



Trabajos originales

Rinofima: manejo médico y quirúrgico. Reporte de casos y revisión de la literatura

Rhinophyma: Medical and Surgical Management. Case Report and Literature Review

Leonel Fernando Malaver-Caicedo*, Daniel Ricardo Vesga-Reyes**, Diana Carolina Hernández-Rodríguez***, Laura Valentina Rubiano-Villamil****, Luiz Felipe Maranhão Tavares-Cardozo*****, Luis Fernando González*****

* Otorrinolaringólogo, Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. <https://orcid.org/0000-0003-3464-1992>

** Cirujano plástico, Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Javeriana, Bogotá, Colombia. <https://orcid.org/0009-0007-7521-5742>

*** Otorrinolaringóloga, Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. <https://orcid.org/0000-0003-0184-745X>

**** Medico general, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia. <https://orcid.org/0009-0007-8610-1150>

***** Médico general, Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-4835-855X>

***** Dermatólogo, AdvanceDerma Clínica Dermatológica, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia. <https://orcid.org/0000-0003-4033-0234>

Forma de citar: Malaver-Caicedo LF, Vesga-Reyes DR, Hernández-Rodríguez DC, Rubiano-Villamil LV, Tavares-Cardozo LFM, González LF. Rinofima: manejo médico y quirúrgico. Reporte de casos y revisión de la literatura. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello. 2025;53(4):385 - 393. DOI: <https://doi.org/10.37076/acorl.v53i4.827>

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: 16 de abril de 2025

Evaluado: 02 de diciembre de 2025

Aceptado: 22 de enero de 2026

Palabras clave (DeCS):

Rinofima, rinoplastia, isotretinoína, tratamiento, terapia por láser.

RESUMEN

Introducción: el rinofima es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por hipertrofia de glándulas sebáceas y cambios en el tejido conectivo que causan deformidad progresiva de la unidad estética nasal. Es más frecuente en hombres y puede asociarse a eritema, telangiectasias y obstrucción nasal en casos avanzados. Su manejo suele combinar terapias médicas y procedimientos quirúrgicos, como láser CO₂ e intervenciones reconstructivas. **Casos clínicos:** se presentan seis pacientes con rinofima evaluados por dermatología y otorrinolaringología, quienes recibieron manejo combinado según la severidad. El tratamiento incluyó retinoides, láseres ablativos y no ablativos, y rinoplastia estructural como intervención quirúrgica. **Discusión:** el abordaje multidisciplinario y combinado permitió corregir la alte-

Correspondencia:

Mary Eugenia Posada Álvarez

Email: otorrinoped.cirugiasinonasal@gmail.com

Dirección: calle 50 # 8-24 consultorio 205. Bogotá, Colombia.

Teléfono celular: +57-3332934531

ración estética y funcional, optimizando la remodelación del tejido blando nasal y favoreciendo la recuperación integral del paciente. *Conclusión:* las terapias médicas y quirúrgicas representan una estrategia para el manejo del rinofima, con impacto positivo en función nasal, apariencia estética y calidad de vida.

ABSTRACT

Key words (MeSH):

Rhinophyma rhinoplasty, isotretinoin, treatment, laser therapy.

Introduction: Rhinophyma is a chronic inflammatory disease characterized by sebaceous gland hypertrophy and connective tissue changes that cause progressive deformity to the nasal aesthetic unit. It is more frequent in men and may be associated with erythema, telangiectasias, and nasal obstruction in advanced cases. Management usually combines medical therapies and surgical procedures, such as CO₂ laser and reconstructive interventions. *Case series:* We present six patients with rhinophyma evaluated by dermatology and otolaryngology services, who received combined management according to disease severity. Treatment included retinoids, ablative and non-ablative lasers, and structural rhinoplasty as the surgical intervention. *Discussion:* This multidisciplinary combined approach allowed correction of both aesthetic and functional impairment, optimizing remodeling of the nasal soft tissues and promoting comprehensive patient recovery. *Conclusion:* Medical and surgical therapies represent an effective strategy for the management of rhinophyma, with a positive impact on nasal function, aesthetic appearance, and quality of life.

Introducción

El rinofima es una enfermedad que afecta los tejidos blandos de la nariz, por un sobrecrecimiento de las glándulas sebáceas, hipervasculardad, inflamación crónica, cicatrización fibrótica e hiperplasia de los tejidos nasales. Es considerada una de las manifestaciones más graves de la rosácea (1). Se presenta dentro de las décadas de los 50 a 60 años, en pacientes caucásicos, y es mucho más prevalente en hombres que en mujeres, en una razón desde 12:1 hasta 30:1 (1,2). Su etiología no está establecida del todo; sin embargo, se discuten posibles hipótesis, como el influjo de los andrógenos en hombres y ser portador del ácaro *Demodex folliculorum* o de *Helicobacter pylori*, lo que causa producción de agentes vasodilatadores (gastrina y óxido nítrico) (2). Histológicamente, se han encontrado fibroblastos positivos para factor XIIa y expresión alta de factor de crecimiento transformante beta 2 (TGF β 2), que contribuyen a la proliferación del tejido y a la formación de tejido fibrótico. Existen otras hipótesis, como el consumo de alcohol que, con el pasar del tiempo, ha demostrado tener cada vez menos asociación (2,3). Esta condición tiene repercusiones tanto estéticas como funcionales y llega a causar un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes.

