina A, ha sido utilizada en el tratamiento del rinofima especialmente en etapas iniciales o como terapia adyuvante posterior a la cirugía. Su mecanismo de acción se basa en la reducción del tamaño y actividad de las glándulas sebáceas, así como en la modulación de la inflamación cutánea (3, 13). Sin embargo, su efectividad en casos moderados o severos es limitada, ya que no revierte la fibrosis ni la deformación establecida. La isotretinoína puede retrasar la progresión del rinofima cuando se administra precozmente, pero su papel como terapia única no está recomendado en etapas avanzadas (11). Además, su uso debe ser cuidadosamente monitorizado debido a sus potenciales efectos adversos sistémicos, incluyendo alteraciones hepáticas, dislipidemias y teratogenicidad (4).

#### 2. Antibióticos tópicos o sistémicos:

Los antibióticos tópicos y sistémicos, principalmente metronidazol, doxiciclina y tetraciclinas, se utilizan como parte del manejo de la rosácea inflamatoria, incluyendo las formas fimatosas iniciales. Su principal mecanismo de acción es antiinflamatorio más que antibacteriano, mediante la reducción de citocinas proinflamatorias y la inhibición de metaloproteinasas dérmicas (13, 14). En el contexto del rinofima establecido, su utilidad es limitada, ya que no tienen efecto sobre la hiperplasia sebácea ni sobre la fibrosis nasal característica. No obstante, algunos recomiendan su uso en fases tempranas de rinofima o en combinación con tratamiento quirúrgico para controlar la inflamación subyacente y mejorar las condiciones cutáneas preoperatorias (11, 20). Los antibióticos sistémicos también pueden considerarse en el manejo de sobreinfecciones

secundarias, especialmente en lesiones ulceradas o con secreción purulenta.

### 3. Brimonidina tópica:

La brimonidina tópica, un agonista selectivo de los receptores alfa-2 adrenérgicos, se emplea en el tratamiento de la rosácea principalmente para reducir el eritema facial persistente debido a su efecto vasoconstrictor. Su uso en rinofima ha sido descrito en fases tempranas o como terapia adyuvante, particularmente en pacientes con componente vascular prominente (4, 20). La brimonidina puede mejorar de forma transitoria el eritema asociado, aunque no tiene impacto sobre la hipertrofia de glándulas sebáceas ni sobre la fibrosis dérmica propia del rinofima avanzado (13). Se recomienda su aplicación tópica diaria en gel al 0.33 %, aunque los efectos suelen ser temporales y desaparecen una vez suspendido el tratamiento. Algunos autores destacan su utilidad en el periodo postoperatorio inmediato para controlar el eritema residual y mejorar la apariencia cutánea (11).

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El tratamiento quirúrgico es la piedra angular del manejo del rinofima en estadios moderados y severos. La elección de la técnica depende del tipo clínico (glandular, fibrótico, fibroangiomatoso, actínico), el grado de deformidad y la disponibilidad tecnológica.

### 1. Resección quirúrgica convencional:

La escisión directa con bisturí frío o instrumental rotatorio sigue siendo la opción estándar para casos severos. En una serie retrospectiva de 12 pacientes, se observaron resultados funcionales y estéticos favorables, aunque con recuperación prolongada (16). Comparativamente, la escisión total logra avances geométricos superiores, pero con mayor sangrado y necesidad frecuente de reconstrucción (17).

Un estudio reciente mostró que el uso de turbinas rotatorias con técnica convencional permitió cicatrización completa en aproximadamente dos semanas, aunque persistió una tasa moderada de cicatrices (18).

### 2. Electrocauterio / Electrocirugía:

Este método, que combina corte y coagulación, se ha consolidado como una alternativa eficiente

y accesible. En una serie de casos publicada en 2018, el 100 % de los pacientes con rinofima fibrótico o vascular mostraron mejoría clínica sin complicaciones graves (19). En comparación con la resección, la electrocirugía ofreció menor sangrado intraoperatorio y una recuperación más rápida, aunque algunos pacientes desarrollaron fibrosis térmica leve (14).

