

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN DE MEDICINA ESTÉTICA DE CASTILLA-LA MANCHA (AMECLM)

IV JORNADAS DE LA AMECLM

del 20 al 22 de octubre en el Palacio de Congresos de Albacete

Programa oficial
Resúmenes de las ponencias
Comunicaciones libres



**REVISTA DE
LA ASOCIACIÓN
DE MEDICINA
ESTÉTICA DE
CASTILLA-LA MANCHA
(AMECLM)**

c/ Reino Unido, 7 bis
45005 Toledo
Tfno.: +34 925215846
e-mail: info@ameclm.com

Comité Científico

Ilmo. Sr. D. José Martínez Pérez,
decano de la Facultad de Medicina de Albacete

Ilma. Sra. D^a Julia Buján,
decana de la Facultad de Medicina de Alcalá de Henares

Prof. Rafael Linares,
director del Departamento de Anatomía y Embriología Humana de la
Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos

Prof. Antonio Villarino,
subdirector de la Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la
Universidad Complutense de Madrid y catedrático de Bioquímica

Prof. Pilar Rodrigo,
presidenta de la Sociedad Española de Medicina Estética (SEME)

Comité Editorial

Dra. Paloma Tejero
Dr. Eduardo Gil
Dra. Ana Sánchez Hidalgo
Dra. Montserrat Jiménez
Dra. Ana Isabel Gómez
Dra. María Victoria López
Dr. Ricardo Lamana
Dr. Leopoldo Peñarroja
Dra. Ana Téllez
Dr. Eduardo de Frutos

Coordinación Editorial

Elipse Comunicación
Avda. Pablo Iglesias, 80. Bloque 7, 3^oD.
28521 Rivas Vaciamadrid (Madrid)
Tfno.: 91 417 44 44
Correo electrónico: elipse@elipsecomunicacion.es

Maquetación y Fotomecánica:

ENCUADRE ESTUDIO CREATIVO, S.L.
C/ Comunicación, 5
19200 Azuqueca de Henares
Guadalajara
e-mail: estudio@estudioencuadre.es

Impresión:

GRAFICAS RUIZ POLO, S.A.
C/ Comunicación, 6
19200 Azuqueca de Henares
Guadalajara
Telf.: 949 34 85 60
e-mail: graficasruizpolo@graficasruizpolo.es

Un paso adelante

Aunque parece que fue ayer, han pasado 5 años desde que nuestra asociación comenzó su andadura en el marco del XXII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Estética.

Nos marcamos como primer objetivo conocernos, hablar de la Medicina Estética en nuestra zona, y hacer que los colegios médicos y la administración reconociesen la existencia y los derechos de nuestra actividad.

Rápidamente recogimos el primer fruto: conseguir que pudiésemos acreditarnos como expertos en Medicina Estética por el Colegio de Castilla La Mancha, y además contar con una orden pionera en España que regulase los centros de Medicina Estética, y en la que se reconoce que en ellos tiene que haber como responsable un médico que demuestre que conoce y ejerce la Medicina Estética.

Durante estos años no hemos andado solos, sino que muchos compañeros de otras comunidades como Madrid, Valencia o Galicia por citar algunas, se han unido a muchas de nuestras actividades formativas y a nuestras jornadas, que se iniciaron en Albacete, y que después se han realizado en Almagro, Toledo y que hoy vuelven a Albacete, con más fuerza que nunca y en el marco de unas elecciones en la que los miembros de nuestra asociación elegirán la nueva Junta Directiva.

De este primer periodo, reseñar sobre todo el ambiente de unión y cordialidad que estamos viviendo y las ganas de seguir trabajando, sobre todo en estos momentos en los que la Medicina Estética necesita conseguir el reconocimiento como "área profesional", ligada a la existencia de médicos estéticos, no solo en Castilla La Mancha, sino también en España, en Europa y en el mundo. Para ello la formación tiene que ser el pilar básico, y en este campo la Universidad española, siempre ha estado de nuestra parte, con los programas de experto y máster en Medicina Estética. Por eso en nuestras Jornadas queremos rendirle este merecido homenaje, en el que además disfrutaremos de los conocimientos que nos transmitirán algunos de sus protagonistas. Además la AMECLM ha manifestado a la SEME su apoyo incondicional en todas las actividades que se están realizando, para lograr a través del CEN (Comité Europeo de la Normalización) una normalización/ estandarización de la Cirugía Estética, la Medicina Estética, y la estética no médica. Esta normativa CEN debe servir de base para lograr la regularización tan necesaria que se pide para estas actividades.

La presentación de esta nuestra revista quiere ser un paso adelante, que sirva como fiel testigo de nuestras actividades y que recoja el trabajo de todos los que castellano-manchegos o no, nos sentimos parte de esta asociación. Será anual, coincidiendo con nuestras jornadas que el próximo año si Dios quiere se celebrarán en Cuenca, y en ella además de los resúmenes de las ponencias, se publicaran las comunicaciones libres más interesantes, vuestros artículos, noticias y todo aquello que pensemos es importante en nuestro sector.

Quiero desde aquí dar las gracias a todos los miembros de la Junta Directiva con los que he trabajado codo con codo, a la Dra. Ana Téllez que preparó las jornadas de Almagro que todos recordamos con especial cariño y de una forma muy especial al Dr. Eduardo Gil, nuestro vicepresidente incansable y siempre con el ánimo dispuesto a combatir cualquier adversidad. Hoy nos recibe en su casa Albacete, y seguro que disfrutaremos mucho de estas jornadas.

Agradecer también a todos los laboratorios que nos han apoyado, sin su esfuerzo y colaboración muchas de nuestras actividades hubiesen sido inviábiles. Gracias a todos los que han creído en este proyecto que hoy es una realidad.

Por delante unas elecciones, una nueva etapa y mucho camino por andar, en el que juntos lograremos todos nuestros retos.

Por último, no quiero dejar pasar esta oportunidad sin expresar, en nombre de la AMECLM, nuestro profundo pesar por el reciente fallecimiento del profesor Juan Ramón Zaragoza Rubira, cuyo nombre va unido indisolublemente al del surgimiento y consolidación de la medicina estética en España. Presidente de honor y cofundador de la Sociedad Española de Medicina Estética (SEME), su papel fue también decisivo en la creación de una formación universitaria en esta materia. Manifestamos nuestras más sentidas condolencias a sus familiares y amigos



Dra. Paloma Tejero
Presidenta
de la Asociación de
Medicina Estética de Castilla-La Mancha
(AMECLM)

SUMARIO

5

Reportaje. Las IV Jornadas de la AMECLM ya están aquí

10

Programa de los Cursos Prejornadas (Abordaje Médico Estético de la Boca, Flebología Estética y Taller de Aqualyx), IV Jornadas de la AMECLM, Programa de Talleres y III Taller Multidisciplinar para Auxiliares de Clínica de Medicina Estética

22

Salas y stands

23

Resúmenes de las ponencias

55

Comunicaciones libres

59

Noticias de la AMECLM y actualidad del sector

62

Normas de publicación de artículos científicos

63

Calendario de formación

Listado de nuevos socios de la AMECLM

TODO A PUNTO PARA LAS IV JORNADAS DE LA AMECLM EN ALBACETE

Los próximos días 20, 21 y 22 de octubre tendrán lugar en el Palacio de Congresos de Albacete los Cursos Prejornadas y las IV Jornadas de la Asociación de Medicina Estética de Castilla-La Mancha (AMECLM), de los que se espera repetir el éxito y la gran acogida que ha tenido esta iniciativa formativa en las pasadas ediciones de Albacete, Almagro y Toledo.

La AMECLM ha decidido repetir en Albacete por las magníficas instalaciones del Palacio de Congresos, inaugurado recientemente, a lo que se une la comodidad de su cercanía al Hotel Beatriz, lo que hace de éste un destino ciertamente atractivo. La AMECLM, ante los buenos resultados de las Jornadas de otros años, ha decidido ofrecer a médicos y expositores el mejor marco posible para garantizar el nivel de excelencia de otras ocasiones. A esto hay que sumar las buenas comunicaciones con las que cuenta la ciudad, especialmente después de la inauguración de las líneas de ferrocarril de alta velocidad que la unen con Madrid y Valencia.



Los talleres prácticos son retransmitidos en directo en grandes pantallas, para que todos los asistentes no pierdan detalle de las técnicas.



La **Institución de Alcalá** en colaboración con la **Institución MISSISSIPPI**, con más de 20 años de experiencia en formación de especialidades de Postgrado, imparten los siguientes masters:

MASTERS Y ESPECIALISTAS EN MEDICINA ESTÉTICA

MASTER EN MEDICINA ESTÉTICA 60 Créditos ECTS

MASTER EN ESTÉTICA REPARADORA Y POSTRAUMÁTICA 60 Créditos ECTS

ESPECIALISTA EN ESTÉTICA REPARADORA Y POSTRAUMÁTICA 60 Créditos ECTS

EXPERTO EN TRICOLOGÍA E IMPLANTOLOGÍA CAPILAR 40 Créditos ECTS

Inscripciones:



Santísima Trinidad, 5
Metro IGLESIA
2010 MADRID

www.ium.es
info@ium.es
Tel.:91 5932727

El programa científico, coordinado y actualizado constantemente por la Junta Directiva de la AMECLM tiene como objetivo contestar a las inquietudes recogidas entre sus miembros y los participantes en ediciones anteriores, dando prioridad a los aspectos prácticos y al debate. La Asociación es consciente del reto que supone la Medicina Estética ante, por una parte, las demandas cada vez más exigentes de los pacientes, que quieren resultados satisfactorios, acordes con sus expectativas sin renunciar a la seguridad de los tratamientos y a unos tiempos de recuperación y reinserción en sus labores cotidianas que deben tender a ser muy cortos o incluso inexistentes.



Los talleres en directo siempre tienen gran aceptación del público.

Por otra parte, se trata de un campo de la Medicina que ahora se encuentra en plena ebullición en todo el mundo. Continuamente aparecen nuevos tratamientos, productos y equipos que tratan de facilitar buenos resultados con procedimientos cada vez más inocuos y seguros, que en muchos casos son una alternativa consistente a la Cirugía Estética.

Nos encontramos, pues, ante un panorama en el que los médicos estéticos demandan continuamente reciclaje y formación, desde un punto de vista científico y riguroso, lejos de los cantos de sirena con los que son bombardeados a diario por la publicidad. Todas las actividades promovidas por la Asociación cuentan con acreditación oficial y con el reconocimiento del interés científico-sanitario, lo que avala la calidad de las mismas.

Asimismo, las Jornadas cuentan con un Comité Científico en el que figuran personalidades de gran prestigio académico, como el Ilmo. Dr. José Martínez Pérez, decano de la Facultad de Medicina de Albacete, o la Ilma. Dra. Julia Buján, decana de la Facultad de Medicina de Alcalá de Henares, junto con Estética.

La AMECLM decidió desde su fundación, hace ya cuatro años, contactar con los compañeros con más experiencia en cada una de las técnicas, tanto nacionales como internacionales. Este año contaremos con la presencia del Dr. Alberto Elbaum, que es el presidente de la Unión Internacional de Medicina Estética (UIIME), y el Dr. Emanuele Bartoletti presidente de la Sociedad Italiana de Medicina Estética.

Las Jornadas pretenden ser un repaso amplio sobre las principales novedades que han aparecido en el mundo de la Medicina Estética en los últimos meses, todo enfocado desde un punto de vista muy práctico y con numerosas demostraciones en directo, propósito que es muy valorado por los asistentes. Todo ello está estructurado en mesas de diálogo interactivas donde, tras una breve exposición de los ponentes, los médicos y los integrantes de la mesa pueden intervenir para hacer sus preguntas y expresar sus dudas, con un resultado formativo excelente.

En esta ocasión las IV Jornadas se centran en un tema monográfico: rejuvenecimiento facial, tema de la máxima actualidad por la gran demanda con la que cuenta por parte de los pacientes.

Cursos Prejornadas: Flebología y Abordaje de la Boca

El día 20 de octubre tienen lugar los dos Cursos Prejornadas que ha preparado la AMECLM: Flebología Estética y Abordaje Médico Estético de la Boca. El primero, impartido por los Dres. Emilce Insua y Eduardo Gil, se dirige al tratamiento estético de la patología vascular de las piernas desde un punto de vista muy práctico. Se repasarán las bases de este problema, las diferentes técnicas y tratamientos y las posibles complicaciones y efectos adversos. El curso será clausurado por un invitado de excepción: el Dr. Vicente Ibáñez, presidente del Capítulo Español de Flebología. La sesión de tarde estará enteramente destinada a las prácticas.

Por su parte, el Curso de Abordaje Médico Estético de la Boca, coordinado por la Dra. Paloma Tejero,

cuenta con la presencia de los Dres. Manuel Prieto y Alicia Milotich y un ponente muy especial, el Dr. Alberto Elbaum, presidente de la UIIME y la Sociedad Uruguaya de Medicina Estética. El programa contiene un recorrido por los diferentes tipos de labios y sus alteraciones estéticas, las diferentes técnicas y tratamientos y demostraciones prácticas de todo ello.

Asimismo, ese día hay que destacar el Taller Práctico de Tratamiento de Adiposidad Localizada con Aqualyx, de Real Lasting, con grupos sumamente reducidos de médicos participantes que podrán así realizar prácticas para comenzar a dominar la técnica.

... y comienzan las Jornadas

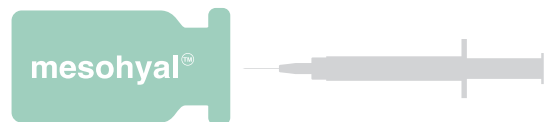
Las Jornadas propiamente dichas tendrán lugar los días 21 y 22 de octubre. La conferencia inaugural correrá a cargo de Alberto Elbaum sobre un tema del máximo interés: rinoplastia, rinomodelación y sus límites.

La Mesa 1, sobre mesoterapia facial, repasará los criterios para la acreditación de los centros de Medicina Estética, la situación legal actual, su uso en el tratamiento del envejecimiento facial y sus utilidades contra la alopecia, con ponencias de los Dres. José Folch, Carlota Hernández y Nazaret Romero y de D. Vicente Rodríguez.



Las prácticas realizadas cuentan con la correspondiente autorización de las autoridades sanitarias de Castilla-La Mancha.

mesotherapy solution
by **mesoestetic**



la gama más completa

mesohyal® HYALURONIC
rehidratación y rejuvenecimiento dérmico

mesohyal® NCTC 109
biorevitalización celular intensiva

mesohyal® VITAMIN C
acción antioxidante e iluminadora

mesohyal® DMAE
elasticidad y firmeza

mesohyal® BIOTIN
reactivación del metabolismo celular
de epidermis y cuero cabelludo

mesohyal®
mesoterapia 100% personalizada

mesohyal™ es mesoterapia 100% **adaptable**. Se trata de una completa gama de sustancias activas que permiten la realización de **cócteles personalizados**, capaces de paliar las deficiencias de la piel de cada persona. Con **mesohyal**™, el médico tiene a su disposición una **herramienta de precisión** que le permite corregir eficazmente las características del envejecimiento cutáneo de cada paciente: deshidratación, falta de luminosidad, disminución del grosor de la dermis, flacidez, arrugas, etc. Al ser biocompatibles, los activos **mesohyal**™ son de alta tolerancia y minimizan los efectos secundarios.

mesoestetic®
medical cosmetics

Clausura de las Jornadas del año pasado, en Toledo.



La Mesa 2, sobre peelings, enseñará a escoger el mejor tipo de peeling en el momento adecuado, a utilizar los tratamientos cosméticos complementarios, analizará sus ventajas y complementariedad con láseres y láser fraccional y también hablará sobre ecografías y piel. Los ponentes son los Dres. Sofía Ruiz del Cueto, Mar Mira, Paloma Cornejo, Dr. Iturriaga y Eugenio Cerezo.

En la Mesa 3, de abordaje de la región peribucal, se hablará sobre la estética de la sonrisa, el labio ideal, la corrección de inestetismos y el tratamiento con láser del código de barras. Cuenta con las intervenciones de las Dras. Ana Téllez, Sara Barberá, Alicia Milotich y Montserrat Planas.

El foto y crono envejecimiento es el tema de la Mesa 4, que abordará temas como el rejuvenecimiento con láser y luz intensa pulsada, la indicación de las aguas sulfuradas en cosmética facial y acné, el tratamiento con láser de los lentigos faciales y, por último, sobre los ritmos que sigue la propia piel todos los días. Los Dres. Montserrat Planas, Ángela García Matas, Alberto Casado, Johanna Fonseca y Helena Durosoir son los encargados de estas charlas.

Los ponentes que participan en las Jornadas de la AMECLM siempre están abiertos a las preguntas y dudas del público.



La ponencia sobre los ritmos de la piel, de las Dras. Fonseca y Durosoir, fue elegida por la AMECLM como la mejor tesina del Máster de Medicina Estética de la Universidad de Alcalá en 2010. El premio consistió, precisamente, en incluir dicha ponencia en el programa oficial de las Jornadas de la Asociación.

La Mesa 5 explicará cuáles son las "R" del rejuvenecimiento: renovar, reafirmar, rellenar, reestructuras, redefinir y relajar. Los temas de discusión son la redefinición del contorno facial con hilos, el sex-appeal, la remodelación facial global y la necesidad de armonizar el envejecimiento y poner límites, con ponencias de los Dres. Emanuele Bartoletti, Rafael Gálvez, Marta Serna y Paloma Tejero.

Homenaje a la Universidad por su apoyo a la Medicina Estética

La Mesa 6 se ha planteado como un homenaje a la Universidad española, que tanto ha hecho en los últimos años por llenar el hueco formativo en Medicina Estética de los programas reglados mediante el impulso de másteres específicos en los que ya se han formado cientos de médicos estéticos de nuestro país e incluso de otros países.

Cuenta como invitados con destacados ponentes del mundo universitario, que han sobresalido por su implicación en la puesta en marcha de estos másteres, como el Dr. Rafael Linares, que hablará de la anatomía de la cara; el Dr. José Ricardo Cabo, cuya ponencia es sobre el DHA en el protocolo antiaging; el Dr. Jesús Fernández Tresguerres, que disertará sobre la melatonina y se preguntará si realmente es la hormona de la eterna juventud; y el Dr. José Luis Lancho, que expondrá el tema de anatomía del envejecimiento. Al finalizar habrá una mesa redonda sobre el futuro de la enseñanza de la Medicina Estética en España.

Se celebrará además el II Simposium sobre Toxina Botulínica, tema apasionante para los médicos estéticos en el que se insiste en esta edición de las Jornadas de la AMECLM por la gran aceptación con la que cuenta. Los temas a tratar: actualización de conocimientos sobre Abobotulinumtoxin A para conseguir resultados naturales, los posibles efectos adversos y su tratamiento y el tratamiento panfacial con toxina botulínica (Nefertiti). Los ponentes son los Dres. Javier Valero, Emanuele Bartoletti y Fernando García Monforte.

Por último, la conferencia de clausura correrá a cuenta de la decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Alcalá de Henares, la Ilma. Dra. Julia Buján, con el tema "Cánones de belleza, pasado, presente y futuro".

Comunicaciones libres y talleres

Como gran novedad de este año, dentro del programa de talleres se ha dispuesto un espacio para la presentación de comunicaciones libres, que pueden ser tanto orales como pósters. La AMECLM entiende que esta propuesta es la mejor forma de incentivar la investigación en Medicina Estética y de continuar avanzando en este apasionante campo, lo que sin duda beneficia a todo el colectivo.

La mejor comunicación oral y el mejor póster serán premiados con una inscripción y alojamiento gratuitos en las V Jornadas de la AMECLM, que se celebrarán en 2012. Al cierre de esta edición se han presentado cuatro comunicaciones libres sobre el tratamiento de adiposidades localizadas con Aqualyx (Dra. Emilce Insua), la aplicación de peloides de aguas sulfuradas en la terapia del acné (Dra. Ángela García Matas), la efectividad de diferentes dietas en las seis primeras semanas de tratamiento (Dra. Victoria Zamorano) y los efectos adversos de tratamientos con implantes cutáneos de ácido hialurónico (Dras. Paloma Tejero y Cinthia Sarkis). Dos de las comunicaciones (Aqualyx y agua sulfurada) se han realizado con alumnos del Máster de Medicina Estética de la Universidad de Alcalá.



Los temas de las ponencias son escogidos cuidadosamente para traer a Castilla-La Mancha las principales novedades de la Medicina Estética en el mundo.

En los talleres las empresas del sector de la Medicina Estética tendrán la oportunidad de hacer demostraciones en directo de sus últimos productos y aparatos. Se trata de espacios que siempre despiertan gran interés por parte de los médicos asistentes, deseosos de estar al día en las últimas novedades que salen al mercado.

Asimismo, el sábado 22 de octubre se celebrará el III Taller de Equipo Multidisciplinar en la Consulta de Medicina Estética, dirigido a los auxiliares de clínica con el espíritu de mejorar su aprendizaje de habilidades complementarias con las de los médicos estéticos. Los temas que se abordarán son la colaboración entre médicos y esteticistas, los cuidados estéticos en los tratamientos con toxina botulínica, los tipos de piel y su corrección cosmetológica, la cosmética postpeeling, conceptos básicos de luz intensa pulsada y un taller práctico de maquillaje corrector de discromías faciales.

Asamblea y Cena de Gala

Las IV Jornadas de la AMECLM serán también el marco donde se celebre la Asamblea Anual Ordinaria de socios de la Asociación de Medicina Estética de Castilla-La Mancha, que en esta ocasión abordará un tema de especial importancia: elecciones a Junta Directiva tras cumplirse el mandato de cuatro años del actual equipo, dirigido por los Dres. Paloma Tejero y Eduardo Gil.