Dentro de sus manifestaciones clínicas es muy característica la piel eritematosa con cambios en la textura secundarios a fibrosis, la formación de nódulos eritematosos y tejido cicatricial anormal que se acompañan de telangiectasias. Su afección es más común en los dos tercios inferiores del dorso de la nariz, en especial la punta, e incluso puede afectar las alas nasales, la base nasal y el área malar (1,2). En casos más graves puede llegar a tener una gran hipertrofia que llega a causar deformidad importante e incluso obstrucción nasal

completa, generando problemas respiratorios por oclusión de las válvulas nasales, así como también dificultades para ingesta de alimentos.

Para su clasificación, se utiliza el sistema El-Azhary, creado en 1991 (1,2) para definir la severidad y el abordaje de la patología, y se puede dividir en leve, moderada y severa. En los casos leves se encuentran telangiectasias y leve cambio de textura de la piel nasal. En los moderados se encuentran nódulos y engrosamiento temprano. Finalmente, en los severos se encuentra gran cantidad de nódulos, engrosamiento severo de la piel, e incluso se llegan a generar deformidades graves (2).

El tratamiento estará basado en la gravedad del caso y varía desde el tratamiento médico para los casos leves hasta tratamientos quirúrgicos, en casos moderados a graves. El tratamiento médico incluye terapias tópicas como el ácido azelaico e ivermectina y orales como doxiciclina (tetraciclina, dosis 40-100 mg, en rinofima de predominio inflamatorio), tamoxifeno (antiestrógeno no esteroideo, regula a la baja la expresión de TGF- β 2) e isotretinoína (3-cis-retinoic acid, mejoría de edema, producción de sebo, e infiltración perivascular linfocítica, dosis desde 0,5-1 mg/kg) (1-3).

Dentro de los procedimientos médicos se encuentran varias opciones: la electrocirugía, que usa radiofrecuencia para generar calor y daño tisular. La escisión con bisturí frío para la decorticación del tejido hipertrófico, que preserva el tejido pilosebáceo y permite la reepitelización (1). La dermoabrasión como exfoliación cutánea con fresa en diamante que, sin embargo, causa sangrado extenso, es poco utilizada como primera línea y se prefiere como tratamiento complementario a la electrocirugía o al bisturí frío para suavizar la zona intervenida. La terapia con láser como método ablativo. Dentro de las opciones tenemos varias: la terapia con CO₂

utiliza una onda de luz larga con gran afinidad por los tejidos con gran contenido de H₂O para generar un efecto de vaporización. El láser Erbio-Yag emite luz infrarroja con afinidad para el H₂O específica y menos profunda que el CO₂. Por último, el láser neodimio (Nd-Yag) emite luz infrarroja absorbida por la hemoglobina para la destrucción de los vasos sanguíneos (2).

Como último recurso, en casos más severos se considera el tratamiento quirúrgico completo de la estructura nasal, como lo es la septorrinoplastia estructural asistida por ultrasonido, con o sin injertos accesorios, para mejorar el soporte nasal, reparar la estenosis de las válvulas nasales y mejorar la estética y funcionalidad de la nariz. Otras opciones descritas son el método de las subunidades, donde se hacen cortes en alas nasales, el dorso, la punta y los triángulos blandos para remover tejido hipertrófico hasta el pericondrio, pero este método tiene la mayor tasa de complicación y revisión posterior, por ende, no se realiza de forma rutinaria (1-3).

El objetivo de este reporte de casos es describir las características del tratamiento multidisciplinario de la rinofima, mostrando que el manejo multimodal ofrece ventajas tanto estéticas como funcionales para el paciente, lo que lleva a una mejor calidad de vida, así como una mejor autopercepción del paciente sobre la apariencia de su rostro.

Materiales y métodos

Se realizó una serie de casos de carácter observacional. Se incluyeron seis pacientes que asistieron a consulta externa de Dermatología y Otorrinolaringología entre los años 2021 y 2024, con diagnóstico de rinofima.

Los criterios de inclusión fueron pacientes con diagnóstico clínico confirmado de rinofima y seguimiento clínico documentado.

Se excluyeron pacientes con historias clínicas incompletas o seguimiento insuficiente.

Las variables analizadas incluyeron edad, sexo, características clínicas, hallazgos físicos, antecedentes patológicos, tipo de manejo instaurado y evolución clínica. La información se obtuvo mediante revisión retrospectiva de las historias clínicas.

El manejo terapéutico incluyó tratamiento quirúrgico mediante septorrinoplastia estructural, procedimientos abla-

tivos con láser y tratamiento médico con isotretinoína, de acuerdo con la indicación clínica individual y siguiendo los protocolos institucionales.

Se garantizó la confidencialidad de la información y el anonimato de los pacientes. Se obtuvo consentimiento informado para la publicación de la información clínica e imágenes.

