

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

IX JORNADAS DE LA AMECLM

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

Programa oficial
Curso de Abordaje del Paciente Étnico
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.: +34 925 215 846
e-mail: ameclm@ameclm.org

Comité científico

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

Ilmo. Dr. D. Luis Rodríguez Padial,
presidente del Colegio de Médicos de Toledo

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. José Vicente Saz,
vicerrector de la Universidad de Alcalá

Prof. Antonio Villarino,
presidente de la SEDCA y catedrático de Bioquímica de la
Universidad Complutense de Madrid

Dra. Pilar Rodrigo.
Médico Estético, oncóloga y ex-presidenta de la SEME

Dra. Petra Vega,
presidenta de la SEME

Comité organizador

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

Coordinación Editorial

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

Edita:

Asociación de Medicina Estética de Castilla-La Mancha (AMECLM)

c/ Reino Unido, 7 bis. 45005-Toledo
Tfno.: +34 925 21 5846
Correo electrónico: ameclm@ameclm.org
ISSN Nº 2254-1152
Depósito legal: AB-588-2012

Maquetación e impresión:

Gráficas Albacete, S.L. Cervantes, 1
Telf. y Fax 967 210 398. 02001 ALBACETE
e-mail: comercial@graficasalbacete.com - www.graficasalbacete.com

Hacia un mundo global

“La profesión médica es un camino apasionante de compromiso y aprendizaje constante donde evolucionamos a través de nuestra experiencia y del saber de quienes ya se enfrentaron a los mismos retos” (4 doctors).

Nuestras IX Jornadas, *Hacia un mundo global*, ya están en marcha. Este año Albacete nos acoge con más ilusión aún que el primer día, y enfrentándonos al difícil reto de ofrecernos una visión de la medicina estética que corresponda con la definición que el Dr. F. Romanelli nos ofrecía en la editorial que inaugura la nueva revista creada por la UIME, cuya primera edición, de febrero de 2016, está on-line disponible para todos:

“La medicina estética es un nuevo campo de la medicina, en el que diferentes especialistas comparten el objetivo de construir y reconstruir el equilibrio físico del individuo. Tratamiento de alteraciones estéticas físicas y anti-estéticas secuela de enfermedades o lesiones, junto con la prevención del envejecimiento, son quizás dos de las zonas más emblemáticas de la intervención de medicina estética.”

Éste es el camino que busca la AMECLM: llegar a todos los pacientes sin distinción de edad, condición física, raza, sexo o cultura, siempre basándonos en el conocimiento, la evidencia científica, etc. Buscando aprender día a día el trabajo en equipo y la interrelación entre todos los que a hacemos posible el reto de buscar la salud, no como ausencia de enfermedad, sino como completo bienestar físico, psíquico y social, según las directrices de la OMS.

Vivimos en un mundo global, en el que no hay ninguna figura en el campo de la medicina que no esté involucrada en medicina estética: endocrinólogos, ginecólogos, angiólogos, psicólogos y psiquiatras, cirujanos plásticos, dermatólogos, dietistas, fisioterapeutas, ortopedistas, profesores de educación física, podólogos y terapeutas de rehabilitación, esteticistas... Son sólo algunos de los especialistas que antes o después van a tener que responder a las necesidades de sus pacientes para las intervenciones estéticas.

La AMECLM acoge a todos, y busca lograr entre todos los mayores consensos para lograr las soluciones más eficaces. En esta línea las IX Jornadas toman un formato más abierto, en el que el diálogo y la participación son los verdaderos protagonistas, realzando siempre las actividades prácticas, talleres, confrontaciones, mesas de debate y sesiones interactivas. La medicina estética necesita conocimientos. Como afirma el Dr. Bartoletti: «En el mundo, la medicina estética necesita ciencia, todos sabemos que la ciencia es la base para la seguridad. La seguridad es la cuestión más importante en nuestra disciplina.»

Nosotros nos sumamos a esta necesidad y proponemos estar en este apasionante camino de la profesión médica, aprendiendo y compartiendo lo que sabemos.

La medicina estética está en auge, pero todos los médicos deben ser entrenados correctamente, para que el futuro sea el que todos esperamos. Bienvenidos a estas IX Jornadas, que sólo podrán ser realidad si todos participamos.



Dra. Paloma Tejero
Presidenta de la AMECLM

SUMARIO

5

Reportaje: las IX Jornadas de la AMECLM

6

Programa de las jornadas

9

Salas y stands

10

Patrocinadores, expositores y colaboradores

11

Resúmenes de las ponencias del Curso de Abordaje del Paciente Étnico

19

Resúmenes de las ponencias de las IX Jornadas

54

Comunicaciones libres y pósters

62

Calendario de formación

63

Normas de publicación de artículos científicos y socios admitidos, socios de honor y Junta Directiva

Todo a punto en Albacete: arrancan las IX Jornadas

Un año más, la AMECLM lo tiene ya todo listo para sus IX Jornadas. El lema de este año es *Un mundo global*, y es referencia directa al tema estrella de este año: el abordaje médico-estético del paciente étnico, un campo en constante progresión en nuestro país, pero en el que muchos de nosotros todavía tenemos necesidad de ahondar.

Como todos los años, las Jornadas se dividen en dos partes: el **20 de octubre** tendrá lugar el **Curso Prejornadas de Abordaje Médico-Estético del Paciente Étnico**, en el que contaremos con la inestimable colaboración de la Embajada de Egipto, la Asociación Venezolana de Medicina Estética y la Asociación de Medicina Estética de la República Dominicana, que está en proceso de creación. Como sabéis, el colectivo de pacientes a los que atendemos todos los días en nuestras consultas está cambiando notablemente en los últimos años, tendencia que no hará más que crecer en el futuro. Nos encontramos ante pacientes cada vez más diversos desde el punto de vista étnico, y no siempre sabemos abordar correctamente sus problemas médico-estéticos específicos y responder a sus demandas. Conscientes de esta necesidad, hemos preparado este curso con toda nuestra ilusión para mejorar nuestra formación en este campo.

Las **Jornadas** propiamente dichas se celebrarán los días **21 y 22 de octubre**, con el objetivo de compartir resultados, conocimientos y actualidad en el campo de la medicina estética. La AMECLM sigue **innovando en los formatos** de las mesas para hacerlas **más vivas, interactivas, apasionantes y atractivas**. A los **talleres en directo** con espacios reservados para el **coloquio con los ponentes** y los **debates** sobre tratamientos, productos y aparatos de actualidad, que tan bien fueron acogidos otros años, se une este año **un sistema de votaciones electrónico en directo** para que los presentes decidamos la **solución más adecuada a los casos prácticos** que se presenten.

Algunos de los temas que trataremos en estos formatos son **peelings versus láser, disarmonía facial, acné y rosácea, cómo escoger el tratamiento más adecuado para cada diagnóstico o la medicina antienvjecimiento**. Precisamente, el **Dr. Alberto Candau**, que participará en la mesa sobre diagnóstico y tratamiento, comenta al respecto: *"La orientación terapéutica de un paciente es siempre un camino ambiguo, donde múltiples caminos llevan a soluciones igualmente buenas. En nuestra especialidad, afortunadamente, no existen dogmas en cuanto a cómo obtener los mejores resultados posibles. En esta nueva modalidad de conferencia abierta, tres destacados ponentes mostrarán de modo interactivo casos clínicos de su práctica diaria donde el auditorio opinará y debatirá gracias al uso de las nuevas tecnologías"*.

Temática de máxima actualidad

Los temas que se tratarán en las mesas son de **máxima actualidad, buscando la orientación más práctica posible, desbancando mitos y conciliando ideas**. Queremos conocer las nuevas técnicas de **bioestimulación cutánea**; acercarnos una vez más a lo que la investigación de las **células madre** puede aportar a los cuidados médico-estéticos; ---actualizar nuestros conocimientos sobre--- **hilos**; debatir sobre la **disarmonía facial o el acné y la rosácea**; revisar los tipos de **peelings** de los que disponemos; informarnos sobre los últimos avances en **medicina antienvjecimiento**; cómo mejorar la **atención de emergencias**, accidentes, etc.; abordar desde nuevas perspectivas el **rejuvenecimiento facial**; saber en qué punto se encuentra la **medicina regenerativa**; y, por último, celebraremos nuestro ya clásico **Simposium de Toxina Botulínica**, que siempre cuenta con gran aceptación e interés, y que este año incluye una interesante actualización de las técnicas "off label", mas importantes.

Las jornadas y el curso pre-jornada, están dirigidas exclusivamente a médicos, pero el **22 de octubre, como es habitual**, tendrán lugar los **Talleres Prácticos para Equipo Multidisciplinar en la Consulta de Medicina Estética**, que este año está dedicado especialmente también al paciente étnico, y donde el personal de nuestras clínicas, colaborador imprescindible para nuestra actividad, tendrá también ocasión de saber afrontar estos nuevos retos.

Nada más por nuestra parte. Muchas gracias por vuestra asistencia, apoyo y confianza. Esperemos que estas IX Jornadas sean del máximo provecho para todos nosotros.

Imagen de las Jornadas del año pasado en Toledo, que fueron un gran éxito de público



CURSO PREJORNADAS:

I Curso de Abordaje Médico-Estético del Paciente Étnico

Con la colaboración de la Embajada de Egipto, Asociación Venezolana de Medicina Estética y Asociación de Medicina Estética de la República Dominicana

JUEVES, 20 de octubre

- **9:00-9:30.- Conferencia inaugural:** El paciente étnico: hacia un mundo global. ¿Qué pide el paciente étnico a la medicina estética? **Dr. Víctor García Guevara**
- **9:30-11:30.- Mesa 1.- El paciente étnico.** Moderadores: Dr. Eduardo Gil y Dra. Sheila Mota
 - Piel étnica: características e implicaciones en dermatología y estética. **Dr. José Manuel Miralles**
 - Esteatopigia y obesidad localizada. **Dra. Máxima Rodríguez Córdova**
 - Obesidad y dieta: consideraciones culturales. **Dr. Jesús Román Martínez**
 - Medicina estética y consideraciones culturales y religiosas. **Dr. Abraham Benzaquén**
- **11:30-12:00.-** Café
- **12:00-14:00.- Mesa 2.- Abordaje médico-estético del paciente étnico.** Moderadores: Dr. Eduardo de Frutos y Dr. Ahmed Ismail
 - Hiperpigmentaciones y melasma en pieles étnicas. **Dra. María Vitale**
 - Peelings. **Dras. Bennie Peters y Victoria Sunkel**
 - Cosmética de pieles oscuras. Cosmética Halal. **Dr. Rym Benmously**
 - Depilación y tratamientos con fuentes de luz. **Dra. Paloma Cornejo**
 - Implante de materiales de relleno en pieles étnicas: consideraciones especiales. **Dra. Marjorie Garcerant**
 - Coloquio: Actitud ante el paciente étnico, con la participación de todos los ponentes
- **14:00-16:00.-** Comida
- **16:00-18:00.-** Taller: Peelings y técnicas despigmentantes en pieles oscuras. **Dres. Antonio Icardo e Inmaculada Expósito.** Con la colaboración de Carmado y Sesderma. Moderadoras: Dra. Victoria Sunkel y Dra. Ana I. Gómez
- **18:00-18:30.-** Café
- **18:30-20:00.-** Taller: **Abordaje con materiales de relleno en pieles étnicas.** **Dres. Mikel García Gorriá y Marjorie Garcerant.** Con la colaboración de Sebbin y Merz. Moderadores: Dra. Paloma Tejero y Dr. Víctor García Guevara

IX 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. TÉCNICAS DE BIOESTIMULACIÓN CUTÁNEA.** Moderadores: Dr. Eduardo Gil y Dr. Hernán Pinto
 - Peeling y microneedling como técnica de estimulación cutánea. **Dra. Paloma Castaño**
 - PRP con ácido hialurónico. **Dra Carmen Soteras**
 - Bases fisiológicas del microinjerto cutáneo. **Dr. Hernán Pinto**
 - Mesoterapia como técnica de bioestimulación. **Dra. Carlota Hernández Sanz**
 - Láser Q-Switched Nd:YAG fraccional no ablativo en tratamientos de rejuvenecimiento y tensado facial. Resultados a corto y medio plazo. **Dra. Juana Deltell**
- **11:00-11:05.-** Acto inaugural
- **11:05-11:30.-** Conferencia inaugural: "Trabajo en equipo para tratar el cáncer de mama: sobrevivir al cáncer, reconstruir la mama, medicina estética..." **Dr. Antonio Tejerina.** Moderadores: Dra. Paloma Tejero y Dr. Eduardo de Frutos
- **11:30-12:00.-** Café – Visita a los stands y a los pósters presentados
- **12:00-14:00.- Mesa 2. HILOS: ACTUALIZACIÓN DESPUÉS DE CUATRO AÑOS.** Moderadores: Dra. Carlota Hernández y Dr. Diego del Ojo
 - Revisión de hilos y técnicas en 2016. **Dr. Justo Alcolea**
 - Técnica de *piolet* para la colocación de hilos tensores en abdomen y glúteos. **Dr. Moisés Rodríguez Abascal**
 - Técnica del puente atirantado para la colocación de hilos. **Dr. Eduardo de Frutos**
 - Técnica de pseudoanclaje para suspensión facial (Tejero-Gil). **Dr. Eduardo Gil**
- **14:00-16:00.-** Comida

- **16:00-17:00.- Mesa 3. Debates .** Moderadora: Dra. Emilce Insúa
 - Evaluación médico-estética del paciente con disarmonía facial. **Dr. Blas García García.** *Presentado por el Dr. Alberto Candau*
 - Acné y rosácea: buscando consensos. **Dres. Diego del Ojo y José Manuel Miralles**
- **17:00-18:00.- Mesa 4. PEELING O LÁSER. CÓMO ELEGIR LA MEJOR TÉCNICA.** Moderador: Dr. Hernán Pinto
 - Corrección de arrugas peribucales con fenol. **Dr. José Miguel Casanova**
 - Bioestimulación con peelings. **Dr. Víctor García Guevara**
 - Avances en tecnología láser y fuentes de energía para la bioestimulación cutánea. **Dr. Mario Trelles**
 - **Coloquio:** Láser versus peeling
- **18:00-18:30.-** Café
- **18:30-19:30.- Mesa 5. TRABAJANDO EN EQUIPO: DEL DIAGNÓSTICO AL TRATAMIENTO. MESA REDONDA.**
Moderadora: Dra. Paloma Tejero
Con la participación de los **Dres. Carmen Soteras, Alberto Candau y Emilce Insua**
- **19:30-20:00.- Mesa 6. MEDICINA ANTIENVEJECIMIENTO.** Presentada por el **Prof. Jesús Fernández-Tresguerres**
 - Coloquio: **Dr. Manuel del Castillo, Dr. Agustí Molins y Dra. Sheila Mota**
- **20:00.- ASAMBLEA DE SOCIOS DE LA AMECLM**

SÁBADO, 22 de octubre

- **9:30-11:30.- Mesa 7. LA SEGURIDAD EN MEDICINA ESTÉTICA.** Moderadores: Dr. Antonio Villarino y Dra. Sofía Ruiz del Cueto
 - El maletín de emergencias de la consulta de medicina estética. **Dr. César Sáez**
 - Precaución y actuación ante un pinchazo accidental en medicina estética. **Dra. Cristina Núñez**
 - Complicaciones vasculares de la inyección de fillers. **Dra. Sofía Ruiz del Cueto**
 - Consenso de utilización de la hialuronidasa en medicina estética. **Dra. Marina Battistella**
 - Zonas peligrosas faciales: tips & tricks. **Prof. Rafael Linares**
- **11:30-12:00.** Café
- **12:00-14:00.- Mesa 8. REJUVENECIMIENTO FACIAL: REPOSICIONAR, REGENERAR, RELLENAR.**
Moderadoras: Dra. Angustias Palomar y Dra. Victoria Zamorano
 - Rejuvenecimiento periorbitario superior con rellenos de ácido hialurónico. **Dra. Mónica Ulecia**
 - Cómo programar tratamientos combinados. **Dr. Mikel García Gorría**
 - Abordaje integral de cuello y escote. **Dra. Victoria Zamorano**
 - Técnica de relleno de pómulos y flacidez (técnica de los cuatro puntos). **Dr. Eduardo de Frutos**
 - Rejuvenecimiento perioral. **Dr. Moisés Rodríguez Abascal**
- **14:00-16:00.-** Comida
- **16:00-17:30.- Mesa 9. MEDICINA REGENERATIVA: PIEL, PELO, GRASA, MÉDULA... DÓNDE ESTAMOS.**
Moderador: Prof. Jesús Fernández-Tresguerres
 - De madres a hijas: fenotipo y medicina estética. **Dra. Carlota Hernández Sanz**
 - Lipofilling. Análisis de diferentes técnicas: grasa purificada, nano, macro y microvolúmenes, enriquecido con PRP, ADSC, etc. **Dr. Alberto Candau**
 - Microinjerto cutáneo: un año después. **Dra. Paloma Tejero**
 - Fracción estromal vascular (FSV), ¿dónde estamos? **Dr. Enric Munt**
- **17:30-19:00.- Mesa 10. SIMPOSIUM SOBRE TOXINA BOTULÍNICA.** Moderadores: Dr. Fernando García Monforte y Dra. M^a Victoria López
 - Aplicaciones off-label de la toxina botulínica. **Dra. Mónica Ulecia**
 - Aplicaciones de la toxina botulínica en tratamientos corporales. **Dr. Adolfo Amigo**
 - *Top hits* en toxina botulínica. **Dr. Adolfo Amigo**
 - Gestión de los efectos adversos en los tratamientos con toxina botulínica. **Dra. Carmen Fernández Pérez**
 - Dextibotulinum Toxina: la toxina que viene. **Dr. Fernando García Monforte**
 - Coloquio

Programa de Talleres

VIERNES, 21 de octubre

- **9:30-10:30.- Comunicaciones Libres.** Moderador: Dr. Isidoro Gómez
 - Estudio de la pérdida de peso a largo plazo en pacientes con obesidad mórbida intervenidos de gastrectomía tubular. **Dres. M^a Teresa Gil, Pedro Cascales, Agustina Martínez, Beatriz Moreno y Emilio García**
 - Revisión del tratamiento del melasma. **Dra. Cristina Núñez**
 - Abordaje de los pacientes crónicos en medicina estética. **Dra. Sheila Mota**
 - Alcances de la medicina estética durante el embarazo y la lactancia. **Dras. Marina Battistella y M^a Eugenia Rivera**
 - Manejo estético del tejido radiado: prevención y tratamiento. **Dras. Adriana Lasa, M^a Jesús Morales, Marta Redondo e Irene Ruiz**
 - Bioestimulación capilar con plasma rico en plaquetas en alopecia androgenética: serie de casos. **Dr. Joaquín Domínguez**
- **10:30-11:30.- Nanopore Stylus: el aliado perfecto de los tratamientos estéticos en tu consulta.**
Ponente: **Dra. Inmaculada Expósito.** Patrocinado por **Ses Derma.** Moderador: Dr. Juan I. López González
- **11:30-12:00.- Defensa de los pósters presentados a las Jornadas:**
 - Gestión de residuos sanitarios en las consultas de medicina estética. Guía de Prevención nº 3. **Dras. Margarita Mosquera y Victoria Zamorano**
- **12:00-13:00.- Enfoque multidisciplinar para el tratamiento de la celulitis: Programa PnKCellulitis.**
Patrocinado por **Pronokal.** Moderador: Dr. Ricardo Lamana
- **13:00-14:00.- Skinboosters, un producto único en mi consulta.** Ponente: **Dr. Carlos Moreu.**
Patrocinado por **Galderma.** Moderadora: Dra. Ana Téllez
- **16:00-17:00.- Taller práctico patrocinado por IT Pharma.** Moderadora: Dra. M^a Victoria López
- **17:00-18:00.- Rejuvenecimiento periorbitario, peribucal y otras zonas (genital). Eliminación de xantelasmas, neofor-maciones protuyentes benignas, queloides, lentigos, etc...** Ponente: **Dra. Inmaculada Adam.**
Patrocinado por **GMV Italia.** Moderadora: Dra. Ana I. Gómez
- **18:30-19:30.- Bioestimulación en 3D (PRXT-33, Booster e hilos tensores).** Ponente: **Dra. Victoria Sunkel.**
Patrocinado por **Real Lasting.** Moderador: Dr. Ricardo Lamana