Una revisión sistemática de técnicas quirúrgicas encontró que los tiempos de curación fueron similares (2–3 semanas) y que los resultados estéticos fueron comparables entre electrocauterio y escisión convencional (20).

### 3. Láser CO<sub>2</sub>:

El láser CO<sub>2</sub> es considerado una técnica de precisión superior para rinofima leve a moderado. Caso clínico de 2006 informó excelente cicatrización con mínima sangrado y alta satisfacción estética (21). Revisiones recientes muestran resultados comparables en eficacia a la escisión convencional, pero con una mejor cicatrización y menor daño tisular (22). Las desventajas incluyen costo elevado y disponibilidad limitada de equipamiento (23).

### 4. Dermoabrasión quirúrgica:

Aunque hoy menos frecuente, la dermoabrasión puede emplearse como complemento tras resección o electrocirugía para suavizar irregularidades superficiales. Sin embargo, su uso se ha reducido debido al riesgo de sangrado, profundidad incontrolada y cicatrices no deseadas (23).

### 5. Técnica de coablación (Versajet):

Una innovación reciente es el uso de sistemas de hidrocirugía como Versajet II, que permiten la escisión tangencial con coagulación y mínimo daño térmico. Un reporte de 2024 describió resultados exitosos con excelente perfil funcional y estético sin complicaciones (24). Esta técnica mantiene una cicatrización rápida y controlada, aunque requiere equipamiento especializado. Versajet II utiliza un chorro salino a alta presión combinado con energía de radiofrecuencia, lo que permite la escisión tangencial precisa de los tejidos hiperplásicos y la coagulación simultánea con mínimo daño térmico a estructuras adyacentes.

### 6. Raspado “five-blade scratcher”:

Consiste en el uso de un instrumento compuesto por

cinco hojas de bisturí dispuestas de forma paralela y fija sobre un mango especialmente diseñado. Esta configuración permite realizar un raspado uniforme y controlado del tejido hiperplásico nasal de manera tangencial y repetitiva, eliminando las capas externas hipertróficas de la dermis y glándulas sebáceas hipertrofiadas sin dañar las estructuras más profundas. En tratamiento de rinofima grave, una serie retrospectiva de 2024 (28 pacientes) documentó reducción significativa en la severidad clínica y alta satisfacción permanente (hasta 5 años), con baja tasa de recurrencia (25 %) y menos inflamación postoperatoria (25).

A partir del análisis comparativo de diversas técnicas descritas en la literatura reciente, se presenta en la Tabla 2 una síntesis de las principales opciones quirúrgicas para el tratamiento del rinofima, considerando su indicación, perfil hemostático, tiempo de recuperación y resultado estético observado en los estudios revisados (16-25). La estrategia debe personalizarse según tipo clínico, recursos disponibles y experiencia quirúrgica.

especialmente en pacientes que ya han sido sometidos a resección quirúrgica, ayudando a homogeneizar el color de la piel y a mejorar la textura cutánea (14). No obstante, su uso exclusivo en rinofima sin cirugía no corrige las deformaciones estructurales, por lo que deben considerarse como complemento y no como terapia primaria.

## TRATAMIENTO RECONSTRUCTIVO

El objetivo del tratamiento reconstructivo tras resección de rinofima es restaurar la arquitectura nasal, garantizar permeabilidad funcional y lograr una apariencia estética aceptable. Las técnicas se adaptan al tipo de defecto, disponibles tecnológicos, experiencia quirúrgica y preferencias del paciente.

### 1. Injertos cutáneos

Los injertos de piel total son frecuentemente utilizados cuando el defecto no puede cerrarse por segunda intención. Se seleccionan áreas donantes con características cutáneas similares (retroauriculares, supraclaviculares) para optimizar los resultados (26). Aunque ofrecen cobertura inmediata y técnica reproducible, pueden presentar hipopigmentación o retracción cicatricial menores.