Reporte de casos

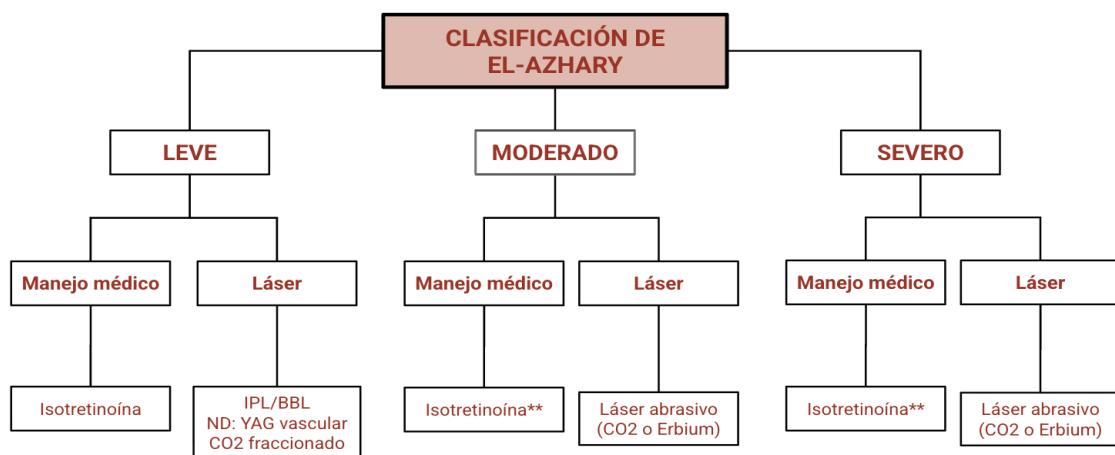
Se reportan seis casos de hombres que asistieron a consulta externa de dermatología y otorrinolaringología desde el año 2021 hasta el 2024 con edad promedio de 37 años. Todos los pacientes consultaron por un cuadro clínico caracterizado por aumento de tamaño de los tejidos blandos de la nariz de forma progresiva en la adultez. Uno de ellos tiene antecedente de rinoplastia primaria y otro se presenta con acné nodular severo.

Al examen físico inicial, todos los pacientes presentaron engrosamiento de tejidos blandos nasales, nódulos en punta nasal y, en algunos casos, telangiectasias. De acuerdo con la clasificación de El-Azhary, el 33% (2/6) presentaron rinofima leve y el 63% (4/6) rinofima moderada (**Tabla 1**). El tratamiento se basó en el manejo médico con terapia oral asociado o no a laser y la rinoplastia estructural como tratamiento quirúrgico (**Figuras 1 y 2**). El 50% recibió manejo concomitante con isotretinoína y el 83% de los pacientes recibió manejo con láseres ablativos y no ablativos. Los pacientes en quienes se prefirió continuar manejo médico con retinoide oral no recibieron manejos ablativos con láser y sí manejo quirúrgico, un tratamiento médico que garantiza el resultado estético y evita la recaída. Se prefirió el manejo inicial con láser ablativo CO₂ o Erbio para la remodelación de la punta nasal antes de la cirugía para garantizar una mejor movilidad de los tejidos blandos de la punta nasal. En los casos leves, se prefirió el manejo con láseres no ablativos posterior a la intervención quirúrgica con el objetivo de lograr una disminución de telangiectasias y una remodelación de colágeno sin ablación. El 100% de los pacientes recibió manejo quirúrgico con septorrinoplastia estructural. La percepción estética y funcional de los pacientes fue satisfactoria en todos los casos, sin recidiva en un período de seguimiento de 12 meses.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los casos

Características	Casos					
	1	2	3	4	5	6
Edad en años	47	43	44	29	28	44
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
Antecedentes patológicos	Alopecia androgénica, Rosácea	Rosácea	Acné nodular	Ninguno	Ninguno	Enfermedad coronaria, obesidad
Antecedentes quirúrgicos	Ninguno	Ninguno	Rinoplastia primaria	Amigdalectomía	Ninguno	Ninguno
Clasificación de El-Azhary	Leve	Moderado	Moderado	Leve	Moderado	Moderado
Dosis de isotretinoína	Isotretinoína 20 mg 3 veces por semana	Isotretinoína 20 mg 3 veces por semana	No recibió isotretinoína	Isotretinoína 20 mg 3 veces por semana	No recibió isotretinoína	No recibió isotretinoína
Dosis de láser	Dos sesiones: láser ND Yag LP fluencia 100 J spot 3 mm, duración 10 ms, frecuencia 5 Hz	Tres sesiones: láser 1064 Qs Fraccionado fluencia 1 J spot 8 mm	Una sesión: láser Erbio ablativo 100 MC y COAG de 50	No recibió tratamiento con láser	Una sesión: láser Erbio ablativo 100 MC y COAG de 50	Una sesión de láser ablativo CO2 modo CW potencia 5W. Cuatro sesiones: láser ND-Yag LP Fluencia 11 J 5 mm 0,3 ms 10 Hz
Tratamiento quirúrgico	Rinoplastia primaria estructural más mentoplastia de avance	Rinoplastia primaria estructural	Rinoplastia secundaria con injerto costal	Rinoplastia primaria estructural	Rinoplastia primaria estructural	Rinoplastia primaria estructural
Tiempo de seguimiento	24 meses	12 meses	9 meses	16 meses	14 meses	26 meses

CO2: dióxido de carbono; COAG: indicar significado; CW:onda continua ; LP: pulso largo; MC: modo combinado
Tabla elaborada por los autores.