SÁBADO, 22 de octubre

- **9:30-10:30.- Taller práctico patrocinado por Isdin**
- **10:30-11:30.- Protocolos para terapia regenerativa por el método RIGENERA, 12 meses después.**
Ponente: **Dr. Rafael Gálvez.** Patrocinado por **Regenera.** Moderador: Dr. Hernán Pinto
- **12:00-14:00.- Redensifica y reposiciona. Las herramientas indispensables para diseñar y definir contornos faciales: Ellanse y Silhouette.** Ponente: **Dr. Abraham Benzaquén.** Patrocinado por **Sinclair Pharma.** Moderadora: Dra. Ana González Marcos
- **16:00-17:00.- Probióticos en medicina estética.** Ponente: **Dr. Carlos Jarne.** Patrocinado por **Ysonut**
- **17:00-18:00.- Taller práctico patrocinado por IT Pharma**

Talleres Prácticos para el Equipo Multidisciplinar de la Consulta de Medicina Estética

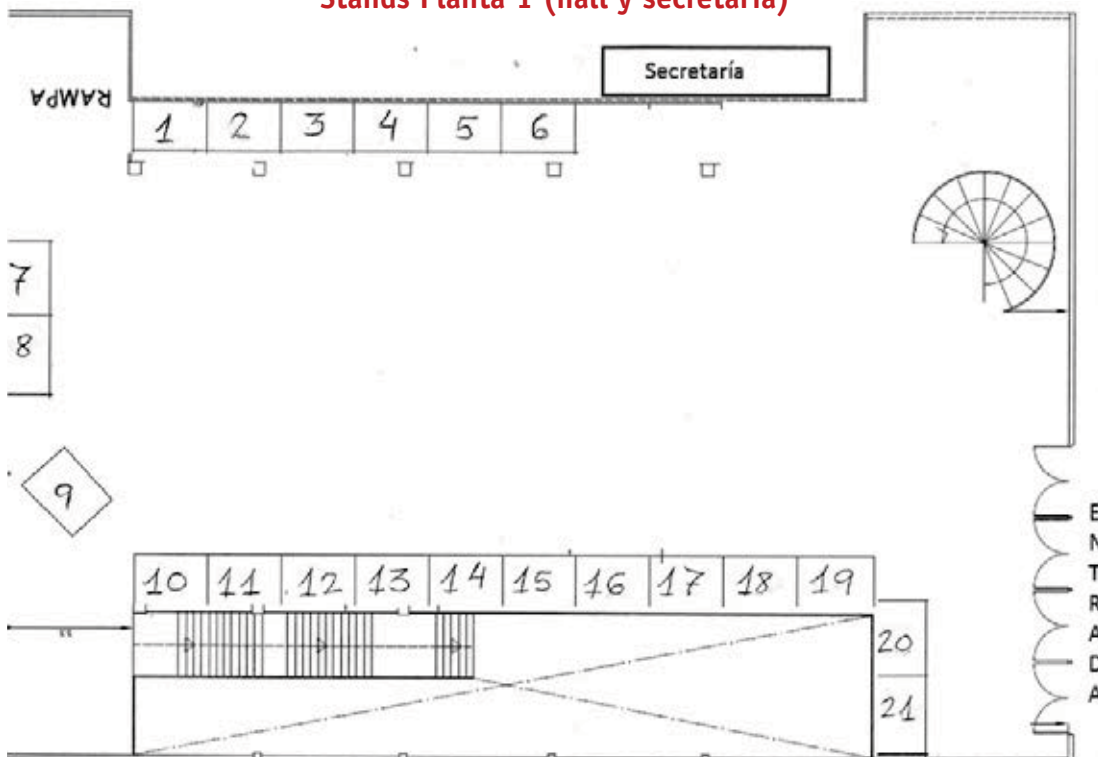
SÁBADO, 22 DE OCTUBRE

- **9:30-11:30.- Taller de visajismo en el paciente étnico.** D^a Cruz Sánchez. Moderadora: Dra. Ana Téllez
- **11:30-12:00.- Café**
- **12:00-14:00.- Gestión del paciente en la consulta de medicina estética: de la cita al tratamiento.**
Dra. Carlota Hernández Sanz. Moderadora: Dra. Montserrat Jiménez
- **16:00-17:00.- Taller de cuidados de la piel y cosmética de pieles oscuras. Cosmética Halal.** D^a Susana Fernández Álvarez.
Moderadora: Dra. Sheila Mota
- **17:00-19:00.- Urgencias en la consulta de medicina estética: taller práctico de RCP.** Dr. César Sáez.
Moderador: Dr. Isidoro Gómez

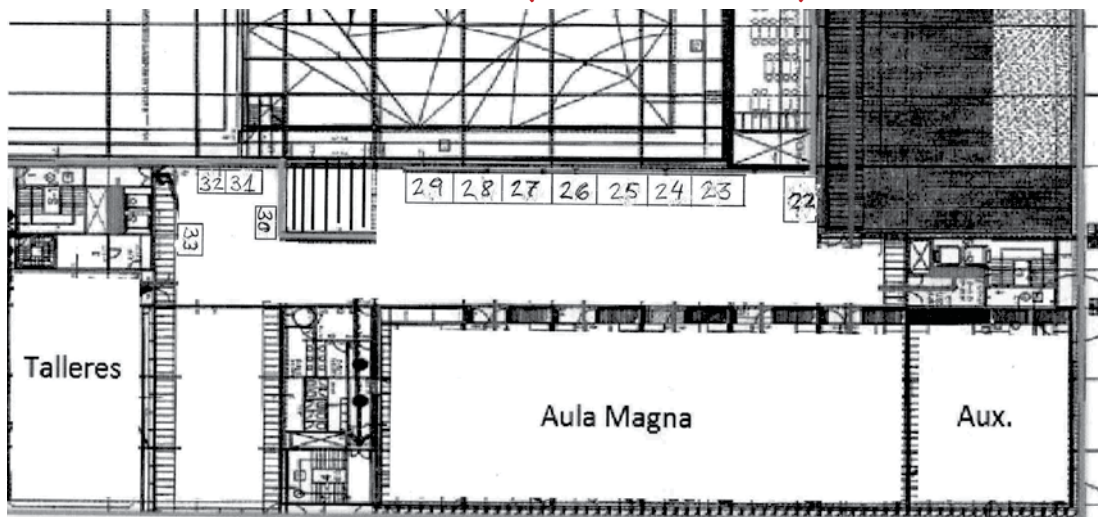
RELACIÓN DE EXPOSITORES

- | | | |
|------------------------|------------------|----------------------|
| 1.- IT PHARMA | 10.- NAQUA | 20.- FILORGA |
| 2.- PRONOKAL | 11.- SINCLAIR | 22.- CARMADO |
| 3.- LÁSER TECH IBÉRICA | 12.- HEBER FARMA | 23.- BTL |
| 4.- ANTIAGING SYSTEMS | 13.- MERZ | 26.- SUICO |
| 5.- GALDERMA | 14 y 15.- ISDIN | 27.- ELLIPSE |
| 6.- SEBBIN | 16.- SKY MEDIC | 29.- IRRADIA |
| 7.- REAL LASTING | 17.- NUTERGIA | 30.- CUM LAUDE |
| 8.- REGENERA | 18.- YSONUT | 32.- SYNERON CANDELA |
| 9.- GMV ITALIA | 19.- SES DERMA | 33.- SELLA ESTHETIC |

Standes Planta 1 (hall y secretaría)



Standes Planta 2 (acceso a auditorios)



PATROCINADORES

PATROCINADORES



EXPOSITORES



MERZ AESTHETICS



OTROS PARTICIPANTES

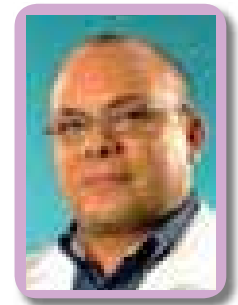
EAU THERMALE
Avène

El paciente étnico: hacia un mundo global. ¿Qué pide el paciente étnico a la medicina estética?

Conferencia
inaugural

Dr. Víctor José Jesús García Guevara

Presidente de la Sociedad Científica Venezolana de Medicina Estética y vicepresidente de la Union Internationale de Medecine Esthetic



En los últimos años hemos asistido a una evolución hacia la pluralidad étnica como consecuencia del fenómeno de inmigración desde distintas partes del mundo. El conocimiento de las características de la piel de las personas en relación a su origen y raza influirá en la manera en que el médico puede abordar los diferentes cuadros clínicos y la demanda de tratamientos cosméticos y estéticos. Es menester tener en cuenta para ello las diferentes respuestas que cada tipo de piel pueda tener y los diferentes efectos a los que el profesional se podría enfrentar. A continuación, describiremos las características comunes que muchas pieles étnicas comparten o no.

La pigmentación cutánea es la diferencia más característica entre los diferentes grupos raciales. Depende de la cantidad de melanina, exposición a los rayos UV, genética, contenido de los melanosomas y tipo de pigmentos que se encuentran en la piel. Varias diferencias se han determinado en los grupos étnicos, como el hecho de tener melanosomas más grandes, numerosos y con una degradación más lenta; mayor contenido de DICA y DHI-eumelanina, todo lo cual proporciona protección frente a muchos de los efectos nocivos de la radiación UV, incluyendo fotoenvejecimiento y cáncer de piel, pero, también hace que estos tipos de piel sean más vulnerables a las alteraciones de la pigmentación.

En relación al estrato córneo las diferencias que se han podido demostrar tienen que ver más con las pieles oscuras, donde la tasa de descamación es mayor, el contenido lipídico es superior, y es un estrato con alta cohesividad. Poseen mayor secreción sebácea, así como un aumento en el número de las glándulas apocrinas y ecrinas. A nivel dérmico las pieles asiática, latina y negra tienen una dermis más compacta y gruesa que la piel blanca, y el espesor es proporcional al grado de pigmentación. Las pieles oscuras tienen mayor número y más grandes fibroblastos, haces de fibras de colágeno más pequeños y más macrófagos que la piel blanca. La funcionalidad de los fibroblastos y su reactividad probablemente contribuyen tanto a los fenómenos de envejecimiento como a la cicatrización anómala.

Si estudiamos el envejecimiento facial ya más hacia la parte estructural, podremos notar que los cambios que se generan en cada grupo étnico pueden ser diferentes. Hablemos primero del rostro asiático. Los asiáticos del este por lo general tienen bocas menos anchas, ancho intercantal alargado y los márgenes nasales inferiores más amplios. Los estudios sugieren que los asiáticos tienen un marco de esqueleto facial más débil, lo que resulta en un mayor descenso de la gravedad de los tejidos blandos de la porción media de la cara, presentándose con frecuencia ptosis, almohadilla de grasa malar y formación de ojeras. Sin embargo, si los comparamos con los asiáticos del sur, éstos tienen en general párpados en una plataforma más altamente expuesta, puente nasal bien desarrollado con proyección de la punta y tonos de piel más oscuros y comparativamente desiguales, lo que conduce a que el fenómeno estructural de estas personas sea diferente.

Por su parte, los latinos poseen igualmente mucha melanización, que ofrece una mayor protección contra el fotoenvejecimiento, sin embargo, desarrollan más fácilmente alteraciones pigmentarias. Tienen predisposición a la formación de papada, oquedad y oscurecimiento infraorbitario. Un detalle a ser tomado en cuenta es que las mujeres de Centroamérica y Sudamérica a menudo tienen mediciones antropométricas similares a las mujeres de raza blanca, mientras que las mujeres del Caribe tienen mediciones a menudo más similares a las mujeres afroamericanas.

El rostro afroamericano puede presentar flacidez pronunciada de las almohadillas de grasa malar y formación de papada. Suelen tener una amplia base nasal, disminución de la proyección nasal, protrusión bimaxilar, proptosis orbital, labios prominentes y aumento de la convexidad facial. Los párpados superiores en los afroamericanos son propensos a la plenitud de los tejidos blandos, mientras que presentan menor envejecimiento labial y perioral.

Ahora bien, ¿cuáles son los mayores problemas estéticos que este tipo de pieles presentan? Tomando en consideración muchas publicaciones al respecto, en primer lugar, encontraríamos los desórdenes de la pigmentación, tanto en el rostro como en el área corporal, donde aún no encontramos una variedad de propuestas terapéuticas efectivas, diseñadas especialmente para pacientes étnicos, para el control adecuado y el logro de resultados altamente efectivos.

La búsqueda por alcanzar y conservar una apariencia juvenil no tiene límites geográficos ni étnicos. Los cosméticos inyectables se han convertido en una opción cada vez más popular de tratamiento diseñado para mejorar y preservar la apariencia facial. El uso de materiales de relleno debe ser controlado por un examen antropométrico adecuado, que permita escoger el producto adecuado y su aplicación. Debe guardarse siempre la naturalidad y restituir volumétricamente con delicadeza y cuidado, a fin de no modificar los parámetros raciales de los individuos.

Por último, en la actualidad la importancia que la medicina estética posee a nivel mundial para la atención integral de los pacientes, nos lleva a buscar mayor investigación sobre la aplicabilidad de diferentes posibilidades terapéuticas tomando en consideración las características especiales que presentan grupos de individuos. Investigar y considerar la posibilidad de crear productos y formas de tratamiento particulares para pieles étnicas, y dentro ellas para los diferentes subtipos que puedan existir, ya que sus condiciones morfométricas, biológicas y químicas no son iguales, representa un reto y una gran posibilidad de desarrollo en el conocimiento y la atención médica.

Mesa 1. El paciente étnico



Medicina Estética y consideraciones culturales y religiosas

Dr. Abraham Benzaquén
Director médico de Clínicas Benzaquén (Málaga)

Si a los caucásicos les gusta voluminizar su labio superior, ¿podría significar que le gusta el labio negroide? Si a los asiáticos les gusta proyectar hacia delante su frontal, ¿podría significar que le gusta la frente caucásica? Si los caucásicos desean voluminizar sus pómulos y los asiáticos desean cambiar su zona maxilar, ¿podría significar que a todo el mundo le gustaría parecerse a lo que no es?

En todo caso, la raza y etnia es un determinante del morfotipo y de otros aspectos dérmicos, como el fototipo y/o reactividad a distintos tratamientos y estimulaciones. Estos aspectos son cada vez más difusos, dado que la tendencia a la mezcla genética y de razas es un fenómeno muy grande y en aumento. La etnicidad y raza han perdido fuerza debido en gran parte a los grandes flujos migratorios, responsables de que cada uno de nosotros tengamos, al menos, pequeños porcentajes de genes de otras etnias distintas a la nuestra, prueba de la gran mezcla que ha habido de ellas.

Así que mientras la etnicidad y raza son factores más difusos y que determinan más bien el morfotipo, la cultura (determinados también por factores regionales y económicos) y la religión van a determinar el ideal de belleza del paciente. Es por tanto un factor importante, pues mientras el morfotipo es algo visible y plausible (por tanto no es tan necesario conocerlo de antemano), el concepto de belleza del paciente se debe intuir o conocer.

Queremos dar identidad y belleza a todas las variantes étnicas y culturales. Debemos afrontar el reto de realizar rejuvenecimiento y embellecimiento, teniendo en cuenta su sensibilidad cultural y respetando sus tradiciones, creencias y costumbres en sociedad. Esto es fundamental para salvar las barreras que nos separan de pacientes cuando no pertenecen al mismo entorno cultural que nosotros, algo cada vez más frecuente, dado la gran diversidad y riqueza de culturas que se dan en los países occidentales.

Debemos conocer, por ejemplo, que en la mujer japonesa la nuca es una zona de gran sensualidad e importancia. En el hombre árabe, una de las zonas de gran importancia y que le merece cuidados exquisitos sería la barba y bigote; en la mujer árabe la zona periorcular, con pestañas y cejas incluidas. Los chinos le dan mucha importancia a evitar una tez de tono oscuro. Las latinas se preocupan mucho por la forma de la zona glútea, etc.

Analizaremos otros ideales de belleza en distintas culturas y religiones, algunos poco conocidos pero no menos importantes a la hora de poder ganarnos la confianza de ese paciente en nuestro quehacer diario.

Finalmente, deberemos combinar lo que entiende como bello el paciente con lo que creemos nosotros que le embellecerá, intentando marcarles una pautas nosotros, los médicos, como asesores, para evitar así la creación de clones, que obedecen a la dictadura del prototipo de belleza de las revistas de esa zona/cultura.

Peelings químicos en pieles étnicas

Mesa 2.
Abordaje
médico-estético
del paciente
étnico

Dra. Bennie Peters

Médico estético en consulta propia (V-A Aesthetics, Valencia) y en la Consulta de Medicina Estética del Dr. Julio Puig

Dra. Victoria Sunkel

Responsable médico de las Clínicas Mato-Ansorena y Mediestic (Madrid). Profesora de los Máster de Medicina Estética de las Universidades Rey Juan Carlos y Complutense de Madrid

Palabras clave

Peelings químicos, pieles étnicas, fototipos altos, hiperpigmentación post inflamatoria

Introducción

Los antiguos egipcios fueron de los primeros en emplear productos químicos como agentes exfoliantes con fines estéticos. Empleaban alabastro, grasa animal y sal. Los griegos y romanos empleaban, entre otros, mirra, incienso, mostaza y azufre para el blanqueamiento de la piel y el tratamiento de arrugas finas.

Los primeros peelings descritos en Europa fueron en 1882 por Unna, que describió su experiencia con el uso de los ácidos salicílico, resorcinol, fenol y TCA.

Un peeling químico consiste en la aplicación de agentes químicos en la superficie cutánea con el fin de conseguir una destrucción epidérmica y / o dérmica. Se consigue una lesión controlada, seguida de una reparación organizada.

Material y métodos

Las pieles de los individuos con fototipos más altos presentan una mayor fotoprotección intrínseca debido a la mayor cantidad de melanina epidérmica que poseen. El fotoenvejecimiento clínico, la queratosis actínica o las lesiones malignas son menos frecuentes en pieles más pigmentadas; sin embargo éstas son más propensas a las discromías, debido a la respuesta lábil de sus melanocitos cutáneos. Las indicaciones de los peelings químicos son similares tanto en fototipos bajos como en los altos (Tabla 1).