Como todos los años, los asistentes tendrán la oportunidad de confraternizar en la tradicional Cena de Gala, que se celebrará en el Hotel Beatriz, junto al Palacio de Congresos, en la que se conocerán los nuevos médicos acreditados en Medicina Estética en Castilla-La Mancha, y los socios de honor denominados en la asamblea. Os esperamos a todos.

Para facilitar la asistencia de los médicos estéticos, la AMECLM ha conseguido descuentos del 30% en los desplazamientos en tren a Albacete, así como tarifas especiales de alojamiento en el Hotel Beatriz.

Por tanto, todo está dispuesto para que comiencen este año las IV Jornadas. Esperamos que se repita o incluso se supere el alto nivel de las últimas ediciones. Muchas gracias a todos: médicos estéticos, empresas del sector instituciones y administraciones, sin cuyo apoyo este sueño no habría sido posible.



IV Jornadas de la Asociación de Medicina Estética de Castilla-La Mancha (AMECLM)

IV Jornadas de la Asociación de Medicina Estética de Castilla-La Mancha (AMECLM)

Monográfico: Rejuvenecimiento facial

**Palacio de Congresos de Albacete 20, 21 y 22 de octubre de 2011
Solicitada acreditación oficial**

Declarado de interés científico-sanitario

P R O G R A M A

Comité científico

- Ilmo. Sr. D. José Martínez Pérez, decano de la Facultad de Medicina de Albacete
- Ilma. Sra. D^a Julia Buján, decana de la Facultad de Medicina de Alcalá de Henares
- Prof. Rafael Linares, director del Departamento de Anatomía y Embriología Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos
- Prof. Antonio Villarino, subdirector de la Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid y catedrático de Bioquímica
- Prof. Pilar Rodrigo, presidenta de la Sociedad Española de Medicina Estética (SEME)

Comité organizador

- Dra. Paloma Tejero
- Dr. Eduardo Gil
- Dra. Ana Sánchez Hidalgo
- Dra. Montserrat Jiménez
- Dra. Ana Isabel Gómez
- Dra. María Victoria López
- Dr. Ricardo Lamana
- Dr. Leopoldo Peñarroja
- Dra. Ana Téllez
- Dr. Eduardo de Frutos

Cursos prejornadas: Abordaje médico-estético de la boca

JUEVES, 20 de octubre

Curso práctico dirigido al tratamiento global de los labios y la región peribucal. Patrocinado por **Q-Med**.

MAÑANA: 9-14 hs / TARDE: 15-20 hs

- Introducción: anatomía, morfología y alteraciones estéticas de los labios. Cómo evaluar un labio. Qué tipos de labio podemos tratar. **Dr. Manuel Prieto**
- Técnicas y materiales utilizados más frecuentemente para el tratamiento de arrugas periorales, surcos, código de barras. Perfilado de labios. Modelado de labios Aumento y modelado de labio inferior, cuándo y cómo. **Dra. Alicia Milotich**
- Bioplastia para corrección de la región bucal y peribucal: surcos nasogenianos y de marioneta. Posibles complicaciones. Prevención y tratamiento. **Dr. Alberto Elbaum**
- El “código de barras”. Causas y su tratamiento (hilos, láser, rellenos...) **Dra. Paloma Tejero**
- **Coloquios con todos los ponentes:**
 - Conducta frente a un labio “corto”. Técnica de aumento.
 - Conducta frente a un labio “normal”. Técnica de aumento.
 - Conducta frente a un labio “plano”. Técnica de aumento y modelado.
 - Labio largo o alargado. Cómo embellecerlo.
 - Modificación y creación del arco de Cupido.
 - Creación de las crestas filtrales.
 - Cómo tratar las complicaciones de una mala técnica o producto inadecuado.
- Demostraciones prácticas de todas las técnicas.

Curso de flebología estética

(con la colaboración del Capítulo Español de Flebología)

JUEVES, 20 de octubre

MAÑANA: 9-14 hs / TARDE: 16-20 hs

Curso práctico dirigido al tratamiento estético de la patología vascular de las piernas.

- Bases anatómicas, fisiológicas y fisiopatológicas. Diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia venosa crónica. **Dra. Emilce Insua**
- Bases de la escleroterapia. Indicaciones y contraindicaciones del tratamiento esclerosante. **Dr. Eduardo Gil**
- Técnica de la esclerosis química, líquido y espuma, en varicosidades y varices reticulares. **Dr. Eduardo Gil**
- Técnica de micro esclerosis de varicosidades y aplicaciones del láser y radiofrecuencia percutánea. **Dra. Emilce Insua**
- Complicaciones y efectos adversos. **Dr. Eduardo Gil**
- Conferencia de clausura. "Capítulo Español de Flebología, presente y futuro". **Dr. Vicente Ibáñez, presidente del Capítulo Español de Flebología**
- Tarde: prácticas

Taller práctico de tratamiento de adiposidad localizada con Aqualyx

De 18 a 20 horas.

10 médicos por grupo. Ponente: **Dra. Carlota Hernández.**

Patrocinado por **Real Lasting.**

IV Jornadas de la Asociación de Medicina Estética de Castilla-La Mancha (AMECLM)

VIERNES, 21 de octubre

- **8:45.-** Entrega de documentación a los asistentes

9:30-11:00.- Mesa 1

MESOTERAPIA FACIAL

Moderadoras: Dra. Paloma Tejero, Dra. Ana Sánchez.

- Criterios para la acreditación de centros de Medicina Estética. **D. Vicente J. Rodríguez**
- Situación actual. **Dr. José Folch**
- Mesoterapia en la prevención y el tratamiento del envejecimiento facial. ¿Qué hay de nuevo? **Dra. Carlota Hernández** (Taller)
- Mesoterapia en alopecia. **Dra. Nazaret Romero** (Taller)
- **11:00-11:30.- ACTO DE INAUGURACIÓN**
 - Inauguración a cargo de **D^a María José Rivas**, coordinadora provincial de Sanidad y Servicios Sociales de la Junta de Castilla-La Mancha.
 - Conferencia inaugural: Rinoplastia – rinodelación. ¿Cuáles son los límites? **Dr. Alberto Elbaum**, presidente de la Unión Internacional de Medicina Estética (UIME)
- **11:30-12:30.-** Café – Visita a los stands

12:30-14:00. Mesa 2.

PEELINGS: ¿Qué hay de nuevo?

Moderadores: Dra. Ana Sánchez, Dr. Leopoldo Peñarroja

- Peeling: ¿Cuál y cuándo? Dra. Sofía Ruiz del Cueto
- Cosmética post-peeling. Dra. Mar Mira
- Laser versus peeling. Comparación de técnicas. Dra. Paloma Cornejo
- Radiofrecuencia pixelada: posibilidades de tratamiento de la piel. Dr. José Antonio Yturriaga
- Ecografía y piel. Dr. Eugenio Cerezo
- **14:00-16:00.-** Comida

16:00-18:00. Mesa 3.

ABORDAJE DE LA REGIÓN PERIBUCAL

Moderadoras: Dra. Carlota Hernández, Dra. Ana Téllez.

- Estética de la sonrisa. **Dra. Ana Téllez**
- En busca del labio ideal. **Dra. Sara Barberá** (taller)
- Corrección de los inestetismos del la región peribucal. Dra Alicia Milotich
- Tratamiento con láser de las arrugas verticales del labio superior (código de barras). Vídeo demostrativo. Dra. Montserrat Planas

• 18:00.- Café

18:30-20:00. Mesa 4.

FOTO Y CRONO ENVEJECIMIENTO

Moderadores: Dr. José Carlos Hernández Vicedo, Dra. Ana Isabel Gómez

- Evolución y perspectiva del rejuvenecimiento cutáneo con láser y luz intensa pulsada. **Dra. Montserrat Planas**
- Acción antioxidante de las aguas sulfuradas. Su indicación en cosmética facial y tratamiento de pieles grasas y acnéicas. **Dra. Ángela García Matas**
- Léntigos faciales: tratamiento con laser Nd-Yag q-switcher. Dr. Alberto Casado (vídeo demostrativo)
- Los ritmos de la piel. **Dra. Johanna Fonseca y Dra. Helena Durosoir**

• 20:00.- ASAMBLEA DE LA AMECLM

SABADO, 22 de octubre

9:30-11:30. Mesa 5.

LAS "R" DEL REJUVENECIMIENTO (renovar, reafirmar, rellenar, reestructurar, redefinir, relajar)

Moderadores: Dr. Antonio Morilla, Dra. Paloma Tejero.

- Redefinición del contorno facial con hilos. **Dr. Emanuele Bartoletti**
- Sex-appeal, ¿dónde radica? **Dr. Rafael Gálvez**
- Remodelación facial global. **Dra. Marta Serna**
- Armonizando el envejecimiento. ¿Dónde están los límites? **Dra. Paloma Tejero**

• 11:30-12:00. Café

12:00-14:00. Mesa 6.

HOMENAJE DE LA AMECLM A LA UNIVERSIDAD ESPAÑOLA

In Memoriam: Prof. Juan Ramón Zaragoza.

Moderadores: Dr. Antonio Villarino, Dra. Paloma Tejero.

- Anatomía de la cara: puntos faciales. **Dr. Rafael Linares**
- DHA en el protocolo antiaging. **Dr. José Ricardo Cabo**
- Melatonina: ¿La hormona de la eterna juventud? **Prof. Jesús F. Tresgüeres**
- Anatomía del envejecimiento. **Prof. José Luis Lancho**
- El futuro de la enseñanza de la Medicina Estética en España. Mesa redonda

• **14:00-16:00.**- Comida

16:00-17:30. Mesa 7.

¿UN ROSTRO JOVEN ES CUESTIÓN DE GRASA?

Patrocinada por **Merz**. Moderadores: Dra. Victoria López, Dr. Ricardo Lamana.

- Distribución de la grasa facial. **Dra. María Angustias Palomar**
- Lipofilling y transposición de grasa en la remodelación facial. **Dr. Emanuele Bartoletti**
- Laserlipólisis facial. **Dr. José Manuel Prieto**
- FILLERS ¿Qué hay de nuevo? - Mesa redonda: presentación de casos clínicos y propuesta de protocolo de tratamiento **Dra. Paloma Tejero, Dra. Marta Serna. Dra. Sofía Ruiz del Cueto**

• **17:30-18:00.**- Café

• **18:00-18:30.- Conferencia de Clausura.** Cánones de belleza: pasado, presente y futuro: **Dra. Julia Buján**. Decana de la Facultad de Medicina de Alcalá de Henares.

18.30. II SIMPOSIUM SOBRE TOXINA BOTULINICA.

Patrocinado por **Galderma**. Moderadores: Dr. Eduardo Gil, Dr. Isidoro Gómez

- Abobotulinumtoxin A: Actualización y consideraciones anatómicas para resultados naturales y duraderos. **Dr. Javier Valero**
- Efectos adversos de los tratamientos con toxina botulínica a nivel facial. Prevención y tratamiento. **Dr. Fernando García Monforte**
- Tratamiento panfacial con toxina botulínica (Nefertiti). **Dr. Emanuele Bartoletti**

Programa de Talleres

VIERNES, 21 de octubre

- **10:30-11:15.- Contrâge RFX™: radiofrecuencia fraccional de última generación para rejuvenecimiento profundo.** Ponente: **Dr. Eduardo De Frutos.** Moderadora: Dra. Montserrat Jiménez. Patrocinado por **Inter Medic**
- **11:15-11:30.- Antera 3D: la tecnología de visualización 3D más innovadora para evaluación cuantitativa de la piel.** Ponentes: **Dr. Eduardo De Frutos, D. Xavier Arcusa.** Moderadora: Dra. Montserrat Jiménez. Patrocinado por **Inter Medic**
- **11:30-12:00.-** Café y lectura de pósters
- **12:00-13:00.- La carboxiterapia indolora.** Ponente: **Dr. Agustí Molins.** Patrocinado por **Skymedic**
- **13:00-14:00.- Técnicas avanzadas de toxina botulínica y ácido hialurónico para resultados naturales y duraderos.** Moderadora: Dra. Ledy de los Ríos. Ponentes: **Dra. Nazaret Romero, Dra. Judith Valiente.** Patrocinado por **Q-Med a Galderma Company.**
- **14:00-16:00.-** Comida
- **16:00-17:00.- Medicina estética y calidad de vida: abordaje multidisciplinar en pacientes con enfermedades que afecten a la autoimagen.** Ponentes: **Dra. Eva García Hervias, Dr. Luis de Sola.** Patrocinado por **Merz**
- **17:00-18:00.- Ecografías.** Patrocinado por **Grupo Seveco**
- **18:00-18:30.-** Café
- **18:30-19:30.-** Toxina botulínica. Patrocinado por **Allergan**

SABADO, 22 de octubre

- **9:30-10:30.- Comunicaciones libres:**
 - Evaluación de la técnica de intralipoteraia con Aqualyx® en el tratamiento de las adiposidades localizadas. Resultados preliminares. **Dra. Emilce Insua**
 - Estudio protocolizado de aplicación de peloides con aguas sulfuradas como única terapia en el acné. **Dra. Ángela García Matas**
 - Estudio comparativo de la efectividad de diferentes tipos de dietas en las primeras seis semanas de tratamiento. **Dra. Victoria Zamorano**
 - Revisión de los efectos adversos acaecidos tras tratamiento con implantes cutáneos de ácido hialurónico (estudio prospectivo 2004-2011). **Dra. Cinthia Sarkis**

- **10:30-11:30.- Las nuevas proporciones de la belleza.** Ponente: **Dr. Sergio Fernández Mesa.** Patrocinado por **Merz**
- **11:30-12:00.-** Café
- **12:00-13:00.-** Taller patrocinado por **Stiefel**
- **13:00-14:00.-** Ponente: **Dra. Paloma Castaño.** Taller patrocinado por **Heber Farma**
- **14:00-16:00.-** Comida
- **16:00-17:00.- Combinación de toxina botulínica y ácido hialurónico para resultados naturales y duraderos.** Moderador: Dr. Eduardo de Frutos. Ponentes: **Dra. Paloma Castaño, Dr. Javier Anido** Patrocinado por **Q-Med Galderma Company**
- **17:00-18:00.- Acné: abordaje etiopatogénico biorregulador.** Ponente: **Dra. Carlota Hernández.** Patrocinado por **Heel**
- **18:00-18:30.-** Café

III TALLER DE EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN LA CONSULTA DE MEDICINA ESTÉTICA

SABADO, 22 de octubre. De 10 a 20h.

- **9:00.- Entrega de documentación a los asistentes**
- **9:30-11:30.-** Colaboración entre médicos y esteticistas. **Dra. Victoria Bonné, Dra. Ledy Ríos, D^a Ana Tejero.** Moderadora: Victoria Sunkel. Taller practico patrocinado por **Q- Med**
- **11:00-11:30.-** Café
- **12:00-13:00.-** Toxina botulínica. Lo que todos deben saber. Cuidados estéticos en los tratamientos con toxina botulínica. **Dr. Fernando García Monforte**
- **13:00-13:45.-** Tipos de piel y su corrección cosmetológica. **Dra. Paloma Ojel-Jaramillo**
- **13:45-14:30.-** Cosmética postpeeling. **Dra. Mar Mira.**
- **14:30-16:00.-** Comida
- **16:00-17:00.-** Luz intensa pulsada. Conceptos Básicos. Criterios de indicación. **Dra. Victoria Zamorano**
- **17:00-19:00.-** Taller práctico. Taller de maquillaje corrector de discromías faciales. **Susana Fernández** (farmacéutica). Patrocinado por **Avene.**

*Boletines de inscripción en páginas 20 y 21

PATROCINADORES ORO



MERZ AESTHETICS

EXPOSITORES



BOLETIN DE INSCRIPCION

ACTIVIDAD A LA QUE SE INSCRIBE (señale con una X):

- Curso Prejornada de Abordaje Médico-Estético de la Boca (20 de octubre)**
- Curso Prejornada de Flebología Estética (20 de octubre)**
- Taller práctico de Tratamiento de Adiposidad Localizada con Aqualyx (20 de octubre)**
- IV Jornadas de la AMECLM (21 y 22 de octubre)**

Nombre..... Apellidos.....

Dirección

Código postal..... Ciudad.....

Teléfono..... Fax..... E-mail

Colegio en el que ejerce..... N° de colegiado

IMPORTANTE:

Los organizadores facilitarán a las empresas participantes un listado de inscritos, salvo que éstos expresen su voluntad de que sus datos no sean difundidos. En caso de que no desee que sus datos se distribuyan a las empresas participantes, firme aquí:

Firma

CUOTAS DE INSCRIPCION (señale con un círculo las suyas)

• CURSOS PREJORNADAS DE ABORDAJE DE LA BOCA Y FLEBOGÍA

Socios **160** euros (POR CURSO)

No socios **275** euros (POR CURSO)

• TALLER DE TRATAMIENTO DE LA ADIPOSIDAD CON AQUALYX

Socios **150** euros

No socios **200** euros

• IV JORNADAS DE LA AMECLM

Socios **160** euros (antes del 1 de septiembre) **195** euros (después de esa fecha)

No socios **280** euros (antes del 1 de septiembre) **320** euros (después de esa fecha)

Otros socios (SEME, SEMCC, SEMAL) y alumnos de Máster de Medicina Estética*

225 euros (antes del 1 de septiembre) **250** euros (después de esa fecha)

N° de socio: _____ Sociedad médica: _____

TOTAL CUOTAS: _____ Euros

*Los alumnos de Máster enviarán comprobante de que están estudiando en el presente curso académico

Pago mediante transferencia bancaria (indicar NOMBRE DEL INSCRITO): _____

Cuenta bancaria de la AMECLM: 2100 3967 17 0200061383

La copia de la transferencia, remitida por fax a la Secretaría (**Fax 949 318 498**) o

e-mail (**tinotovar@elipsecomunicacion.es**), es **imprescindible** para confirmar la inscripción.

LIMITACIÓN DE PLAZAS: Los dos cursos prejornadas tienen un aforo máximo de **20 alumnos** por curso y el taller práctico de Aqualyx de **10 alumnos** por grupo. Antes de inscribirse, **consulten con la Secretaría si hay plazas disponibles.**

LA INSCRIPCION INCLUYE: cafés, dos comidas de trabajo, y cena de gala.

**III TALLER DE EQUIPO MULTIDISCIPLINAR
EN LA CONSULTA DE MEDICINA ESTÉTICA
22 de octubre de 2011 - Albacete**

BOLETIN DE INSCRIPCION

Nombre..... Apellidos.....
Dirección
Código postal..... Ciudad.....
Teléfono..... Fax..... E-mail
Nombre del médico con que se inscribe (si procede)

CUOTAS DE INSCRIPCION (señale con un círculo las suyas)

Auxiliares de socios de la AMECLM:

75 euros (antes 1-9-10)

105 euros (después de esa fecha)

Con inscripción de médico no socio

95 euros (antes 1-9-10)

125 euros (después de esa fecha)

Cuota general:

115 euros (antes 1-9-10)

155 euros (después de esa fecha)

Pago mediante transferencia bancaria (indicar NOMBRE DEL INSCRITO): _____

Cuenta bancaria de la AMECLM: 2100 3967 17 0200061383

La copia de la transferencia, remitida por fax a la Secretaría (**Fax 949 318 498**) o

e-mail (tinotovar@elipsecomunicacion.es), es **imprescindible** para confirmar la inscripción.

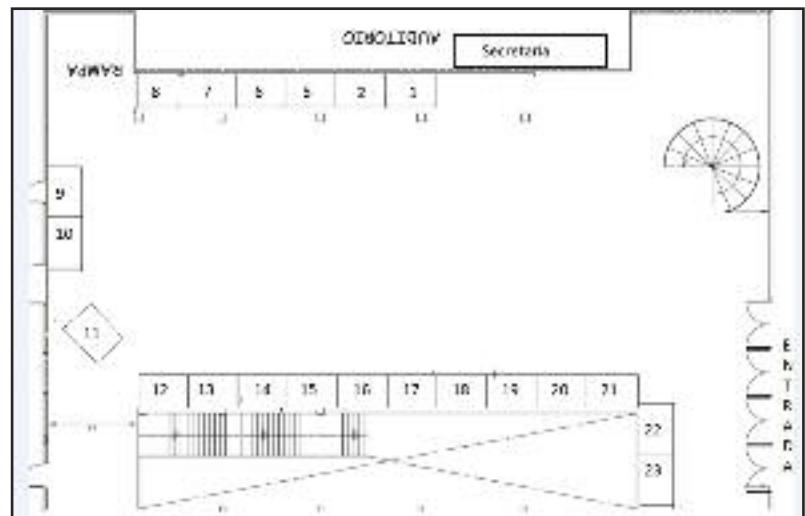
PLAZAS LIMITADAS

LA INSCRIPCION INCLUYE: cafés, dos comidas de trabajo, y cena de gala.