BBL: luz de banda ancha; IPL: luz pulsada intensa.

*El tratamiento con isotretinoína no se usa en pacientes seis meses antes de realizar el procedimiento con láser abrasivo.

Figura 1. Algoritmo de manejo médico.

Figura elaborada por los autores.

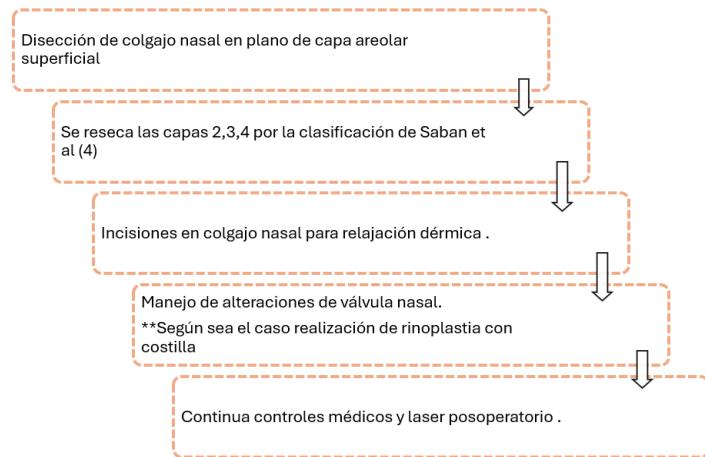


Figura 2. Algoritmo de manejo quirúrgico: rinoplastia estructural.

Figura elaborada por los autores.

Casos clínicos

Caso 1

Paciente masculino de 47 años con antecedente de alopecia androgénica con trasplante capilar. Consulta a otorrinolaringología/cirugía plástica para realización de rinoplastia funcional y estética. Adicionalmente, tiene antecedente de rosácea con tratamiento previo de doxiciclina + metronidazol gel al 1% todas las noches, sin mejoría significativa de las lesiones. Al examen físico se evidencian pápulas eritematosas con telangiectasias en nariz, comedones abiertos y tricostasis con aumento de los tejidos blandos, en especial en la punta. Se realiza diagnóstico de rinofima El-Azhary leve y se remite a dermatología para el manejo multidisciplinario de dicha patología previo a la realización de cirugía.

Dermatología considera una rinofima moderada, con inicio de tratamiento con láser ND Yag de pulso largo con fluencia 100J SPOT 3 mm, duración de 10 ms y frecuencia

de 5 Hz en telangiectasias. Fluencia de 11 J y duración de 0,3 ms en movimiento rápido, con 400-600 disparos en mejillas y nariz, y tratamiento oral con isotretinoína 20 mg tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes). El servicio de dermatología revalora el paciente a los tres meses, cuando se considera una segunda sesión de láser de luz pulsada intensa (IPL) 530 con fluencia de 1,5 J y duración de 0,5 ms; láser ND-Yag de pulso largo con fluencia de 11 J SPOT 5 mm, duración de 0,3 ms y frecuencia de 10 Hz con movimiento rápido, 400-600 disparos en mejillas y nariz. Adicionalmente, se continúa el manejo con isotretinoína en las mismas dosis hasta cumplir un año de tratamiento.

Al año de evolución reconsulta al servicio de otorrinolaringología/cirugía plástica donde el paciente decide continuar el tratamiento quirúrgico mediante la realización de una rinoplastia (Figura 3). El paciente muestra mejoría tanto funcional como estética a nivel nasal, mejoría significativa de la apariencia de los tejidos blandos nasales y se da de alta al cumplir el año posoperatorio.