FOTOTIPOS I-III	FOTOTIPOS IV-VI
Arrugas finas	Hiperpigmentación postinflamatoria
Queratosis solar	Melasma
Fotoenvejecimiento	Acné
Melasma	Pieles grasas
Hiperpigmentación postinflamatoria	Cambios de textura
Acné	Cicatrices acnéicas
Rosácea	Arrugas finas
Cicatrices superficiales	Pseudofoliculitis de la barba

Tabla 1: Indicaciones peelings químicos fototipos I-III vs fototipos IV-VI

Consideraciones previas

Previo al peeling, debemos realizar una evaluación minuciosa del paciente (Tabla 2) deteniéndonos en aspectos como antecedentes de cicatrización anómala, fármacos y exploración física detallada, entre otros.

Para el manejo del paciente (Tabla 3) se aconseja el uso de retinoides tópicos (tretinoína, tazaroteno, retinol) 4-6 semanas previas al peeling, para producir un adelgazamiento del estrato córneo y el recambio epidérmico. Provocan una reducción del contenido de la melanina en la epidermis y una aceleración de la recuperación epidérmica. Los retinoides también facilitan la penetración de los peelings químicos. Deben retirarse 1-2 semanas previas al peeling para minimizar complicaciones como el eritema o la hiperpigmentación postinflamatoria (HPI). También pueden emplearse formulaciones tópicas de α -hidroxiácidos para preparar la piel.

Para el tratamiento de discromías, se puede preparar la piel con formulaciones de hidroquinona al 4% durante 2-4 semanas antes del peeling para reducir la melanina presente en la epidermis.



Aspectos a evaluar	
Infección viral	En pacientes con historia de herpes, considerar la administración de Valaciclovir 1g cada 6h, a partir de dos días antes del peeling químico hasta los 10-14 días post tratamiento
Cicatrización anómala	Interrogar sobre antecedentes personales o familiares de cicatrización hipertrófica o queloidea
Desórdenes inflamatorios	Los pacientes con psoriasis podrían desarrollar el fenómeno de Koebner tras un peeling químico
Enfermedades sistémicas	Los antecedentes de enfermedad renal, hepática o cardíaca podrían contraindicar peelings químicos profundos
Radioterapia/ Cirugías	Si son recientes, podrían considerarse contraindicaciones relativas ya que podrían intervenir en el remodelado del colágeno
Historia de tabaquismo	Enlentece el proceso de recuperación
Historia de fármacos	Interrogar sobre ACOs, antidepresivos o cualquier otro fármaco fotosensibilizante. Los retinoides tópicos deben suspenderse 1 semana antes de realizarse el peeling químico. La isotretinoína oral debe suspenderse 6 meses antes
Exploración física	
Piel no foto expuesta	Para evaluar el tipo de piel y grado de fotoenvejecimiento
Reacción a eventos traumáticos	Buscar reacción a quemaduras previas, si las hubiera, para evaluar el comportamiento cutáneo frente a ellas
Fotografías	Anterior al tratamiento: panfaciales y específicas de las zonas con lesiones

Tabla 2. Evaluación del paciente

Pre peeling	Preparar la piel con retinoides tópicos 4-6 semanas previas al peeling, pero retirar 1-2 semanas antes del tratamiento
Peeling	Elección adecuada del peeling según características del paciente y la patología a tratar. Aplicar desengrasante y proteger zonas sensibles con vaselina. Aplicación del peeling atendiendo a nº de capas, presión aplicada a la piel, tiempo de contacto, necesidad o no de agente neutralizador...
Post peeling	Agentes emolientes y fotoprotección inmediatamente después del peeling

Tabla 3: Manejo del paciente

Indicaciones y complicaciones

A pesar de las posibles complicaciones, tipo hiperpigmentación postinflamatoria (HPI) o la hipopigmentación (Tabla 4), podemos decir que los peelings químicos, sobre todo los superficiales, pueden realizarse sin ningún tipo de peligro en fototipos altos. En general, los peelings que inducen menos complicaciones post peeling son: glicólico, salicílico y solución de Jessner.

PEELING QUÍMICO	INDICACIÓN	COMPLICACIONES
Ácido glicólico	Melasma, HPI, pseudofoliculitis de la barba	Hipo o hiperpigmentación y cicatrices a concentraciones elevadas. Se puede minimizar al elevar gradualmente las concentraciones desde 20-35% hasta 70%
Ácido salicílico	Acné vulgar, melasma, HPI, rosácea, lentigos	Mínimas a inexistentes
Solución de Jessner	Acné, melasma, HPI, lentigos, fotoenvejecimiento	Mínimas
Ácido salicílico + ácido mandélico	Acné, cicatrices acnéicas, melasma	Mínimas
Tretinoína	Arrugas finas, discromías inducidas por el fotoenvejecimiento	

Tabla 4: Indicaciones y complicaciones

Si a pesar de todas las consideraciones previas, se nos presentan complicaciones, debemos saber identificarlas y manejarlas (Tabla 5):

COMPLICACIÓN	PREVENCIÓN	MANEJO
Irritación o quemazón(1)	Evitar concentraciones elevadas	Emolientes
Edema o eritema persistente (1)	Evitar exposición solar e incrementar fotoprotección	Corticoides tópicos para evitar discromías
Reacción al agente químico (2)	Prueba retroauricular del peeling	Antibióticos tópicos u orales, corticoides intralesionales
Infección bacteriana, vírica o fúngica (2)	Evitar frotar el área tratada así como el rascado. Profilaxis en antecedentes de infección herpética	Antibióticos, antivíricos o antifúngicos tópicos u orales
Problemas en la cicatrización: hipertróficas, queloideas, cambios en la textura (2)	Retirada temprana del peeling si fuera necesario. Evitar el pelado o rascado. Indagar sobre historia de tabaquismo o diabetes	Parches de silicona, triamcinolona intralesional, imiquimod tópico
Cambios en la pigmentación (2)	Evitar peelings profundos. Fotoprotección adecuada	

Tabla 5: Manejo complicaciones. (1) Temprana. (2)Tardía

Resultados



Figura 1: tras 4 peelings de ácido salicílico y KH, previa preparación con fórmula de Kligman



Figura 2: Tras una sesión de peeling de ácido salicílico al 30% panfacial combinado con TCA al 15% focalizado en lesiones acnéicas, previa preparación con fórmula de Kligman

Conclusiones

Los peelings químicos pueden realizarse con seguridad en pieles étnicas, sobre todo si éstos son superficiales. Las mayores complicaciones que pueden aparecer son las discromías y la hiperpigmentación postinflamatoria; hechos que pueden evitarse o minimizarse siguiendo un protocolo pre y post peeling exhaustivo que incluya una buena anamnesis y exploración, así como el control de la exposición del paciente al agente químico y las instrucciones post peeling.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sarkar R, Bansal S, Garg VK. Chemical Peels for Melasma in Dark-Skinned Patients. *J Cutan Aesthet Surg*. 2012 Oct-Dec; 5(4): 247–253.
2. Khunger N, Sarkar R, Jain RK. Tretinoin peels versus glycolic acid peels in the treatment of Melasma in dark-skinned patients. *Dermatol Surg*. 2004 May;30(5):756-60; discussion 760.
3. Lim JT, Tham SN. Glycolic acid peels in the treatment of melasma among Asian women. *Dermatol Surg*. 1997 Mar;23(3):177-9.
4. Grimes PE. The safety and efficacy of salicylic acid chemical peels in darker racial-ethnic groups. *Dermatol Surg*. 1999 Jan;25(1):18-22.
5. Burns RL, Prevost-Blank PL, Lawry MA, Lawry TB, Faria DT, Fivenson DP. Glycolic acid peels for postinflammatory hyperpigmentation in black patients. A comparative study. *Dermatol Surg*. 1997 Mar;23(3):171-4; discussion 175.
6. Lee HS, Kim IH. Salicylic acid peels for the treatment of acne vulgaris in Asian patients. *Dermatol Surg*. 2003 Dec;29(12):1196-9; discussion 1199.
7. Al-Waiz MM, Al-Sharqi AI. Medium-depth chemical peels in the treatment of acne scars in dark-skinned individuals. *Dermatol Surg*. 2002 May;28(5):383-7.
8. Been MJ, Mangat DS. Laser and face peel procedures in non-Caucasians. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2014 Aug;22(3):447-52. doi: 10.1016/j.fsc.2014.04.012. Epub 2014 Jun 10.
9. Salam A, Dadzie OE, Galadari H. Chemical peeling in ethnic skin: an update. *Br J Dermatol*. 2013 Oct;169 Suppl 3:82-90. doi: 10.1111/bjd.12535.
10. Rullan P, Karam AM. Chemical peels for darker skin types. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2010 Feb;18(1):111-31. doi: 10.1016/j.fsc.2009.11.010.
11. Grimes PE. Management of hyperpigmentation in darker racial ethnic groups. *Semin Cutan Med Surg*. 2009 Jun;28(2):77-85. doi: 10.1016/j.sder.2009.04.001.
12. Roberts WE. Chemical peeling in ethnic/dark skin. *Dermatol Ther*. 2004;17(2):196-205.
13. Handog EB, Datuin MSL, Singzon IA. Chemical Peels for Acne and Acne Scars in Asians: Evidence Based Review. *J Cutan Aesthet Surg*. 2012 Oct-Dec; 5(4): 239–246. doi: 10.4103/0974-2077.104911
14. Bandyopadhyay D. Topical treatment of melasma. *Indian J Dermatol*. 2009 Oct-Dec; 54(4): 303–309. doi: 10.4103/0019-5154.57602
15. Handog EB, Datuin MS, Singzon IA. Chemical Peels for Acne and Acne Scars in Asians: Evidence Based Review. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery* 5(4):239 46 · **October 2012**. doi: 10.4103/0974-2077.104911.

Cosmética de las pieles oscuras

Dr. Rym Benmously

Profesor senior de Dermatología. Miembro de la Junta Directiva Grupo de Láser Tunecino

Dra. Hela Zakraoui

Servicio de Dermatología del Hospital Habib Thameur (Túnez). Miembro de la Junta Directiva Grupo de Láser Tunecino

Las pieles oscuras son más propensas que las pieles “europeas” a las manchas pigmentadas. Su tratamiento debe ser adaptado y efectuado por profesionales que realicen estos tratamientos con frecuencia.

Las pieles oscuras son pieles que tienden a marcarse; por eso tienen que ser tratadas con extrema prudencia con los láseres ablativos (tratamientos de resurfacing, antiaging o cicatrices de acné del rostro), y por peelings superficiales a medios. Las pieles oscuras plantean el problema de las manchas pigmentarias postinflamatorias, así como el melasma, que constituye una patología muy extendida en estos fototipos.

Hablaremos de los tratamientos médicos, de los medios a nuestra disposición, así como de las precauciones necesarias para el tratamiento de las pieles oscuras.

Depilación y tratamientos con fuentes de luz

Dra. Paloma Cornejo

Dermatólogo. Directora de la Clínica Dra. Paloma Cornejo (Madrid). Docente en el Curso de Especialista Universitario en Medicina Estética de la Universidad Complutense de Madrid

Cada vez es más frecuente la presencia de inmigrantes en nuestro país y por tanto cada vez es más frecuente verlos en nuestra consulta. Debemos diferenciar los diferentes tipos de pieles oscuras, ya que no es lo mismo un paciente latino que un africano, que un oriental. Los pacientes de fototipos altos suponen un reto, porque la respuesta de las pieles oscuras a cualquier inflamación es una mayor síntesis de pigmento por su mayor actividad melánica.

Abordaremos los diferentes problemas que tienen las pieles oscuras al realizar un tratamiento con láser y/o luz pulsada, haciendo especial hincapié en la mayor incidencia de quemaduras y de cambios pigmentarios y su tratamiento y prevención.

Veremos también de qué forma la tecnología ha ido desarrollando diferentes sistemas que son más seguros en fototipos oscuros, bien con nuevas longitudes de onda, duración de pulso o sistemas de enfriamiento.

Además insistiremos en algunas patologías específicas de las pieles oscuras como el melasma, nevus de Hori y queloides, y su tratamiento con fuentes de luz.



Implante de materiales de relleno en pieles étnicas: consideraciones especiales

Dra. Marjorie Garcerant

Directora médica de Silmicare (Madrid). Médico especialista de producto en Merz Aesthetics

Hoy en día y con la globalización, hay que partir del concepto de belleza multicultural en el que se toma en cuenta que no hay dos pacientes que partan de la misma base o que tengan el mismo objetivo cosmético por lo que hay que individualizar los tratamientos.

De la misma manera hemos notado que se ha incrementado la demanda de las técnicas de rejuvenecimiento no quirúrgico en todos los ámbitos de la población, en la que la mezcla de nacionalidades, razas y etnias es ahora lo normal, por lo que existen objetivos ideales o medidas estéticas comunes para todas las etnias que deberíamos considerar a la hora de abordar un paciente.

Debemos conocer técnica y materiales, a la vez que tomamos en cuenta que lo considerado bello cambia a lo largo del tiempo; la simetría facial se asocia a una mejor capacidad genética, la belleza física lleva implícito ventajas sociales, profesionales y reproductivas y, para los que nos dedicamos al rejuvenecimiento facial de forma prioritaria, la cara es considerada el mayor representante de esa belleza física.



No hay que olvidar que la belleza está en los ojos del que mira, y desde éste punto de vista nuestro objetivo es dentro de la seguridad y eficacia, la satisfacción del paciente.

En la consulta vemos a diario pacientes de morfotipo latinoamericano, africano, asiático, caucásico e indio y no siempre de características puras, sino muchas veces una mezcla de todos ellos. Los pacientes con un morfotipo definido pueden querer cambiarlo, acentuarlo, mejorarlo o borrarlo y debemos saber de lo que partimos y cómo llegar a nuestro objetivo. Asimismo los de morfotipo mixto pueden querer destacar características puras.

En una encuesta mundial, se ha visto que las mujeres prefieren hombres con fenotipo característico de altos niveles de testosterona: mentón prominente, mandíbula cuadrada, ojos profundos, labios delgados, cejas densas y abundante; todo lo cual puede ser un objetivo a buscar en el remodelado facial masculino, lo que coincide con los estándares de belleza occidental de hoy en día.

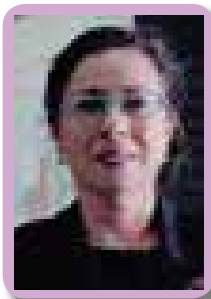
Actualmente las personas de razas mixtas son consideradas mas atractivas que las puras y se asocia a la diversidad genética y a las ventajas reproductivas, así que las técnicas para embellecer y no sólo rejuvenecer en éste tipo de pacientes, también deben ser aplicadas con especial rigor.

Pallet y cols han encontrado la llamada nueva proporción áurea, con una variación de .38 de número phi, donde la distancia entre los ojos y la boca es el 36% de la longitud total de la cara y la distancia entre los ojos el 46% del ancho total, sobre todo en caras femeninas lo que fue publicado por Schmid y cols. Esto probablemente nos ayude más a favorecer un rostro mixto estéticamente cuando usamos rellenos faciales.

Los detalles técnicos y particularidades en el rejuvenecimiento o embellecimiento facial con implantes de relleno son abordados dentro de cursos especiales de formación, a los que debemos acudir si queremos optimizar nuestras capacidades en el trato a estos pacientes.

Peelings y técnicas despigmentantes en pieles étnicas

Taller



Dra. Inmaculada Expósito
Director médico de Sesderma Laboratorios

El conocimiento actual sobre el peeling químico es el resultado de años de experiencia e investigación, estableciéndose como un tratamiento efectivo y mínimamente invasivo para mejorar la textura y el color de la piel. Sin embargo, somos conscientes de la problemática de la aplicación de este tipo de técnicas en las pieles oscuras (fototipos Fitzpatrick IV a VI): alto riesgo de hiperpigmentación post-inflamatoria.

En los últimos años han surgido nuevas tendencias innovadoras en los peelings químicos: la aplicación de la nanotecnología y las técnicas pulsadas con peelings de retinol. El objetivo principal de desarrollar peelings liposomados ha sido potenciar al máximo sus efectos, optimizando el transporte de activos a través de la piel, con las mínimas complicaciones posibles (sin molestias durante la aplicación ni riesgo de hiperpigmentación post-inflamatoria).

Los principios activos que se utilizan son muchos, entre los que destacamos ácido ferúlico, ácido ascórbico, ácido azelaico, ácido tranexámico, retinol... Son peelings especialmente recomendados en pieles sensibles y fototipos altos y que pueden realizarse en cualquier época del año.

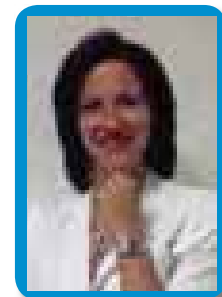
Por otro lado, el objetivo que se persigue con las técnicas pulsadas con peelings de retinol es inducir una mayor exfoliación y reducir el tiempo de exfoliación. Esta técnica consiste en aplicar altas concentraciones de retinol inmediatamente y en los días posteriores al peeling químico. También podría utilizarse después de otros procedimiento estéticos (IPL, RF...). En este taller práctico conoceremos el manejo de nuevos peelings y técnicas para potenciar los resultados en las pieles étnicas con los mínimos riesgos.

Peeling y microneedeling como técnicas de estimulación cutánea

Mesa 1. Técnicas de bioestimulación cutánea

Dra. Paloma Castaño

Responsable de Medicina Estética y Láser en Clínica Gaztambide (Madrid). Vicepresidenta de Asociación de Medicina Estética de Madrid (AMEM)



Potenciar las capacidades reparadoras que tienen nuestros tejidos resulta cada vez más habitual en muchas disciplinas médicas (terapias inmunes en enfermedades crónicas, los factores de crecimiento epidérmico, etc.) En muchas de nuestras indicaciones médico estéticas estimular esas capacidades del tejido es, precisamente, el objetivo principal de la técnica.

Desde muy antiguo los peelings han demostrado ser una herramienta básica para el cuidado y el control de alteraciones cutáneas. Por una parte estimulan el pelado y la regeneración de la piel desde la membrana basal, y por otra favorecen el paso de activos que ayudan al control del problema y la producción de colágeno nuevo.

Desde los años 90 las técnicas de multipunción con microneedeling se incorporan en nuestra práctica, como una alternativa que induce la síntesis de neo colágeno; primero, por los miles de procesos de cicatrización originados por las micropunturas y segundo, por un mecanismo de tipo eléctrico similar al efecto de la mesoterapia clásica.

La combinación de ambas técnicas en la misma sesión potencian la capacidad de absorción de la piel, tanto para los activos introducidos por el microneedeling como por el propio efecto terapéutico del peeling que elegimos. La ventaja añadida es poder personalizar mucho el protocolo en cada paciente, ajustando los activos más específicos para resolver todas las alteraciones que presenta con un solo procedimiento.

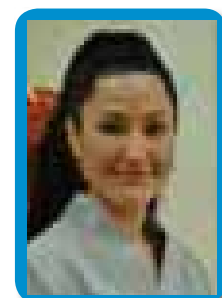
Optimizar los resultados de nuestros pacientes es fundamental, por eso la combinación de técnicas es importante para observar resultados rápidos, y acortar el número de sesiones necesarias que nos hacen llegar a una mejoría estable.