RELACIÓN DE EXPOSITORES

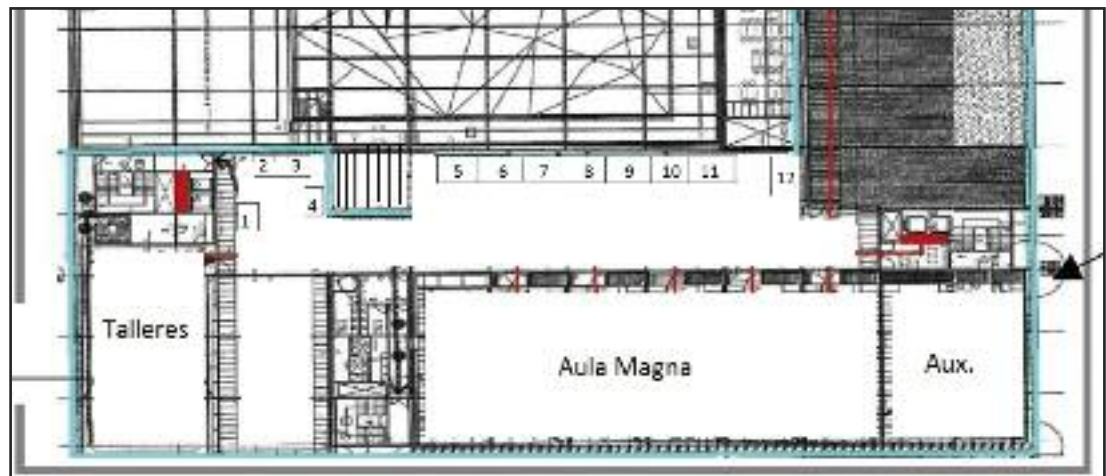
PLANTA PRIMERA (HALL Y SECRETARÍA)

- 1.- Pronokal
- 2.- Palomar Medical Technologies
- 5.- Skymedic
- 7 y 8.- Merz Pharma España
- 9.- Laboratorio Martí Tor
- 11.- Intermedic Arfran
- 13.- Grupo Seveco
- 14.- Cum Laude
- 15 y 16.- Allergan
- 17.- Zalba-Caldú
- 18.- Mediform
- 20.- Stiefel
- 21.- Reference Medical



PLANTA SEGUNDA (AUDITORIO Y SALA DE TALLERES)

- 1.- Real Lasting
- 2.- Prodermica - Globalmed
- 3.- Hispabiotech - Evomed
- 4.- Heber Farma
- 5 y 6.- Q-Med - Galderma
- 8 y 9.- Ysonut
- 10.- Mesoesthetic
- 11.- Alma Lasers



Introducción a la remodelación labial

Dr. Manuel Prieto Pérez

Profesor del Máster de Medicina del Envejecimiento de la Universidad de Sevilla

Curso
Prejornadas
de abordaje
médico
estético de la
boca

En labios, al igual que en cualquier otra zona donde deseemos realizar un abordaje estético, debemos tener ante todo en consideración:

- 1- Valoración estética inicial
- 2- Previsión estética final, es decir, adónde queremos llegar
- 3- Conocimiento anatómico exhaustivo de la zona en cuestión
- 4- Valoración de las técnicas y materiales que podrían emplearse en el tratamiento.

En labios, existen dos grupos de alteraciones bien diferenciadas que podrían considerarse como inestetismos:

- 1- Las alteraciones provocadas por el envejecimiento
- 2- Las alteraciones de forma, tamaño y/o volumen considerado inestético por el propio individuo.

En el envejecimiento, encontramos alteraciones claras y bien definidas provocadas por el deterioro de los diferentes tejidos, pero es en el segundo grupo donde sea tal vez más difícil de definir las alteraciones inestéticas porque ¿a qué nos referimos cuando hablamos de inestetismos labiales?

¿Qué puede ser considerado como unos labios bellos? Según el sentido común, juzgamos bella una cosa bien proporcionada: entre los factores subjetivos que más influyen en la belleza labial se incluye el gusto individual, las tendencias actuales de la moda y las preferencias raciales y culturales. ⁽¹⁾ Fig.1

Los inestetismos provocados por el envejecimiento son más fáciles de definir, ya que las alteraciones estéticas que presenta la región labial y perilabial en esta etapa de la vida vienen dadas por los cambios que este estado fisiológico manifiesta en todos sus componentes: piel, músculos y esqueleto óseo. ⁽²⁾ Fig.2

El envejecimiento de la región labial consiste básicamente en la combinación de atrofia cutánea, atrofia muscular, atrofia adiposa y atrofia ósea de las mandíbulas, arcadas dentarias y mentón. Estas lesiones se acompañan de un cierto grado de ptosis: la comisura labial se descuelga y aparece un surco debajo de ellas de profundidad variable conocido comúnmente como "pliegues de la amargura". (3)

Con la pérdida de la elasticidad muscular y las piezas dentales, el orbicular de los labios queda sin sustentación y se retrae, para hundirse en la cavidad bucal, llevando tras sí la piel de los labios, que se arruga hacia adentro dando la apariencia que la punta de la barba sobresale (pseudo prognatismo). (4)

Valoración de la belleza labial

Los labios deben ser evaluados en su movimiento (hablar, sonreír) y en posición relajada, idealmente

Fig.1 Distintas expresiones de belleza labial en diferentes razas y culturas



Fig.2 Envejecimiento de la región perilabial. Obsérvese el adelgazamiento labial, la depresión comisural, arrugas radiales y "craquelado" de la piel o piel de pana.

Fig.3 Los labios deben ser valorados tanto estática como dinámicamente



cerrados en forma pasiva sin contracción de la musculatura mentoniana y recordando que su apariencia se determina por la relación de su estructura con los dientes y por su función durante la mímica del habla. Fig.3

Encontraremos entonces (y siempre vistas bajo el prisma de lo relativo), alteraciones en: la forma, el volumen, la simetría y el estado de la piel. El tema de la forma labial es controvertido porque existen variedades de patrones raciales e individuales considerados estéticos

Objetivos del tratamiento estético

El conocimiento anatómico así como los cambios fisiológicos que se producen, son indispensables para aplicar un correcto tratamiento estético correctivo

Se hace necesario ante todo y como siempre valorar la unidad anatómica completa: volumen labial, forma labial, presencia de arrugas radiales periorales, presencia de depresiones comisurales, pérdida de delimitación, estado de surcos nasogenianos, tamaño del mentón, estado de la piel, presencia de sonrisa gingival y presencia de asimetrías estáticas o dinámicas.

Se debe trabajar especialmente en averiguar las expectativas de los pacientes, pues si existe alguna alteración estética donde dichas expectativas son menos realistas es en ésta, sobre todo porque la mayoría de los pacientes tienen extendida la idea de que se trata solo de un problema de relleno, fácilmente solucionable mediante la aplicación de implantes dérmicos.

Envejecimiento cutáneo perilabial

Como consecuencia del paso del tiempo y los efectos de los agentes externos podremos encontrarnos con una piel con una epidermis engrosada, y con todas las características histológicas del foto y crono envejecimiento.

El tratamiento con rellenos dérmicos muy superficialmente puede ser satisfactorio para el paciente, sin embargo hay que tener presente que muchas veces el engrosamiento de la epidermis hace aumentar el aspecto de profundidad de la arruga y será muy difícil, sino imposible, de corregir exclusivamente mediante este método. El tratamiento de elección podría ser entonces la abrasión química (TCA, fenol) o física (microdermoabrasión, láser de CO2 o Erbio).

Bibliografía

Eco Umberto. *Historia de la belleza*. Ed. Lumen 2004 pp 61- 81

Prieto Pérez M. *Consideraciones sobre la belleza labial*. Medicina Estética N° 24-2010 pp38 – 45

Faivre J. *surgical treatment of aging of the orolabial region* . The American Journal of Cosmetic Surgery Vol. 8, nº 3, 1991

Morales F. *Temas prácticos en geriatría y gerontología*. T. III pp 83 Ed. EUNED

Abordaje Médico Estético de los labios y región peribucal

Dra. Alicia Milotich Goberna

Sección Medicina Estética de la Unidad de Cirugía Plástica y Estética del Hospital Universitario de Casa de Salud de Valencia



Es evidente que los labios representan uno de los rasgos más prominentes de la cara y que junto con los ojos, pómulos y nariz forman parte del equilibrio facial. Es por ello que el rejuvenecimiento de labios y región peribucal es uno de los procedimientos estéticos más demandados.

Si quisiéramos definir unos labios ideales podríamos decir que son aquéllos que armonizan en forma, volumen, proyección y eversión con el resto de elementos o unidades faciales completando el equilibrio facial.

Anatómicamente los labios se componen de dos partes bien definidas:

- a) Labio blanco o porción cutánea: El labio blanco superior consta de una depresión media llamada *filtrum* bordeada de dos crestas o pilares llamadas *columnas del filtrum*. Existe una línea blanca bien definida que separa el labio blanco del labio rojo y en la parte media existe una incurvación más o menos acentuada que corresponde al arco de Cupido.
- b) Labio rojo o porción mucosa: Está formado por la porción constrictora del músculo orbicular de los labios además de la porción húmeda de la mucosa y la porción seca llamada *bermellón* que constituye la línea divisoria entre la mucosa real y el epitelio córneo.
- c) Las comisuras labiales están situadas en una línea marginal imaginaria que se corresponde a cada pupila con el ojo en dirección al infinito.

Estructuralmente la piel de los labios se adhiere al músculo orbicular, la grasa subcutánea es extremadamente fina en los dos tercios centrales del labio superior por lo que la hipodermis entre la dermis y el músculo orbicular es muy fina. De hecho tanto la piel externa como la mucosa interna envuelven al músculo orbicular y adoptan su forma. El músculo orbicular de los labios es esencial en la armonía de los labios, es el que da el volumen, eversión y proyección de los mismos. Estos tres factores están unidos aunque en la proyección también intervienen el soporte óseo y dental. Normalmente la porción mucosa de los labios descansa sobre los dientes incisivos y caninos.

Envejecimiento labial

El envejecimiento labial corresponde básicamente a dos tipos de factores, uno debido al envejecimiento natural en el que incluimos la reabsorción ósea, la pérdida de tono y masa muscular y la pérdida de elasticidad y volumen de la piel, mucosa y grasa subcutánea; y otro correspondiente a factores externos como la exposición solar.

El músculo orbicular con el paso del tiempo se aplatina y atrofia transformando los labios en finos y perdiendo la forma definida de los mismos. Al mismo tiempo pierde tonicidad y alarga la porción del labio blanco. La reabsorción ósea hace que el labio pierda su forma convexa y oblicuidad tornándose más vertical. Este alargamiento del labio superior, acompañado de la atrofia y pérdida de volumen de la porción mucosa da la apariencia de un labio con menor volumen, eversión y proyección.

El área peribucal o porción cutánea del labio se ve afectada por la aparición de elastosis y arrugas peribucales debido al proceso de envejecimiento cutáneo. Sin embargo en el hombre la aparición de éste tipo de arrugas es menor debido a la gran cantidad de folículos pilosos, glándulas sebáceas y una piel más dura, lo que le confiere mayor rigidez al labio y menor propensión a arrugas peribucales.

También se produce en el envejecimiento labial una pérdida de la forma y definición del *filtrum*, co-

columnas del filtrum y arco de Cupido posiblemente a consecuencia de la pérdida de tonicidad del músculo anguli oris ya que las columnas del filtrum son la inserción cutánea de dicho músculo.

Escalas para evaluar el tratamiento de los labios:

- a) Labio rojo fino acompañado de longitud normal del labio blanco: El labio rojo tiene un buen soporte óseo dental. Es el labio ideal para inyectar un relleno ya que obtendríamos una muy buena proyección y eversión del mismo.
- b) Labio rojo fino y alargamiento del labio blanco: El labio rojo cae sobre el soporte óseo dental pero por el alargamiento del labio blanco no descansa sobre el soporte posterior. Este tipo de labio lo encontramos en personas mayores a consecuencia del propio envejecimiento. La proyección, eversión y aumento de estos labios es muy difícil y se suele acompañar de un acortamiento quirúrgico de la porción cutánea del labio superior.
- c) Labio rojo con un volumen relativamente normal y normal longitud del labio blanco: Este un labio ideal para aumentar, resaltar, recuperar su tersura, hidratación y concavidad. En definitiva crear un labio armonioso.
- d) Volumen normal del labio rojo con alargamiento del labio blanco: Aunque el volumen de la mucosa sea relativamente normal éste tipo de labio aparenta fino porque le falta la proyección ósea dental. Es una situación similar al punto b, se hace difícil la proyección, eversión y aumento de los labios.

Tratamiento

En la actualidad los tratamientos propuestos para el aumento y rejuvenecimiento labial se basan en la utilización de sustancias o implantes de relleno.

Cuando decidimos qué material inyectar debemos considerar que sea un material biocompatible, no inmunogénico, que se adapte al tejido, que los resultados sean predecibles, mínima posibilidad de inducción de granulomas, compatible con otros procedimientos, que no migre y que la duración de los resultados cosméticos sea más o menos aceptable. Por todas éstas razones es conveniente eliminar todo aquel relleno que no sea reabsorbible o semi reabsorbible. De esta manera evitamos futuras reacciones a cuerpo extraño con los consiguientes efectos secundarios como granulomas, infecciones, cicatrices, migraciones, etc. Los implantes más utilizados actualmente son ácido hialurónico, lipoinyecciones de grasa del propio paciente y colágeno.

Técnica de inyección y dónde inyectar:

Para dar volumen y eversión del labio debemos inyectar en profundidad o detrás del músculo orbicular por delante del soporte dental, lo que nos daría una mayor proyección anterior y eversión. Si solo quisiéramos hidratar y restaurar la convexidad del bermellón debemos inyectar superficialmente. Para resaltar las columnas del filtrum y el arco de Cupido las inyecciones deben ser superficiales en la dermis.

Nunca olvidar completar el tratamiento de las arrugas del área perioral, elevar las comisuras labiales y extender el tratamiento hacia las líneas de marioneta y surcos nasogenianos si fuera necesario.

La técnica ideal para las arrugas del área perioral es inyectar transversalmente a la arruga, ya que son arrugas dinámicas, y es conveniente combinar el tratamiento con toxina botulínica. Siempre inyectar pequeñas cantidades de material de relleno para evitar irregularidades.

Conclusión

Cuando esculpimos unos labios no debemos olvidar que forman parte del equilibrio del tercio medio facial y es importante tener en cuenta las estructuras adyacentes como los surcos nasogenianos, comisuras, líneas de marioneta etc. Además es importante conocer la amplia gama de materiales de relleno de que disponemos actualmente y sus posibles complicaciones tratando siempre de utilizar materiales biocompatible para evitar complicaciones de difícil solución. No olvidemos que debemos conseguir la naturalidad del resultado estético y adecuar el tratamiento de acuerdo a la forma y volumen que presente cada paciente.

Mesoterapia en la alopecia

MESA. 1 Mesoterapia facial

Dra. Nazaret Romero

Directora cursos TPT de los Colegios de Médicos y de la Clínica Dra. Nazaret Romero (Madrid)

Definición de Alopecia: caída o pérdida patológica del pelo

Número de cabellos en buenas condiciones fisiológicas: entre 100.000 y 150.000

Crecimiento del pelo: 1 a 1,5 cm. al mes

Clasificación de la alopecia:

Alopecias cicatriciales: por traumatismos o enfermedades

Alopecias no cicatriciales: Alopecia androgénica
Efluvios
Alopecia areata

Tratamiento médico:

Alopecia androgénica: Minoxidil
Inhibidores de la 5 alfa reductasa
Antiandrógenos
Mesoterapia

Efluvios: Complejos vitamínicos
Mesoterapia

Alopecia areata: Minoxidil
Corticoides Sistémicos
Infiltraciones

Mesoterapia Capilar:

Efluvios: Vitamina B5
Vasodilatadores
Aminoácidos, oligoelementos

Alopecia androgenica: Vitamina B5, oligoelementos, aminoácidos

Antiandrógenos
Antiseborreicos
Vasodilatadores

Alopecia areata: Corticosteroides intralesionales



Situación actual de la mesoterapia facial



Dr. José Folch

Codirector de los Máster de Medicina y Cirugía Estética de la Fundación Universidad Empresa (Valencia)

El art. 40 de la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril (RD 1986\1316), en sus apartados 5 y 6, habilita a la administración sanitaria del estado para dictar la reglamentación de los medicamentos de uso humano que, al afectar al ser humano, pueden suponer un riesgo para la salud de las personas y de las actividades de las personas físicas dedicadas a la preparación, elaboración y fabricación de esos medicamentos.

Ley del Medicamento

La Ley del medicamento 25/1990, de 20 de diciembre (RD 1990/2643), dispone en su artículo 31.2 que el Ministerio de Sanidad y Consumo establecerá los requisitos especiales para la prescripción y dispensación de los medicamentos que por su naturaleza lo requieran o para tratamientos peculiares y los diferencia en:

- Especialidades farmacéuticas
- Medicamentos extranjeros
- Fórmulas magistrales
- Medicamentos homeopáticos

Ley del medicamento (25/1990) Título 2º - de los medicamentos - Capítulo 1º de los medicamentos reconocidos por la ley y sus clases - Art. 6. Medicamentos legalmente reconocidos.

1. Sólo serán medicamentos los legalmente reconocidos como tales:

A) las especialidades farmacéuticas. B) las formulas magistrales. C) los preparados o formulas oficinales. D) los medicamentos prefabricados.

2. Tendrán el tratamiento legal de medicamentos a efectos de la aplicación de esta ley y de su control general las sustancias o combinaciones de sustancias especialmente calificadas como productos en fase de investigación clínica autorizadas para su empleo en ensayos clínicos o para investigación en animales.

3. Corresponde al ministerio de sanidad y consumo resolver sobre la atribución de la condición de medicamento a determinadas sustancias o productos.

4. Los remedios secretos están prohibidos.

5. Es obligatorio declarar a la autoridad sanitaria todas las características conocidas de los medicamentos.

Art.7. Actividades prohibidas.

1. La elaboración, fabricación, importación, exportación, distribución, comercialización, prescripción y dispensación de productos o preparados que se presentaren como medicamentos y no estuvieran legalmente reconocidos, dará lugar a las responsabilidades y sanciones previstas en el capítulo segundo del título noveno de esta ley, con independencia de las medidas cautelares que procedan.

2. Queda expresamente prohibido:

A) El ofrecimiento directo o indirecto de cualquier tipo de incentivo, primas u obsequios, por parte de quien tenga intereses directos o indirectos en la producción, fabricación y comercialización de medicamentos a los profesionales sanitarios implicados en el ciclo de prescripción, dispensación y adminis-

tración, o a sus parientes y personas de su convivencia.

B) La actuación de estos mismos profesionales, siempre que estén en ejercicio, con las funciones de delegados de visita médica, representantes, comisionistas o agentes informadores de los laboratorios de especialidades farmacéuticas. C) La publicidad de formulas magistrales y preparados oficinales.

Art. 8. Definiciones. A los efectos de esta ley se entenderá por:

6. Especialidad farmacéutica: el medicamento de composición e información definidas, de forma farmacéutica y dosificación determinadas, preparado para su uso medicinal inmediato, dispuesto y acondicionado para su dispensación al público, con denominación, embalaje, envase y etiquetado uniformes al que la administración del estado otorgue autorización sanitaria e inscriba en el registro de especialidades farmacéuticas.

7. Medicamento prefabricado.

8. Producto intermedio.

9. Formula magistral: el medicamento destinado a un paciente individualizado, preparado por el farmacéutico, o bajo su dirección, para cumplimentar expresamente una prescripción facultativa detallada de las sustancias medicinales que incluye, según las normas técnicas y científicas del arte farmacéutico, dispensado en su farmacia o servicio farmacéutico y con la debida información al usuario en los términos previstos en el artículo 35.4.

10. Preparado o formula oficial: aquel medicamento elaborado y garantizado por un farmacéutico o bajo su dirección, dispensado en su oficina de farmacia o servicio farmacéutico, enumerado y descrito por el formulario nacional, destinado a su entrega directa a los enfermos a los que abastece dicha farmacia o servicio farmacéutico.

11. Producto en fase de investigación clínica.

12. Producto sanitario.

13. Producto de higiene personal.

Art.8.9. El medicamento destinado a un paciente individualizado, preparado por el farmacéutico, o bajo su dirección, para cumplimentar expresamente una prescripción facultativa detallada de las sustancias medicinales que incluye, según las normas técnicas y científicas del arte farmacéutico, dispensado en su farmacia o servicio farmacéutico y con la debida información al usuario.

Art.35. 4. Las formulas magistrales irán acompañadas del nombre del farmacéutico que las prepare y de la información suficiente que garantice su correcta identificación y conservación, así como su segura utilización

Características de los medicamentos en mesoterapia

- Vía intradérmica: mesodermo, por tanto vía parenteral a todos los efectos:
- Estéril: apirógeno. Isotónico. pH cercano al neutro.

¿Qué inyectar? No todo lo inyectable es utilizable en mesoterapia: sólo sustancias hidrosolubles. Atención a los conservantes y excipientes: lo cosmético y las largas fechas de caducidad. Las mezclas: comprobar compatibilidad físico-química.

¿Cómo prescribir?

- Datos del médico: Nombre y número de colegiado
- Datos del centro: Dirección y teléfono
- Datos del paciente: Nombre y apellidos

Datos del preparado o fórmula magistral. Descripción de la sustancia activa con su dosis por unidad. Número de unidades (No más de tres meses). Excipiente sólo en excepciones.

Ejemplo:

Dp/ Cynara Scolimus 2mg/ml para 1 ampolla de 2ml. via parenteral ,(subcutánea, intradérmica) nº 20.

Dp/ Procaína 2% 1amp.de 2ml Via Parenteral nº30

Regular a pH fisiológico.

La Orden 14/2/97 establece determinados requisitos en la prescripción y dispensación de fórmulas magistrales y preparados oficiales para tratamientos peculiares.

Artículo 4. Dispensación y anotación en el libro recetario de la oficina de farmacia.

1. Cuando el médico prescriba fórmulas magistrales dentro de los límites contenidos en los artículos anteriores, debe informar al paciente sobre las contraindicaciones e interacciones medicamentosas más importantes que se puedan producir.
2. El farmacéutico en el acto de dispensación de preparados oficinales con sustancias medicinales contenidas en el art. 1 deberá informar al paciente de las advertencias indicadas en el apartado anterior.
3. Las fórmulas magistrales y preparados oficinales deberán ser anotadas obligatoriamente en el libro recetario de la oficina de farmacia, conforme a lo dispuesto en el real decreto 1910/1984, de 26 de septiembre de receta médica.

Artículo 8. Comercialización de fórmulas magistrales y preparados oficinales.

1. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 103 de la ley 14/1986, de 25 de abril, y en los artículos 3.5 y 35.2 de la ley 25/1990, de 20 de diciembre, las fórmulas magistrales y preparados oficinales se dispensarán solamente a través de las oficinas de farmacia y de los servicios de farmacia del hospital.
2. Queda prohibida la entrega al paciente de fórmulas magistrales y preparados oficinales en la consulta médica o fuera de los establecimientos contemplados en el párrafo anterior, así como la venta a domicilio y cualquier otro tipo de venta indirecta.

Ley 25/1990 Art. 37. Requisitos de los medicamentos extranjeros sin autorización española. Corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo autorizar la importación de medicamentos legalmente comercializados en algún país extranjero y no autorizados en España. Esta importación se autorizará cuando resulte imprescindible para el tratamiento o diagnóstico de patologías concretas.

Inconvenientes:

- Autorización individualizada por paciente
- Espera de al menos un mes
- Alto precio del medicamento y de los portes
- Tratamiento máximo de tres meses

Medicamentos homeopáticos

Acogidos a la disposición transitoria segunda del RD 2208/94 de 16/11/94, por el que se regulan los medicamentos homeopáticos de uso humano de fabricación industrial.

Qué medicamentos o sustancias podemos utilizar actualmente según nuestra experiencia, formación y habilidad:

- Productos con marcado CE para mesoterapia:

- Ácido hialurónico: Restylane Vital, AcHyal, Juvederm Meso, Mesovalis, Theosyal-Meso...
- Acido hialurónico + vitaminas: NCTF135 AH, Cytocare 516, Meso-face / Reparestim Meso...
- Acido hialurónico + aminoácidos: Skin B, Skin R...
- Vitaminas: NTCF135.
- Silicio: Conjonctyl
- Aqualyx

- Productos homeopáticos:

- Phinter-Heell: Glándula mamaria, Cutis S, Placenta C, Coenzyme C, Funiculus umbilicalis S
- Lavigor: R21 (drenaje conjuntivo), R10 (climaterio), R20 (mujeres), R41 (hombres), R55 (regeneración tisular), R17 (estimulación linfática), R42 (acción vascular)

- Medicamentos sin autorización explícita para mesoterapia:

- Procaína bicarbonatada (formula magistral)
- Toxina botulínica: Vistabel, Azzalure, Bocouture
- Vitamina C Roche

- Medicamentos importados:

Tationil 600 (Glutathion)

- Plasma autólogo rico en plaquetas

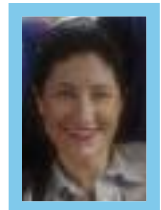
Por último, no olvidar el deber de informar de los riesgos y que el paciente firme el documento de consentimiento informado.

Mesoterapia en la prevención y tratamiento del envejecimiento facial

Tratamiento de ojeras combinando mesoterapia biorreguladora y carboxiterapia

Dra. Carlota Hernández Sanz

Directora médica de la Clínica Ars Médica (Valencia)



Las ojeras es un motivo frecuente de consulta en nuestra especialidad, que aparece como signo del envejecimiento en ocasiones de forma muy prematura, originando en nuestros pacientes “un aspecto cansado y de mayor edad” según ellos mismos refieren. Con difícil tratamiento cosmético y una evolución crónica, que requiere intervención médica a edad temprana para prevenir su empeoramiento y las secuelas psicológicas asociadas.

La ojera aparece en la zona infraocular y se caracteriza por una pigmentación azulada de la zona, secundaria al **éctasis venoso** y el **deterioro de la microcirculación** en la zona.

Puede cursar con deterioro de la piel de dicha zona, que aparece atrófica, flácida y con numerosas arrugas finas, secundario al **déficit de renovación tisular** que se genera como consecuencia de la mala vascularización en la zona.

También puede aparecer **edema**, de predominio matutino y volumen variable, secundario al insuficiente drenaje linfovenoso y al déficit de elementos titulares de contención del mismo: atrofia de la musculatura de la zona y pérdida de colágeno en la dermis.

En ocasiones podemos encontrar también **acúmulo de grasa** de difícil movilización, que no disminuye con la pérdida de peso, y que empeora por compresión mecánica, el drenaje linfático, agravando y cronificando la etiopatogenia del cuadro y aumentando el inestetismo inicial.

Tratamientos convencionales

El tratamiento de la ojera está orientado hacia la corrección de los factores implicados en su etiopatogenia, esto es: regular la microcirculación, favorecer el drenaje y mejorar la calidad de la piel de esa zona.

Para ello se comienza utilizando cosméticos con precursores de la vitamina K, ya que desde hace dos años no contamos por cuestiones legales con la misma para su uso tópico. Ésta actúa sobre la pared vascular, fortaleciéndola, de modo que evita la formación del trasudado que origina el edema, así como la distensión de los vasos sanguíneos que ocasiona la pigmentación azulada.

La infiltración de materiales de relleno en la zona también ha sido utilizada para restituir el colágeno y/o ácido hialurónico deficitario, de modo que se mejore la calidad de la piel y con ello su capacidad de contención del edema.

Si el volumen es el adecuado también permite mejorar las arrugas finas por distensión de la piel, y atenuar la coloración azulada por aumentar el espacio entre los vasos sanguíneos y la superficie cutánea.

Por último hemos utilizado sustancias lipolíticas infiltradas mediante mesoterapia para disminuir el acúmulo de grasa en la zona, cuando existía un exceso y/o herniación de grasa infraocular.

Tratamiento combinado: mesoterapia biorreguladora y carboxiterapia

La medicina biorreguladora trata de proporcionar al individuo los recursos necesarios para que pueda autorregularse y emprender con éxito los mecanismos de reparación. Por ello no propugna un tratamiento reconstitutivo con materiales que tras ser infiltrados atenúen los síntomas, sino que proponen una terapia basada en la estimulación y modulación de la microcirculación en la zona afectada y de los mecanismos innatos de regeneración tisular.

Para ello contamos con:

Mesoterapia con fármacos biorreguladores: El Dr. Pistor para explicar en que consistía la mesoterapia utilizaba la expresión: "Poco, pocas veces y en el lugar adecuado." Esta definición nos ayuda a comprender con claridad los fundamentos en los que se basa esta técnica. Para practicar la mesoterapia, deberemos utilizar pequeñas dosis de uno o varios fármacos, que inyectaremos en unos puntos anatómicos concretos, a una profundidad determinada.

Y obtendremos respuesta en base a tres mecanismos:

1.- *Respuesta inmune, neurológica y vascular, por infiltración intradérmica:* Cualquier sustancia que penetre en la dermis puede desencadenar una respuesta funcional en la que participen cualquiera de las tres unidades descritas en la dermis, y tener por tanto un efecto global: vascular, neuroendocrino e inmune, en nuestro organismo.

Para el tratamiento de las ojeras nos importa especialmente el efecto descrito por Bicheron, quien preconiza que existe un **estímulo de la microcirculación**, demostrado por termografía y capilaroscopia, al emplear la vía intradérmica, mediado por la liberación de sustancias vasoactivas (Ser, Hys) que mejorarán el aporte sanguíneo, y con él, la llegada de oxígeno y nutrientes, a la zona tratada.

2.- *Acción refleja, por acción mecánica:* La multipunción seriada en una determinada zona, ocasiona un daño tisular controlado capaz de poner en marcha los mecanismos de **reparación tisular**, gracias a la liberación de sustancias proinflamatorias y factores de crecimiento fibroblásticos.

Por otra parte, el fraccionamiento de dosis que se genera al utilizar la técnica de multipunción, incrementa la interfase fármaco-receptor, mejorando el resultado farmacodinámico esperable.

3.- *Efecto farmacológico, por el producto inyectado.* Si además éste es un remedio homeopático (fármaco biorregulador), observaremos un **efecto estimulante, característico del uso a dosis bajas** de un principio activo, descrito por la Ley Biológica Fundamental (Arndt-Schulz 1885), según la cual los estímulos débiles inducen la actividad vital, los medios la activan, los fuertes la inhiben y los muy fuertes la anulan.

Carboxiterapia: Consiste en la inyección de CO₂ (dióxido de carbono) a nivel subcutáneo, que como consecuencia mejorará la oxigenación tisular. Esto se explica gracias al Efecto Bohr, según el cual, la hemoglobina tiene más afinidad por el dióxido de carbono que por el O₂, de modo que al inyectar el CO₂ en el tejido subcutáneo, éste sirve como estímulo para que los eritrocitos liberen más O₂ y se oxigenen mejor los tejidos tratados.

Por otra parte el CO₂ produce una relajación de la musculatura lisa del esfínter precapilar de la arteriola, aumentando la velocidad del flujo hemático en la arteriola precapilar primero, y mejorando el flujo de sangre capilar que propicia una vasodilatación local y restaura los intercambios de la unidad microvascular-tisular a posteriori.

Ello conlleva una reducción del éstasis por **reabsorción del trasudado.**

Con la vasodilatación y la mejor oxigenación tisular, aumenta el metabolismo local, activándose la síntesis de factor de crecimiento endotelial y fibroblástico, que estimula la neoangiogénesis y activa la síntesis de colágeno tipo III.

Y aumenta también el flujo de nutrientes, entre ellos las proteínas que son necesarias para remodelar los componentes de la matriz extracelular, y aquellos imprescindibles para iniciar la **reparación tisular.**

Por último, el gas produce una hiperdistensión del tejido subcutáneo, que mediante la activación de baroreceptores estimula la liberación de bradiquinina, serotonina, histamina y catecolaminas, que por estímulo de los receptores beta adrenérgicos, activan la adenilciclase, promoviendo así el aumento del AMPc tisular, el cual **estimula la lipólisis** en los adipocitos del área tratada por hidrólisis de los triglicéridos.

La combinación de ambas técnicas ofrece unos buenos resultados, con excelente margen de seguridad. Es por ello que pueden ser aplicadas en el tratamiento de las ojeras en la mayoría de nuestros pacientes.

Láser versus peeling: comparación de técnicas

Dra. Paloma Cornejo

Jefe de Dermatología del Instituto Médico Láser (Madrid)

MESA. 2
Peelings,
¿Qué hay de
nuevo?

Láser vs peeling. Depende para qué y para quién. En esta presentación daremos un repaso por las diferentes patologías en las que se pueden utilizar ambas técnicas comentando las ventajas y desventajas de las mismas, además de la experiencia personal que puede no coincidir con las de los asistentes.

Pigmentaciones

Léntigos: Son hiperplasias melanocíticas epidérmicas que se originan por encima de la m. basal. Un peeling superficial va a quedarse siempre corto, ya que no produce una epidermolisis completa a no ser que utilizemos un peeling de TCA al 35% localizado. El láser/ luz pulsada tiene la ventaja de la predictibilidad del resultado, la posibilidad de tratar lesiones múltiples con menor recuperación (caso del IPL) y el rejuvenecimiento acompañante al tratar el área de manera más global.

Melasma: Éste es el gran caballo de batalla de la medicina estética. La experiencia nos dice que mejor un peeling despigmentante que un láser/IPL. Esto es debido a que los peelings superficiales van a pro-

ducir una exfoliación leve de la piel con menor pigmentación de rebote, y además contienen sustancias inhibitoras de la síntesis de melanina como la hidroquinona. La utilización de láser/IPL sólo daría buenos resultados en plasmas de fototipos claros y utilizando fluencias muy bajas.

Acné

El origen del acné es multifactorial. Se produce una hipersecreción del sebo que es más espeso, una hiperqueratinización del orificio de drenaje del mismo, una colonización por *P. acnes* y un infiltrado inflamatorio.

Los peelings (especialmente los de salicílico) van a ser muy útiles para destaponar el orificio de drenaje, cosa que hacen peor los láseres y LEDs. Por tanto en el caso de un acné comedoniano son de elección.

Los LEDs azules han demostrado tener un efecto bacteriostático y disminuir el número de lesiones inflamatorias en un alto porcentaje con remisiones que pueden superar el año. Además los láseres infrarrojos no ablativos disminuyen la secreción sebácea por efecto inhibitorio al ser muy penetrantes. Parece ser, por tanto, que aquí ambas técnicas son complementarias al actuar en diferentes aspectos patogénicos

Cicatrices

Por supuesto hay que diferenciar qué tipo de cicatriz. En el caso de los queloides e hipertróficas los peelings tienen muy poca utilidad, siendo de elección el dye láser más corticoterapia intralesional. En el caso de cicatrices atróficas lo que se busca es la creación de una lesión cutánea que desencadene una cascada de remodelación dérmica y “rellene” la cicatriz.

Los peelings a utilizar deben ser medios y profundos, como mínimo un TCA al 35%, aunque algunos autores utilizan peelings más conservadores y más sesiones. Por supuesto el peeling de fenol con la fórmula Baker y Gordon es el tratamiento más pretencioso, pero los requisitos intraoperatorios y el largo downtime los ha relegado sólo a los valientes.

El TCA35% da buenos resultados en mi opinión algo inferiores al resurfacing con láser de CO₂, pero bastante aceptables. Ambos tienen efectos adversos aunque los CO₂ fraccionados son más seguros y sobre todo infinitamente más versátiles.

Los resultados con láseres fraccionados no ablativos son excelentes para una técnica segura, que no produce ablación cutánea y están indicados en cicatrices en piolet, incluso en fototipos oscuros que no desean un downtime .

Rejuvenecimiento

En el caso de fotoenvejecimiento moderado-severo, el abanico a utilizar es muy grande. La ventaja de los láseres en este caso es la capacidad de calentar y desnaturalizar el colágeno en profundidad con la retracción posterior de los tejidos. En el caso de los peelings sólo el fenol es capaz de superar ese resultado pero con mayores riesgos.

En casos más moderados, una secuencia de peelings por ejemplo de TCa al 25%, acompañado de un protocolo que incluya ácido retinoico, puede tener muy buenos resultados

Peelings: ¿cuál y cuándo?

Dra. Sofía Ruiz del Cueto

Codirectora médica de la Clínica Mira + Cueto (Madrid)



El peeling es de las técnicas más antiguas y utilizadas en medicina estética. Actualmente disponemos de más de 50 peelings comercializados en Europa. Se trata pues de una técnica avalada por la amplia experiencia que le dan siglos de uso, y un recurso muy versátil que nos permite tratar numerosas afecciones estéticas.

El secreto del éxito está en saber diagnosticar el problema a tratar y conocer a fondo el manejo de las sustancias exfoliantes. Explicaremos la fisiología y efectos de cada tipo de peeling a fin de potenciar los resultados de esta técnica, minimizando los efectos secundarios.

Cosmecéuticos pre/post – peeling

Dra. Mar Mira

Codirectora médica de la Clínica Mira + Cueto (Madrid)



La preparación y el cuidado posterior de la piel después de un procedimiento de peeling están determinados por la naturaleza de la sustancia química utilizada y la concentración de la sustancia aplicada que determinará el tipo de peeling.

Preparación pre-peeling

No se debe obviar esta fase de pre-tratamiento, ya que así se prepara la piel para el proceso de pelado y para la fase de regeneración cutánea posterior.

Los principios activos utilizados son:

- La tretinoína en concentraciones del 0.025 % al 0.05 % dependiendo del tipo de piel y de la tolerancia. Es conveniente que se utilice durante un mes previo al tratamiento, ya que por su acción en la piel facilita una penetración más homogénea de la sustancia química aplicada en el peeling. Por otra parte, también acelera la curación después del procedimiento.
- AHA, como sustitutivo del principio activo anterior, o como opción en caso de intolerancia a la isotretinoína.
- Hidroquinona en pacientes con fototipos oscuros, como tratamiento adicional.

El objetivo de esta preparación de la piel para un peeling superficial es iniciar el proceso de exfoliación y optimizar y homogeneizar la penetración de la solución exfoliante; el tiempo de preparación podría variar entre 1-2 semanas. Para un peeling medio y profundo el objetivo es preparar la piel para iniciar el proceso de exfoliación y regular el contenido de pigmento. El tiempo de preparación podría variar entre dos y tres semanas.

Cuidados post-peeling

Las necesidades de la piel después de un peeling, dependen lógicamente del tipo de peeling realizado. Después de un peeling superficial hidratación y nutrición son todo lo que se requiere.

En peelings medios es muy importante acelerar la curación, por lo que se requiere el uso de cremas muy hidratantes y factores reparadores como factores de crecimiento, inhibidores de la degradación de la matriz, humectantes y antioxidantes.

Para los peelings profundos la curación se basa en cremas muy hidratantes, con vendaje oclusivo los primeros días.

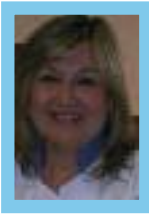
La fotoprotección con filtros solares se recomienda durante varias semanas, especialmente para peelings medio y profundo.

MESA. 3 Abordaje a la región peribucal

Corrección de los inestetismos de la región perioral

Dra. Alicia Milotich Goberna

Sección de Medicina Estética de la Unidad de Cirugía Plástica y Estética del Hospital Universitario Casa de Salud de Valencia



Anatómicamente los labios están situados en la parte media del tercio inferior de la cara y constituyen uno de los rasgos más prominentes de la cara que intervienen en el equilibrio facial.

El límite superior de los labios está dado por una línea horizontal que pasa por la raíz de los orificios nasal y la base de la columela, el inferior por el surco labiomentoniano, lateralmente por la prolongación ficticia hacia abajo de los surcos nasogenianos. En el plano mucoso los límites superior e inferior están representados por el fondo de los vestíbulos bucales, y hacia los lados los límites pasan artificialmente por los primeros molares antes de la salida del nervio mentoniano.

Los cambios en la forma, tamaño, y coloración labial dependen de la morfología de los mismos que está sujeta a variantes anatómicas según edad, sexo y origen étnico. Así pues podríamos hablar de labios femeninos, masculinos, mestizos o caucásicos.

Alteraciones labiales

Congénitas o hereditarias: Son alteraciones determinadas por factores cromosómicos familiares y pueden presentar una estructura normal o una disrupción de la morfología completa o incompleta. Un ejemplo sería el labio hendido.

Traumáticas: Puede alterarse el espesor de forma parcial o total y presentarse como laceraciones, heridas, avulsiones o quemaduras.

Úlceras: Cuya etiología es variada.

Secuelas tumorales: A consecuencia de patologías malignas o benignas.

Estéticas: Las alteraciones estéticas pueden ser por alteraciones en la forma, tamaño excesivo o insuficiente, depresiones, ritidosis o secuelas de tratamientos estéticos, como por ejemplo la formación de granuloma por el empleo de sustancias de relleno, especialmente no reabsorbibles.

La mayoría de los pacientes consultan por alteraciones estéticas en relación al volumen de los labios, la atrofia de los mismos y las arrugas de la región peri oral.

Clasificación de las alteraciones estéticas:

a) De la posición de las estructuras: Estos pacientes presentan alteración asimétrica o irregular de las estructuras labiales que pueden compensarse con la movilización o retirada parcial de las estructuras o bien añadiendo material. Generalmente el tratamiento es quirúrgico y son intervenciones que se basan en injertos, implantes y plastias.

b) Del tamaño: En éste caso los pacientes pueden presentar unos labios demasiado finos, sin cuerpo,

demasiado gruesos (macroquelia) o muy pequeños (microquelia). Esta alteración puede tratarse con plastias, injertos e implantes.

- c) De la forma: La mayoría de las alteraciones de la forma se deben a traumatismos y a tratamientos estéticos previos. Dependiendo de la causa éstas alteraciones se pueden tratar con antiinflamatorios o exéresis de las lesiones mediante una intervención quirúrgica denominada queiloplastia secundaria. Otra anomalía que podríamos encontrar es un doble labio superior cuyo tratamiento consiste en la exéresis de la mucosa accesoria.
- d) Envejecimiento: Con el paso del tiempo los labios pierden su tersura y volumen por el proceso de atrofia que sufren no solamente en la porción mucosa, sino también en la porción cutánea apareciendo las arrugas en la piel peri oral conocidas con el nombre de "código de barras". Este proceso se acentúa en pacientes fumadores por la tendencia propia de fruncir el labio al fumar y son más frecuentes en mujeres que en los hombres, ya que en éstos las estructuras pilosas del bigote masculino actúan de anclajes soportando las tensiones y evitando los pliegues excesivos.

El tratamiento para las arrugas periorales presenta varias posibilidades y combinaciones e incluye: dermoabrasión, peelings, láser resurfacing, la inyección de rellenos, el uso de la toxina botulínica, revitalización y rejuvenecimiento de la piel.

Beer divide en tres grupos las alteraciones estéticas de los labios y su respectivo tratamiento:

Grupo I: Pacientes con buena forma y definición labial pero que desean aumentar ciertos rasgos del labio.

Grupo II: Pacientes con labios atróficos que requieren aumento.

Grupo III: Paciente que ha perdido la definición del labio y tiene o no arrugas peri bucales.

Podría añadirse un cuarto grupo en el que se incluirían zonas circundantes importantes en el rejuvenecimiento facial.

Grupo IV: Paciente del Grupo II pero con surco nasogeniano y melolabial acentuado.

Tratamiento

Los tratamientos orientados a realizar la corrección de los inestetismos labiales se conocen con el nombre de queiloplastias. Éstos se basan en la restauración de volumen para equilibrar los rasgos faciales y consisten en tratamientos mínimamente invasivos tanto de forma aislada o combinada. Básicamente los tratamientos propuestos para esculpir los labios, darles volumen, embellecerlos y adecuarlos al tamaño de la cara se basan en la utilización de sustancias o implantes de relleno. Aunque actualmente la tendencia actual es favorecer el volumen labial. Es importante no excederse y adecuar el volumen a la estructura facial del paciente.

Se recomienda que la longitud vertical del labio superior tenga equivalencia con la proyección de la base nasal. El labio superior debe situarse por delante del inferior y ser levemente más fino que éste, de manera que en reposo mantenga una perfecta competencia labial y permita la respiración nasal.

La posición final del labio dependerá de la estructura mandibular, de la del maxilar superior y de la configuración de las piezas dentarias.