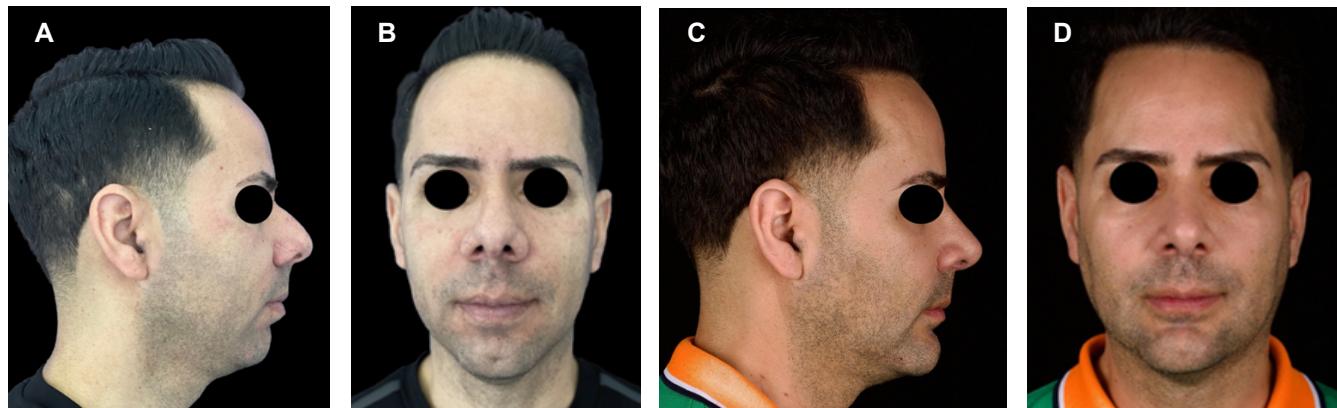


Figura 3. Caso 1. Fotos pre- y posquirúrgicas. A. Imagen lateral prequirúrgica; B. Imagen frontal prequirúrgica; C. Imagen lateral posquirúrgica; D. Imagen frontal posquirúrgica.

Imágenes propiedad de los autores/cortesía de/con autorización.

Caso 2

Paciente de sexo masculino de 43 años, procedente de Bogotá, Colombia, con antecedente de rosácea. Consulta al servicio de dermatología por un cuadro clínico de varios años de evolución caracterizado por el aumento de tamaño de los tejidos blandos nasales. Se realiza el diagnóstico de rinofima El-Azhary moderado y se inicia tratamiento con isotretinoína 20 mg tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes). A los cuatro meses consulta al servicio de otorrinolaringología/cirugía plástica para realización de rinoplastia funcional y estética con la técnica quirúrgica descrita en la **Figura 4**. Se reevalora por el servicio de dermatología, donde se inicia tratamiento láser nano fraccionado fluencia 1 J SPOT 8 mm en todo el rostro, y se realiza de nuevo en tres ocasiones con dos meses de diferencia entre las sesiones. Se realiza un tratamiento multidisciplinario, con mejoría tanto funcional como estética a nivel nasal, mejoría significativa de la apariencia de los tejidos blandos nasales, sin nuevo crecimiento o empeoramiento del cuadro. Se da de alta al cumplir el año posoperatorio.

Caso 3

Paciente de sexo masculino de 44 años, natural de Cali y procedente de Bogotá, Colombia, con antecedente de inyección de sustancia desconocida en la nariz hace 20 años. Consulta por un cuadro de larga evolución caracterizado por un aumento progresivo del volumen nasal y telangiectasias posteriores a la aplicación del relleno. Se diagnostica un rinofima moderado y en marzo de 2022 se realiza una rinoplastia primaria.

Posteriormente, en dermatología se efectúa una resección del rinofima bajo anestesia local complementada con láser ablativo CO₂. En los meses siguientes recibe múltiples sesiones de láser ND-Yag (fluencia 11 J, SPOT 5 mm) en mejillas y nariz, dirigidas a la remodelación tisular y al manejo de las telangiectasias. En marzo de 2023 se adiciona tratamiento

con IPL 530 nm. El manejo multidisciplinario permitió mejorar la arquitectura nasal y la apariencia global de los tejidos blandos, sin evidencia de recurrencia.

Caso 4

Paciente de sexo masculino de 29 años, natural y procedente de Bogotá, sin antecedentes. Consulta por un cuadro clínico de años de evolución caracterizado por un aumento progresivo de los tejidos blandos de la punta nasal asociado a telangiectasias visibles en la exploración física. Se realiza el diagnóstico de rinofima leve. En noviembre de 2021 se realiza una rinoplastia primaria. En diciembre de 2021 es valorado por dermatología, donde se inicia tratamiento médico con isotretinoína 20 mg tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes) durante tres meses. En marzo de 2023 se reevalúa al paciente, observando persistencia leve del engrosamiento nasal, por lo que se ajusta el tratamiento a isotretinoína 20 mg diarios por tres meses adicionales. Posteriormente, el paciente pierde seguimiento, sin registros de nuevas valoraciones clínicas o intervenciones. Hasta el último seguimiento se intentó mejorar la arquitectura nasal y la apariencia global de los tejidos blandos.

Caso 5

Paciente de sexo masculino de 38 años, natural y procedente de Bogotá, con antecedente de acné nodular sin manejo médico. Consulta por un cuadro de varios años de evolución caracterizado por un aumento progresivo de los tejidos blandos nasales, con presencia de pequeños nódulos en la punta nasal. Se evidencia engrosamiento de la punta nasal, compatible con rinofima moderado. En octubre de 2020 se realiza una rinoplastia secundaria con injerto costal. Posteriormente, en mayo de 2021, es valorado por dermatología, donde se practica una resección del rinofima bajo anestesia local utilizando láser Erbio ablativo (100 MC) y COAG de 50, con múltiples pases en la punta nasal; se indica antibiótico tópi-