Presentamos en este trabajo algunos resultados combinando técnicas en las que el paciente no necesita tiempo de recuperación tras la sesión, no tendrá apenas pelado ni enrojecimiento y el resultado es apreciable con muy pocas sesiones.

Mesoterapia como técnica de bioestimulación

Dra. Carlota Hernández Sanz

Directora médica de Arts Médica (Valencia) y profesora de los másters de Medicina Estética de las Universidades de Valencia, Rey Juan Carlos, Alcalá e Illes Balears



Desde que en 1793 Antoine Francois demostrara la acción terapéutica de sustancias bajo la piel, son muchos los autores que han trabajado para comprender, desarrollar y mejorar las posibilidades de tratamiento, mediante esta vía de administración llamada mesoterapia.

Así por ejemplo, en 1808 K. Baunscheidt, un mecánico alemán, ideó y fabricó el primer multiinyector, constituido por una placa metálica dotada de 31 agujas.



Tuvo la idea tras ser atacado por un enjambre de abejas, pues observó que sus dolores artrósicos mejoraban notablemente, y atribuyó tal efecto a la multipunción.

En 1869 Potain durante el asedio de París por los alemanes y en ausencia de morfina, infiltra agua destilada vía hipodérmica para el dolor a los morfinómanos, y objetiva el efecto analgésico local que estas infiltraciones generaban.

Y en 1870 el Dr. Orlandini trató y logró la recuperación funcional de la mano del compositor Francesco Malipiero, gracias a una praxis conocida como "mesoterapia seca".

Sin embargo, la mesoterapia nace oficialmente de la mano del Dr. Pistor, considerado por todos el "padre" de la misma, con un artículo publicado el 24 de junio de 1958 en la Presse Medicale.



Para explicar en qué consistía la mesoterapia, utilizaba la expresión: **“Poco, pocas veces, y en el lugar adecuado.”**

Esto 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
- 2.- Acción refleja, por acción mecánica de la multipunción
- 3.- Efecto farmacológico, por el producto inyectado



Tras el descubrimiento del Dr. Pistor y la implementación de la mesoterapia como técnica médica, diversos los autores han intentado explicar cómo y por qué funciona. Y gracias a su trabajo, hoy contamos con diferentes teorías: Teoría de las Tres Unidades de Dalloz-Bourgignon, Teoría Microcircular de Bicherón, Teoría Refleja o Energética de Ballesteros o la Teoría Unificada de Kaplan, que repasaremos y nos ayudarán a comprender su mecanismo de acción.

También revisaremos algunos autores que contribuyeron con sus investigaciones a mejorar el conocimiento que a día de hoy tenemos de esta vía de administración. Así por ejemplo: Vickers demostró la propiedad de reservorio de la piel; Kaplan y Raincourt estudiaron la cinética de un fármaco (I125) administrado por cuatro vías: IDS (intradérmica superficial), IDP (profunda), SC e IM, concluyendo que la vía mas superficial era la de difusión mas lenta; Corbel descubrió con su estudio gammagráfico con Tc99 que un fármaco tarda seis horas más en llegar al órgano diana, administrado por vía intradérmica; y Le Coz concluyó que el paso a vía sistémica de un medicamento es cuatro veces menor administrado vía intradérmica.

Como conclusión y para entender como esta técnica nos permite obtener determinados resultados, podemos afirmar que (Kaplan 1992):

1. Todo producto inyectado en mesoterapia:
 - a) Persiste en los puntos de inyección y produce un efecto local
 - b) Difunde sistémicamente de forma lenta, generando un efecto sistémico
 - c) Y puede acudir a puntos diana específicos y actuar sobre un órgano a distancia, a través de sustancias intermediarias liberadas que actúan como **mediadores químicos**
2. El fraccionamiento de la dosis aumenta el efecto terapéutico, al incrementar la interfase fármaco-receptores cutáneos
3. Existen abundantes receptores en dermis (celulares, vasculares, neurológicos), que varían según el sitio y la profundidad, condicionando la farmacocinética y la farmacodinamia características y específicas de esta vía

Así, la difusión, metabolización y eliminación de un fármaco administrado vía mesoterapéutica, está determinada por la profundidad de la infiltración y se caracteriza por una absorción retardada, condicionada por la vascularización de la zona y la permeabilidad de la membrana capilar al fármaco; la ausencia del primer paso hepático, ya que pasa primero por los tejidos; y la eliminación tardía por orina, más lenta cuanto más superficial sea infiltrado.

Y el efecto terapéutico estará condicionado por la profundidad de la infiltración, y por el tamaño de la molécula. Así, infiltraciones entre **1-2mm** (intradérmica superficial), tendrán una actividad "in situ" larga y una difusión local condicionada por el peso molecular del fármaco; entre **2-4mm** (intradérmica profunda) tendrán una actividad "in situ" y difusión venosa y linfática, independiente del peso molecular; y entre **4-10mm** (dermohipodérmica) se comportarán como un fármaco inyectado subcutáneamente.

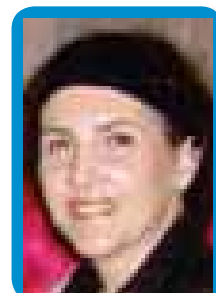
La mesoterapia es una de las técnicas con mayor tradición histórica en la praxis médica, utilizada en numerosas especialidades: dermatología, traumatología, medicina deportiva y medicina estética, permitiéndonos obtener grandes resultados con una excelente tolerancia y una gran seguridad.

Intentaremos con esta revisión poner en valor una técnica consistente en infiltrar sustancias bajo la piel mediante inyecciones intradérmicas, para obtener una bioestimulación efectiva, documentada y segura.

Láser Q-Switched Nd:YAG fraccional no ablativo: rejuvenecimiento y tensado de piel, nuestra experiencia en diferentes áreas de tratamiento

Dra. Juana Deltell

Clínica San & Del Medicina Estética (Madrid)



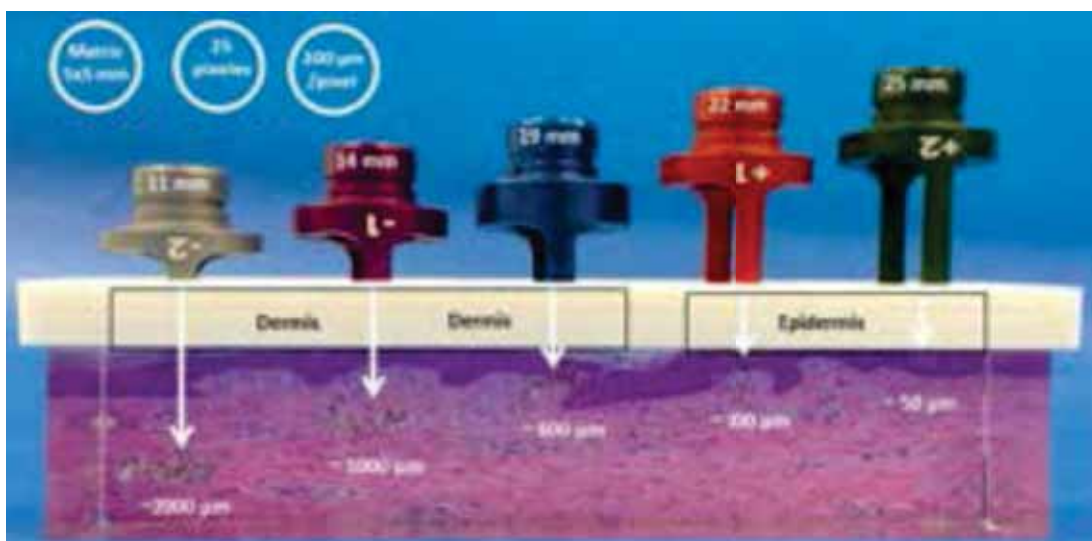
La medicina estética de hoy en día nos exige el mejor resultado con el mínimo tiempo de incapacitación posible, y todo ello combinado con una mínima presencia de efectos adversos.

Tecnologías como el **láser Q-Switched Nd:YAG 1064nm fraccional no ablativo** han ocupado un lugar relevante en el tensado y mejora de la calidad y aspecto de la piel de nuestros pacientes, siendo posible incluso en áreas más complejas a tratar, como la zona de la ojera o el cuello.

La posibilidad que nos ofrece este sistema fraccional no ablativo mediante la emisión de pulsos de nanosegundos con altos picos de energía nos permite alcanzar la dermis papilar y/o reticular¹ sin generar daño a la epidermis. El láser se emite en una matriz de 25 pixel dejando zonas de piel intactas entre ellos, a partir de éstas se producirá una rápida recuperación y remodelación del tejido².

Diversos estudios y presentaciones científicas nos permiten afirmar que, tanto ecográfica como histológicamente, se pueden constatar los cambios generados por el láser, sin olvidar el alto grado de satisfacción de los pacientes con los resultados obtenidos.

Al conocer la tecnología y sus aplicaciones decidimos cambiar el diseño de aplicación del mismo, a fin de optimizar los resultados de los diversos tratamientos; tras lo cual y en nuestra experiencia, podemos concluir que es



una forma segura de tratar, obteniendo grandes resultados, en todo tipo de pieles y cualquier zona cutánea con fotoenvejecimiento o elastosis, ofreciendo **mínimo** tiempo de recuperación de la piel, con escasas o nulas molestias y permitiendo al paciente incorporarse a su vida cotidiana de manera inmediata.

BIBLIOGRAFÍA

"Fractional QSW laser for treatment of photoaged and photodamaged skin" Dr. Michael H. Gold, M.D., Whitney Sensing, CCRP, and Julie Biron Tennessee Clinical Research Center, Nashville, TN. Journal of Cosmetic and Laser Therapy, 2013; Early Online: 1-8

"Fractional, nonablative Q-switched 1,064-nm neodymium YAG laser to rejuvenate photoaged skin: a pilot case series".Luebberding S, Alexiades-Armenakas MR Dermatology and Laser Surgery Center, New York, NY, USA. Journal of Drugs in Dermatology : JDD [2012, 11(11):1300-1304]

Mesa 2. Hilos: actualización después de cuatro años



Revisión actualizada de técnicas y tratamientos con hilos de bioestimulación

Dr. Justo Alcolea
Clínica Alcolea (Barcelona)

En nuestro país se realizan numerosos tratamientos mediante hilos de diversos tipos, en solitario o asociados a otros procedimientos, cuya finalidad es el rejuvenecimiento facial y/o corporal. Sin embargo, los estudios clínicos relevantes sobre técnicas y procedimientos son relativamente escasos.

El objetivo del presente estudio es revisar las técnicas y tratamientos con hilos, teniendo en cuenta la satisfacción de los pacientes, la tasa de complicaciones asociada a su empleo, la duración de los resultados y el porcentaje de pacientes que precisarán de una nueva intervención tras el fracaso de la técnica empleada.

La mayoría de los estudios consultados tienen un período de seguimiento muy variable, de 6 meses a 2 años. Habitualmente las complicaciones suelen ser menores y autolimitadas, salvo algunas excepciones graves. Sin embargo, las tasas de reintervención alcanzan casi al 50% de los pacientes dentro del primer año en estudios bien documentados.

Aunque la idea de realizar un "lifting a la hora de comer" puede ser atractiva, los pacientes deben ser bien informados, a fin de no generar falsas expectativas. El tratamiento con hilos es una técnica mínimamente invasiva, aunqueno sustituye a la ritidectomía clásica.

Más allá de los intereses comerciales de algunas publicaciones sobre los magníficos resultados que se obtienen con el uso exclusivo de hilos, los médicos necesitan estudios bien diseñados, capaces de evaluar fielmente cada tratamiento realizado con diferentes tipos de hilos y diversas técnicas aplicadas. Los efectos adversos, las complicaciones y la reintervención deben ser bien estudiados.

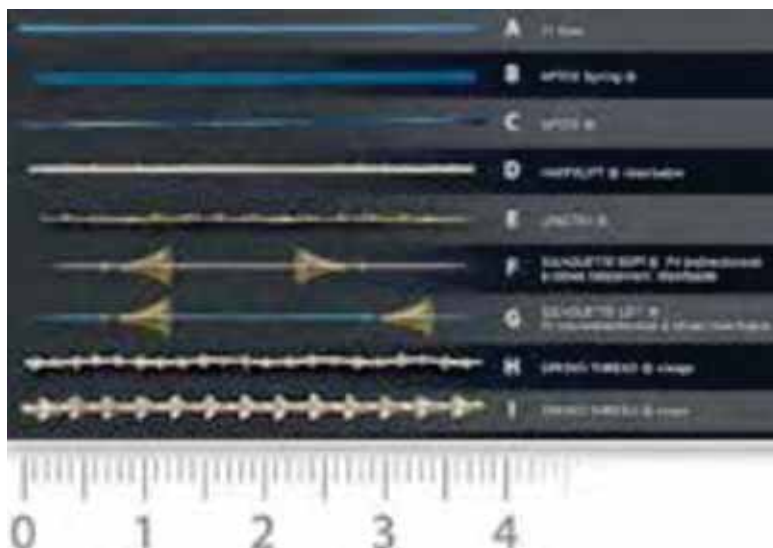


Figura 1. Diferentes tipos de hilos para el tratamiento del descolgamiento facial o corporal



Figura 2. A: Giro de la aguja Demax para realizar el primer anclaje. B: Al retornar, la aguja sale con la sutura por la incisión cefálica. C: La aguja en gancho ingresa hasta el perostio para pasar la sutura en el segundo anclaje. C: Detalle de los dos extremos de las suturas antes de proceder a hacer el nudo para tensar la zona de ptosis.



Figura 4. Mujer de 57 años, fototipo II, tratada con hilos de ácido poliláctico. A: antes del tratamiento. B: Un mes después.



Figura 3. Mujer de 47 años, fototipo III, tratada con hilos de sustentación según la técnica de Flórez y Trelles. A: antes del tratamiento. B: 24 horas después de la cirugía. C: Tras aplicar maquillaje de camuflaje.

BIBLIOGRAFÍA

1. Suh DH, Jang HW, Lee SJ, Lee WS, Ryu HJ. Outcomes of polydioxanone knotless thread lifting for facial rejuvenation. *Dermatol Surg*. 2015; 41(6):720-5.
2. Park TH, Seo SW, Whang KW. Facial rejuvenation with fine-barbed threads: the simple Miz lift. *Aesthetic Plast Surg*. 2014; 38(1):69-74.
3. Sulamanidze M, Sulamanidze G, Vozvidzhensky I, Sulamanidze C. Avoiding complications with Aptos sutures. *AesthtSurg J*. 2011; 31(8):863-73.
4. Garvey PB, Ricciardelli EJ, Gampper T. Outcomes in threadlift for facial rejuvenation. *Ann Plast Surg*. 2009; 62(5):482-5.
5. Atiyeh BS, Dibo SA, Costagliola M, Hayek SN. Barbed sutures "lunch time" lifting: evidence-based efficacy. *J CosmetDermatol*. 2010 Jun; 9(2):132-41.
6. Amuso D, Amore R, Iorio EL, Dolcemascolo R, Bonetti L, Leonardi V. Histological evaluation of a bio-revitalisation treatment with PDO wires. *Aesthetic Medicine*. 2015; 1(3):111-7.
7. Consiglio F, Pizzamiglio R, Parodi PC et al. Sutures with resorbable cones: histology and physico-mechanical features. *AesthetSurg J*. 2016; 36(2): NP122-7.

Dirección para correspondencia:

Justo M. Alcolea López
Plza. Ibiza 4, entlo. 3ª - 08906 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)
jmalcolea@clinicaalcolea.com

Técnica de piolet para la colocación de hilos tensores en abdomen y glúteos



Dr. Moisés Rodríguez Abascal
Director de la Clínica Estética Abascal (Sevilla)

Los hilos de sustentación buscan reposicionar los tejidos que, con el paso de los años, por la acción de la flacidez cutánea y los cambios en la distribución del tejido adiposo, se provoca la típica alteración que en el proceso de envejecimiento, se caracteriza por un aspecto caído y relajado.

La utilización de hilos en medicina estética es una práctica que desde el principio de su uso sufre vaivenes, ligados muchas veces al desarrollo de su comercialización. Pero han demostrado ser un tratamiento seguro y efectivo, que mediante la formación de fibras de colágeno mejora la tersura de la piel.

Existe una destacada diferencia entre la técnica oriental que utiliza un número de hilos mucho mayor y donde la dirección de los hilos es oblicua a la superficie de la piel. Los hilos se solapan unos con otros, de tal manera que en un corte transversal aparecerían varios hilos a distintas profundidades. Y la técnica occidental, donde se recurre a un menor número de hilos, y la dirección de éstos es paralela a la superficie de la piel y en un plano subdérmico superficial, siguiendo un diseño vectorial.

Por tanto, al introducir un hilo, estamos creando una línea de tensión, que podemos comparar con las cuerdas que mantienen la forma de una cúpula inflable. Pero esa línea de tensión no tira en un solo sentido, sino que ejerce la tensión en las dos direcciones, hacia los dos extremos.

Cuando utilizamos los hilos de PDO a nivel corporal, sobre todo a nivel abdominal y en glúteos, nos encontramos que necesitamos más tensión en dirección ascendente, y no tanta en dirección caudal para no marcar la ptosis del tejido. Por ello desarrollamos esta técnica, para intentar que la fijación a nivel superior sea más efectiva y por tanto el efecto tensor tenga una dirección ascendente.

Con el nombre de "piolet" queremos hacer hincapié en que lo que obtenemos con esta técnica es un anclaje craneal, que nos permite corregir de forma moderada la ptosis que a menudo se presenta en la zona abdominal y glútea.

Se basa en mezclar las técnicas oriental y occidental, hacer un trayecto final oblicuo con el hilo para buscar una formación de colágeno más profunda que lo ancle a la fascia, o lo más cercano a ésta. Consiste en cambiar a un plano más profundo la aguja cuando se llevan introducidos unos 2/3 de la misma, para lo que es preferible contar con un hilo largo y una aguja suficientemente flexible.

Con ello perseguimos estimular, en el polo superior del hilo, la fibrosis en profundidad y creemos que es ideal para tratar abdomen y glúteos, donde es importante contar con un anclaje superior. Finalmente mostraremos un pequeño vídeo, para una mejor comprensión de la técnica, y nuestros resultados.

Técnica del puente atirantado: cómo sacar el máximo partido a mi tratamiento con hilos



Dr. Eduardo de Frutos

Director de Kalos Medicina Estética (Talavera de la Reina, Toledo)

Cada vez hablamos más de la importancia de tratar la flacidez antes que las arrugas, y uno de los grandes retos de la medicina estética actual ya no es sólo quitar arrugas, sino reposicionar y elevar los tejidos que se rinden ante la gravedad. Aplicado a la estética facial, hemos discutido mucho sobre las distintas técnicas de "vectorización" cutánea.

Entre los distintos materiales que podemos usar para realizar esta vectorización, contamos ya con un pequeño arsenal de "inductores de colágeno", aunque los que más repercusión mediática han tenido han sido los hilos tensores, en sus diferentes versiones.