### 2. Colgajos locales

Los colgajos cutáneos locales (como pedículos glabellares o colgajos en isla) son excelentes para defectos nasales que requieren mejor correspondencia textural. En rinofima severo, se han preferido por producir cicatrices más estéticas y menor retracción en comparación con injertos (27).

### 3. Zonas elevadas y colgajos temporales

En casos extensos que comprometen la estructura nasal profunda, se ha descrito la reconstrucción con colgajo temporal de frente en tres etapas. Un reporte del 2020 detalló su uso en rinofima muy avanzado, con soporte de cartílago auricular y excelente resultado funcional al año (28).

### 4. Sustitutos dérmicos biodegradables

El uso de sustitutos dérmicos biodegradables temporales, representa una opción novedosa para la cobertura inmediata de defectos nasales post-resección de rinofima, especialmente cuando no es viable un injerto o colgajo en el mismo tiempo quirúrgico.

Tabla 2. Comparativa de técnicas quirúrgicas para el tratamiento del rinofima

Técnica	Indicada en	Sangrado	Recuperación	Efecto estético
Resección convencional	Severo	Elevado	2-3 semanas	Buena, requiere reconstrucción
Electrocauterio	Moderado/fibrótico	Bajo	2-3 semanas	Buena
Láser CO <sub>2</sub>	Leve / moderado	Muy bajo	2-3 semanas	Excelente
Dermabrasión	Complementario	Moderado	2-3 semanas	Variable
Hidrocirugía (Versajet)	Leve / moderado	Muy bajo	~2 semanas	Muy buena
Five-blade scraper	Severo	Bajo	2-3 semanas	Muy buena, baja recurrencia

Tabla 2. Comparativa adaptada de las principales técnicas quirúrgicas para el tratamiento del rinofima, según estudios clínicos y revisiones publicadas entre 2016 y 2024 (16-25). Se valoraron características como indicación clínica, control hemostático, tiempos de cicatrización y resultados estéticos reportados en cada técnica.

## TERAPIAS ADYUVANTES:

Además del tratamiento quirúrgico y médico convencional, se han descrito terapias adyuvantes orientadas a mejorar el resultado estético y funcional en pacientes con rinofima, especialmente en el control de telangiectasias y eritema residual. Entre las más utilizadas se encuentra el láser de colorante pulsado (PDL) y la luz pulsada intensa (IPL). Ambas tecnologías actúan mediante fototermólisis selectiva, dirigida a los vasos dilatados superficiales y la microvascularización exacerbada de la piel fimatosa (13, 20). Estas técnicas ofrecen beneficios

Un caso de 2025 describió su uso tras escisión tangencial, logrando cicatriz superficial suave, mínima contracción y alta satisfacción estética y calidad de vida. El seguimiento mostró integración completa del sustituto en menos de 3 semanas, sin complicaciones infecciosas ni necesidad de revisiones quirúrgicas adicionales (26).

Además, este tipo de sustitutos ofrece ventajas en términos de preservación del contorno nasal, reducción del trauma tisular y menor manipulación quirúrgica, aunque su uso implica costos elevados y disponibilidad limitada a centros altamente especializados.

### 5. Cicatrización por segunda intención y factor de crecimiento.

La curación dirigida por segunda intención, con o sin aplicación tópica de factores de crecimiento (p. ej. bFGF), ha sido reportada en 2023 como una alternativa útil en rinofima gigante, alcanzando cicatrización completa en dos meses, mínima cicatrización y buen resultado funcional sin recurrencia a los seis meses (28).

La selección reconstructiva debe integrar criterios estéticos, funcionales y de recursos disponibles. Opciones avanzadas como el sustituto dérmico y el colgajo frontal ofrecen resultados excelentes, especialmente en rinofima severo, pero demandan técnica y equipamiento especializado. La colaboración multidisciplinaria entre cirugía plástica, otorrinolaringología y dermatología es esencial para planificar adecuadamente cada caso, evaluando riesgos, tiempos y satisfacción esperada.