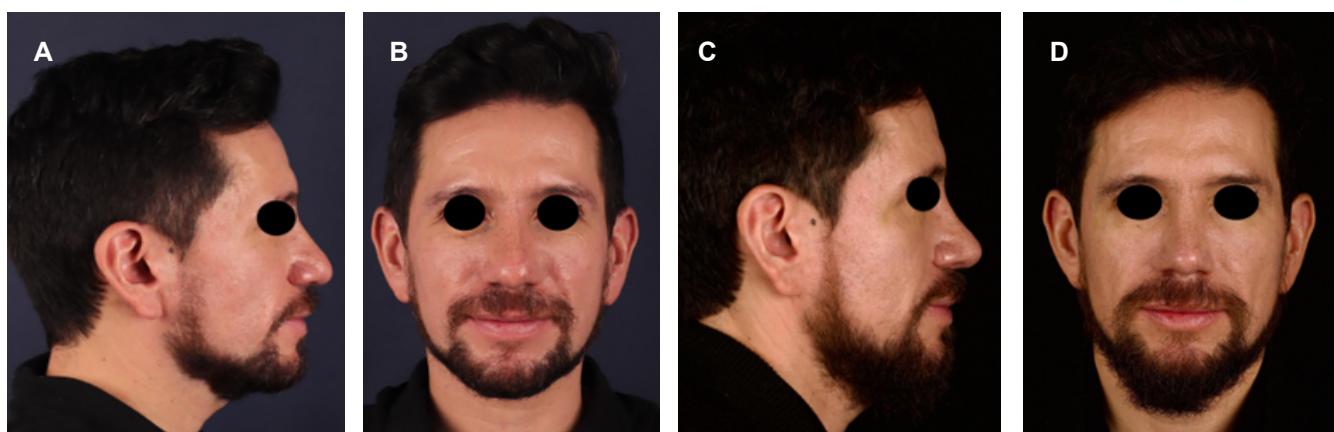


Figura 4. Caso 2. Fotos pre- y posquirúrgicas. A. Imagen lateral prequirúrgica; B. Imagen frontal prequirúrgica; C. Imagen lateral posquirúrgica; D. Imagen frontal posquirúrgica.

Imágenes propiedad de los autores/cortesía de/con autorización

co y apósito. En junio de 2021 se documenta mejoría de la apariencia nasal con persistencia de eritema leve, por lo que se efectúa una sesión de mantenimiento con láser de luz de banda ancha (BBL) filtro 590, fluencia de 7 J y duración de 5 ms. El paciente pierde seguimiento posteriormente. Hasta el último seguimiento se intentó mejorar la arquitectura nasal y la apariencia global de los tejidos blandos.

Caso 6

Paciente de sexo masculino de 28 años, natural y procedente de Bogotá, con antecedente de rinoftima manejada previamente con isotretinoína durante un año sin mejoría entre 2018 y 2019. Consulta por aumento progresivo de los tejidos blandos nasales y deseo de mejorar la apariencia estética de la nariz. Al examen físico se evidencia engrosamiento de los tejidos blandos y nódulos en la punta nasal, compatibles con rinoftima moderada-severa. En agosto de 2020 se realiza resección del rinoftima bajo anestesia local, utilizando láser Erbio ablativo 100 MC con COAG de 50. Se realizan seis pasos, además de radiocirugía en la vertiente nasal derecha en septiembre de 2020. En octubre de 2021 se practica una rinoplastia primaria. Posteriormente, el paciente pierde seguimiento clínico.

Discusión

El rinoftima deriva del griego, *Ris*, que significa “nariz” y *phyma*, que significa crecimiento. Esta es una condición que afecta los tejidos blandos de la nariz, resultando en deformidad debido a la hipertrofia de las glándulas sebáceas y alteraciones en el tejido conectivo (5). El estado fímatoso de la rosácea puede llevar a la estigmatización social de los pacientes y causar un gran impacto psicosocial en su calidad de vida (5). Es una entidad que afecta la calidad de vida de quienes la padecen, con un cambio funcional y estético a nivel nasal, por lo que requiere un manejo multimodal. Aunque se han propuesto diversos tratamientos médicos y quirúrgicos para mejorar esta afección, no existe un enfoque terapéutico claro y específico.

En este estudio, los autores presentan una propuesta de manejo multidisciplinario de la rinoftima, que involucra los departamentos de dermatología, cirugía plástica y otorrinolaringología. Como se mencionó anteriormente, se realiza un tratamiento médico durante 12 meses, junto con manejo quirúrgico complementario, con el que documentó una mejoría del cuadro clínico inicial.

No hay ensayos controlados aleatorios que evalúen la eficacia de los tratamientos para la rinoftima; sin embargo, todavía se recomienda la isotretinoína oral (6) por su efecto inhibidor de la función de las glándulas sebáceas.

En un reporte de casos realizado en Alemania por Pohl y colaboradores se realiza el informe de caso de un paciente masculino de 62 años con diagnóstico de rinoftima con tratamiento tópico previo no exitoso, por lo que se inicia un protocolo de isotretinoína a bajas dosis (20 mg cada tres

días) junto con tratamiento tópico con ivermectina al 1% por aproximadamente 1 año, sin reporte de efectos secundarios. Se observó una clara reducción de la glándula sebácea y de la actividad inflamatoria con disminución del volumen nasal y normalización de la seborrea. Al llegar a los 24 meses, se realizó una reducción de la dosis a 20 mg cada cuatro días, hasta cumplir los tres años de tratamiento. El paciente llegó a un grado muy alto de satisfacción al culminar el tratamiento.