Sin embargo, ¿cuál es el significado real de un vector? ¿Estamos usando correctamente el término? ¿Qué podemos aprender de ingenieros y arquitectos que trabajan a diario con estos conceptos matemáticos?

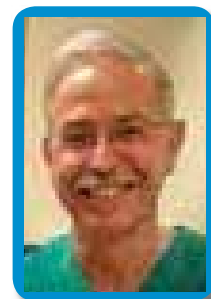
Desde hace casi dos siglos, arquitectos e ingenieros construyen estructuras ligeras y puentes atirantados suspendidos de cables tensores que soportan grandes cargas de tracción, de igual forma que los médicos estéticos tratamos de elevar tejidos mediante la inducción de nuevas fibras de colágeno o mediante el implante de hilos y rellenos.

Los puentes atirantados pueden parecer muy parecidos a los colgantes, pero no lo son. En los puentes atirantados, las cargas, se transmiten al pilar central a través de los cables. Los cables son meramente para direccionar la carga soportada hasta un punto de anclaje.

De la misma manera, cuando trabajamos con hilos tensores para vencer la flacidez cutánea, hemos de buscar estructuras firmes que sean capaces de soportar la carga que estamos tratando.

Técnica de pseudoanclaje para suspensión facial (Tejero-Gil)

Dr. Eduardo Gil
Director de Clínica Comyce (Albacete)



Desde la aparición de los hilos PDO para el tratamiento tanto de la flacidez facial como corporal, tanto el grosor, las características como las técnicas de aplicación han sufrido considerables variaciones, en pro de mejorar la eficacia y la permanencia en el tiempo del efecto conseguido.

Comenzamos implantando 20, 30, 50... hilos monofilamento buscando realizar un mallado, sobre el que la proliferación de colágeno permitiese lograr un armazón que sujetase los tejidos. Con la aparición de los hilos espiculados, pretendíamos además lograr ese efecto lifting que desde un principio se buscaba.

La técnica que presentaremos en las IX Jornadas de ME de la AMECLM, y que hemos desarrollado junto con la Dra. Paloma Tejero, es un paso más en esta dirección.

Empleamos hilos denominados COG, con espículas mono o bidireccionales, con conos o los últimos presentados: COG 3D, con espículas en 360° alrededor del hilo. El grosor suele ser 1-0 y el método de implantación, con cánula 19G de 100 mm.

Como veremos en los vídeos, con esta técnica se consiguen muy buenos resultados con tan sólo dos hilos por lado, aunque en caso necesario puede emplearse alguno más.

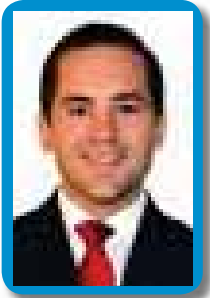
Se realiza a través de un punto de entrada realizado con aguja 18G, previo habón anestésico, y también puede aplicarse anestesia tópica tipo EMLA en el resto de la cara. Se aplicará frío local al terminar y, en nuestro caso, pautamos tratamiento antibiótico con Azitromicina durante tres días.



Antes

Inmediato posterior

Mesa 3.
Debates



Evaluación médico-estética del paciente con disarmonía facial

Dr. Blas García

Cirujano oral y maxilofacial. Clínica IFEM (Córdoba y Santa Cruz de Tenerife)

Las disarmonías faciales constituyen un grupo de patologías muy heterogéneo que afectan al macizo facial y en algunos casos a las estructuras blandas de la cara. Aproximadamente un 15-20% de la población tiene algún tipo de disarmonía facial. El objetivo de esta ponencia es presentar los distintos tipos de disarmonías faciales más frecuentes, cómo diagnosticarlas y cómo realizar un abordaje adecuado de las mismas.

Dentro de este grupo de patologías, destacan dos grandes grupos: aquéllas que están presentes desde el nacimiento (congénitas) o aquéllas que ocurren durante el crecimiento del esqueleto facial y que suelen cesar cuando el desarrollo ha concluido. Entre las primeras destaca el labio y paladar hendido o la microsomía hemifacial, y entre las segundas las derivadas de traumatismos faciales durante la infancia con la hiperplasia condílea, o aquéllas denominadas como anomalías del desarrollo que afectan principalmente a los maxilares, como la protusión mandibular, la retrognatía, etc.

Todas estas patologías requieren de un análisis exhaustivo y un diagnóstico acertado, además de un plan de tratamiento multidisciplinar que involucra a cirujanos maxilofaciales, médicos estéticos, ortodoncistas, etc.

La evaluación médico-estética de estos pacientes debe pretender definir las proporciones faciales, restaurar las alteraciones volumétricas y conseguir una simetría facial, para lo cual existen numerosas opciones de tratamiento que deben ser consensuadas entre todos los especialistas involucrados en el tratamiento de cada paciente.

De entre las opciones de tratamientos médicos con finalidad estética, destacan aquéllas que restauran las asimetría facial jugando con los volúmenes que aportan los distintos tipos de fillers, como el ácido hialurónico o el lipofilling entre otros. Las estructuras afectadas en las disarmonías suelen ser múltiples, viéndose afectados frecuentemente los labios, mejillas, nariz, mentón, la frente, etc.

Un correcto abordaje de estos pacientes determina mejoras estéticas y emocionales muy importantes, que contribuyen a una adecuada inserción del paciente en su entorno social y familiar en un rango de edad de alta vulnerabilidad, como es la infancia.

Caso: Paciente de 38 años con síndrome de Romberg o atrofia hemifacial progresiva de 22 años de evolución, que afecta a la hemicara izquierda. Fue tratada mediante la inyección profunda de 86 cc de grasa autóloga con un resultado excelente.



Foto izquierda: antes de la infiltración. Foto derecha: seis meses después de la infiltración.

Dermofine: fenol combinado

Mesa 4. Peeling o láser

Dr. José Miguel Casanova

Director médico de Crioshape Technologies, Medikalight y New Derm (Barcelona)



Dermofine es la combinación de un peeling químico de fenol con una dermoabrasión manual con papel de lija. Debido a la gran cantidad de formulaciones, pero sobre todo al riesgo de cicatrización hipertrófica en el labio superior, que se elevaba al 10% sin saber muchas veces el motivo, decidí utilizar el fenol no como peeling químico, sino como anestésico y edematizante de la zona, para la realización de una perfecta dermoabrasión manual. Otros autores lo hacían la revés: primero dermoabrasión y posteriormente peelings de TCA, con el consiguiente riesgo de cicatrización hipertrófica.

¿Por qué utilizamos fenol previamente a la abrasión? El fenol actúa como anestésico, provocando la destrucción de las terminaciones sensitivas de los nervios cutáneos, así como un efecto edematizante que nos facilita la dermoabrasión.

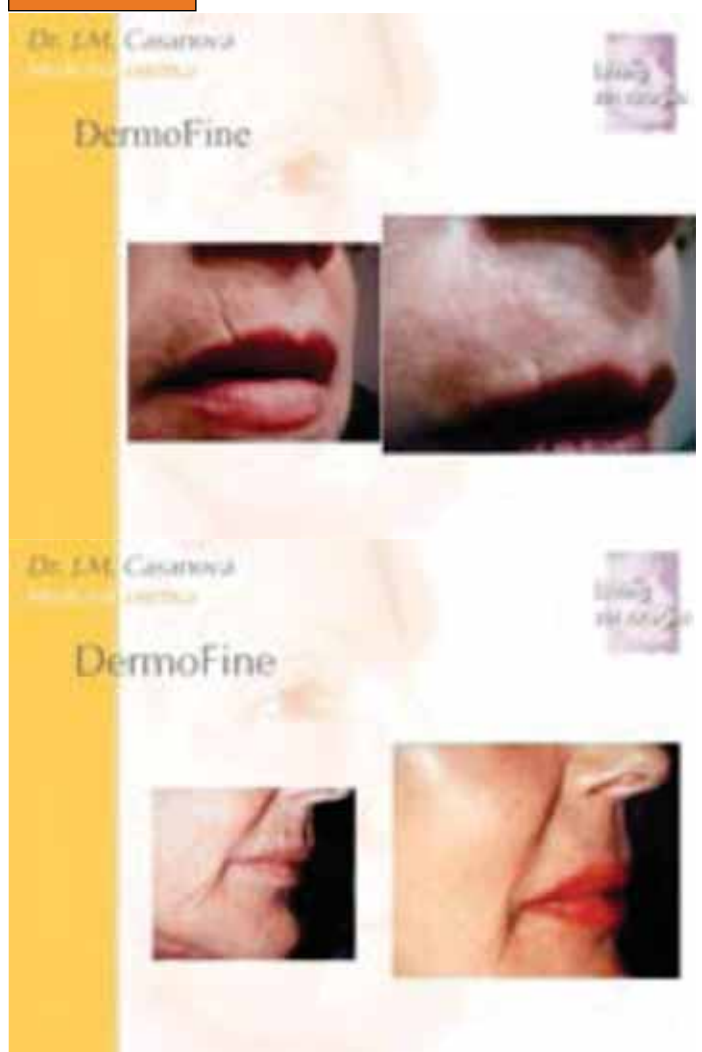
La combinación de fenol y dermoabrasión manual hace que el post-operatorio sea menos doloroso. Las características del sistema Dermofine son:

- Una sola sesión
- Sin cirugía
- Resultados espectaculares
- Totalmente ambulatorio

MATERIAL



RESULTADOS



Bioestimulación con peelings



Dr. Víctor José Jesús García Guevara

Presidente de la Sociedad Científica Venezolana de Medicina Estética y vicepresidente de la Union Internationale de Medecine Esthetic

La bioestimulación puede ser física, mecánica, química o fisiológica y consiste en el efecto que produce sobre el organismo la acción de estímulos que aumentan la actividad en las células y tejidos, en nuestro caso aceleran los procesos de reparación y restructuración cutánea. Un peeling químico produce dos efectos sobre la piel: un efecto directo o primario que llevará a la exfoliación de distintas capas dependiendo de la profundidad alcanzada, y una acción bioquímica y bioestimulante, produciendo un efecto trófico. El efecto bioestimulante y trófico-tisular proporciona principalmente un incremento del metabolismo celular y, a través de ello, la estimulación de las cualidades específicas de cada grupo celular según el tejido, mitosis y proliferación en el caso de la epidermis, y síntesis proteica en el caso del fibroblasto.

Este efecto se lleva a cabo por la estimulación de citoquinas que es generado por un proceso de inflamación controlada. Se han llevado a cabo investigaciones científicas mediante las cuales se ha podido demostrar que los mecanismos de proliferación epidérmica inducida por los ácidos contenidos en los peelings son una respuesta mediada a través de la liberación de factores de crecimiento desde los queratinocitos basales, debido a la elevación local de hidrogeniones (H⁺). De la misma manera se ha involucrado el sistema de respuesta al estrés de la piel, mediado por varias hormonas, siendo activado para restringir el daño a los tejidos y restaurar la homeostasis local, donde la actividad de proopiomelanocortina es manejada a través de la estimulación realizada por factores de crecimiento.

Los peelings pueden tener efecto positivo sobre la textura y brillo de la piel, sobre las pigmentaciones e inclusive sobre la fotocarcinogénesis. Todos los cambios ultraestructurales van correspondiéndose a la estimulación producida sobre el conjunto celular. Tal como está demostrado a través de ensayos clínicos, se mejora la regularidad del estrato córneo y disminuyen las vacuolas intracitoplasmáticas de los queratinocitos, con un aumento de las fibras elásticas y de colágeno a nivel de la dermis.

En la actualidad, se disponen de nuevos activos, así como de una mayor comprensión de los ingredientes ácidos habituales de los peelings, lo que permite manejar concentraciones, adiciones, potenciaciones y estructuras química, que permiten un gran cambio bioquímico celular, restringiendo el daño que se puede inducir sobre la piel. Por ello, de igual forma, se posibilita la utilización de peelings en pieles étnicas con mayor seguridad, limitando los posibles efectos indeseables.

El lipohidroxiácido (LHA) proporciona una exfoliación eficaz a bajas concentraciones, actúa como antibacteriano, anti-inflamatorio, antifúngico, y tiene propiedades anticomedogénicas. Posee un pH similar a la piel normal (pH 5,5) y ha demostrado ser muy tolerable, no requiriendo neutralización. Produce un recambio natural de la epidermis, aumenta entonces el espesor de este tejido sin marcadores de irritación o inflamación. La eficacia del LHA en el fotodaño se demostró en un estudio aleatorio, controlado, comparando LHA (5-10%) con AG (20-50%).

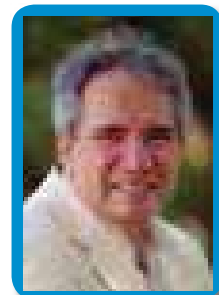
El ácido lactobiónico es un activo que pertenece a la familia de los alfa-hidroxiácidos (AHA), siendo realmente un polihidroxiácido. Este ácido ha demostrado un mejor rendimiento en su capacidad de hidratación y antioxidación, así como una menor irritación que el ácido glicólico. Los productos y peelings que contienen polihidroxiácidos mostraron ser compatible con afroamericanos, caucásicos y piel de hispanos y asiático, con una mejoría significativa de fotoenvejecimiento en estas poblaciones.

En relación al ácido tricloroacético, se debe tener en cuenta que las reacciones de los cloruros de ácidos son sustituciones nucleofílicas. El cloro es expulsado en forma de ion cloruro o de cloruro de hidrógeno, y su lugar lo ocupa algún otro grupo básico. La desprotonación de un ácido carboxílico genera una gran cantidad de hidrogeniones, que en definitiva significará una gran estimulación de factores de crecimiento. El manejo químico del ácido tricloroacético permite conservar este efecto, y aumentarlo, eliminando la actividad coágulo proteica y necrótica, lo que redundará de manera especial en la bioestimulación cutánea. De allí que estas nuevas formulaciones estén representando una gran oportunidad terapéutica para todos los individuos y en especial para las pieles étnicas.

Avances en tecnología láser y fuentes de energía para la bioestimulación cutánea

Dr. Mario Trelles

Instituto Médico Vilafortuny - Fundación Antoni de Gimbernat (Cambrils, Tarragona)



El empleo de la luz como fuente de energía para tratar el envejecimiento de la piel se conoce como fototerapia de rejuvenecimiento o *resurfacing*. Gracias a la luz láser o a la luz producida por lámparas, que emiten en colores particulares (longitudes de onda), los efectos que producen en el tejido revierten los signos del envejecimiento cutáneo y son consecuencia del estímulo terapéutico inflamatorio controlado del tejido. Como consecuencia del mecanismo y desarrollo del efecto térmico que producen estos aparatos, se origina neocolagénesis que tensa la piel y mejora su aspecto, dándole una apariencia más joven.

Existen dos tipos de *resurfacing* para rejuvenecer la piel: el tratamiento denominado ablativo, que emplea la energía de la luz láser, y el no-ablativo que puede realizarse con varios láseres o con aparatos de luz intensa, eficaces para eliminar pigmentaciones superficiales, pequeñas lesiones vasculares y estimular la síntesis de colágeno.

En el caso del *resurfacing* ablativo, se actúa mediante un haz láser que produce una vaporación de la epidermis y de la dermis superficial. Después de este tratamiento se inicia un proceso de reparación y reepitelización, en el que la epidermis es renovada y en la dermis se ejerce un efecto tensor, mejorando los aspectos de flacidez y arrugas cutáneas.

El *resurfacing* no-ablativo se sirve también de la energía láser empleando varios tipos de aparatos o de lámparas de luz intensa. Los disparos en pulsos de foto-energía al interactuar con la piel, consiguen efectos de rejuvenecimiento. Con este tratamiento, por lo general en varias sesiones, es posible mejorar las pequeñas arrugas y también el color, calidad y textura de la piel, pero sin llegar a los resultados que obtienen los *resurfacing* ablativos.

En los tratamientos no ablativos la luz de distintas longitudes de onda puede emplearse por separado o combinarse con otros tratamientos, a fin de complementar y/o reforzar los efectos que cada una de ellos tiene sobre las diferentes dianas del tejido, que tratan de forma *cuasi* selectiva.

En los procedimientos ablativos se ha cuestionado el tiempo que toma la recuperación del edema y el eritema post-tratamiento, así como los riesgos de hiper o hipopigmentación que pueden aparecer como complicaciones. Pero, por otra parte, los *resurfacing* no-ablativos sólo logran resultados que difícilmente satisfacen a los pacientes y se precisan por lo general varias sesiones de tratamiento. Frente a estos inconvenientes, una oferta alternativa actual son los tratamientos fraccionales realizados con láser. Comparativamente, la relación eficacia-inconvenientes es muy favorable con estas técnicas. Los tratamientos fraccionales mejoran de forma efectiva las arrugas y rejuvenecen la piel.

Las técnicas con láseres fraccionales logran formación de nuevo colágeno, y su eficacia contra los signos del envejecimiento cutáneo se relaciona con el número de sesiones de tratamiento, la fluencia y la densidad de los "spots" de impacto del láser y/o la energía depositada sobre la piel en cada disparo.

Dentro de la gama de láseres ablativos, el láser fraccional de Er:YAG es de relativa fácil operatividad y aporta resultados que son bien acogidos por los pacientes, que manifiestan altos índices de satisfacción con la mejoría que obtienen.

Si tomamos como ejemplo la tecnología *Spatially Modulated Ablation*® (SMA), que emplea un sofisticado dispositivo de ópticas que se acoplan al láser de Er:YAG, se consigue que el haz láser de salida se divida en 10.000 micro haces por cm², que pueden programarse para emisión en diferentes energías. Los múltiples micro haces producen una ablación muy controlada de la epidermis, sin lesionar el tejido vecino y sin dejar depósitos térmicos altamente inflamatorios. El tratamiento de fina ablación de SMA se realiza sin necesidad de anestesia y puede aplicarse en pieles oscuras. Los efectos que se observan en la dermis no son de tipo térmico, sino que se deben a los impactos de alta densidad de energía que se descargan sobre la superficie de la piel. Los haces al tocar la epidermis no solo producen una micro ablación epidérmica, sino que originan ondas de resonancia que al interaccionar entre ellas empujan y desplazan las fibras en dermis. A los microtraumas que se producen en el tejido sigue un proceso de reparación de evolución rápida, por la ausencia de efectos térmicos y que se traduce no solo la renovación de unas pocas capas de células de la epidermis, sino también en la formación de nuevo colágeno que tensa la piel, con práctica ausencia de complicaciones.

Actualmente la variada oferta tecnológica, continuamente en desarrollo, se justifica por la evidencia clínica que de acuerdo a los resultados indica que aún nos encontramos cerca de la "perfección terapéutica". Un tratamiento debe ser efectivo, seguro y posible de repetir y que, a la vez, consiga cambios evidentes desde la primera sesión sin comprometer la actividad del paciente.

Por otra parte, la conjugación de tratamientos empleando varios sistemas es atractiva y se impone categóricamente como una excelente opción. Por ejemplo, la combinación de la energía eléctrica de la radio frecuencia (RF),

liberada sobre la piel por finos electrodos en forma de agujas (modo pixelado), resulta de ayuda para abrir “canales” microscópicos en la epidermis que facilitan la administración transepidérmica de principios activos, como dermo-cosméticos. El efecto de los ultrasonidos empleados a continuación de la RF pixelada ayudan “empujando” los productos hacia la dermis. Los resultados con esta combinación de técnicas son favorables, consiguiendo mayores evidencias de mejoría de la piel en pocas sesiones, y con muy baja morbilidad.