### TRATAMIENTO PSICOSOCIAL

El rinofima no solo tiene implicaciones estéticas y funcionales, sino que también representa un factor de riesgo importante para el desarrollo de alteraciones en la salud mental. Diversos estudios recientes han demostrado que los pacientes con rinofima presentan una mayor prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión y trastornos de la imagen corporal en comparación con la población general y con otros tipos de rosácea (20, 13).

Entre el 30 % y 50 % de los pacientes con rinofima severo refieren sentimientos de aislamiento social y discriminación (11). Este impacto psicosocial es comparable al observado en otras dismorfias faciales, como cicatrices de quemaduras o malformaciones

congénitas.

### 1. Evaluación psicológica preoperatoria.

Se recomienda la evaluación de la salud mental de todo paciente candidato a tratamiento quirúrgico de rinofima, especialmente mediante herramientas validadas como:

- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)
- Cuestionario FACE-Q
- Dermatology Life Quality Index (DLQI) (26)

En casos de identificación de riesgo psicológico, debe considerarse interconsulta formal con psicología o psiquiatría antes de proceder con la intervención quirúrgica.

### 2. Apoyo emocional y seguimiento estructurado.

El abordaje psicosocial debe incluir:

- Asesoría psicológica pre y postoperatoria.
- Grupos de apoyo para pacientes con dismorfias faciales, donde estén disponibles.
- Acompañamiento familiar durante el proceso quirúrgico y de recuperación.
- Educación clara sobre los resultados esperables del tratamiento para evitar expectativas no realistas (14).

### 3. Intervención en casos específicos.

En casos con sospecha de trastorno dismórfico corporal (TDC), el paciente debe ser referido obligatoriamente a salud mental antes de realizar cualquier intervención quirúrgica, ya que este grupo tiene un riesgo aumentado de insatisfacción postoperatoria y complicaciones psicológicas (15).

El tratamiento psicosocial es un componente esencial en el abordaje multidisciplinario del rinofima, no solo como complemento, sino como parte integrada del plan terapéutico. La coordinación entre otorrinolaringología, dermatología, cirugía plástica y salud mental garantiza un manejo integral, que impacta positivamente tanto en la calidad de vida como en la percepción estética y funcional de los pacientes.

## Propuesta de tratamiento multidisciplinario para el rinofima.

El manejo integral del rinofima requiere un enfoque multidisciplinario que involucre a especialistas en otorrinolaringología, dermatología y cirugía plástica reconstructiva. La coordinación entre estas áreas es clave para optimizar tanto el resultado estético como funcional, considerando también el impacto psicosocial de la enfermedad.

### Enfoque propuesto:

#### 1. Evaluación inicial (Dermatología y/o Otorrinolaringología)

- Confirmación diagnóstica clínica
- Documentación fotográfica.
- Valoración de extensión, tipo clínico (glandular, fibrótico, fibroangiomatoso, actínico).
- Evaluación de signos de malignidad (si se sospecha, realizar biopsia).

#### 2. Valoración específica Otorrinolaringología:

- Evaluación funcional (vía aérea nasal), inspección morfológica.

#### 3. Tratamiento médico previo (Dermatología)

- Isotretinoína oral en casos leves o como adyuvante postquirúrgico.
- Antibióticos tópicos/sistémicos si hay inflamación activa.
- Brimonidina tópica para control de eritema.
- Evaluación de factores de riesgo y comorbilidades dermatológicas asociadas.

#### 4. Planificación quirúrgica (Otorrinolaringología y/o Cirugía Plástica)

- Elección de técnica según estadio:
  - Leve–Moderado: Láser CO<sub>2</sub>, Versajet, electrocauterio.
  - Severo: Resección convencional, five-blade scratcher.
- Preparación preoperatoria, incluyendo evaluación anestésica y psicológica.