La indicación del tratamiento dependerá del grupo: para los pacientes del Grupo I y II el tratamiento ideal es un tratamiento de recuperación de volúmenes mediante el uso de rellenos como ácido hialurónico y también lipoinyecciones. Es importante también el tratamiento de rejuvenecimiento de la mucosa labial y de la zona cutánea del labio mediante tratamientos que aportan hidratación y recuperación de la estructura labial sin proporcionar excesivo volumen.

Existen además tratamientos quirúrgicos en los que se emplean injertos dermograsos, de fascia temporal o de SMAS.

En pacientes del Grupo III como tratamientos complementarios de los rellenos y en función de la profundidad y extensión de las arrugas podemos utilizar toxina botulínica, peelings, dermoabrasión, láser, etc.

Complicaciones

Existe un estudio del Dr. Felipe Coiffman en el que se catalogaron las complicaciones según las sustancias inyectadas. Las sustancias utilizadas que presentaron el mayor número de complicaciones fueron: silicona líquida, biopolímeros, parafina y aceite mineral. Los efectos adversos aparecieron entre las 6 horas y los 25 años del tratamiento y fueron locales tales como dolor, eritema, pigmentaciones, edemas, fibrosis, queloides, infecciones, fistulas, necrosis de la piel y migración. En cuanto a las complicaciones generales fueron fiebre, caída del cabello, depresión, artralgias, malestar general, etc. En el estudio no se encontró relación con enfermedades autoinmunes como artritis, dermatomiositis, esclerodermia, etc.

Los síntomas y signos se exacerban cada dos o tres meses durante períodos que duran entre 1 a 3 semanas y mejoran con o sin tratamiento. El tratamiento es sintomático y en algunos casos quirúrgico en zonas muy delimitadas ya que se pueden producir cicatrices retráctiles y depresiones.

Este estudio recalca que los corticoides locales o generales pueden producir atrofia de la piel y muchas veces no son efectivos. Las punciones tampoco ayudan ya que las masas son sólidas y fibróticas. Los masajes, ultrasonidos y láser tampoco ayudan y a veces empeoran la situación.

Conclusión

Por todo esto creo que podemos concluir en que el mejor tratamiento para evitar estos efectos adversos es descartar las sustancias de relleno no reabsorbibles, con estudios clínicos escasos y de las que desconocemos el mecanismo de acción una vez inyectados.

Es importante conocer las diferentes sustancias de relleno que existen en la actualidad como así también sus posibles complicaciones tratando de utilizar siempre materiales reabsorbibles, biocompatibles, que den una mínima respuesta inflamatoria, no tóxicos, no carcinogénicos, apirógenos, no alergénicos, que no migren, etc.

Por último, ante un tratamiento de esculpido labial, tener siempre en cuenta las estructuras adyacentes como son los surcos nasogeniano y melolabial, con la única finalidad de dar armonía al tercio medio facial y un aspecto natural.



Antes



Despues

Bibliografía

- Escultura labial. Dra. Betty Parraga de Zoghbi. 2010
- How to Enhance Lips with Hyaluronic Acid. Lakhdar Belhaouari. 2011
- Beer KR. Rejuvenation of the lip with injectables. Skin Care Guide. 2007
- Bisson M, Grobbelaar. The Aesthetic properties of lips: a comparison of models and nonmodels. Angle orthod. 2004
- Caix P. Anatomy of the labial region. 2002
- Weinkle S. Injection techniques for revoluminization of perioral region with hyaluronic acid. Journal of Drugs in Dermatology 2010.
- Restylane Lip Implantation: European Experience. Marie-Thérèse Bousquet, MD. Orbital and Reconstructive Surgery, Vol 2. No4. December 1999.

En busca del labio ideal

Dra. Sara Barberá

Directora médica de la Clínica Médico-Estética Barberá



El labio probablemente sea la parte de la cara, junto con los ojos, que más relevancia tiene desde un punto de vista estético y también desde un punto de vista de la relación con los demás. Esto se debe a que la mirada es importante, pero la sonrisa, si es bonita, es de las cosas más bellas, no sólo estéticamente, sino también por lo que significa. Es la más evidente manifestación de alegría y de felicidad.

Cuando tenemos ante nosotros a un paciente que precisa un tratamiento en sus labios y región peribucal, debemos basar nuestra actuación en tres pilares básicos:

- 1.- Evaluación anatómica, antropométrica, morfológica y en animación. Para lo cual debemos conocer perfectamente la anatomía y los signos de envejecimiento que presenta.
- 2.- Conocer los cánones estéticos que imperan. No debemos olvidar que la boca es una de las zonas más sujetas a dichos cánones siendo ahora la naturalidad lo que más nos demandan nuestros pacientes.
- 3.- Expectativas: qué es lo que quiere el paciente y qué es lo que le podemos ofrecer. Esto es fundamental. Ya que todos tenemos en mente lo que es para nosotros un labio ideal, pero lo que tenemos que conseguir es que el paciente salga de nuestra consulta con el labio más ideal posible, de acuerdo con sus características anatómicas, grado de envejecimiento y posibilidades reales de tratamiento que podamos ofrecerle para conseguir esa mejora estética, salvaguardando la naturalidad.

Efecto antioxidante de las aguas sulfuradas. Su indicación en cosmética facial y tratamiento de pieles grasas y acneicas

MESA. 4
Foto y
Cronoenveje-
cimiento

**Dra. Ángela García Matas, Dr. Antonio Hernández Torres, Dra. Paloma Tejero García,
Dr. José O. Fernández Nieto, Dra. Valentina Smichd.**

I.-Introducción

1.- Aguas mineromedicinales. Concepto

Se define el agua mineromedicinal como aquella que por sus especiales características se ha acreditado como agente terapéutico y ha sido declarada de utilidad pública por los organismos pertinentes. Ha de ser considerada agente terapéutico básico. Sus efectos terapéuticos se vinculan a sus cualidades físicas, químicas y biológicas (especialmente mineralización y temperatura), a la vía de administración y a las técnicas de aplicación.

2.- Tipos de aguas mineromedicinales

La mineralización de las aguas es la que le da denominación a las mismas: bicarbonatadas, sulfatadas, cloruradas, sódicas, cálcicas o magnésicas, por ser sus elementos mayoritarios, y otros muchos elementos que, sin ser predominantes, los contienen en determinada concentración, elementos especiales y/o gases: carbogaseosas, ferruginosas, sulfuradas, radiactivas. Cada una de ellas tiene un efecto específico derivado de esa mineralización.

II.- Presencia del sulfuro en el agua mineromedicinal y acciones sobre el organismo

Las aguas sulfuradas contienen más de 1 mg de azufre divalente, en forma de H₂S o HS⁻. Las acciones terapéuticas de este tipo de aguas son debidas, además de las ejercidas por los efectos mecánicos y térmicos del agua, a las originadas por la acción del azufre divalente principalmente, así como a la sulfuraria. El azufre divalente tiene una importante capacidad oxido-reductora a nivel tisular. Los beneficios de las aguas cloruro sódicas sulfuradas se deben al paso del azufre al interior del organismos, ejerciendo una acción de estímulo. Las aguas sulfuradas, sobre todo las ricas en calcio, son desensibilizantes⁽¹⁾. También producen efectos sobre algunas funciones metabólicas, aumentando los productos del catabolismo proteico (urea y ácido úrico en orina), o realizando una función hipoglucemiante que potencia y estimula la actividad insulínica.

A nivel del **aparato respiratorio** aumentan la actividad refleja del centro respiratorio, aumentando en los bronquios las secreciones y la fluidificación de la mucosa. En el **aparato digestivo** su función es antiácida, estimulando el peristaltismo intestinal. Su función más importante es la protección del hepatocito, elevando el glucógeno y desempeñando una acción antitóxica. A nivel **dermatológico**, el azufre reducido actúa como queratoplástico a bajas concentraciones de SH₂, estimulando la proliferación de células y la queratinización y cicatrización, con acciones antiparasitarias y fungicidas, mientras que el azufre a altas concentraciones es queratolítico, debido a la formación de átomos de polisulfitos en los puentes de unión cistínicos de la queratina cutánea que producen una disminución de su estabilidad⁽³⁾. Aumenta también el glutatión en sangre, que es el antioxidante intracelular más potente.

A nivel del **aparato circulatorio**, induce a la vasodilatación e hiperemia con aumento de la permeabilidad capilar. Produce una disminución de la tensión arterial sistólica y diastólica. A nivel de las **articulaciones**, el aumento de la concentración de azufre, principal componente de la matriz colágena, mejora la movilidad y disminuye el dolor asociado a la degeneración. A nivel **inmunológico** las aguas sulfuradas están demostrando su influencia y su acción antiinflamatoria, según han descrito Prätzel y Artmann de forma continuada desde 1987, ya que en las células inmunocompetentes de Langèrhans producen inhibición parcial de su actividad. Este comportamiento hace suponer, que la acción antiinflamatoria que realizan las aguas sulfuradas en los procesos reumáticos y los efectos favorables obtenidos en las afecciones alérgicas cutáneas, como las dermatitis atópicas, y procesos autoinmunes, pudiera ser debido a esta respuesta inmunológica, tal vez como consecuencia de la liberación de diversos tipos de citoquinas que actúan por vía humoral.

III.- Acción antioxidante del sulfuro

Para demostrar que el sulfuro que contiene el agua mineromedicinal es un antioxidante, es necesario cuantificar cómo se modifican los biomarcadores de estrés oxidativo aplicable en seres humanos tras su administración. Sin embargo, es difícil evaluar in vivo la tasa de generación de Radicales Libres (RLs) y Especies Reactivas de Oxígeno (ROS) dada su escasa vida media, su reactividad y la proximidad de las defensas antioxidantes. Por ello ha sido necesario desarrollar métodos que detecten la concentración de los productos de la reacción de los RLs y ROS con las macromoléculas celulares, lo cual trae consigo medidas de productos finales del daño oxidativo para varias clases de biomoléculas. Esto nos proporciona la dirección de cambio en el estado redox de los tejidos. De esta forma, la elevación del estrés oxidativo in vivo se detecta por el incremento en la producción de metabolitos como: el peróxido de hidrógeno (ERO); el óxido nítrico, malondialdehído (MDA), 4-hidroxinonenal, pentano, etano, etc., resultantes de la fragmentación que sufren los ácidos grasos polinsaturados como consecuencia de la peroxidación lipídica inducida por RLs y ROS.

Con el fin de poder realizar una medición no invasiva del grado de oxidación, el equipo del Dr. Hernández Torres et al.^(2,15) ha desarrollado una técnica que mediante una medición incruenta, puede determinar en humanos, su nivel oxidativo o estado de envejecimiento, a través del análisis de los productos de lipoperoxidación en orina y sus variaciones, siguiendo una modificación del método para la detención de la eliminación urinaria de TBARS (sustancias reactivas al ácido tiobarbitúrico), que mide principalmente, los niveles de malondialdehído (MDA). Dicha técnica se ha aplicado a pacientes tratados tanto con aguas mineromedicinales sulfuradas como con peloides elaborados con dichas aguas. Los resultados han sido la producción de un cambio en el balance oxidativo humano (lipoperoxidación lipídica) controlado. Estos trabajos han permitido corroborar que el envejecimiento está asociado con un incremento del estrés oxidativo, que el MDA es un magnífico marcador del envejecimiento (Gil y col., 2002), que

la concentración de 8-Hidroxi-2-Deoxiguanosina, un marcador del daño oxidativo al DNA (Nakano y col., 2003), se encuentra notablemente incrementada durante el envejecimiento y que sus valores pueden ser modificados por tratamientos que emplean aguas sulfuradas y sus productos derivados (Miquel 1989; Ramón 1993; Rojas 1996).

Además de los estudios realizados por el equipo del Dr. Hernández Torres con aguas sulfuradas y sulfatadas, existen otros estudios que han demostrado con indicadores sanguíneos el efecto antioxidante de los peloides macerados con las aguas sulfuradas, estando descrita la disminución del malondialdehído, aumentada la actividad de la superóxido dismutasa y catalasa en relación a disminuir o eliminar la producción excesiva de especies de radicales libres ^(4, 18,19). Muy novedosos son los resultados obtenidos por el equipo liderado por la Dra. De la Fuente en ratones de diferentes edades. Con ellos ha demostrado efectos antioxidantes y antiinflamatorios en ratones jóvenes, así como importantes hallazgos en cuanto a enlentecimiento del proceso de envejecer en ratones longevos. ⁽⁵⁾

Acción antiinflamatoria del sulfuro de hidrogeno

El sulfuro de hidrógeno está considerado en la actualidad un “gasotransmisor”, capaz de inducir una respuesta celular específica. El estudio in vitro de la acción del sulfuro sobre los marcadores de la inflamación, ha demostrado:

- 1.- El ión HS (-) mejora la supervivencia de los granulocitos, pero no de los linfocitos ni de los eosinófilos, cultivados en un medio libre de suero.
- 2.- El efecto pro-supervivencia es debido a la inhibición de la caspasa-3 cleavage y la p38 MAP quinasa fosforilasa.
- 3.- La actividad antibacteriana de los neutrófilos no está disminuida por el sulfuro de hidrógeno.

Conclusión: el sulfuro de hidrógeno mejora la supervivencia a corto plazo de los neutrófilos, acelerando potencialmente la resolución de los procesos inflamatorios y previniendo la aparición de nuevos procesos. ⁽⁶⁾

IV.- indicaciónn de las aguas sulfuradas en terapia termal dermatológica

Todas las acciones descritas anteriormente justifican la utilización de las aguas sulfuradas como terapia termal dermatológica, que se define como aquella que utiliza aguas mineromedicinales y/o sus productos (peloides o algas), ofreciendo un tratamiento efectivo, natural, multifactorial, no tóxico y alternativo al tratamiento tradicional para patologías dermatológicas. ⁽⁹⁾

De los dos tipos de tratamientos, la peloterapia es la que presenta más ventajas, ya que conservado todas las propiedades químicas del agua mineromedicinal, permite la aplicación de la misma fuera del balneario, hecho que no ocurre con las aguas mineromedicinales sulfuradas, que requieren, dado la volatilidad del gas, la aplicación de las mismas en el lugar de la surgencias (manantial).

V.- Peloterapia

En hidrología médica se denomina peloide a los productos naturales consistentes en la mezcla de agua mineromedicinal, de lago salado o del mar, con materias orgánicas e inorgánicas resultantes de procesos geológicos y/o biológicos, utilizados en reumatología y dermatología con una finalidad terapéutica, directamente sobre la piel, en forma de envolturas, emplastos o baños, siendo la arcilla el sustrato sólido que con más frecuencia se utiliza ⁽⁷⁾.

Fisiología de la acción de los peloides

La aplicación de un peloide, elaborado a partir de agua sulfurada, sobre la piel, desencadena una serie de acciones que secuencialmente podrían describirse como:

- 1.- Activación de los receptores cutáneos a la temperatura induciendo una vasodilatación o una vasoconstricción. ⁽¹⁶⁾

2.- Inicio de la respuesta celular y modificación de la respuesta inmunológica e inflamatoria.

3.- Modificaciones de la permeabilidad de la membrana cutánea, que implican la apertura de canales que permiten el paso de sustancias minerales desde el peloide al órgano receptor. ⁽⁸⁾⁽¹¹⁾

4.- Los oligoelementos y elementos mineralizantes presentes en el peloide intervienen en distintos procesos enzimáticos y antirradicales libres, protegiendo al organismo receptor frente al estrés oxidativo y estimulando la puesta en marcha de los mecanismos fisiológicos de reparación del organismo frente a las agresiones.

Ventajas de la aplicación del sulfuro en forma de peloterapia

La ventaja de la aplicación del sulfuro en el vehículo que constituye el peloide, radica en dos puntos fundamentales:

1.- El peloide no sólo contiene sulfuro como agente terapéutico, sino que es uno más de los coadyuvantes en el tratamiento. Éste, junto a las diferentes sales minerales que contienen las aguas minero-medicinales con las que se elaboran, les proporcionan una potente acción queratolítica y propiedades antimicrobianas, antiinflamatorias e inmunomoduladoras. El trabajo realizado por Pescara et al. sugiere que los productos derivados de las aguas sulfuradas pueden tener efectos antiinflamatorios sobre el epitelio.

2.- La potencial agresividad del mismo queda tamponada porque se produce un paso secuencial del mismo desde el peloide hasta la piel, facilitado por la acción mecánica del masaje que favorece tanto la vasodilatación inicial⁽¹⁶⁾ necesaria para la absorción, como la liberación progresiva del gas.

3.- El mantenimiento del mismo sobre la piel favorece por un lado un intercambio iónico más lento, dado que los iones que contiene el peloide pasan al sudor y desde allí son absorbidos por la piel y por otro lado, evita la deshidratación de la misma, al constituir una barrera para su evaporación.^(10,17)

4.- Se ha estudiado el efecto cosmético de los peloides sulfurados tanto sobre la piel seborreica como seca, obteniendo efectos sobre la regulación del Ph como de las secreciones, mejoría de la hidratación del estrato córneo y actividad antimicrobiana, así como efectos antiinflamatorios y regeneradores en el acné. ^{(13) (14)}

VI.- Peloterapia sulfurada en pieles acnéicas

Partiendo de la hipótesis de que la peloterapia es tan efectiva como los tratamientos tradicionales y menos agresiva que los mismos, nuestro equipo ha desarrollado un ensayo clínico, prospectivo, con pacientes afectados de acné a los que se les ha aplicado este tipo de tratamiento. Para ello se ha seleccionado un peloide que se denomina "peloide natural antioxidante", que está elaborado a partir de una arcilla y de agua mineromedicinal sulfurada del manantial Platea en Calatayud (Zaragoza).

Se ha desarrollado inicialmente un proyecto piloto en el que se incluyen 20 pacientes. No existen en el momento actual estudios con peloides elaborados en España que comprueben la eficacia de esta terapia en el acné, ni tampoco ningún estudio publicado con este tipo de terapias y que esté realizado fuera del balneario. Una de las singularidades del peloide que se emplea en el estudio es la metodología utilizada en su proceso de elaboración, que es completamente novedosa y que permite hacer un ensayo clínico, con peloides, completamente reproducible.

Para la valoración clínica del acné y los efectos de esta terapia en él, se va a utilizar la versión española de la Escala de Gravedad de Leeds para el acné que acaba de ser publicada por el equipo investigador de la Dra. Guerra. ^(12.)

VII.- BIBLIOGRAFIA

1.- PRÄTZEL H, ARTMANN K.: "Baños Sulfurados y Reacciones Inmunológicas". *Bol Soc Esp Hid Méd.*1990: 5 (1): 26-27.

2.- (CL) Hernández Torres A, Ramón JR, Casado A, Cuenca Giralde E, Polo de Santos MM, García Matas A. "Aguas minero-medicinales y Efectos antioxidantes en el envejecimiento". En: *Biogerontología Médica*. Edit. Soc Esp Geriatr Gerontol. (23): 327-343. Madrid. 2009

3.- *Aguas sulfuradas. Terapéutica del azufre.*

- 4.- Joki A, Sremcevi N, Karagülle Z, Pekmezovi T, Davidovi V. Oxidative stress, hemoglobin content, superoxide dismutase and catalase activity influenced by sulphur baths and mud packs in patients with osteoarthritis. *Vojnosanit Pregl.* 2010 Jul; 67(7):573-8.
- 5.- Cruces J, De la Fuente M, García Matas A, Hernández Torres A. Old Mice improve their nervous and immune functions after bath therapy with sulphurous mineral water. *Aging Clin Exp Res.* Vol 23, Suppl. to No.1 Pag 238)
- 6.- VR 1.0 Rinaldi, Gobbi, G. Pambianco, M. Micheloni, C. Mirandola, P. Vitale, M" TI Hydrogen sulfide prevents apoptosis of human PMN via inhibition of p38 and caspase 3"
- 7.- Mejjide R, SalgadoT, Llanes AJ, Legido JL. Evaluación de los cambios en la piel tras la aplicación de peloides mediante métodos de bioingeniería cutánea. Libro de resúmenes del II Congreso Iberoamericano de Peloides
- 8.- Carretero MI, Pozo M, Martín Rubi JA, Pozo E, Estudio in Vitro de la transferencia de elementos beneficiosos mediante la aplicación de peloides. Libro de resúmenes del II Congreso Iberoamericano de Peloides
- 9.- Ubogui J, Stenguel F, Kien M, Sevinsky L, Rodríguez L. Alternative or complementary dermatologic therapy. Thermalism in Argentina. *Arch. Dermatol.* Vol 134. Nov 1998
- 10.- Carretero MI, Pozo M, Martín-Rubi JA, Pozo E, Mobility of elements in interaction between artificial sweat and peloid used in Spanish Spas. *Applied Clay Science* 48 (2010) 506-515)
- 11.- Berardesca E, Maibach HI. Trasepidermal water loss and skin surface hydration in non invasive assessment of stratum carneum function. *Derm Beruf Umwelt* 1990 Mar-Apr; 38 (2): 50-3
- 12.- Guerra Tapia A, Puig-Sanz L, Conejo Mir J, Toribio Pérez J, Iglesias C. Factibilidad y fiabilidad de la versión española de la escala revisada de la gravedad de Leeds (LRAG) para pacientes con acné. *Actas Sifiliográficas.* 2010; 101 (9): 778-784
- 13.- Carabelli A, De Bernardi G, De Bernardi M, Tripodi S, Bellotti E, Pozzi R, Campiglia C, Arcangeli P Effect of thermal mud baths on normal, dry and seborrheic skin. *Clin Ter.* 1998 Jul-Aug; 149 (4): 271-5
- 14.- Israfilova FG. Experience in the multimodal therapy of acne, including volcano mud applications and cosmetic procedures. *Vestn Dermatol Venerol* 1989 (2) 56-7.
- 15.- Tesis Doctoral. Hernandez Torres A. Niveles Urinarios de los productos de peroxidación lipídica: acción antioxidante en el organismo humano del tratamiento crenoterápico con aguas sulfuradas y peloides. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina. 1997
- 16.- Poensin D, Carpentier PH, Fechoz C, Gasparini S. Effects of mud pack treatment on skin microcirculation. *Joint Bone Spine.* 2003 Sep; 70(5):367-70.
- 17.- F. Tateo, A. Ravaglioli, C. Andreoli, F. Bonina, V. Coiro, S. Degetto, A. Giaretta, A. Menconi Orsini, C. Puglia and V. Summa. The in-vitro percutaneous migration of chemical elements from a thermal mud for healing use *Applied Clay Science* Volume 44, Issues 1-2, April 2009, 83-94
- 18.- Bender T, Bariska J, Vághy R, Gomez R, Imre Kovács . "Effect of balneotherapy on the antioxidant system—a controlled pilot study". *Arch Med Res.* 2007 Jan; 38(1):86-9
- 19.- Bellometti S, Poletto M, Gregotti C, Richelmi P, Bertè F. Mud bath therapy influences nitric oxide, myeloperoxidase and glutathione peroxidase serum levels in arthritic patients *Int J Clin Pharmacol Res.* 2000; 20(3-4):69-80
- 20.- Mejjide Fáilde R, Mourelle Mosqueira L. Afecciones dermatológicas y cosmética dermatoterma. *Técnicas y Tecnologías en Hidrología Médica e Hidroterapia.* Cap 20. pag 189-191. AETS- Junio 2006

Ritmobiología y medicina estética, ¿la piel tiene ritmos?