Las ventajas y desventajas que ofrece cada uno de los sistemas empleados para rejuvenecer la piel deben considerarse individualmente, teniendo en cuenta las características del paciente y sus expectativas. La evaluación del candidato para un determinado tratamiento, número de sesiones, costos, seguridad y disposición de cooperación del paciente son primordiales.

Mesa 7. La seguridad en medicina estética



Precaución y actuación ante un pinchazo accidental en medicina estética

Dra. Cristina Núñez

Médico del trabajo y médico estético. Directora médica de Clínica Áureo (Palma de Mallorca)

Resumen

El riesgo biológico es sin duda el más frecuente para el personal sanitario. La exposición constante a fluidos corporales por parte de los trabajadores de este sector y la manipulación habitual de objetos cortantes o punzantes, hacen que sea primordial pautar un protocolo de actuación ante un accidente laboral con exposición percutánea a material contaminado.

La prevención para cualquier tipo de riesgo laboral pasa por dos niveles: prevención primaria y prevención secundaria. Aquella realmente eficaz y eficiente, porque nos va a evitar un elevado coste económico y emocional, será la prevención primaria. Por eso es muy importante insistir en una correcta formación e información de los trabajadores en las normas que servirán para evitar el accidente biológico. Estas normas no son otras que las precauciones universales pautadas por el Center for Disease Control de EEUU, las cuales son aceptadas por todo el mundo al haber demostrado su efectividad a pesar de su sencillez.

Cuando falla la prevención primaria y se produce el accidente biológico, ya sea por pinchazo o por salpicadura, debemos considerarlo una urgencia médica que requiere una actuación inmediata. Las patologías infecciosas a las que se ve sometido un trabajador que sufre una exposición percutánea son víricas: hepatitis B, hepatitis C y VIH. La actuación inmediata post accidente va a ser primordial, pero además después deberemos realizar una profilaxis postexposición específica para cada una de estas enfermedades. Además el seguimiento posterior en los plazos adecuados será decisivo para una temprana detección y tratamiento de la enfermedad si es que ocurre. Un aspecto importantísimo será conocer el estado inmunológico de cada trabajador, puesto que el riesgo de contagio de alguna enfermedad se elimina totalmente con una vacunación adecuada previa.

Introducción

El riesgo biológico es sin duda el más frecuente entre los riesgos laborales del personal sanitario y uno de los más estudiados. Las enfermedades infecciosas más importantes, y a las que durante su práctica habitual se ven expuestos los profesionales sanitarios con mayor frecuencia, son las de etiología vírica y destacan el virus de la hepatitis B (VHB), el virus de la hepatitis C (VHC) y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (1-3).

En cuanto al VIH cabe destacar que el número de contagios anuales está cifrado en dos millones según la Agencia de Naciones Unidas contra el Sida (ONUSIDA 2015), una parte de estas nuevas infecciones se corresponden a inoculaciones en el ámbito laboral. El grupo de estudios de Sida (GeSIDA), junto a la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST) y otras asociaciones, elaboran un Documento de Consenso sobre Profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con VIH, VHB y VHC; este documento, que se actualiza cada dos años, servirá de guía para elaborar el protocolo de actuación tras una exposición accidental a sangre o fluidos (4).

Definiciones y conceptos

Accidente biológico: Es el contacto con un fluido potencialmente infectante por vía parenteral, ya sea a través de lesión percutánea, por piel no intacta o por membranas mucosas como las de boca y ojos. Será ocupacional o laboral cuando ocurra como consecuencia de la realización de un trabajo y pueda suponer riesgo de infección para el trabajador (4).

Fluido potencialmente infectante: Se consideran potencialmente infecciosos fluidos tales como sangre, semen, secreciones vaginales, leche materna, líquido cefalorraquídeo, pleural, peritoneal, pericárdico, amniótico y sinovial. No se consideran infecciosos el sudor, el esputo, la orina, las heces, el vómito, las secreciones nasales, la saliva ni las lágrimas; a menos que tengan sangre visible (4).

Virus de transmisión parenteral: Son aquellos que pueden estar presentes en la sangre humana y que son capaces de ocasionar enfermedad en humanos. Dentro de estos agentes se incluyen, entre otros, el VIH, el VHB y el VHC (4).

Prevención del accidente biológico

La prevención será a dos niveles: primaria antes de que ocurra el accidente y secundaria cuando ya ha ocurrido. La que realmente es eficaz, tanto a nivel económico como en términos de salud física y emocional, es la prevención primaria: que no llegue a tener lugar el pinchazo accidental.

Prevención primaria: Precauciones Universales. Consiste desde hace años en las Precauciones Universales descritas por el CDC en 1970. Una revisión de 1996 las divide en Precauciones Estándar para todos los pacientes y otras específicas, a raíz de que se constata que el VIH se puede transmitir a trabajadores sanitarios sin estar el enfermo diagnosticado (5). Deben aplicarse ante todo paciente, sin considerar su diagnóstico, en el que pueda haber contacto con sangre, fluidos corporales, piel no íntegra o membranas mucosas (6). Las más importantes y que vamos a tratar aquí son:

1. Higiene de manos

El lavado de manos debe realizarse antes y después de cada procedimiento aun usando guantes. Se realiza mediante solución hidroalcohólica de forma habitual y con agua y jabón únicamente cuando las manos están visiblemente sucias, durante unos 20 segundos y lavando todos los dedos insistiendo en las uñas.

Otros aspectos a considerar son:

- No usar joyas o anillos ni llevar las uñas esmaltadas
- Cubrir las heridas con apósitos impermeables
- No usar crema antes ni durante la jornada laboral, sólo al finalizar

2. Uso de elementos de barrera (EPIs: equipos de protección individual)

Bata. Protección ante salpicaduras. Doble bata o delantal de plástico cuando se prevén grandes cantidades de sangre (partos, politraumatizados...)

Mascarilla. Sólo cuando se prevé salpicadura de fluidos a mucosa oral y en el caso de infecciones respiratorias. Broncoaspiraciones, endoscopias, intubaciones.

Gafas oculares. Cuando se prevén salpicaduras a la mucosa ocular.

Guantes: Los más importantes. Evidentemente no evitan el pinchazo accidental pero puede reducir hasta un 50% el volumen de sangre transferida, y la cantidad de sangre inoculada es uno de los factores que más influyen en el riesgo de contagio. Debemos usarlos cuando se prevea:

- Contacto con piel no íntegra o mucosa
- Manejo de sangre o fluidos biológicos
- Manejo de material, objetos o superficies contaminadas
- Cualquier procedimiento invasivo

3. Manejo correcto de objetos cortantes o punzantes.

Las agujas nunca deben ser reencapuchadas o manipuladas, para separarlas hay que utilizar el sistema de separación del contenedor. Deben ser desechadas en envases rígidos resistentes a la punción que deben estar situados en la zona donde se realiza el procedimiento (acceso inmediato al contenedor) y éste nunca debe llenarse más de tres cuartos de su capacidad.

El personal que maneja el instrumento punzante es quien debe deshacerse de él y nunca dejarlo en una superficie. ¡El responsable de un material punzante es quién lo utiliza!

4. Desinfección y esterilización adecuadas.

Hay que realizar una limpieza previa de todo el material que va a ser esterilizado para eliminar sangre, fluidos o restos adheridos a su superficie.

5. Eliminación apropiada de residuos.

Residuos no cortantes o punzantes en bolsas de plástico.

Punzantes o cortantes en contenedores rígidos.

Prevención Secundaria: Actuación ante un accidente biológico

ACTUACIÓN INMEDIATA

1. Ante herida cutánea (por punción o corte) o antesalpicadura a piel no íntegra (4):

- a) Retirar objeto y desechar en contenedor
- b) Lavar con agua y jabón, dejar que fluya la sangre durante 2-3 minutos. No exprimir la herida para extracción de sangre porque produce hiperemia que puede aumentar el riesgo de adquirir infección
- c) Desinfectar con antiséptico (povidona yodada, gluconato de clohexidina)
- d) Cubrir con un apósito impermeable

2. Ante salpicadura a mucosa (4):

Lavado con agua abundante o suero fisiológico durante unos 10 minutos. Nunca deben usarse otros productos (lejía por ejemplo).

ACTUACIÓN POSTERIOR

Es una urgencia médica que debe recibir asistencia inmediata. El trabajador debe acudir a salud laboral, servicio de prevención de riesgos, mutua de accidentes, etc.

El riesgo de transmisión será para VHB, VHC y VIH (1), y depende de múltiples factores, entre otros del tipo de fluido inoculado.

Debemos conocer el estado serológico del paciente fuente, si no lo conocemos se le realizará extracción sanguínea inmediata previo consentimiento informado (7) (si el paciente no da su consentimiento debe considerarse positivo para estos virus (7,8)). Se debe remitir la muestra lo más rápido posible a microbiología para que determine AgHBs, AcVHC (si es positivo determinar carga viral) y AcVIH (si es positivo determinar carga viral). La determinación serológica debe ser realizada en el plazo de tiempo más breve posible y la del VIH en un plazo máximo de 2 horas (siempre con carácter de urgencia). La del VHB en 48 horas máximo (4).

Al trabajador/sanitario que ha sufrido el accidente no será necesario sacarle sangre a no ser que la fuente sea positiva para alguno de los virus analizados.

Profilaxis post exposición y riesgo de transmisión

VHC

Riesgo de transmisión. El VHC no se transmite de manera eficaz a través de exposición laboral, la incidencia media de seroconversión después de un contacto con sangre de un paciente VHC positivo es de 1.8% (9) (con un rango de 0% al 7%) y es muy rara la transmisión a través de membranas mucosas.

Profilaxis postexposición. No existe una profilaxis efectiva frente al VHC, ya que se ha visto que para que el tratamiento sea eficaz debe existir ya una infección instaurada (4).

Seguimiento. Se debe realizar control serológico de AcVHC y transaminasas hepáticas a las 6 semanas, 3 meses y 6 meses del accidente biológico (1,4). En estos trabajadores es muy importante el seguimiento para poder diagnosticar cuanto antes una infección aguda por VHC, en cuyo caso el tratamiento puede ser más eficaz (4).

VHB

Riesgo de transmisión. Es la de mayor riesgo. El riesgo de transmisión en una exposición percutánea a sangre contaminada por VHB es de un 30% si el paciente es AgHBs y AgHBe positivo y menor del 6% si es AgHBe negativo (10).

Profilaxis postexposición. La profilaxis post exposición variará según el estado vacunal del trabajador (11):

Trabajador no vacunado o con AchBs inferiores a 10 UI/ml. Ante accidente con fuente positiva para VHB se procederá a iniciar pauta de vacunación (3 dosis: 0, 1 mes, 6 meses) y se administrará Ig específica (IgHB) antes de 24 horas. La administración es simultánea en diferente zona.

Trabajador correctamente vacunado y con valores mayores a 10UI/ml de AchBs. No se debe realizar ninguna acción.

Seguimiento. Debemos completar la pauta vacunal con una segunda dosis al mes y una tercera a los 6 meses. Se realizará determinación de AchBs al mes y medio de haber concluido vacunación para constatar la inmunización correcta. Determinaremos la serología para el VHB a las 6 semanas, 3 y 6 meses (1,4).

VIH

Riesgo de transmisión. El riesgo de transmisión del VIH en trabajadores sanitarios por exposición percutánea a sangre se ha estimado en un 0.3% (IC95%: 0.2 a 0.5%), lo que supone 3 infecciones de cada 1000 incidentes (10). El riesgo tras exposición de mucosas a sangre se reduce al 0.09% (IC95: 0.006 a 0.05%), siendo aún menor cuando el contacto es con piel no íntegra (12).

No se ha cuantificado el riesgo de transmisión después de una exposición a otros fluidos o tejidos, pero cabe esperar que sea considerablemente menor al del contacto con sangre (4).

El riesgo de transmisión depende de múltiples factores (4):

- Situación serológica del trabajador
- Tipo de exposición: la percutánea es más eficiente que la exposición a mucosas
- Cantidad de virus presente en el inóculo: la exposición a elevadas cargas se asocia a mayor riesgo por lo que existe más peligro en fases agudas o avanzadas y si no existe TAR(13). Pero una carga viral indetectable no elimina por completo el riesgo de transmisión aunque si lo hace muy improbable(12)
- Tiempo transcurrido desde la exposición (4)
- Profundidad del pinchazo: cuanto mayor profundidad mayor será el riesgo (4)
- Tipo de material: mayor riesgo con aguja hueca que con aguja maciza o bisturí. Y a mayor diámetro (8)
- Tipo de fluido: el mayor riesgo será por sangre visible en el dispositivo (8)
- Factores barrera: guante disminuye un 50% el volumen inyectado. Piel intacta es una excelente barrera (4)

Profilaxis postexposición. Frente a un accidente biológico con un VIH positivo o fuente desconocida pero con alta evidencia de que sea positivo, la recomendación de PPE debe ser considerada cuidadosamente debido a los múltiples efectos secundarios. Es recomendable realizar la prueba de embarazo a toda mujer en edad fértil previamente al tratamiento, no se contraindica el tratamiento pero sí varían los fármacos.

Debe iniciarse preferiblemente antes de transcurridas 2 horas tras la exposición (mayor efectividad entre 2 y 6 horas). Si no es posible conocer el resultado de la serología del paciente en ese periodo, puede optarse por iniciar tratamiento y suspenderse en caso de que la fuente sea negativa (4). No iniciaremos la PPE pasadas 72 horas desde el accidente biológico y se desaconseja a partir de las 24-36 horas (8).

Pauta de elección:

1ª Truvada 1compr/24h + Isentress 1/12h (4 semanas) (8,14,15)

2ª Truvada 1compr/24h + Reyataz 1 compr/24h + Norvir 1 compr/24h (4 semanas) (8,14,15)

Truvada 1 compr/24h + Prezista 2 compr/24h + Norvir 1 compr/24h (4 semanas) (8,14,15)

A pesar de que Raltegravir (Isentress) tiene una posología diferente y menos cómoda ha demostrado mejor adherencia y tolerancia y menor riesgo de interacciones (15)

Gestantes:

Combivir 1 compr/12h + Kaletra 2 compr/ 12h (4 semanas)

Es importante la forma de administración (con/sin líquidos, alimentos,...) y la interacción con otros fármacos.

Seguimiento. Control serológico al trabajador de AcVIH a las 4-6 semanas, 3 y 6 meses (1,4).

Previo al tratamiento se debe realizar control de toxicidad con hemograma, función renal y hepática que se repetirá a las 2 y 6 semanas del accidente (4).

BIBLIOGRAFÍA

1. Polo R, Aguirrebengoa K, Vives N, coordinadores. Recomendaciones del SPNS, GESIDA, CEESCAT, SEIP Y AEP sobre profilaxis postexposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PPE_14-01-08.pdf
2. OSHA. Occupational Safety and Health Standards. Bloodborne pathogens. Disponible en: https://www.osha.gov/pls/oshaweb/owadisp.show_document?p_id=10051&p_table=STANDARDS
3. CDC. Workplace Safety & Health Topics. Bloodborne infectious diseases: HIV/AIDS, hepatitis B, hepatitis C. En: <http://www.cdc.gov/niosh/topics/bbp/occupations.html>
4. R, Lozano F, Gonzáles de Castro P, coordinadores. Documento de Consenso sobre Profilaxis postexposición Ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. (Marzo 2015). Disponible en: <http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2015/gesida-guiasclinicas-2015-Profilaxispostexposicion-VIH-VHC-VHB.pdf>



4. R, Lozano F, Gonzáles de Castro P, coordinadores. Documento de Consenso sobre Profilaxis postexposición Ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. (Marzo 2015). Disponible en: <http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2015/gesida-guiasclinicas-2015-Profilaxispostexposicion-VIH-VHC-VHB.pdf>.
5. NTP700: Precauciones para el control de las infecciones en los centros sanitarios. Redactado por Ana Hdez. Calleja. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp_700.pdf
6. CDC. Guideline for infection control in health care personnel, 1998. American Journal of infection control, (26) págs 289-354, 1998. <http://cdc.gov/>
7. Baeten JM, Kahle E, Lingappa JR, et al. Genital HIV-1 RNA predicts risk of heterosexual HIV-1 transmission. *SciTransl Med*. 2011; 3:77ra29.
8. Kuhar DT, Henderson DK, Struble KA, et al. Updated US Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to human immunodeficiency virus and recommendations for postexposure prophylaxis. *Infect Control HospEpidemiol*. 2013; 34: 875-92.
9. Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-related chronic disease. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Recomm Rep*. 1998; 47(RR-19):1-39
10. U.S. Public Health Service. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. *MMWR Recomm Rep*. 2001 Jun 29;50(RR-11):1-52.
11. CDC Guidance for Evaluating Health-Care Personnel for Hepatitis B Virus Protection and for Administering Postexposure Management. *Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports / Vol. 62 / No. 10 December 20, 2013*.
12. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 2011; 365:493-505.
13. Centers for Disease Control and Prevention. Diagnoses of HIV infection in the United States and dependent areas, 2011. *HIV Surveillance Report*. 2014; 23.
14. Berenguer J, Polo R, Rivero A, coordinadores. Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero 2015). Disponible en: <http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2015/gesida-guiasclinicas-2015-tar.pdf>
15. McAllister J, Read P, McNulty A, et al. Raltegravir-emtricitabine-tenofovir as HIV nonoccupational post-exposure prophylaxis in men who have sex with men: safety, tolerability and adherence. *HIV Med*. 2014, 15:13-22.

Complicaciones vasculares de la inyección de fillers

Dra. Sofía Ruiz del Cueto

Codirectora médica de la Clínica Mira + Cueto (Madrid)

El riesgo vascular siempre está presente a la hora de utilizar implantes de relleno. El conocimiento de su fisiopatología, prevención y tratamiento es esencial a la hora de practicar cualquier tipo de tratamiento con materiales de relleno. En esta presentación repasamos estos conceptos así como los últimos protocolos de tratamiento.

En el campo de la prevención es esencial estar adecuadamente formados en la anatomía de la zona, las técnicas más seguras de inyección, los productos más seguros y el tratamiento de las posibles complicaciones. Es importante entender que, a pesar de una técnica depurada las complicaciones vasculares, son siempre posibles y muy graves, desde necrosis más o menos extensa a amaurosis irreversible.

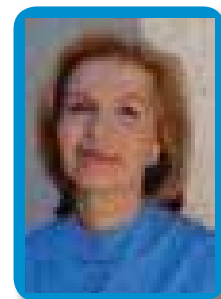
En cuanto al tratamiento revisaremos las terapias consensuadas y las que aun carecen de consenso. Entre las primeras encontramos la hialuronidasa, el masaje, calor local, esteroides y antibióticos. Entre las no consensuadas comentaremos las pastas de nitroglicerina, en AAS, los vasodilatadores periférico, la cámara hiperbárica o las células madre.



Utilización de la hialurodinasa en la consulta de medicina estética. Propuesta de actuación

Dra. Marina Battistella
Médico estético. Clínica Mediestetic (Toledo)

Dra. Paloma Tejero
Directora médica de Clínicas Mediestetic (Toledo)



Introducción:

La hialuronidasa es una enzima soluble que degrada el ácido hialurónico (AH).