La eficacia de la terapia sistémica con derivados de la vitamina A se basa en la reducción del número de glándulas sebáceas y la producción de sebo con propiedades antiinflamatorias. Puede ser utilizada como tratamiento y luego como profilaxis para evitar recaídas. Se describe como tratamiento adyuvante para la rinoftima severa junto con tratamientos dermoabrasivos, de láser y procedimientos quirúrgicos como la rinoplastia (8).

Las cirugías láser ablativas que utilizan modalidades de carbonato de ítrio de aluminio dopado con erbio (Er-Yag), laser neodimium: YAG (Nd-Yag) y láser de CO₂ pueden mejorar el estado fímatoso. Cada láser emite una longitud de onda diferente, por lo cual llegan a diferentes profundidades y por eso se utiliza en los diferentes grados de severidad.

En la rinoftima leve se utiliza el láser Neodymium: YAG (Nd-Yag) que emite una luz infrarroja con longitud de onda de 1064 nm que se absorbe por la hemoglobina, lo que provoca la destrucción de los vasos sanguíneos y mejora la apariencia de las telangiectasias (2). Para el estado fímatoso clasificado como moderado a severo se utilizan láseres ablativos como el láser de CO₂ y el láser Er-Yag, estas dos tecnologías emiten una radiación en el rango de la luz invisible con una longitud de onda de 10.600 nm y 2940 nm, respectivamente. Estos métodos proporcionan un campo quirúrgico seco y permiten la escultura de las áreas hipertróficas (2, 6, 8).

La electrocirugía de alta frecuencia permite un manejo satisfactorio de la rinoftima por su rapidez y eficiencia. El asa de alambre triangular facilita una remodelación y remoción del tejido nasal con resultados estéticos favorables. El daño por calor de los tejidos circundantes es mínimo, al igual que el riesgo de necrosis del cartílago. La clave del éxito en estas modalidades se basa en la profundidad de la decorticación, respetando las unidades estéticas de la nariz, en particular el ala y la punta nasal, por el riesgo de cicatriz dado por la proximidad del cartílago a la dermis. El objetivo del tratamiento con láser o electrocirugía 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 cicatrización atrófica (5,9). Estas terapias son las más efectivas para el manejo de la rinoftima con resultados estéticos más precisos y abordaje menos invasivo (5).

El láser de CO₂ ha sido empleado en el tratamiento de la rinoftima en casos moderados a severos, pero la mayoría de los estudios encontrados en la literatura son reportes de casos (10); sin embargo, en el Maine Trece se llevó a cabo un estudio con el objetivo de evaluar el impacto del tratamiento

con láser fraccionado de CO₂ en el manejo de la rinofima y la afectación de la autoestima en estos pacientes. El estudio incluyó a 12 pacientes que recibieron cuatro sesiones mensuales de tratamiento con un láser de CO₂ fraccionado de 10,6 µm. Tras completar el tratamiento, se observó una mejora clínica significativa a las ocho semanas, lo que resultó en un efecto positivo en la satisfacción y la autoestima de los pacientes. No se reportaron efectos adversos ni complicaciones y ningún paciente tuvo recurrencia de la enfermedad en el seguimiento a un año (11).

El manejo quirúrgico complementario, como se describió anteriormente, es uno de los pilares del tratamiento de la rinofima. La primera cirugía realizada para esta patología fue descrita por Johann Friedrich Dieffenbach en 1845 (12) y desde entonces se han desarrollado múltiples tratamientos. Sin embargo, la efectividad de estas técnicas ya sea individualmente o en combinación, aún no se ha establecido claramente.

Chang y colaboradores describen algunos pasos quirúrgicos para realizar en la piel, los cuales combinan múltiples modalidades de tratamiento. Se describe la técnica de los cinco pasos: dermoabrasión cutánea con fresa en diamante, que crea una superficie cruenta; luego, uso de escisión con bisturí frío con hoja #10, reducción de volumen con tijeras curvas para retiro de dermis más gruesa, electrocauterio para coagulación y láser (3).

Es importante destacar que, en casos más graves, se puede considerar una cirugía abierta de nariz, como la septorinoplastia, para abordar el compromiso de la estructura nasal buscando mejorar el soporte nasal, reparar la estenosis de las válvulas nasales y mejorar su funcionalidad (1,2). En nuestro estudio, se sostiene que la rinoplastia estructural y abierta puede ser viable incluso en pacientes clasificados como leves, ya que esta técnica no solo busca mejorar el aspecto estético, sino también corregir posibles problemas funcionales asociados, como los que pueden presentarse en pacientes con rinofima. Además de crear una estructura lo suficientemente estable para soportar los tejidos blandos de la nariz, que en una condición como la rinofima tienen un volumen mayor.