Dra. Helena Durosoir
Clínica Ghislaine Beilin (París)



Dra. Johanna Paola Fonseca
Clínica Ghislaine Beilin (París)



Cronobiología

170 ritmos conocidos. *Herófilo* y *Erasítrato* en el año -300AC: describieron la glándula pineal. *Sorano de Efeso* (I-II s. DC): describió los ritmos del sueño, el asma nocturna e hizo observaciones cronobiológicas sobre las enfermedades reumáticas.

Julien Joseph Virey: farmacólogo, tesis de medicina en 1814 sobre las observaciones del ritmo de la mortalidad humana. Origen **endógeno** de los ritmos.

Ortous de Marian (1729): Encierra una planta en la oscuridad para observar el movimiento de los pétalos. El movimiento rítmico de los pétalos era conservado en ausencia de exposición solar.

Ritmos fisiológicos

¿Qué es un ritmo? Variación cíclica de un parámetro biológico que se repite a intervalos regulares de tiempo, siendo por lo tanto previsible

Parámetros de los ritmos: definidos por método Cosinor: f° sinusoidal

- Ritmos circadianos: 24 horas. Alternancia sueño-vigilia. Metabolismo basal
- Ritmos infradianos: >28h
 - Circaseptano: 7 días
 - Circavigentano: 20 días
 - Circatrigentano: 30 días (ciclo menstrual)
 - Circannual: 1 año
- Ritmos ultradianos: <20h
 - Ritmo cardíaco: período de 0.9 segundos
 - Ritmo respiratorio: período de 5 segundos

La función del reloj interno es coordinar los grandes procesos fisiológicos con los distintos momentos del día y de las 24 horas, por eso es llamado reloj biológico. La temperatura corporal, la liberación de hormonas, el sueño, el metabolismo, la actividad cardiovascular y el tránsito intestinal sufren fluctuaciones durante el día. La temperatura del cuerpo está a su mínimo - cerca de 36°C - en la noche; disminuye en menor medida al inicio de la tarde, lo que explica en parte el cansancio "físico y mental" experimentado en este momento del día.

La melatonina

La oscuridad nocturna induce la activación de un circuito multisináptico en el que participan el núcleo paraventricular (NPV) del hipotálamo y el ganglio simpático cervical superior. La información de que hay oscuridad se retransmite hacia la glándula pineal. La liberación de noradrenalina desencadena la producción de melatonina por la glándula pineal.

Su papel: funciones químicas antioxidantes, sincronización del reloj biológico interno, regula la temperatura corporal, es inmuno-estimulante y regula el sueño.

Tratamientos de desórdenes circadianos con melatonina:

- Avanza o retrasa la fase de su propio ritmo circadiano según la hora de administración
- Reduce el tiempo de adormecimiento
- La administración de melatonina en la mañana retrasa la fase de los ritmos circadianos
- Su administración en la noche avanza su fase

Ritmos de la piel

- Secreción sebácea:
 - Ritmo circadiano
 - Pico de secreción sebácea a las 12h y valle a 00h
 - Debido al aumento de folículos sebáceos
- Permeabilidad de la piel y TransEpidermalWaterLoss (TEWL):
 - Las medidas de TEWL muestran un pico a 8:00 et16h con un mínimo entre 20:00 y medianoche
 - Ritmo circadiano
- PH cutáneo: disminución de noche y meseta de día
- Temperatura cutánea:
 - Ritmo circadiano
 - Temperatura mínima entre las 2 y las 6h noche
 - Pico T° entre 18h y 22h

La piel tiene ritmos circadianos en la TEWL, PH, temperatura y secreción sebácea. En la mañana prevalece la secreción sebácea en la cara con un aumento progresivo hasta el mediodía: función de barrera

protectora más importante. La permeabilidad de la piel es más importante la tarde y la noche que la mañana.

¿Se puede hablar de cronodermatología?

- Acción anestésica local: mepivacaïne: El acrofase se localiza alrededor de las 14 horas
- Factores de crecimiento: bFGF: ritmo circadiano; acrofase alrededor de 13h. EGF: ritmo de 12 horas, acrofase alrededor de 14:20
- ACO: podrían alterar el ritmo circadiano de la melatonina al alterar la sensibilidad a la luz, también podrían aumentar el TEWL
- Pacientes con psoriasis presentan una pérdida del pico de secreción nocturno de melatonina

Conclusión: sí se puede hablar de ritmoestética

- La fisiología de la piel se somete a variaciones circadiana y ultradianas
- Durante el día la piel desempeña un papel protector
- Se renueva de noche: la multiplicación celular es mayor
- La microcirculación (importante para la oxigenación y la reparación celular) culmina hacia las 23 horas

Armonizando el envejecimiento: ¿donde están los límites?

Dra. Paloma Tejero

Directora médico de Mediestic, presidenta de la Asociación de Medicina Estética de Castilla-La Mancha (AMECLM) y co-directora Master de Medicina Estética de la Universidad de Alcalá

MESA. 5 Las "R" del rejuveneci- miento



Los límites de la edad han desaparecido. Hoy nos sentimos jóvenes a los 50, maduros a los 70 y... en el futuro pocos serán viejos, al menos con el concepto peyorativo y estigmatizante que hasta ahora tenía esa palabra: viejo igual a feo, torpe e inhábil.

La sociedad actual esta llena de prototipos de personas conocidas y famosas que traspasan la barrera de los 80 y siguen llenos de vida, sintiéndose jóvenes. Hablamos de nuevas edades del hombre. Los avances médico-estéticos, el aumento de la esperanza de vida y los cambios culturales difuminan los límites entre edades.

Estamos ante un nuevo reto que nos permita armonizar los cambios fisiológicos propios del paso de los años con las expectativas de nuestros pacientes, sin perder el objetivo de buscar el atractivo y la armonía. Las técnicas que usamos y los diferentes productos también tienen que adaptarse a estos pacientes ¿"amortales"?, que a pesar de los años y las patologías que llevan asociadas quieren seguir siendo jóvenes.

¿Dónde radica el sex appeal?



Dr. Rafael Gálvez

Director médico de las clínicas Giro-clínic (Girona) y Clinic-láser (Palma de Mallorca)

El atractivo físico no es una cosa de gustos, sino un imperativo biológico. La evolución ha impuesto cómo elegir pareja, y la ciencia se obstina en demostrarlo. Estamos programados para leer códigos genéticos de una pareja potencial en su rostro, en su cuerpo, en su olor, en su piel... Las mujeres tienen una agenda sexual mucho más complicada que los hombres. Ellas son mucho más selectivas a la hora de a quién, conscientemente, elegir; los hombres, no.

Solíamos pensar que las preferencias de pareja eran arbitrarias y que la belleza dependía de quien la apreciara. Pero ciertas evidencias indican que tal vez no sea así. El profesor Dutch Enric, de la Universidad Estatal de Arizona, ha dedicado mucho tiempo a este estudio y afirma que hay muchos elementos que transcurren inconscientemente y que no podemos controlar. Todo está de alguna manera diseñado para que nuestros mejores genes desciendan y hagan que nuestros hijos tengan la mejor posibilidad de supervivencia. Todo esto lo sabemos leer cuando vemos una persona.

El atractivo sexual comienza en el rostro. Una mirada puede iniciar una pasión para toda la vida. ¿Cómo se explica eso? La salud, la proporción, la simetría, se detectan inconscientemente como atractivo. Además, solemos complementar nuestros genes, de manera que a los morenos les gustan las rubias, o que a la gente de cara alargada le gusta la gente con la cara cuadrada o redonda.

Precisamente, la profesora Kendrick-Smith trabaja mediante *softwares* informáticos en la proporción áurea del rostro, en la Universidad de Nebraska. A través de estadísticas ha conseguido estandarizar las proporciones que más gustan a observadores de diferente sexo. La psicóloga Lisa De Bruine, que trabaja en la Universidad de Aberdeen (Escocia), el principal laboratorio de investigación facial del mundo, ha hecho acopio de información sobre los rasgos más masculinos y más femeninos. Ello le ha permitido afirmar que las partes anatómicas del rostro que definen mejor la masculinidad y la feminidad son las que crean el atractivo sexual, de manera que a una mujer le atraen los rasgos más masculinos y a un hombre los más femeninos. Pero, además, el rostro encierra enigmas difíciles de interpretar. No hay una imagen más poderosa que la del rostro: es nuestro sendero hacia la percepción y la comunicación. En todo el mundo es la figura que más nos atrae. Cejas, ojos, pómulos, nariz, labios, maxilar inferior... forman un conjunto que puede dar millones de posibilidades. Sin embargo, sabemos identificar instantáneamente un rostro conocido, y ello es una habilidad básica de nuestro cerebro. Somos capaces de distinguir fácil e inmediatamente entre una persona y otra sin analizar sus dimensiones o diferencias anatómicas. El cerebro está hecho y programado para reconocer rostros y encontrar la belleza en algunos de ellos. Así, podemos ver a una persona un instante y, si nos causa impacto y sentimos atracción, podemos reconocerla al cabo de los años sin recordar su nombre.

Por los ojos descubrimos pensamientos y sentimientos, y por el rostro descubrimos estados patológicos de salud ("qué buena cara haces", "qué mal aspecto tienes", etc.). El tener en cuenta todas estas circunstancias (salud, proporción, características masculinas y femeninas, simetría...) es la labor diaria de alguien que trata profesionalmente a pacientes que desean mayor belleza y atractivo facial.

Redefinición del contorno facial con hilos

Dr. Emanuele Bartoletti

Secretario general de la Sociedad Italiana de Medicina Estética y director de la Escuela Internacional de Medicina Estética de la Fundación Internacional Fatebenefratelli en Roma



Los hilos de suspensión no son una novedad en medicina y cirugía estética. Los primeros hilos utilizados fueron los de prolene, caracterizados por pequeñas espinas opuestas. El primero en utilizar estos hilos fue el Dr. Sulamanidze.

Estos hilos causaron problemas de rechazo e infección en algunos pacientes; además en un tiempo variable de 6 meses a 2 años pierden sus efectos tensores sobre la dermis, aunque permanezcan en el estrato subcutáneo.

Actualmente se utilizan hilos con características físicas similares pero enteramente reabsorbibles.

Esto reduce mucho el número de las complicaciones y de las reacciones de intolerancia, aunque todavía hay margen para mejorar.

Anatomía de la cara: puntos a considerar en los rellenos faciales

Dr. Rafael Linares Valdecasas

Director del Departamento de Anatomía.
Universidad Rey Juan Carlos (Madrid)

MESA. 6
Homenaje de
la AMECLM a
la universidad
española

Los avances surgidos en la medicina estética en los últimos años nos han permitido esculpir el rostro hasta hacer desaparecer los signos de envejecimiento. Tenemos en nuestras manos la posibilidad de borrar las arrugas de expresión, causadas por los movimientos repetidos durante años, o bien por las arrugas producidas por la pérdida de elasticidad de la piel y la colaboración inestimable del efecto de la gravedad.

Para lograr la máxima mejoría del paciente y minimizar los riesgos de complicaciones, el médico debe de tener un conocimiento perfecto de la anatomía facial. Un rostro ideal debe de contemplar las proporciones y las formas.

Para iniciarse en el uso de estos tratamientos, el profesional tendrá que desarrollar unos conocimientos anatómicos mucho más profundos que el conocer los orígenes e inserciones de los músculos, vectores o variaciones. El conocimiento de los elementos que acompañan a éstos, como nervios, arterias y otras estructuras, son indispensable para evitar errores que afecten a la buena praxis y efectos secundarios indeseables. En esta conferencia vamos a tratar los puntos conflictivos a la hora de realizar rellenos faciales.

Las principales complicaciones vienen determinadas por la falta de conocimientos de estas estructuras anexas a los músculos. Aunque la cara es una región complicada, sin embargo, los puntos conflictivos para los rellenos faciales son muy puntuales.

En el sistema arterial tenemos que considerar como unos de los puntos conflictivos el acceso a esta región de la arteria facial. Este punto se localiza inmediatamente en el borde ventral del músculo mase-

tero, en el punto denominado escotadura facial, situado en el borde caudal de la mandíbula. En su recorrido, de forma muy tortuosa, se dirige a la comisura labial, pasando profundamente en el músculo cigomático mayor, para alcanzar el surco nasogeniano y terminar anastomosándose con la arteria angular en el ángulo interno del ojo.

La arteria transversa de la cara, rama colateral de la arteria temporal superficial, discurre superficial al músculo masetero, craneal al conducto de Stenon, para terminar distribuyéndose en la región cigomática malar. Hay que considerar también la rama colateral de la arteria transversa, arteria cigomática orbitaria, cuyo destino es el arco cigomático temporal.

A nivel nervioso, la principal rama a considerar sería el nervio infraorbitario, ramo terminal del nervio maxilar (rama Vb del trigémino). Éste accede a través del orificio infraorbitario al tercio medio facial. Su localización se realiza trazando una línea desde la pupila a la comisura labial, quedando el nervio medial a esta línea.

El conducto excretor de la glándula parótida, conducto de Stenon, se localiza superficialmente en el músculo masetero, cuando alcanza el borde anterior de este músculo se hace profundo y perfora al músculo bucinador para terminar en el vestíbulo bucal. Para localizarlo, trazaremos una línea recta desde el trago a la aleta nasal y otra línea que desde el trago alcance la comisura labial, en medio de este triángulo discurre el conducto de Stenon.

Estas referencias serían las más importantes a la hora de realizar los rellenos faciales, pero no debemos olvidar que la anatomía es un modelo que puede no repetirse de forma igual en ambos lados de un sujeto y que existen variaciones que hay que tener en cuenta. Una buena historia médica, una buena exploración facial y una buena formación médica minimizarán cualquier error o efecto secundario.

Melatonina, ¿hormona de la juventud?



Dr. J.A.F. Tresguerres

Depto. de Fisiología. Facultad de Medicina. Universidad Complutense (Madrid)

La melatonina es una hormona de estructura indolamínica producida por la glándula pineal durante la oscuridad y con acción cronobiológica conocida desde hace decenios. Es una inductora fisiológica del sueño y para esa indicación está desde hace años en numerosos mercados farmacéuticos internacionales. En el año 2007 ha sido registrada como medicamento en la Agencia Europea del Medicamento (EMA) y también en la Agencia Española del Medicamento. La melatonina actúa además como un quelante directo de radicales libres, tanto por sí misma como a través de sus metabolitos. También es capaz de incrementar algunas enzimas antioxidantes como la superóxido dismutasa (SOD) o la glutatión reductasa (GRx) para ejercer acciones antioxidantes indirectas como puede observarse en el hígado de los animales viejos, donde reduce también el contenido en lipoperóxidos que son marcadores del daño oxidativo. Además la melatonina incrementa la actividad de los complejos mitocondriales involucrados en la fosforilización oxidativa con lo que aumenta la síntesis de ATP.

El envejecimiento está muy relacionado con el estrés oxidativo y éste a su vez con la inflamación, ya que los radicales libres son capaces de estimular TNF e interleuquinas proinflamatorias a la vez que reducen las antiinflamatorias y aumentan la apoptosis. También disminuye la producción de ATP. La administración de melatonina, por lo tanto, reduce el estrés oxidativo y la inflamación y aumenta el ATP. Otros posibles mecanismos de protección incluyen también la inhibición de apoptosis.

La melatonina tiene además propiedades inmunoestimulantes, activando las células NK y la expresión de varias citoquinas inmunomoduladoras con lo que protege de las infecciones. También reduce el daño oxidativo en modelos de isquemia/reperfusión en diversos órganos, como hígado, corazón o cerebro.

Todo ello hablaría a favor de su uso no sólo como medicamento inductor de sueño, tal y como actualmente está registrado, sino también como antienvjecimiento, aunque la ausencia de ensayos clínicos adecuados y de larga duración, así como la ausencia de estudios dosis - respuesta no lo hacen posible. Como es un producto natural no patentable y muy barato, los grandes laboratorios farmacéuticos no tienen interés en su desarrollo y prefieran poner en el mercado análogos más caros y sin embargo menos potentes.

Dehidroepiandrosterona (DHEA) y envejecimiento saludable: DHEA en el protocolo antiaging

Dr. José Ricardo Cabo Soler

Departamento de Bioquímica y Biología Molecular.
Facultad de Medicina. Universidad de Valencia
Director médico del Máster de Medicina Estética de la UIB



Los niveles de DHEA y de su sulfato disminuyen alrededor de un 2 % anual después de los 35 años. Existe una relación inversa entre mortalidad y los niveles de estas hormonas. Los valores más bajos de DHEA pueden, en parte, ser responsables de algunos de los problemas habituales de la madurez y del envejecimiento.

Existe también una relación inversa entre los niveles de DHEA y la obesidad, la intolerancia a la glucosa o incluso la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. La administración exógena de la hormona para alcanzar niveles fisiológicos de edades entre 25-35 años puede ayudar a corregir o mejorar alguno de estos problemas.

Es importante destacar la mejoría del sistema inmunológico tras los tratamientos con DHEA, en parte porque activa células inmunocompetentes y la producción de linfocinas. Esto puede explicar parcialmente el efecto de esta hormona en disminuir la frecuencia de ciertos tipos de cánceres que suelen aparecer en el envejecimiento, como se ha descrito en algunas especies animales.

Diversos estudios en humanos mayores de 40 años muestran diferentes efectos interesantes de la administración de DHEA, aumentando la sensación de bienestar físico y psíquico, debido probablemente a la mejora del anabolismo, seguramente por los cambios en los niveles de IGF-1. Estudios recientes han confirmado muchas acciones positivas de la administración de DHEA.

La administración percutánea de 25 mg de DHEA alcanza niveles plasmáticos semejantes a los obtenidos por dosis de 50 mg por vía oral. Es esencial mantener ciertas precauciones determinando previamente a su posible administración los niveles reales endógenos de DHEA y en los varones los niveles de la PSA. No se han descrito efectos negativos importantes con las dosis habituales de 25-50 mg/d.

En mi opinión la DHEA es una hormona que puede ser usada para minimizar muchos de los cambios habituales relacionados con la edad y que afectan a la calidad de vida, y así mantener una función global mejor y una mejor calidad de vida en el envejecimiento. Datos recientes confirman los efectos positivos de la DHEA sobre muchos de los parámetros estudiados. Por todo lo señalado creemos que la DHEA tiene un papel interesante en los protocolos antiaging.

De todas formas, hacen falta más estudios en humanos, de más larga duración, para determinar las dosis más adecuadas y la mejor forma de administración, que corroboren los efectos positivos descritos y eviten potenciales efectos negativos de su uso prolongado.

MESA. 7 ¿Un rostro joven es cuestión de grasa?

Distribución de la grasa facial

Dra. M^a Angustias Palomar

Catedrática de Anatomía y Embriología Humana y directora del
Máster de Medicina Estética de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid

Si analizamos la morfología facial podemos considerarla bajo dos puntos de vista: bien como la determinación de leyes que pongan en evidencia ciertas relaciones armoniosas del todo y las partes, lo que tiene todas las características de una simple búsqueda de la estética; o bien encontrar un método de trabajo que tiene por finalidad poner en manos del médico unos procedimientos que le facilitaran la realización de técnicas adecuadas para conseguir ciertos cánones de belleza o recobrar el aspecto juvenil del rostro.

Considero que ambos puntos de vista están intrínsecamente unidos y que el médico debe de conocer al detalle la forma anatómica del rostro humano y cómo intervienen cada uno de los elementos anatómicos en la morfología de la misma.

La morfología de la cara se debe a una serie de elementos óseos que constituyen el esqueleto del macizo facial, ensamblados entre sí por articulaciones sin movimiento excepto la articulación temporomandibular, que como sabemos se encarga de dar movimiento a la mandíbula. Ello condiciona que nos encontremos con una serie de músculos motores encargados de la masticación, y otros músculos faciales, que adquieran una gran extensión superficial para recubrir la mayor parte de la cara y el cuello. Se les conoce con el nombre de músculos mímicos, ya que la contracción de los mismos produce una variación en la forma de los orificios naturales y unos pliegues y surcos en la piel que exteriorizan sentimientos del individuo en un determinado momento. Estos músculos mímicos producen una redistribución de la grasa, tercer elemento que debemos de considerar en la morfología facial.