El uso de la hialuronidasa en el consultorio del médico estético que realiza tratamientos con rellenos de AH se ha convertido en una necesidad (1).

Objetivo:

Poner al alcance de todos los médicos estéticos la información necesaria sobre hialuronidasa en España para que ésta se convierta en una herramienta habitual, y forme parte del botiquín de urgencias en nuestra consulta diaria. Presentamos una propuesta de protocolo de uso que pueda ser consensuado.

Metodología:

Búsqueda bibliográfica y experiencia de casos clínicos.

Discusión:

Los tratamientos con rellenos de AH son procedimientos estéticos mínimamente invasivos y altamente efectivos. Sin embargo no están carentes de complicaciones, algunas muy severas como la necrosis y ceguera (2), (3)

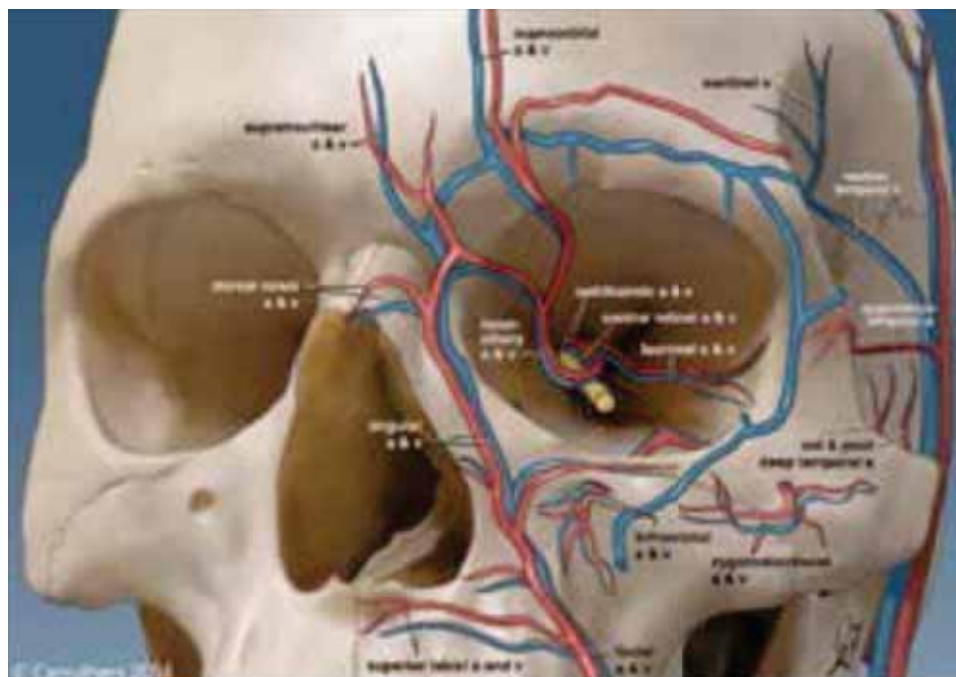
La hialuronidasa es el tratamiento de elección para el manejo de las complicaciones en los tratamientos con ácido hialurónico, pero puede producir reacciones alérgicas, que hay que descartar y conocer. Es necesario estandarizar rangos de dosificación y conocer las diferentes presentaciones comerciales. El médico estético, debe estar familiarizado con su manejo, debe tenerla siempre en el consultorio, ya que en los casos urgentes debemos usarla dentro de las primeras cuatro horas posteriores a la aplicación del AH (4).

Conclusión:

Cada vez se ha hecho más popular el uso de los materiales de relleno y con ello sus complicaciones. Por ende, creemos que el conocimiento sobre el uso y manejo de hialuronidasa es un deber para cada médico que utilice el AH como material de relleno y sugerimos añadirlo al botiquín de primeros auxilios del consultorio. En España puede obtenerse como formulación magistral (5).

Tabla 1

Producto	Laboratorio	Origen	Descripción
Vitraxe	ISTA Pharmaceuticals	Hialuronidasa testicular ovina purificada	Cada vial de 6200 USP unidades contiene 5 mg de lactosa, 1.92 mg fosfato de potasio dibásico y 1.22 mg fosfato de potasio monobásico.
Amphadase	Amphastar	Hialuronidasa testicular bovina purificada	Cada vial contiene 150 USP unidades de hialuronidasa por ml con 8.5 mg cloruro de sodio, 1 mg edetato disódico, 0.4 mg cloruro de calcio, buffer de fosfato monofásico de sodio y no más de 0.1 mg timerosal (derivado del mercurio)
Hyalenex	Halozyme therapeutics	Hialuronidasa recombinante humana purificada	Cada vial contiene 150 USP unidades/ml, no preservada



BIBLIOGRAFÍA

Heriberto Vázquez Flores, Daniel Asz Sigall. Hialuronidasa: aplicaciones dermatológicas "Hyaluronidase in dermatology". *Dermatology CMQ* 2011; 9(4): 292-294

Caviling M, Gazzola R, Metal M, Vaienti L. The role of hyaluronidase in the treatment of complications from hyaluronic acid dermal fillers. *Surg J.* 2013; 33(8):1167-74.

Deok-Woo Kim, Eul-Sik Yoon, et al. Vascular complications of hyaluronic acid fillers and the role of hyaluronidase in management. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery.* 2011; 64:1590e1595

Jean D. A. Carruthers, M.D. Steve Fagien, M.D. et al. Blindness Caused by Cosmetic Filler Injection: A Review of Cause and Therapy. *Plast. Reconstr. Surg.* 2014; 134: 1197.

Said Hilton, et al. Hyaluronidase injection for the treatment of eyelid edema: a retrospective analysis of 20 patients. *European Journal of Medical Research.* 2014;19:30.

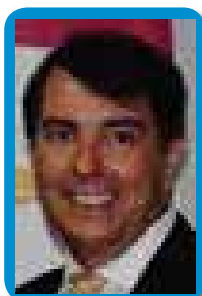
La seguridad en medicina estética: rejuvenecimiento perioral

Dr. Moisés Rodríguez Abascal

Director de la Clínica Estética Abascal (Sevilla)

Lo primero que miramos en la cara de un ser humano son los ojos. Hacemos varios "aterrizajes" de un ojo a otro y luego empezamos a desplazarnos por el resto del rostro. El patrón normal es "saltar" de un ojo a otro varias veces, luego bajar hasta la nariz, hacer unos pocos "escaneos" de esa zona, luego bajar hasta la boca. De ahí, la importancia estética que tiene la zona peribucal, ya sea en la juventud o en la senescencia.

El envejecimiento alrededor de los labios tradicionalmente se pensaba que era el resultado de una combinación de adelgazamiento de la piel, ptosis, y pérdida de volumen en los labios. En la actualidad existe un interés creciente por el papel del volumen. Sin embargo en la región perioral se realizan hoy día muy diversos tratamientos: peelings, microdermoabrasión, aparatología (IPL, láser), mesoterapia, PRP, carboxiterapia, radiofrecuencia, toxina botulínica tipo A y técnicas de relleno con diversos materiales, son algunos de ellos. Casi todos pueden ser realizados en consulta, con una mínima baja social y normalmente con un alto grado de satisfacción por parte de los pacientes.



Pero a pesar de ello, no debemos olvidar que existen complicaciones y efectos secundarios que se pueden presentar, algunos de ellos a causa de los materiales y otros inherentes a la técnica.

La comprensión de la anatomía estructural de la región peribucal nos permitirá elegir el tratamiento más apropiado y la técnica más correcta. Recordando que la cara puede dividirse en tercios de manera vertical y en quintos en forma horizontal, la región perioral se define en el tercio inferior de la cara y se extiende lateralmente, ocupando los tres quintos centrales de esta porción. Está limitada arriba por la zona subnasal, lateralmente por los surcos nasogenianos e inferiormente por el mentón. Zonas de especial relevancia son el surco nasolabial, las columnas y el hoyuelo central del filtrum, el arco de Cupido, el bermellón labial, la zona pericomisural y el pliegue mentolabial.

El objetivo de la presentación es hacer un recorrido por las medidas de seguridad que debemos adoptar en determinados tratamientos para evitar complicaciones:

- En tratamientos ablativos (peeling químico, IPL, láser): fundamentalmente extremar las medidas de precaución (evitar exposición solar, protección solar...) para evitar la hiperpigmentación que en esta zona es especialmente frecuente.
- En tratamientos de reposición de volumen: conocimiento de la anatomía de la región perioral, vascularización e inervación. Acercamiento a varias técnicas de inyección en las distintas zonas. Uso de cánula o aguja. Diversos tipos de relleno: reabsorbibles vs definitivos (formación de granulomas). Tratamiento de las posibles complicaciones.
- En tratamientos con toxina botulínica tipo A: conocimiento de la anatomía de la región perioral: zona móvil, repaso de la musculatura.
- En todos los tratamientos: prevención y profilaxis de infecciones (profilaxis herpética), manejo de la dermatitis perioral.

Zonas faciales peligrosas

Mesa 8. Rejuvenecimiento facial

Dr. Rafael Linares

Profesor titular del Departamento de Anatomía y Embriología Humana de la Universidad Rey Juan Carlos (Madrid)

R. Brooke divide la región facial en siete zonas basada en la localización anatómica de los nervios periféricos y los sitios donde son más susceptibles a la lesión durante una disección facial. Nosotros hemos querido completar esta división añadiendo una región más de gran importancia, a mi criterio, desde el punto de vista anatómico en el ejercicio de la medicina estética, así como añadir elementos vasculares que se localizan en dichas regiones y que pueden ser susceptibles de lesión en los distintos tratamientos en medicina estética.

Zona I. Región carotídea: Localizada aproximadamente a unos 6,5 cm del conducto auditivo externo, en ella se localiza, el nervio auricular mayor, vena yugular externa y, en profundidad, el paquete vasculonervioso del cuello.

Zona II. Región temporal. Localizada debajo de una línea dibujada desde 0,5 cm caudal al trago hasta 2 cm craneal a la cola de la ceja, y hasta el borde superior del arco cigomático. En dicha zona discurre la rama temporal del facial y la arteria y vena temporal superficial.

Zona III. Región mandibular. Localizada a unos 2 cm de la comisura bucal y ocupando el cuerpo mandibular, en ella se localiza la rama marginal del nervio mandibular, así como la arteria y vena facial.

Zona IV. Región submalar o buccinatoria. Triángulo formado entre el relieve malar, el ángulo de la mandíbula y la comisura bucal. Se localiza las ramas cigomática y bucal del facial, los ramos de la arteria y vena facial, así como el polo inferior de la glándula parótida. El conducto de Stenon se localiza en esta región, en un triángulo delimitado por dos líneas, del trago en dirección a la aleta nasal y la otra en dirección a la comisura bucal.

Zona V. Región glabelar. Supraorbitaria. Localizada craneal al reborde orbitario. Nervios frontal interno y externo y el nervio supraorbitario, así como los ramos frontales de la arteria temporal superficial y la arteria supraorbitaria.

Zona VI. Región infraorbitaria. A un cm por debajo del reborde orbitario y línea media papilar, localizamos el nervio infraorbitario acompañado de la arteria del mismo nombre.

Zona VII. Región infracomisural o mentoniana. Localizada desde la comisura bucal hasta el borde de la mandíbula, en la región del segundo malar, en ella se localiza el nervio mentoniano, así como la arteria mentoniana, rama de la arteria maxilar y la arteria labial inferior, rama de la facial.

Zona VIII. Región nasogeniana. Ocupando el surco nasogeniano, que une el ala de la nariz con la comisura bucal, por esta zona discurre la rama terminal de la arteria facial, arteria angular, que se anastomosa con la arteria oftálmica en el borde interno de la fosa orbitaria, acompañada de la vena angular y ramitas del nervio infraorbitario.

BIBLIOGRAFÍA

Brooke R. Seckel B. Zonas faciales peligrosas. Como evitar lesiones nerviosas durante la cirugía plástica facial. Editorial AMOLCA. Venezuela. 2000.

Hamra ST. The tri-plane face lift disección. Ann Plast Surg 12: 268. 1984.

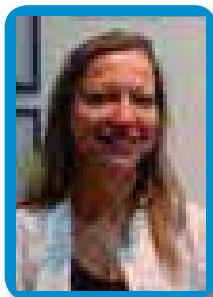
Kost G, Wassef M, Levet Y. Subfacial lifting. Aesthetic Plast Surg. 11: 163. 1987.

Owsley JQ. SMAS-platysma face lift. Plas Reconstr Surg 71: 573. 1983.

Rudolph R. Depth of the facial nerve in face lift dissections. Plas Reconstr Surg 85:537, 1990.

Testut JL, Latarjet A. Anatomía Humana. Editorial Salvat. Barcelona. 1988

Rejuvenecimiento periorbitario superior con rellenos de ácido hialurónico



Dra. Mónica Ulecia

Directora de la Clínica Virgen de la Luz (Sevilla)

El rejuvenecimiento no quirúrgico de las cejas y región orbitaria superior puede producir una mejora importante en el aspecto global de la cara. Para evaluar a cada paciente adecuadamente, es importante tener el conocimiento anatómico estructural y funcional adecuado, así como las proporciones faciales ideales.

Los tratamientos no quirúrgicos de esta región se pueden clasificar en tres categorías: rellenos, neuromoduladores y la aparatología de láser, luz y otros dispositivos basados en energía. Los tratamientos adyuvantes incluyen peeling químico y tratamientos tópicos.

El envejecimiento facial se caracteriza por la pérdida de volumen en los diferentes planos tisulares: hueso, músculo, grasa subcutánea y piel. Identificar adecuadamente la pérdida de volumen en la región periorbitaria superior es imprescindible para un rejuvenecimiento adecuado de la zona.

Los tratamientos combinados son frecuentemente la mejor opción y conseguirán mejores resultados y un aspecto más natural. Los rellenos de ácido hialurónico pueden considerarse la mejor opción para esta zona. Dado que la pérdida de volumen es un hecho predominante en el envejecimiento facial, la reposición de volumen puede suponer un cambio muy positivo en el rejuvenecimiento de la mirada.

Veremos las distintas técnicas de relleno en esta región, con cánula y con aguja, los planos de inyección determinados por la anatomía y cómo evitar las complicaciones.

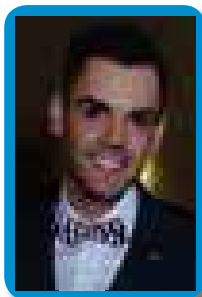
Cómo programar tratamientos combinados

Dr. Mikel García Gorría

Director médico de Centro Médico Estético Naturae (Pamplona). Colaborador-formador de Biotechnology Institute (BTI)

La elección del mejor abordaje para nuestro paciente, así como el cómo combinar las diferentes armas terapéuticas con las que contamos los especialistas en medicina estética, es un tema complejo, debido a la gran cantidad de variabilidad de técnicas, productos y variabilidad de nuestros pacientes. Y es que programar tratamientos combinados tiene muchas lecturas:

1. En el aspecto más médico, el aspecto más importante es cómo hacer tratamientos que mejoren los diferentes aspectos de la piel y en qué orden sería más aconsejable realizarlos: hidratación, luminosidad, tensión, arrugas de expresión...



2. En el aspecto económico, el poder adquisitivo del paciente va a influir en el resultado final, ya que podría dirimirnos hacia otro tipo de tratamientos más asequibles y tendremos que realizar otro tipo de escalado y adhesión, por lo que tendremos que trabajar de manera diferente las expectativas. De lo que quieren conseguir a lo que se puede conseguir, más limitados en los tratamientos a escoger, es un factor a valorar.

3. En el aspecto de demanda más emocional del paciente, el motivo último que le haga al paciente recurrir a un tratamiento u otro es verse mejor, y en ocasiones ni ellos saben lo que buscan, y les tenemos que orientar. No compran viales, sino emociones. Por ejemplo, si buscan trabajo solemos trabajar más la frescura en la mirada y tercio superior, mientras que si es un tema emocional o de pareja, podemos trabajar más los labios, la sensualidad, una proyección sugerente...

4. Del tipo de paciente que tengamos. Si el paciente es la primera vez que viene, es más fácil crear adhesión si comenzamos con tratamientos más visuales, como toxina o rellenos, aunque tal vez nosotros como profesionales hubiéramos comenzado con tratamientos de hidratación de piel, por ejemplo.

En el fondo, lo que realmente nos pide el paciente en nuestra consulta es verse mejor y así sentirse mejor, y está en nuestra manos entender sus necesidades más íntimas y reales para poder ofrecer el mejor abordaje para cada uno, de una manera personalizada y nunca olvidando el aspecto más emocional en nuestra entrevista.

Técnica de los 4 puntos: el concepto de costo-eficiencia en medicina estética

Dr. Eduardo de Frutos

Director de Kalos Medicina Estética (Talavera de la Reina)



En los últimos años, hemos debatido diferentes técnicas para tratar la flacidez facial por medio de técnicas no quirúrgicas. A los tratamientos clásicos por medio de radiofrecuencia o láser, se han unido las modernas técnicas de “vectorización” cutánea y el uso de los hilos PDO.

En esta presentación, rescato una técnica clásica de rejuvenecimiento por medio de rellenos y propongo su actualización para convertirla en una técnica eficiente y costo-efectiva.

La nueva “**técnica de los 4 puntos**” está basada en la aplicación de rellenos en cuatro puntos estratégicos de la anatomía facial, que coinciden con los ligamentos suspensorios y los puntos de máxima proyección. Es el resultado de un exhaustivo estudio de las estructuras anatómicas faciales, pues hay algunos puntos clave (puntos de anclaje), que son bien conocidos por los cirujanos que realizan lifting facial. Cuando hemos localizado esas estructuras anatómicas (ligamentos suspensorios faciales), podemos utilizarlas para hacer un tratamiento específico de la flacidez, con una mínima cantidad de relleno.

El fin de esta técnica es estimular la neocolagénesis en dichos ligamentos suspensorios (puntos de anclaje imprescindibles para el tratamiento de la flacidez), y proporcionar un relleno duradero y estable en los puntos de máxima proyección (aprovechando el “efecto de tienda de campaña” en los puntos clave de la anatomía facial).

La nueva técnica es compatible con otras técnicas de rejuvenecimiento facial, como la vectorización. En cuanto al material utilizado, podríamos usar cualquier material de relleno reabsorbible y biocompatible, aunque la mayoría de los casos en los que tengo experiencia he observado un excelente resultado con hidroxapatita de calcio, que estimula la producción de nuevo colágeno dérmico y mejora la calidad de las fibras tensoras en los ligamentos suspensorios.