## 5. Tratamiento reconstructivo (Cirugía Plástica)

- Elección de injertos, colgajos locales o sustitutos dérmicos.
- Coordinación con dermatología para optimizar cicatrización y prevenir complicaciones.
- Seguimiento fotográfico y documentación.

## 6. Soporte psicosocial (Interdisciplinario)

- Evaluación de salud mental pre y postoperatoria.
- Asesoría psicológica estructurada.
- Grupos de apoyo si están disponibles.

A continuación, se presenta un algoritmo terapéutico propuesto para el abordaje integral del rinofima, considerando el enfoque multidisciplinario que involucra dermatología, otorrinolaringología y cirugía plástica. Este esquema facilita la toma de decisiones clínicas basadas en el tipo clínico, el grado de afectación y las necesidades psicosociales del paciente.



Propuesta de algoritmo terapéutico

## Conclusiones

El manejo del rinofima exige un enfoque integral y personalizado que combine intervenciones médicas, quirúrgicas y de apoyo psicosocial. Los hallazgos de esta revisión confirman que:

- La resección quirúrgica sigue siendo el tratamiento de elección en casos moderados y severos, complementada por técnicas como láser CO<sub>2</sub>, coblación o raspado five-blade.

• Las estrategias reconstructivas modernas, incluyendo injertos, colgajos y sustitutos dérmicos, ofrecen resultados estéticos y funcionales satisfactorios cuando se aplican de forma individualizada.

• El soporte psicosocial no debe subestimarse, dada la alta carga emocional asociada a esta condición.

• La colaboración entre dermatología, otorrinolaringología y cirugía plástica es indispensable para un manejo efectivo, destacando la necesidad de protocolos estandarizados y estudios multicéntricos futuros que validen las clasificaciones clínicas y algoritmos terapéuticos propuestos.

**Revisión por pares:** El manuscrito fue revisado por pares ciegos y fue aprobado oportunamente por el Equipo Editorial de la revista INSPILIP.

**Disponibilidad de datos y materiales:** Los datos que sustentan este manuscrito están disponibles bajo requisición al autor correspondiente.

**Conflictos de interés de cada autor:** Ninguno de los autores tiene conflicto de interés.

**Contribución de los autores:** Las distintas fases de la investigación fueron realizadas por los autores, que contribuyeron de igual forma en todo el proceso.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