Cuando hablamos de un rostro infantil, vemos cómo existe un predominio en las formas redondeadas, es decir, hay una gran convexidad como consecuencia de un predominio en la grasa facial y porque al principio la contracción de los músculos mímicos es refleja y se contraen unos y otros según la impresión que reciben de los órganos de los sentidos. Así el contacto con los labios de cosas dulces, como el pecho de la madre produce la succión. Más adelante no será necesario que se ponga en contacto con algo dulce o desagradable, sino que el mismo recuerdo de la sensación provocará la contracción de los mismos, de igual modo se contraerán para exteriorizar los sentimientos.

Con la edad se pierde paulatinamente la elasticidad de la piel, la grasa va disminuyendo y redistribuyendo y aparecen surcos transitorios ocasionados por la contracción de los músculos que con más frecuencia se utilizan, esculpiéndose definitivamente la cara del individuo y dando paso a su fisonomía. De ésta forma se organizaran caras joviales, tristes, amenazadoras, etc., por lo que no sólo influye en la fisonomía los caracteres genéticos, como por ejemplo tener los ojos verdes, el pelo rizado etc., es decir la herencia, sino también los caracteres ambientales, verbigracia el haber vivido en un medio sano y alegre o haber tenido serias privaciones.

Si analizamos la disposición de la grasa en la cara femenina y lo hacemos en sentido cráneo-caudal, podemos decir que en el tercio superior, en la región frontal, los depósitos son escasos. Gran parte de esta zona está ocupada por el músculo frontal y su aponeurosis, que se encuentra íntimamente relacionada con la piel de la zona. Destacar que en la región central, y en concreto en la región glabelar, existe un compartimento graso de poco grosor que se extiende en sentido craneal y que en rara ocasiones alcanza la raíz de implantación del cabello, de todos es sabido que en niños pequeños es fácil pellizcar ésta región del entrecejo y que en la edad adulta encontramos mayor dificultad, hecho que tenemos que tener en cuenta cuando realizamos cualquier tipo de inyección en la zona. Habitualmente se describe un depósito graso en la región supraciliar, depósito que adquiere mayor volumen en la zona de la ceja donde el tejido celular subcutáneo de ésta región contiene poca grasa. Está esencialmente constituido por trabéculas conjuntivas, más o menos densas, que emanan de la capa muscular y van a implantarse en la cara profunda de la dermis y que a medida que asciende en sentido a la raíz de implantación del cabello disminuye claramente.

Desde mi punto de vista, el compartimento más interesante en el tercio superior corresponde a la región

lateral, en concreto a la porción correspondiente a la fosa temporal. La aponeurosis del músculo temporal se inserta por delante en el borde posterosuperior del malar y en la apófisis orbitaria externa del frontal. Más arriba se inserta en la línea temporal superior, así como en el espacio comprendido entre ésta y la línea temporal inferior. En su mitad superior, esta aponeurosis no sólo recubre al músculo, sino que da origen a algunas de sus fibras, más abajo se separa del músculo y se divide en dos hojillas que se insertan en el borde superior del cigoma. Existe entre ambas un espacio que queda ocupado por grasa y que está atravesado por los vasos temporales profundos posteriores. El espacio existente entre la cara profunda de la aponeurosis y el músculo temporal aumenta de anchura hacia abajo y está ocupado por una grasa fluida que se continúa con la bola adiposa de Bichat. Esta grasa rodea el borde anterior del músculo temporal y se prolonga a la fosa cigomática. Disminuye mucho por la inanición, en lipoatrofias o en flemones que se desarrollen dentro de la misma por lo que en estos sujetos se deprime la piel por encima del cigoma y el relieve de éste se hace muy aparente.

En el tercio medio de la cara, podemos destacar el compartimento de grasa localizado a ambos lados de los huesos de la nariz, sobre el hueso maxilar, apófisis ascendente del mismo y que junto con el malar da el relieve típico de la mejilla y pómulos, mas marcado en la mujer. Con el paso del tiempo como consecuencia de la disminución de grasa, pérdida de la firmeza de la piel, laxitud de los ligamentos faciales y la pérdida del volumen óseo hacen que aparezca el descolgamiento de la piel en esta región apareciendo cambios significativos que dan lugar al envejecimiento facial debido en gran parte al cambio sustancial de estos compartimentos. Tenemos que destacar que el músculo masetero que cubre la mayor parte de la mandíbula y la escotadura sigmoidea de la misma, por delante cubre al músculo buccinador, del que se encuentra separado por la bola grasosa de Bichat, responsable del relieve de la mejilla. Habitualmente el músculo masetero está más desarrollado en los hombres y puesto que la porción muscular que queda por delante de la glándula parótida sólo está cubierta por la fascia del músculo, cuando éste se contrae aparecen relieves y depresiones correspondientes a las laminillas aponeuróticas de la misma, muy evidente en individuos musculados.

Hemos de destacar que el músculo orbicular de los párpados, en concreto su porción orbitaria, más ancha y roja que la porción palpebral, cubre el reborde orbitario y parte de la mejilla y región temporal. La parte interna del borde inferior del músculo suele originar una depresión en la piel del canto interno del ojo. Cuando los tejidos de la órbita y el globo ocular pierden líquido, es decir, disminuye su turgencia por el paso del tiempo, el globo ocular se hunde en la órbita y el orbicular lo acompaña en este movimiento. Esto ocasiona una exageración de la depresión cutánea que se colorea de oscuro y que da a la cara el aspecto de agotamiento. La piel que recubre esta porción del orbicular es gruesa, se adhiere al músculo y a su nivel existe grasa en el tejido celular subcutáneo.

En el tercio inferior de la cara, destacar la presencia de una bola de grasa localizada en la región mentoniana sobre el músculo borla de la barba cuya contracción lleva hacia arriba el rodete mentoniano, elevando el surco mentolabial.

Tras describir anatómicamente la distribución de la grasa facial, consideramos que es un elemento importante en la morfología de la cara, sería en gran parte la responsable de las líneas cóncavas y convexas que caracterizan a una cara joven y podemos añadir los trabajos de Pessa y col. en los que afirman que: *"La grasa en la cara está compartimentada. Los ligamentos y tabiques de sujeción se encuentran en los límites de estos compartimentos. Cada compartimento puede envejecer de forma individual y esto afecta a los otros, como una cascada de acontecimientos. Con la edad se produce una deflación, una pérdida de volumen en paquetes grasos profundos que hacen que compartimentos superficiales se desplacen y causen los surcos. Es decir, los surcos se producen en áreas de transición entre paquetes grasos superficiales, que ya no tienen soporte porque el profundo se ha visto reducido. El estudio de estos compartimentos es importante porque permite el relleno selectivo de aquellos que se han vaciado"*.

Finalmente, señalar que los cambios óseos son también muy importantes. Sabemos que con la edad se produce una atrofia del hueso maxilar, reduciéndose en altura, con un ensanchamiento de la cavidad orbitaria. También se ha demostrado que la mandíbula mantiene su anchura, pero la longitud y la altura se reducen, aumenta el ángulo mandibular, haciéndose más obtuso y las alteraciones en las piezas dentarias pueden ocasionar cambios morfológicos significativos en la boca y labios. Los cambios son además diferentes en mujeres que en hombres. La pérdida de hueso lleva a un efecto "acordeón" de los tejidos contribuyendo a la "caída" de los mismos.

Rejuvenecimiento del tercio inferior de cara y cuello con láser de diodo

Dr. José Manuel Prieto

Director del centro Estética Médico Quirúrgica (Madrid)

El láser de diodo ofrece soluciones a inestetismos faciales que necesitan modificación de volúmenes del tercio inferior de cara y cuello. Desde hace tres años utilizo el láser lipólisis con láser de diodos 10wat, con post aspiración. Busco la disminución de volumen, la retracción de tejidos y la definición de contornos.

Así evito la flacidez post tratamiento y la preexistente, logrando un mejoramiento y rejuvenecimiento muy importante, con una técnica mínimamente invasiva y de rápida recuperación e incorporación social.

En esta ponencia se analizan las características de dicha técnica, efectos secundarios, eventuales complicaciones, así como tratamientos complementarios que potencian los resultados obtenidos

II Symposium de toxina botulínica

Efectos adversos de los tratamientos con toxina botulínica a nivel facial. Prevención y tratamiento



Dr. Fernando García Monforte

Director médico de la Clínica Renacimiento de Las Palmas de Gran Canaria

La toxina botulínica tipo A es uno de los medicamentos que más alegrías nos ha dado en nuestras consultas, es una de nuestras mejores armas y representa una gran parte del volumen de trabajo, dentro de los pacientes que atendemos habitualmente.

Desde el año 2004 en que pudimos utilizarla de forma legal en medicina estética, hasta 2011 en que apareció la tercera opción terapéutica como toxina botulínica tipo A de uso estético, hemos avanzado bastante en el conocimiento del uso y domesticación de este “temible veneno”.

Estamos hablando de un relajante o paralizante muscular, es por tanto un producto que requiere un conocimiento específico, una formación específica y un trato delicado a la hora de ser inyectado a un paciente.

La base de conocimiento fundamental para su correcto manejo es la anatomía. Conocer la distribución de los músculos faciales, su particular forma de movimiento, sus puntos de inserción y anclaje y la peculiaridad que tienen a la hora de mover la piel de la cara. En cada caso la expresión facial del paciente que tenemos delante dependerá de una forma de movimiento que le es exclusiva.

El movimiento facial depende de la peculiaridad de cada individuo, de sus tics, de movimientos aprendidos desde la infancia... pero sobre todo, depende de la armonía entre los músculos agonistas y antagonistas faciales. El predominio de unos sobre otros es lo que dará la expresión facial. El movimiento repetitivo o excesivo, junto con el envejecimiento de la piel, nos dará como resultado las arrugas de expresión facial, que es en última instancia lo que nos piden nuestros pacientes que resolvamos.

Nuestro trabajo consistirá en interferir, con un producto inyectado que tiene efecto sobre la fuerza de contracción muscular, en esa armonía preexistente entre los músculos agonistas y antagonistas. Esa

interferencia puede ser positiva o nefasta, dependiendo de los conocimientos del terapeuta y de la correcta aplicación de la toxina.

Los efectos adversos pueden venir por una sobredosificación, por una infradosificación en un lado de la cara con respecto al otro, por realizar la entrada de la aguja en la piel de forma incorrecta, por no depositar el producto a la profundidad correcta o en la diana correcta, etc. Lo que sí es seguro es que en casi todos los casos el causante es el terapeuta. La falta de conocimientos, la falta de destreza o el intentar tratamientos en zonas faciales complicadas sin el suficiente cuidado o sin tener la opción de consultar a alguien más experto, como resultado de haberlo leído o de haberlo visto en un curso de formación o en una publicación.

La observación del paciente de forma dinámica, tanto antes como después del tratamiento, es una de las claves para un buen resultado. La fotografía, la entrevista, el manejo y control de la profundidad de la inyección, ser cuidadoso con las dosis por punto y tener siempre presente que una dosis baja puede subsanarse, una dosis alta no. Estas son también claves importantes a tener en cuenta.

Intentemos que la toxina botulínica tipo A nos siga dando alegrías y que los sustos sean los menos posibles, tanto para nosotros como para nuestros pacientes. Una buena formación y ser prudentes repercutirán en nuestro trabajo y en el de todo el colectivo de médicos estéticos. Los errores y los efectos indeseados siempre dañan nuestra imagen y la del vecino que se dedica a lo mismo. Es por ello que en los once años que llevo dando formación en el uso de la toxina botulínica en estética facial siempre he intentado, y seguiré intentando, incidir en pautas terapéuticas seguras.

Ante las dudas con respecto al tratamiento, casos particulares o difíciles utilicen la prudencia como arma de defensa y en cualquier caso en el que se precise asesoramiento específico, siempre pueden contar con mi colaboración.

Lipofilling y transposición de grasa en la remodelación facial

Dr. Emanuele Bartoletti

Secretario general de la Sociedad Italiana de Medicina Estética y director de la Escuela Internacional de Medicina Estética de la Fundación Internacional Fatebenefratelli en Roma



El autor expone su propia experiencia en utilizar lipofilling para la lipoestructura de la cara. Describirá la técnica de Coleman, aunque él suele aplicar algunas modificaciones. Los resultados son excelentes, bastante duraderos y con un porcentaje muy bajo de complicaciones, siempre fácilmente solucionables.

En los últimos años muchos autores describieron las ventajas de utilizar el plasma rico en plaquetas con la grasa recogida del paciente; éste es actualmente el procedimiento estándar de injerto de grasa. Después de una descripción de los detalles técnicos, el autor presenta las importantes interacciones entre el lifting facial y la lipoestructura a las que conduce la evolución de estas técnicas.

Abobotulinum toxin: actualización y consideraciones anatómicas para resultados naturales y duraderos

Dr. Javier Valero

Director de la Clínica de Cirugía Estética Valero (La Coruña)

La acción frecuente y repetida de los músculos mímicos conduce a la formación de las arrugas características de la frente y las regiones perioculares, atenuables y eliminables mediante inyecciones de toxina botulínica. El conocimiento de la anatomía de la cara es esencial para la comprensión del equilibrio estático y dinámico de los músculos de nuestra mímica y del proceso de envejecimiento, y sólo a través de un análisis cuidadoso de las características anatómicas de la cara de los pacientes se puede diseñar un tratamiento personalizado con el fin de lograr un resultado natural y elegante.

Los músculos faciales, conocidos también como músculos mímicos, de la región frontal y zonas anexas como la región palpebral, actúan directamente sobre la forma y posición de las cejas, determinando su elevación o descenso. El tratamiento de estos músculos no pretende únicamente corregir las arrugas que producen la contracción, también permite crear un nuevo equilibrio muscular, lo que resulta en una elevación de la cola de la ceja y un "efecto lifting".

La inyección de pequeñas cantidades de Abobotulinum toxin en el músculo, provoca una relajación que puede reducir o eliminar las arrugas subyacentes. Sólo el conocimiento profundo de la anatomía y la adecuada comprensión de la dinámica muscular y de los mecanismos musculares que regulan el proceso de envejecimiento facial permiten obtener un "aspecto natural a medida", un resultado totalmente natural, equilibrado y personalizado en función de las características morfológicas de la cara del paciente.

Tratamiento panfacial con toxina botulínica (Nefertiti)

Dr. Emanuele Bartoletti

Secretario general de la Sociedad Italiana de Medicina Estética y director de la Escuela Internacional de Medicina Estética de la Fundación Internacional Fatebenefratelli en Roma



Una de las características principales del envejecimiento del rostro es la pérdida de definición del contorno mandibular y de nivelación de la región de las mejillas. Esta pérdida puede resolverse gracias a un lifting del tercio inferior de la cara.

Levy es el primero en describir un procedimiento para obtener una mejor definición de la región sin cirugía. El procedimiento, Nefertiti lift, toma su nombre en honor de la reina egipcia. El Nefertiti lift consiste en inyecciones múltiples de toxina botulínica (15-20 unidades por cada lado) a lo largo del contorno mandibular y del músculo platisma. Se obtiene una relajación de los músculos depresores de la región mandibular con la consecuente predominancia de los músculos elevadores, lo que provoca un efecto lifting en esa zona.

Este procedimiento necesita una gran atención en lo concerniente al número de las unidades utilizadas por cada lado, la posición y la profundidad de las inyecciones; utilizar una cantidad excesiva del fármaco o utilizarlo en posiciones inadecuadas puede causar efectos adversos, como una dificultad temporal para tragar y una asimetría de la sonrisa con algunas dificultades para sonreír normalmente.

El autor describe su propia experiencia con este procedimiento, subrayando la dificultad para obtener hallazgos estándar y reproducibles.

Estudio comparativo de la efectividad de diferentes tipos de dietas sobre la pérdida de peso en las primeras 6 semanas de tratamiento

Dra. M^a Victoria Zamorano Triviño en colaboración con el equipo Mediestic

Las primeras semanas de tratamiento dietético son cruciales para conseguir la satisfacción del paciente y lograr una fidelización del mismo y poder disponer después del tiempo suficiente para poder incidir en los hábitos de alimentación, verdadera piedra angular de todo tratamiento dietético. El objetivo de este trabajo es comparar la efectividad entre cuatro dietas diferentes en la composición de macronutrientes (CHO, grasa, proteínas) en la pérdida de peso de pacientes de una consulta de nutrición durante las primeras 6 semanas de tratamiento. Se evaluaron dentro de un estudio retrospectivo 44 historias. Los pacientes fueron asignados en 4 grupos dependiendo de la dieta a la cual se habían adherido. Dieta de aporte proteico (sustitutos proteicos), dieta moderada restricción de carbohidratos (40% CHO, 30% proteínas, 30% lípidos), dieta hipocalórica (55% -60% CHO, 15-20% proteínas, 25-30% grasas) y una dieta muy bajas en carbohidratos (40% proteínas, 30% grasas, 30% CHO).

La dieta con la cual obtuvimos la mayor pérdida de peso fue la dieta que utilizó reemplazos de comidas enriquecidos con proteínas (RP) (media 7.62, DE 1.87), seguida de las dietas con bajo contenido en CHO (media 6.27 y DE 2.44). La dieta hipocalórica equilibrada fue en definitiva con la que se obtuvo una pérdida menor de peso durante el primer mes y medio de seguimiento (media 4.94 y DE 1.48).

La principal evidencia encontrada fue que una dieta baja en carbohidratos con sustitución de comidas por productos proteicos fue significativamente más efectiva en lograr pérdida de peso que una dieta hipocalórica equilibrada, (7.65 kgrs vs. 4.94, P 0.05). Esta consideración podría utilizarse como una herramienta más en la elección del programa dietético a escoger en la etapa inicial del tratamiento, momento éste en el cual es importante que el paciente se sienta estimulado y logre una pérdida de peso significativa

Evaluación de la técnica de “intralipoteraia” con Aqualyx[®] en el tratamiento de las adiposidades localizadas. Resultados preliminares

Dres. Paloma Tejero, Emilce Insua, Gabriele Aguilar, Leo Cerrud, Bennie Peters y Victoria Sunkel

Resumen: Cada vez son más los pacientes que requieren procedimientos estéticos poco invasivos o de carácter no quirúrgico para la remodelación del contorno corporal. La búsqueda de nuevas técnicas para el tratamiento de la grasa localizada con eficacia duradera ha abierto el camino a las denominadas técnicas de lipoclasia, las cuales pueden realizarse de manera ambulatoria y mínimamente invasiva. La finalidad de estas técnicas es lesionar el tejido adiposo subcutáneo sin necesidad de eliminación del mismo mediante succión, circunstancia que las diferencia de los procedimientos quirúrgicos. El decreto francés del mes de abril de 2011, prohibiendo en Francia la mayoría de estos tratamientos y su posterior anulación, ocasionó gran inquietud entre los médicos españoles que practican estas técnicas.

Dada la actual controversia y siguiendo la propuesta de analizar de manera independiente este tipo de técnicas, nos hemos propuesto valorar la tolerancia, complicaciones, cambios clínicos, ecográficos y metabólicos secundarios a la infiltración de deoxicolato de sodio (Aqualyx[®] comercializado por la empresa Real Lasting en España como producto sanitario) en un grupo de pacientes seleccionados, portadores de adiposidades localizadas en flancos y abdomen.

Se incluyeron 14 pacientes, 12 mujeres y 2 hombres, con edades comprendidas entre 22 y 68 años, a los cuales se les realizó examen clínico, antropometría (peso, altura, IMC, circunferencia de cintura y cadera), bioimpedancia, fotografía, ecografía del panículo adiposo, bioquímica sanguínea previa y posterior al tratamiento y biopsia del tejido adiposo tratado. Todos los pacientes fueron tratados con técnica de intralipoterapia según descripción del Prof. Motolese, no se realizaron tratamientos complementarios como ultrasonidos y todos los pacientes utilizaron una prenda de compresión los días posteriores al tratamiento (faja Solidea®).

Se analizan los resultados preliminares obtenidos en el grupo de pacientes tratados, donde se puede demostrar la excelente tolerancia del procedimiento con escasas complicaciones en el periodo inmediato (procedimiento indoloro con moderada inflamación y hematomas que remiten espontáneamente sin tratamiento). Se analizan los resultados obtenidos con una sola sesión valorándose la incidencia de efectos colaterales del tratamiento, los cambios ecográficos del panículo adiposo tratado y los resultados en la bioquímica sanguínea a las 48 horas del procedimiento.

Se pretende completar un total de 3 sesiones y valorar los resultados finales para poder confirmar que existe un efecto duradero en la reducción del panículo adiposo con la técnica de intralipoterapia con Aqualyx®, siendo un procedimiento seguro con una muy baja incidencia de complicaciones y todas ellas de tipo leve.

Estudio protocolizado de aplicación de peloides con aguas sulfuradas como única terapia en el acné

Dres. Ángela García Matas, Paloma Tejero García, José Osmundo Fernández, Valentina Schmid, Antonio Hernández Torres

PALABRAS CLAVE: Acné, peloterapia, agua mineromedicinal sulfurada.

KEY WORDS: Acne, pelotherapy, sulphurous mineral water.

Introducción:

La peloterapia (utilización terapéutica de aguas minero medicinales sulfuradas maceradas y controladas durante un determinado período con arcillas del tipo bentonita) es tan efectiva como los tratamientos estéticos tradicionales y menos agresiva que los mismos. Nuestro equipo, tras tres años de investigación, ha desarrollado un estudio prospectivo en pacientes afectados de acné a los que se les ha aplicado este tipo de tratamiento.

La aplicación de peloides como tratamiento en patologías dermatológicas es prácticamente universal. Sin embargo, no existe evidencia científica que justifique su utilización, ya que la misma se hace de forma empírica desde hace siglos. Es importante comenzar con un diagnóstico veraz de la patología de base del acné y el reconocimiento del grado de gravedad del mismo. El acné puede afectar a cualquier edad. No obstante, la población más afectada sería la de los tramos comprendidos entre los 12-13 años hasta los 25-26 años, asociado fundamentalmente a los cambios hormonales que en dichas edades se producen, tanto en varones, como en mujeres.