En cuanto a la recurrencia de la rinofima después del tratamiento quirúrgico, los estudios varían en sus hallazgos. Algunos informan tasas de recurrencia del 38% al 54% durante un seguimiento de hasta 55 meses (13). Por otro lado, M. Goh y colaboradores reportan una recurrencia del 20% durante un seguimiento de 8-55 meses posterior a cirugía (14). En la experiencia de los autores, no se observó recurrencia durante un seguimiento de 36 meses, aunque se reconoce la necesidad de un seguimiento a largo plazo.

Finalmente, es importante realizar un seguimiento y acompañamiento de los pacientes posterior al tratamiento médico y quirúrgico.

Conclusiones

Es fundamental realizar un diagnóstico temprano y aplicar un tratamiento adecuado en el caso de rinofima. Si bien en pacientes clasificados como leves puede bastar con un enfoque médico, en algunos casos se necesitará una intervención quirúrgica posterior al manejo médico para obtener el mejor desenlace estético y funcional posible a largo plazo. El tratamiento, ya sea médico o quirúrgico, tiene como fin mejorar la calidad de los tejidos blandos para evitar la progresión o recurrencia de la enfermedad.

Agradecimientos

Ninguno

Financiación

Ninguna.

Conflictos de interés

Ninguno declarado por los autores. Los participantes del estudio no tienen ningún conflicto de interés.

Declaración de autoría

Es un trabajo original, que no ha sido publicado previamente ni se encuentra en proceso de evaluación simultánea en otra revista. Declaramos además que asumimos la responsabilidad pública del contenido del artículo y que no existen conflictos de interés financieros, personales o institucionales que puedan influir de manera inapropiada en los resultados o conclusiones del estudio.

Consideraciones éticas

Se solicitó el consentimiento informado de los pacientes para la publicación de sus casos y de las imágenes obtenidas con fines académicos.

Comentarios al editor

Este artículo fue enviado como póster para el congreso ACORL de 2024.

REFERENCIAS

1. 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. <http://dx.doi.org/10.1177/1943387520983117>

2. Chauhan R, Loewenstein SN, Hassanein AH. Rhinophyma: Prevalence, severity, impact and management. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2020;13:537-51. <http://dx.doi.org/10.2147/ccid.s201290>
3. Chang DK, Savetsky IL, Avashia YJ, Rohrich RJ. A safe, modern treatment of rhinophyma: The 5-step technique. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2020;8(6):e2620. <http://dx.doi.org/10.1097/gox.0000000000002620>
4. Saban Y, Andretto Amodeo C, Hammou JC, Polselli R. An anatomical study of the nasal superficial musculoaponeurotic system: surgical applications in rhinoplasty. *Arch Facial Plast Surg.* 2008;10(02):109-15. <http://dx.doi.org/10.1001/archfaci.10.2.109>
5. Rørdam O, Guldbakke, K. 'Rhinophyma: Big problem, simple solution', *Acta Dermato Venereologica.* 2011;91(2):188-9. <http://dx.doi.org/10.2340/00015555-0976>
6. Kang CN, Shah M, Tan J. Rosacea: An Update in Diagnosis, Classification and Management. *Skin Therapy Lett.* 2021;26(4):1-8.
7. Khalil NY, Darwish IA, Al-Qahtani AA. Isotretinoin. Profiles Drug Subst Excip Relat Methodol. 2020;45:119-57. <http://dx.doi.org/10.1016/bs.podrm.2019.10.005>
8. Pohl L, Karsai S, Raulin C. Rhinophyma: Successful treatment with low-dose oral isotretinoin. *Hautarzt.* 2018;69(10):853-6. <http://dx.doi.org/10.1007/s00105-018-4162-1>
9. González LF, Herrera H, Motta A. Tratamiento con electrocirugía del rinofima moderado-grave. *Actas Dermosifiliográficas,* 2018;109(4):e23-e26. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2017.02.033>
10. Moreira A, Leite I, Guedes R, Baptista A, Mota G. Surgical treatment of Rhinophyma using carbon dioxide (CO₂) laser and pulsed dye laser (PDL). *J Cosmet Laser Ther.* 2010;12(2):73-6. <http://dx.doi.org/10.3109/14764171003706208>
11. Amaral MTSSD, Haddad A, Nahas FX, Juliano Y, Ferreira LM. Impact of Fractional Ablative Carbon Dioxide Laser on the Treatment of Rhinophyma. *Aesthet Surg J.* 2019;39(4):NP68-NP75. <http://dx.doi.org/10.1093/asj/sjy234>
12. Schweinzer K, Kofler L, Spott C, Krug M, Schulz C, Schnabl SM, et al. Surgical treatment of rhinophyma: Experience from a German cohort of 70 patients. *Eur J Dermatol.* 2017;27(3):281-5. <http://dx.doi.org/10.1684/ejd.2017.2987>
13. Tronocoso RA, Torrealba PR, Bozán SF, Lazo CÁ. Rinofima severo. *Rev Chil Cir.* 2012;64(2):194-8. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262012000200015>
14. Goh M, Gönen ZB, Sayan A, Ilankovan V. Evolution of surgical modalities in the management of rhinophyma: Our experience. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2021;59(2):222-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjoms.2020.08.071>