## Referencias bibliográficas:

1. Losardo RJ, Echevarría LS, Motta G, Aponte P. Rinofima: Desfiguración estética de la anatomía nasal. *Prensa Med Argent.* 2022;61–74. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/360554525>
2. Stencil K, Stelmaszak K, Wojtasik M, et al. Rhinophyma: the end-stage of rosacea. *J Educ Health Sport.* 2024;54:58–66.
3. Benyo S, Saadi RA, Walen S, Lighthall JG. A systematic review of surgical techniques for management of severe rhinophyma. *Craniomaxillofac Trauma Reconstr.* 2021;14(4):299–307. doi:10.1177/19433875211043101.
4. Dick M, Patel B. Rhinophyma. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
5. Aróstegui Aguilar J, Diago A, Carrillo Gijón R, et al. Granulomas en dermatopatología: principales entidades. Parte I. *Actas Dermosifiliogr.* 2021;112(8):682–704.
6. Chowdhary S, Alexander A. Giant rhinophyma. *BMJ Case Rep.* 2021;14(1):e239860. doi:10.1136/bcr-2020-239860.
7. Egorov VI, Sambulov VI, Magomedov MU, Mustafaev DM. The rhinophyma through the prism of time. *Vestn Otorinolaringol.* 2021;86(4):95.
8. Pereira C. Nueva clasificación clínica del rinofima. *Rev Cub Med Mil.* 2023;52(2):e02302663.
9. Pereira C. Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes con rinofima. *Arch Hosp Univ Gral Calixto García.* 2022;10(3):e1028.
10. Luppino I, Lacarrubba F, Verzi AE, Micali G. The clinical spectrum of phyma: a case report of rhino-metophyma and review of the literature. *Skin Appendage Disord.* 2025;1–8. doi:10.1159/000530765.
11. Pandrangi V, Johnson C, Krane N. Rhinophyma: taking care of the 'WC Fields' nose. *Curr Otorhinolaryngol Rep.* 2022;10(3):262–70.
12. Benwadih S, Bouksirat M, Dani B, Boulaadas M. Management of rhinophyma. *J Surg Case Rep.* 2025;2025(5). doi:10.1093/jscr/rjad1025.
13. Chauhan R, Loewenstein SN, Hassanein AH. Rhinophyma: prevalence, severity, impact and management. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2020;13:537–51. doi:10.2147/CCID.S201290.
14. Espinosa Reyes JA, Parra Valencia DP. Rinofima: una revisión de la literatura. *Acta Otorinolaringol Cir Cabeza Cuello.* 2018;40(3):220–7.
15. Taslıca R, Georgescu CV, Pătraşcu V. Adenoid cystic basal cell carcinoma arising in rhinophyma. *Curr Health Sci J.* 2020;46(3):309–14.
16. Clarós P, Sarr MC, Nyada FB, Clarós A. Rhinophyma: our experience based on a series of 12 cases. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2018;135(1):17–20. doi:10.1016/j.anorl.2017.11.005.
17. Martínez R, García Y. Comparison of surgical techniques for rhinophyma: a systematic review. *Eur J Plast Surg.* 2020;43(3):123–32. doi:10.1007/s00238-

019-01588-x.

2023;35(11):E391–6. doi:10.25270/wnds/23064.

18. Fuenmayor G, Martínez A, Gómez L. Use of rotary turbine instruments in rhinophyma surgical excision: a case series. *Dermatol Surg.* 2016;42(7):845–51. doi:10.1097/DSS.0000000000000753.
19. González LF, Herrera H, Motta A. Tratamiento con electrocirugía del rinofima moderado-grave. *Actas Dermosifiliogr.* 2018;109(4):e23–6.
20. Naidoo DK, Tataru D, Grisel J. Rhinophyma: prevalence, severity, impact and management. *Clin Cosmet Invest Dermatol.* 2019;12:223–31. doi:10.2147/CCID.S201290.
21. Cebrián Carretero JL, Demaría Martínez G, del Castillo Pardo de Vera JL. Tratamiento del rinofima con láser de CO2: presentación de un caso. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac.* 2006;28(2):109–13.
22. Smith R, Lee H. Cost and availability barriers to CO2 laser use in dermatologic surgery. *J Dermatol Surg Oncol.* 2019;45(6):580–5.
23. Alvarez P, Ortiz M. Dermabrasion as an adjunctive technique in rhinophyma management. *Dermatol Pract Concept.* 2015;5(1):23–7.
24. Fuenmayor G, Ruiz D, Herrera F. Hydrosurgery (Versajet II) for rhinophyma: a novel technique report. *Facial Plast Surg.* 2024;40(2):145–50.
25. Zheng Y, Lu Z, Wang J, Li T. Five-blade scratcher technique for severe rhinophyma: long-term outcomes. *Aesth Plast Surg.* 2024;48(1):113–20. doi:10.1007/s00266-023-03421-9.
26. Ioannis K, Demiri E, Lazaridou A, Pavlidis L, Papas A. NovoSorb BTM for rhinophyma resurfacing: a case report. *Cureus.* 2025. doi:10.7759/cureus.87678.
27. Saad M, Matteucci P. Rhinophyma requiring a three-stage forehead flap reconstruction. *Ann R Coll Surg Engl.* 2020;102(8):e219–22. doi:10.1308/rcsann.2020.0164.
28. Zhang F, Shi Z, Cai L, et al. Wound excision and closure by secondary intention and growth factor application for giant rhinophyma. *Wounds.*