El acné, afección inflamatoria crónica, con colonización bacteriana de las unidades pilosebáceas caracterizada por una excesiva producción de sebo y la presencia de comedones, es la patología dermatológica que más individuos afecta a nivel mundial, la padecen hombres y mujeres de todas las razas y, en general, suele empezar antes en las mujeres.

Se estima que la padece alrededor del 80% de la población entre 12-25 años, observándose mayor prevalencia entre las mujeres frente a la población masculina, y se alarga en algunos casos hasta la edad adulta, tercera década de la vida, debido a la presencia de cicatrices que persisten casi de por vida. El hecho de que afecte sobre todo al grupo de los adolescentes añade también una implicación psicosocial,

ya que provoca un problema importante en la percepción de la imagen (dismorfofobia) a esta población vulnerable emocionalmente, que vive un tramo conflictivo de su existencia, en el que la imagen cobra, casi excesiva importancia.

Objetivo:

Comprobar que el peloide natural antioxidante se comporta como un agente terapéutico efectivo con ausencia de reacciones adversas en el acné

Material y métodos:

Pacientes. Criterios de inclusión

- 1.- Pacientes que han sido diagnosticados de acné independientemente del grado de afectación y que acuden a la Clínica Mediastetic de Toledo para realizarse un tratamiento no relacionado con esta patología.
- 2.- Pacientes que no presentan soluciones de continuidad en el área de aplicación, en el momento de la aplicación del peloide

Muestra Poblacional: Se seleccionó un grupo de 11 pacientes, con edades comprendidas entre los 17 y 44 años, edad media 25,4 años, de los que el 90% fueron mujeres.

Previo al tratamiento con peloides antioxidantes, no tuvieron otro tipo de tratamiento, excepto en dos de los casos con cremas faciales hidratantes y ácido fusídico (Fucidine[®]). Posteriormente al tratamiento el 50% de los pacientes no recibió ningún otro tipo de terapia y el resto diferentes fármacos, tales como ácido salicílico (Salipell[®]), agua mineral medicinal sulfurada; tetraciclinas (Doxiciclina[®]) clindamicina (Dalacin[®]) y sistemas de fototerapia con luz polarizada (Q-light).

Los pacientes recibieron 3 ó 4 sesiones de peloterapia con peloides naturales antioxidantes macerados con agua mineral medicinal del manantial Platea, en Calatayud (Zaragoza). Los peloides utilizados fueron Escarlata/Palo rosa (9 casos) y Menta/Palo-Rosa (2 casos), aplicados a temperatura ambiente.

Materiales: 150 mg. de peloide antioxidante natural, de tres meses de maceración mínima, con aroma de lavanda o menta y colorante rosa palo o verde-menta, enriquecido con té verde ("Fresh Eucalyptus").

Resultados: El diagnóstico del acné previo al tratamiento, según la tabla de Leeds, fue de leve (18%), leve-moderado (9%), moderado (46%) moderado-grave (27%). Posterior al tratamiento se obtuvo una disminución significativa y manifiesta, en todos los casos, del grado de afectación, disminuyendo siempre y llegando a desaparecer en algún caso. La aplicación del peloide produjo, en algún paciente, un ligero eritema facial tras realizar el tratamiento que desapareció rápidamente, no produciéndose ningún otro tipo de reacciones adversas y siendo la tolerancia muy buena.

Discusión: Para el tratamiento del acné existen comercializados muchos productos que intentan abordarlo, bien desde la mejora de las condiciones basales de la piel afectada (mejora de la limpieza, exfoliación, etc.), o atacando a los patógenos (microorganismos) etiológicamente causantes de las lesiones (tratamientos antibióticos tópicos) y en los casos de acné grave, tratamientos como los retinoides, con una elevada morbilidad asociada. La existencia de tan amplio arsenal terapéutico da una idea de la falta de eficacia en general de las mismas y la utilización excesiva de fármacos antibióticos tópicos con una eficacia poco comprobada.

Los peloides antioxidantes se presentan como una alternativa terapéutica eficaz y se han utilizado para el cuidado de la piel, tanto sana como patológica, encontrando su indicación en el acné, por las propiedades generales y particulares de los mismos como agentes antiinflamatorios y normalizadores de las condiciones basales de la piel. Los peloides antioxidantes que se han aplicado en los pacientes seleccionados presentan una serie de ventajas en relación a los peloides convencionales, fundamentalmente la presencia comprobada de sulfuro de hidrógeno en su composición. El sulfuro, procedente del agua mineral medicinal con la que es elaborado, penetra en la estructura cristalina de la bentonita sódica durante el período de maduración del mismo, manteniéndose en la misma, hasta que, tras la rotura de las vacuolas que lo contienen, por la aplicación mediante masaje y tras su calentamiento, éste queda en la interfase peloide-piel y es absorbido por la misma, a través de las aquaporinas presentes en la piel, que sirven de canales de comunicación (Peter Agree).

El sulfuro tiene propiedades antiinflamatorias y antimicrobianas propias, que se suman a las proporcionadas por la fase sólida del peloide así como a las del resto de sustancias que forman parte de su composición. La inclusión de Fresh Eucalyptus en la última generación de peloides antioxidantes producidos va a mejorar notablemente la efectividad del producto y su eficacia.

Conclusiones: En el área de aplicaciones dermatológicas y cosméticas, el peloide antioxidante aplicado en el acné tiene propiedades emolientes y seborreguladoras; y unifica de forma importante la textura de la piel, disminuyendo el tamaño del poro y la rugosidad cutánea, por lo que se presenta como un excelente tratamiento cosmético para las personas con pieles grasas y con tendencia acnéica.

En el acné leve y moderado se puede utilizar monoterápicamente con muy buenos resultados, por lo que se puede concluir que el peloide natural antioxidante es muy efectivo, estando indicado su uso monoterápico en el acné leve o grado I y de forma coadyuvante en el resto.

Revisión de los efectos adversos acaecidos tras tratamiento con implantes cutáneos de ácido hialurónico (estudio prospectivo 2004-2011)

Dra. Paloma Tejero, Dra. Cinthia Sarkis

Resumen:

El ácido hialurónico es en nuestras clínicas y en general en medicina estética en Europa, el material más empleado para corregir arrugas, recuperar volúmenes fundamentalmente faciales y paliar los signos del envejecimiento. En este trabajo, se revisan las reacciones adversas a implantes cutáneos de ácido hialurónico, acaecidas en nuestras clínicas, identificando posibles factores de riesgo, para disminuir su incidencia y optimizar los resultados. Tras el estudio retrospectivo realizado en 21.340 historias realizadas desde enero 2004 hasta febrero 2011, se recogieron las correspondientes a 680 pacientes en los que se había realizado algún implante de ácido hialurónico, evidenciándose en quince de ellos efectos adversos reseñados en la historia. Se establece como conclusión que: las reacciones adversas a implantes de ácido hialurónico, aunque no infrecuentes, son en general poco severas y todas se han resuelto sin dejar secuelas. La realización de una correcta selección de pacientes es el principal factor para disminuir la prevalencia.

Palabras clave: ácido hialurónico, efectos adversos, complicaciones, factores de riesgo.

La AMECLM apoya a la SEME en las negociaciones para la regulación europea de la cirugía estética

La Asociación de Medicina Estética de Castilla-La Mancha (AMECLM) expresa su total apoyo y adhesión a la postura que está defendiendo la Sociedad Española de Medicina Estética (SEME) en las negociaciones que están teniendo lugar para la regulación europea de la cirugía estética (protocolo CEN/TC 403).

Las negociaciones están siendo centralizadas en España a través de la Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR). En las reuniones que ya han tenido lugar, la SEME ha propuesto un cambio en el título de norma y que pase a denominarse "cirugía y medicina estética", puesto que el borrador recoge aspectos tanto quirúrgicos como no quirúrgicos en los tratamientos de estética. Hasta el momento no ha sido aprobado, y se habla de medicina estética como de procedimientos mínimamente invasivos.

El pasado 1 de octubre la SEME convocó a los representantes de todas las asociaciones y secciones colegiales de medicina estética. Por la AMECLM acudió la Dra. Ana Sánchez, quien nos informará en la asamblea que se celebrará el próximo 21 de Octubre.

En dicha reunión, quedo patente que la SEME, que estuvo representada por la Dra. Concha Fuentes, seguirá trabajando para defender los intereses de la Medicina Estética y los médicos estéticos, intentando conciliar las discrepancias que surgen entre las diversas sociedades. En septiembre de 2012 habrá una nueva reunión para presentar los acuerdos definitivos, que se firmaran en 2013.



Sede de AENOR, donde se están centralizando las negociaciones sobre la toma de postura española

Por otra parte, la secretaria de la Comisión AEN/CTN 179/GTB, Dña. Cristina Hernán, invitó a la SEME a la creación de un comité específico CEN/TC 409 sobre la gestión y calidad de los servicios en empresas profesionales de estética, a fin de regularizar este área. A esta reunión acudió en nombre de la SEME la Dra. Paloma Tejero. Se acordó desligar las actividades de centros de estética de las de peluquería, y que la Federación de Esteticistas elaborara un listado de actividades en el área de la estética que se discutirá en posteriores reuniones para llevarlo a la Comisión Europea.

Estrecha colaboración con las asociaciones del sector

La Asociación de Medicina Estética de Castilla-La Mancha (AMECLM) ha llevado a cabo en esta primera etapa numerosos contactos con las asociaciones relacionadas con el campo de la medicina estética, de manera que ha colaborado con muchas de ellas tanto en actividades formativas como en reuniones institucionales.

Son muy especiales las relaciones con la Sociedad Española de Medicina Estética (SEME), hasta el punto de que desde la AMECLM se recuerda que la Asociación nació de la propia SEME (en el Congreso de 2007) y que se podría denominar a la AMECLM "como hijos suyos".

Estas buenas relaciones se extienden a otras asociaciones del sector: los socios tanto de la SEME como de la Sociedad Española de Medicina y Cirugía Cosmética (SEMCC) y de la Sociedad Española de Medicina Antienvejecimiento y Longevidad (SEMAL) cuentan con descuentos en las Jornadas de la AMECLM.

La Asociación castellano-manchega participó en una mesa de alimentación y envejecimiento, dentro del VII Congreso Internacional de Nutrición, Alimentación y Dietética que se celebró en la Universidad Complutense de Madrid. La mesa fue moderada por la Dra. Paloma Tejero y contó como ponentes con el Prof. Andreu Palou, el Prof. Jesús Fernández Tresguerres y el Dr. Julián Bayón. Esta mesa suscitó gran interés y participación por parte de los asistentes. Los miembros de la AMECLM, además, tienen acceso libre y gratuito a la versión electrónica de la revista de la Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación (SEDCA).

Con la SEMAL se está valorando además la posibilidad de llegar a un acuerdo de participación en las próximas Jornadas de la AMECLM de 2012, lo que podría traducirse en que la Asociación fuera invitada también en el Congreso de la SEMAL.

Asimismo, se está preparando la participación en un encuentro científico organizado por la Asociación Científica Colombiana de Medicina Estética (ACICME), que se llevaría a cabo a través de video conferencia. La AMECLM ha apoyado también la presentación de la Asociación Canaria de Medicina Estética, que el próximo mes de noviembre celebrará sus primeras jornadas.

Por último, recordar que los miembros de la AMECLM cuentan con una reducción en el precio de las inscripciones en las XVI Jornadas Nacionales de Nutrición Práctica (Nutrición 2012), que se celebrarán los días 14 y 15 de marzo de 2012 en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

Elecciones AMECLM 2011

La Asamblea Ordinaria Socios que se celebrará el 21 de octubre, dentro de las IV Jornadas de la AMECLM, se procederá a la elección de la nueva Junta Directiva. La única candidatura que se presenta es la encabezada por la Dra. Paloma Tejero y que está integrada por los siguientes candidatos:

Presidenta: Dra. Paloma Tejero	Vocal Cuenca: Dr. Isidoro Gómez
Vicepresidente: Dr. Eduardo Gil	Vocal Albacete: Dr. Ricardo Lamana
Secretaria: Dra. Ana Sánchez	Vocal Guadalajara: Dra. M ^a Victoria López
Tesorera: Dra. Montserrat Jiménez	Vocal Ciudad Real: Dra. Ana M ^a Téllez
Vocal Toledo: Dra. Ana Isabel Gómez	Vocal resto comunidades: Dr. Leopoldo Peñarroja

Como novedad respecto a la anterior Junta, la incorporación del Dr. Isidoro Gómez por Cuenca. Hemos creado una nueva vocalía para los socios de otras comunidades autónomas, que estará a cargo del Dr. Leopoldo Peñarroja. Cada vez son más numerosos los compañeros de otras regiones que se han unido a nuestro proyecto. Os damos las gracias y pensamos que desde esta vocalía se os podrá dar una mayor participación en todas nuestras acciones.



Los fundadores de la AMECLM, junto con Pilar Rodrigo, presidenta de la SEME, en 2007.

Al mismo tiempo queremos contar con el Dr. Eduardo de Frutos como responsable de Formación, puesto que ha sido el encargado en estos 4 años de realizar todas las relaciones con los órganos de acreditación y comisiones de educación.

En los cuatro años que ha estado la actual Junta se han conseguido logros de gran importancia y en un tiempo relativamente corto. En el primer año se consiguió poner en marcha la Acreditación en Medicina Estética, siendo la primera asociación que obtiene esta acreditación a nivel de comunidad autónoma, expedida por el Consejo Autonómico de Colegios Médicos, estando acreditados hasta este momento 31 médicos.

La Asociación colaboró de manera decisiva en la puesta en marcha de la Ley que regula los centros de Medicina Estética en Castilla la Mancha. Es hasta ahora la única comunidad autónoma que cuenta con una ley específica en nuestro sector.

Desde el principio, la Junta Directiva, se marcó el objetivo de organizar cada año unas Jornadas dirigidas a la puesta en común de las últimas novedades en nuestra especialidad y ya el primer año se organizaron en Albacete. En los siguientes años se han organizado en Almagro y en Toledo y tras las de este año, que repiten en Albacete, la siguiente se llevará a cabo en Cuenca (2012).

Tras unos comienzos sin apenas recursos económicos, gracias al aumento del número de socios y de las aportaciones de cuotas anuales y la colaboración de las casas comerciales, la AMECLM ha acometido una de las tareas para la que fue constituida: cursos de formación continuada. En estos cursos han te-

nido preferencia a la hora de reservar plaza los socios de la AMECLM. En todos ellos se han cubierto las plazas ofertadas y en algún caso se han tenido que repetir ante la gran demanda.

Cabe destacar los cursos de toxina botulínica impartidos por el Dr. Fernando García Monforte y la Dra. Ana Pérez Bernal y los cursos de implantes faciales, uno impartido por el Dr. Alberto Elbaum, presidente de la Unión Internacional de Medicina Estética, y otro por el Dr. Roberto Blum, presidente de la Sociedad de Medicina Estética de Ecuador y el Dr. Rafael Gálvez.

Los próximos a realizar serán en las pre-jornadas de Albacete, uno sobre abordaje de la región peribucal impartido por Dr. Alberto Elbaum, el Dr. Manuel Prieto y la Dra. Alicia Milotich, y el otro sobre flebología estética a cargo de los Dres. Emilce Insúa y Eduardo Gil.

¿Y qué objetivos se plantea la nueva Junta que se presenta a estas elecciones?

En primer lugar, elevar el nivel de la medicina estética en nuestra región y acercarla a nuestros pacientes/clientes. Para ello necesitamos que aportéis vuestras ideas y que la página web sea un instrumento con amplia información para el consumidor. Vamos a potenciar nuestro acercamiento a los medios de comunicación y a las organizaciones de consumidores.

Seguir promoviendo la formación de sus socios con nuevos cursos sobre aquellos temas que los asociados van solicitando.

Tratar de conseguir que todos los asociados de Castilla la Mancha estén acreditados en Medicina Estética.

Seguir con la celebración anual de nuestras Jornadas con la política rotacional por provincias que se está haciendo hasta ahora.

Colaborar con otras sociedades y asociaciones de medicina estética en sus jornadas y congresos, así como invitarlas a que participen de la nuestras.

Mantener y profundizar las buenas relaciones con los órganos de gobierno regional para colaborar con ellos y ser órgano consultor para todos los temas relacionados con la Medicina Estética.

Colaborar con la Sociedad Española de Medicina Estética en todos los temas que nos puedan solicitar y expresar nuestro apoyo incondicional a todos los proyectos que pueda emprender.

Escuchar todas las sugerencias que nuestros socios puedan plantear e intentar dar la mejor solución a todas ellas.

La AMECLM estrecha lazos con los colegios de médicos de Castilla-La Mancha

La Asociación de Medicina Estética de Castilla-La Mancha (AMECLM) ha llevado a cabo en sus cuatro primeros años de vida numerosos contactos con los cinco colegios de médicos de la región y con el Consejo Autonómico de Colegios de Médicos.

Gracias a esta colaboración tan fluida, las relaciones son inmejorables, de forma que los propios colegios se pusieron de acuerdo para crear, a instancias de la AMECLM, una acreditación regional para los médicos estéticos concedida por el Consejo Autonómico, órgano que ha dado a la Asociación dos puestos en la Comisión de Acreditación para que participe directamente en las deliberaciones sobre los médicos aspirantes a conseguir esta distinción.

Los colegios de médicos también informan a los pacientes sobre la relación de profesionales acreditados como médicos estéticos en la región, para que puedan escoger su centro médico con las mayores garantías. Asimismo, la AMECLM es consultada regularmente sobre distintas prácticas y materias en medicina estética cuando surgen dudas.

NORMAS DE PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS EN LA REVISTA DE LA AMECLM

- 1.** La revista de la Asociación de Medicina Estética de Castilla-La Mancha (AMECLM) considerará para su publicación trabajos de investigación originales, siempre relacionados con la medicina estética, así como artículos de revisión y casos clínicos.
- 2.** Los artículos pueden ser remitidos por correo electrónico a info@ameclm.com, escritos en castellano y en formato Word.
- 3.** Los artículos empíricos originales se dividirán en los siguientes apartados: título completo, nombre completo de los autores (no más de 8), el departamento o institución donde se realizó el trabajo, la ciudad y el país, el nombre del autor para correspondencia y su dirección y el resumen en castellano (150 palabras aproximadamente).
- 4.** Es preferible la utilización de nombres genéricos de fármacos o el principio activo en caso de ser uno.
- 5.** Tablas y figuras se presentarán en el mismo documento o archivo. Las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie.
- 6.** Las imágenes o fotografías se enviarán digitalizadas en alta resolución para permitir una impresión de calidad, deben tener un pie de foto asociado y la confirmación de poseer los derechos de autor de las mismas. En caso de que aparezcan paciente o personas, no deben ser identificables y el autor o autores se comprometerán a haber pedido previamente el consentimiento específico para su publicación.
- 7.** La AMECLM se reserva el derecho de seleccionar las tablas, figuras e imágenes que finalmente se publiquen. Asimismo, podrá realizar cambios o modificaciones en el estudio para una mejor comprensión del mismo y/o adecuación al estilo o formato de la propia revista, sin que ello signifique un cambio de su contenido. Los autores serán informados de la aceptación o rechazo de los manuscritos, así como de las posibles modificaciones a introducir, previa aceptación definitiva.
- 8.** Los autores deben certificar que todas las fuentes de apoyo financiero y material para la realización de la investigación o el estudio están expresamente declarados en el manuscrito y claramente reflejados todas aquellas relaciones de carácter financiero entre los autores y cualquier otra entidad que pudiera tener un conflicto de intereses respecto al estudio.
- 9.** Las opiniones expresadas en los artículos y comunicaciones publicados en la revista son de los autores, y no necesariamente compartidos por la AMECLM, declinando por tanto, cualquier responsabilidad sobre dicho material y sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos publicados.

PROGRAMA DE FORMACIÓN DE LA AMECLM 2011-12

IV Jornadas de la AMECLM.

Monográfico: Rejuvenecimiento Facial. Lugar:
Palacio de Congresos de Albacete. 20, 21 y 22 de octubre de 2011

Cursos Básico y Avanzado de Toxina Botulínica.

Pendiente de concretar fecha

Curso de Cirugía Menor Ambulatoria en Medicina Estética.

Previsto en marzo de 2012.

Curso de Ecografía Estética.

Pendiente de concretar fecha

V Jornadas de la AMECLM.

Monográfico: Remodelación Corporal No Quirúrgica. Cuenca. 18, 19 y 20 de octubre de 2012

ASOCIACIÓN DE MEDICINA ESTÉTICA DE CASTILLA-LA MANCHA (AMECLM)

SOCIOS ADMITIDOS EN EL ÚLTIMO AÑO

Nº 49.- Dra. Andrea di Cugno

Nº 50.- Dr. Juan M. Romero

Nº 51.- Dra. Dolores Caballero Carbonell

SOCIOS DE HONOR

Dra. A. Ballesteros

Prof. Julia Buján

Prof. José Ricardo Cabo

Dr. Alberto Elbaum

Prof. Jesús Fernández Tresguerres

Dr. Juan R. Garrido

Dr. Fernando Gutiérrez

Prof. José Luis Lancho

Dr. Rafael Linares

Dr. Juan Antonio López López-Pitalúa

Dra. Angustias Palomar

Dr. Francisco Parra

Dra. Pilar Rodrigo

Dr. Antonio Villarino

JUNTA DIRECTIVA

Presidenta: Dra. Paloma Tejero

Vicepresidente: Dr. Eduardo Gil

Secretaria: Dra. Ana Sánchez

Tesorera: Dra. Montserrat Jiménez

Vocal Toledo: Dra. Ana Isabel Gómez

Vocal Albacete: Dr. Ricardo Lamana

Vocal Guadalajara: Dra. M^a Victoria López

Vocal Ciudad Real: Dra. Ana M^a Téllez



V JORNADAS DE LA AMECLM

Cuenca

18, 19 y 20 de octubre de 2012