Algunas ventajas competitivas de la nueva “**técnica de los 4 puntos**” son las siguientes:

- Se trata de una técnica muy “costo-efectiva”, ya que nos permite hacer un tratamiento específico de la flacidez y obtener un excelente resultado con la mínima cantidad de producto. En pacientes jóvenes, se observan resultados visibles con sólo 1ml de producto (0,5ml en cada hemifacies)
- Es una técnica mínimamente invasiva: el riesgo de hematomas es casi cero y, por tanto, la aceptación de los pacientes es muy buena
- El aprendizaje de la técnica es muy rápido



De madres a hijas: fenotipo y medicina estética

Dra. Carlota Hernández Sanz

Directora médica de Arts Médica (Valencia) y profesora de los másters de Medicina Estética de las Universidades de Valencia, Rey Juan Carlos, Alcalá e Illes Balears

¿Se hereda la forma de envejecer? Conocemos los rasgos típicos de cada edad, así sabemos que la infancia (1-2 años) se caracteriza por: ojos grandes, cara redonda, mejillas carnosas, cabeza grande, cejas planas y cortas y nariz pequeña; en los niños (2-14 años) observamos: falta de piezas dentales, pecas, acné, mejillas más planas, orejas de gran tamaño y nariz todavía pequeña y ancha.

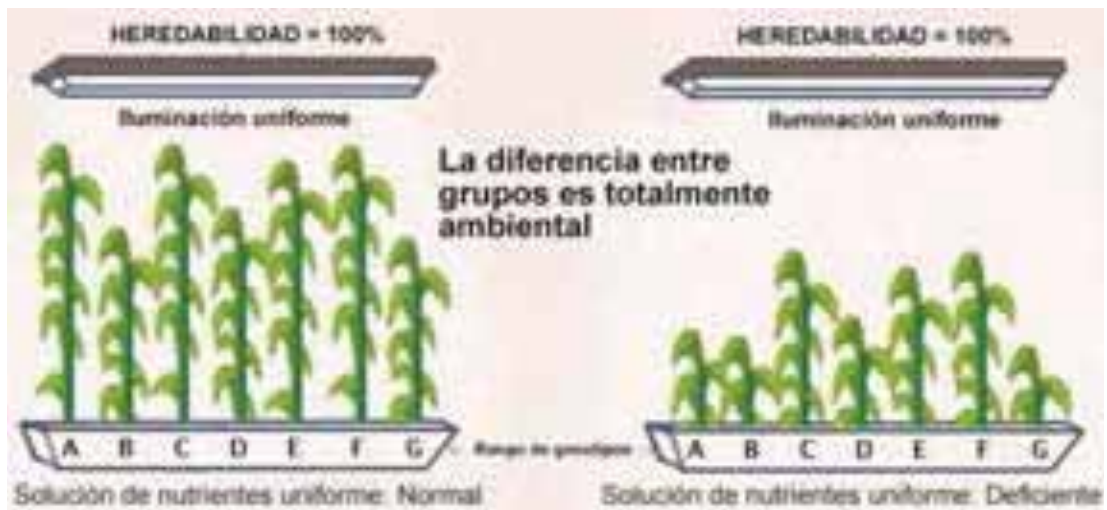


El adulto joven (14-24 años) es el que mayor coincidencia con la máscara de Marquardt presenta y por tanto es la franja de mayor atractivo visual, eso sí con una gran variabilidad en los rasgos según el sexo y la raza; y a partir de los 24 años nos alejamos del modelo de Marquardt, debido a los cambios fisiológicos propios del envejecimiento.

También hemos estudiado con detalle estos cambios y sabemos a qué áreas afectan y la secuencia cronológica en la que lo hacen. Así podemos observar cambios en la estructura de la piel a partir de los 30 años con adelgazamiento de la dermis, hipertrofia del estrato corneo y enlentecimiento del turnover cutáneo, apareciendo las primeras señales de envejecimiento tales como líneas de expresión, manchas cutáneas y laxitud cutánea.

Posteriormente se observan otros cambios que afectarán a los compartimentos grasos con pérdida de su volumen y descenso en su posición, a la musculatura facial con hipertrofia en algunos músculos y atonía en otros, laxitud ligamentosa y reabsorción ósea.

Se estima que en la aparición de estos cambios ligados al envejecimiento, el estilo de vida (alimentación, sueño, profesión, etc.) condiciona en un 70% los mismos, siendo la genética responsable del otro 30%.



A la hora de tratar a nuestros pacientes, revisamos y abordamos concienzudamente aquellos hábitos (tabaco, sol, estrés, falta de sueño, dieta ácida, etc.) que pueden estar influyendo en este proceso, pero no siempre tenemos en cuenta los antecedentes familiares en el modelo de envejecimiento facial. Algo que sí estamos habituados a tener en consideración en otras patologías médico-estéticas (obesidad, patología venosa, alopecia, etc.)

Con este trabajo hemos querido revisar las publicaciones y estudios disponibles que nos ayuden a determinar si el modelo de envejecimiento facial de nuestros progenitores; es un ítem valioso a tener en cuenta a la hora de prevenir, planificar y tratar a nuestros pacientes.

Durante el proceso de envejecimiento se observan cambios similares en la flacidez, pérdida de volumen graso y reabsorción ósea en ambas, principalmente en la zona periocular y palpebral inferior. Razón por la cual algunos autores han implementado nuevas pautas a seguir en la cirugía de párpados y en el rejuvenecimiento de la zona de los ojos. Y quizás sea esta una nueva consideración, que incorporada al resto de técnicas diagnósticas que empleamos en la actualidad, nos ayude a prevenir de forma más eficaz el envejecimiento facial de nuestros pacientes.

Y hemos concluido que, aunque aun disponemos de muy poca información, algunas investigaciones apuntan a que el parecido entre madres e hijas no ocurre solo en las primeras etapas de la vida.



Lipofilling. Análisis de diferentes técnicas: grasa purificada, nano, macro y microvolúmenes, enriquecido con PRP, ADSC, etc.

Dr. Alberto Candau

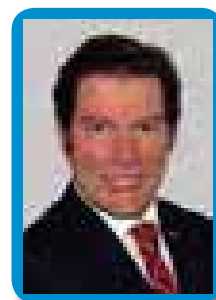
Cirujano oral y maxilofacial. Hospital Rey Juan Carlos (Madrid) y Clínicas Mediestic

Ante un cambio constante en las tendencias en relación a los *fillers*, la transferencia de grasa autóloga se posiciona como una alternativa segura y eficaz, especialmente indicada en pacientes reacios a la infiltración de materiales sintéticos, en pacientes con enfermedad autoinmune, y en aquéllos que quieren resultados a más largo plazo sin emplear rellenos permanentes.

En resumen, la transferencia de grasa autóloga, también conocida como *lipofilling*, se basa en tres procesos consecutivos, que son:

- 1) Lipoaspiración: Extracción de la grasa donante de algún punto anatómico donde se encuentra en exceso: generalmente abdomen, flancos y cara medial de rodillas.
- 2) Purificación: El lipoaspirado es un conjunto heterogéneo de tejido adiposo, anestésicos locales, adrenalina, sangre y restos oleosos. En la lipotransferencia es necesario separar el tejido adiposo del resto de elementos. Para ello, existen diversas técnicas de filtración, decantación y centrifugación.
- 3) Lipoinyección: Una vez purificado el tejido adiposo, se procede a la infiltración tisular, siguiendo unas especificaciones que lo hacen ciertamente diferente al resto de los *fillers*. En este proceso, se puede modificar el tamaño de la partícula de grasa para conseguir unos efectos determinados. Así, con el denominado "*Macro fat-graft*" conseguiremos voluminizar la región infiltrada, mientras que con el "*Nano fat-graft*" realizaremos una nutrición tisular a modo de mesoterapia.

Al margen del proceso del "*lipofilling*" descrito, existen novedosas tendencias con resultados prometedores en relación a la adición de factores de crecimiento (como es el caso del plasma rico en plaquetas, o PRP), que parece incrementar la tasa de supervivencia del lipoinjerto, o a la separación celular del tejido adiposo para extraer la fracción vascular estromal asociada, cuya concentración de ADSC (*Adipose Derived Stem Cells*) parece mayor que en el resto de tejidos del organismo, y emplearla como herramienta en medicina regenerativa.



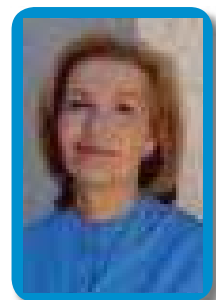
Microinjerto cutáneo: un año después

Dra. Paloma Tejero

Directora médica de Clínicas Mediestic (Madrid)

En las VIII Jornadas de la AMECLM se presentó una novedosa técnica, basada en la suspensión autóloga de microinjertos cutáneos, obtenida por disgregación mecánica de un punch cutáneo mediante una nueva práctica clínica llamada Rigenera protocolo (1). Los microinjertos autólogos, suspendidos en suero fisiológico, son después inyectados mediante múltiples punturas en tejido celular subcutáneo, en la zona a tratar.

El autoinjerto cutáneo consiste en la técnica de trasplantar piel y, en algunas ocasiones, otros tejidos subyacentes desde una localización del cuerpo hasta otra. La técnica tiene como objetivo principal la reconstrucción de un



defecto de la piel independientemente de la causa del defecto (2). El antecedente sobre el que encontramos mayor número de referencias bibliográficas es el sistema Recell, de autoinjerto de células epidérmicas (3).

En nuestras Jornadas se realizó un taller de presentación de esta técnica en la que se trató a una paciente mujer con alopecia androgénica avanzada (grado 3 Ludwig), y a un paciente varón con alopecia grado IV (Hamilton), que había sido tratado anteriormente con cirugía capilar técnica FUSS, con fracaso terapéutico.

Posteriormente y a lo largo de los meses, en nuestras clínicas Mediesthetic, hemos realizado un importante número de tratamientos, que describiremos. La principal indicación ha sido alopecia androgénica en hombres y mujeres, aunque también hemos realizado tratamiento en tres pacientes para envejecimiento facial, en dos para cicatrices de acné y en una para tratamiento de estrías.

En tres de los pacientes hemos realizado una nueva sesión al cabo de los seis meses, para mejorar los resultados. Todos los pacientes han seguido tratamientos complementarios para mantenerlos. Aunque nos queda mucho camino por recorrer (4), podemos afirmar que el grado de satisfacción ha sido alto en la mayoría de los pacientes, logrando una alta adhesión al seguimiento de tratamientos de mantenimiento y control.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- F Svolacchia et al..Dermal An innovative regenerative treatment of scars with dermal micrografts. 2016 Wiley Periodicals, Inc
- 2.-Ratner D. Skin grafting. From here to there. *Dermatol Clin*. 1998 Jan. 16(1):75-90.
- 3.-Gravante G¹, Di Fede MC, Araco A, Grimaldi M, De Angelis B, Arpino A, Cervelli V, Montone A. **A randomized trial comparing ReCell system of epidermal cells delivery versus classic skin grafts for the treatment of deep partial thickness burns.***Burns*. 2007 Dec;33(8):966-72. Epub 2007 Sep 29.
- 4.- Sassi O., Marinowic D., Brum D., Fabrizio L.. Stem cells in dermatology. *An. Bras. Dermatol.* [Internet]. 2014 Apr [cited 2016 Feb 24]; 89(2): 286-291. Available from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962014000200286&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20142530>.

Fracción estromal vascular (FSV), ¿dónde estamos?



Dr. Enric Munt

Director médico de Clínica Mediben (Palma de Mallorca). Coordinador del Instituto de Medicina Regenerativa (IMR)

La medicina regenerativa basada en el uso de las células madre adultas, tanto expandidas como obtenidas de la fracción estromal vascular (SVF), está siendo objeto de un gran desarrollo tanto científico como técnico.

Los más de 5.000 ensayos clínicos activos a nivel mundial en el presente reflejan el gran interés por las terapias celulares. En la actualidad disponemos de dos fuentes principales en la obtención de células mesenquimales adultas para su uso clínico: la médula ósea y el tejido adiposo.

Las proteínas de membrana o *clusters* de diferenciación nos muestran que, prácticamente, tenemos la misma dotación celular provenga de la médula ósea o del tejido adiposo, con la diferencia de la cantidad celular que se obtiene en el tejido adiposo frente a la médula ósea.

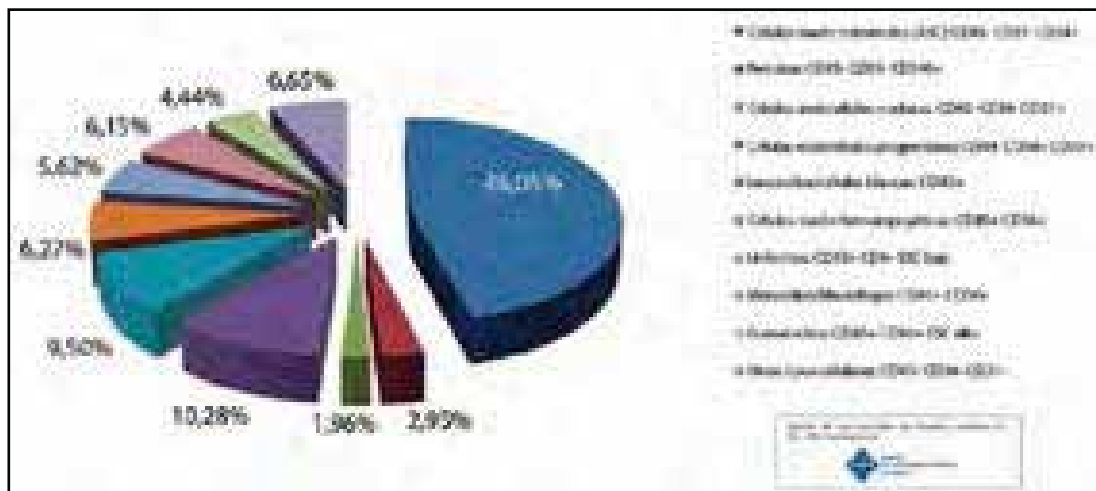
Por su rendimiento y facilidad de extracción, el tejido adiposo se postula como la opción más útil en el aislamiento de dichos grupos celulares.

La citometría de flujo nos permite identificar las diferentes familias celulares clasificadas por su origen anatómico, que obtenemos en la fracción estromal vascular (SVF): células sanguíneas, células vasculares y células estromales.

Será de especial interés la optimización en el rendimiento y viabilidad celular que tenemos, desde el aislamiento hasta la utilización clínica con fines regenerativos.

La medicina traslacional, a través de la utilización de las células mesenquimales adultas y sin una manipulación sustancial desde su obtención hasta su aplicación, nos abre un campo importante en las terapias celulares inmediatas y en definitiva en la medicina regenerativa.

La estricta regulación administrativa en cuanto al uso de estos derivados celulares nos permite trabajar en las condiciones de bioseguridad necesarias para su correcta aplicación. En esta presentación haremos un repaso de diferentes aspectos de la actualidad en estos procedimientos.



Actualización en tratamientos off-label con toxina botulínica

Dra. Mónica Ulecia

Directora de la Clínica Virgen de la Luz (Sevilla)

A medida que aumenta la experiencia clínica con el uso de la toxina botulínica, sus aplicaciones también se han ido expandiendo para incluir músculos en el tercio medio e inferior facial e incluso fuera de la cara.

El uso de toxinas fuera del tercio superior facial es más complejo, menos exacto y más propenso a las complicaciones. La anatomía es más compleja, en el sentido de que los músculos están muy cerca unos de otros, y se intercalan en distintos niveles de profundidad para realizar distintas funciones como hablar, comer, beber y las expresiones faciales. El adecuado conocimiento anatómico, desde un punto de vista tridimensional, permite realizar las infiltraciones en el músculo diana con seguridad, en el contexto de los músculos y los tejidos blandos alrededor.

Veremos cómo tratar orbicularis oris, mentalis, y depresor anguli oris para corregir temporalmente las arrugas hiperdinámicas de la mitad inferior facial; maseteros para modificar el contorno del óvalo facial; tratamiento de la sonrisa gingival; microbotox; mejillas en acordeón; tratamiento de la migraña y otras indicaciones.

Mesa 10. Simposium sobre toxina botulínica



Top hits de la toxina botulínica

Dr. Adolfo Amigo

Dermatólogo. Director de la Clínica Dr. Amigo (Fuengirola, Málaga)

Podemos resumir las aplicaciones de la toxina botulínica en las siguientes:

- Nuevas técnicas para levantar las cejas armónicamente, mejorar las comisuras labiales, engrosar el labio superior y tratar arrugas de pómulos y patas de galla, así como para lifting facial
- Tratamientos para la sonrisa gingival, ptosis del párpado superior e hiperhidrosis
- Tratamiento V del escote con diferentes fórmulas, y lifting de mamas
- Disminución de los casos de ptosis palpebral
- Toxinas tópicas (RT001/RT002 AWT 1207)



Toxina botulínica: efectos secundarios



Dra. Carmen Fernández Pérez

Responsable de Medicina Estética de las Clínicas García Barreiro y Ferreras (A Coruña)

La aplicación de la toxina botulínica requiere de un exhaustivo conocimiento de la sustancia y de la anatomía facial, además de la experiencia y la habilidad del médico sin olvidar las condiciones particulares de cada paciente.

Todo procedimiento implica algunos riesgos, afortunadamente nos encontramos ante un medicamento con larga experiencia de uso y cuyos efectos más probables son los menos graves y transitorios, siendo muy raros los efectos adversos severos.

Está ampliamente consensuado y demostrado que el uso de protocolos de actuación en la consulta minimiza de forma importante la aparición de los mismos y, en caso de que aparezcan, es más fácil poder detectar su causa.

- 1.- Se empezará por una historia clínica completa y añadiremos las preguntas específicas que tienen relevancia en el tratamiento con toxina
- 2.- Se informará al paciente del tratamiento a realizar, explicando de forma clara y comprensible el mismo
- 3.- Firma del consentimiento informado
- 4.- Documentación fotográfica
- 5.- Planificación del tratamiento: Localización anatómica de los puntos de inyección

Unidades por punto

Dosis total

Dilución

Número de lote

6.- Entorno: Buena iluminación, bien ventilado y con una temperatura agradable, debe transmitir un ambiente de cuidado profesional adecuado. Tanto el personal auxiliar como el médico deben poder acceder al paciente cómodamente desde todos los lados de la camilla, y por supuesto sin prisas. Tener en cuenta que la mayor parte de los errores se cometen a última hora del día, cuando el médico está más cansado y se van relajando las medidas expuestas

7.- Elección de la toxina, conocer su ficha técnica y la dilución a la que se utilizara

8.- Utilizar tanto las jeringas como las agujas que tengamos en nuestro protocolo, p.ej. la diferencia en el diámetro de la aguja puede influir en el resultado, pues a la misma velocidad de inyección, la fuerza de salida varía según el diámetro

9.- Conocer bien la técnica de inyección según la zona

Debemos siempre estar preparados para el manejo ante la aparición de efectos indeseados. Teniendo en cuenta que el porcentaje más alto es debido a la técnica, podemos clasificarlos como:

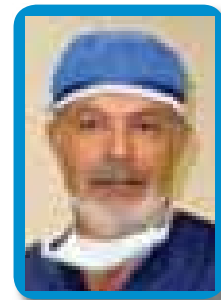
- Inherentes a la propia toxina: gripe-like
- Efectos causados por no contemplar las contraindicaciones: enfermedades neuromusculares previas, toma de aminoglucosido...etc
- Efectos locales: edema, equimosis, eritema, infección
- Efectos indeseados de la actuación de la toxina: inmovilización débil de los músculos seleccionados, demasiado intensa, o inmovilización involuntaria del músculo vecino
- Exageración de las expectativas

Afortunadamente son efectos pasajeros y en mi exposición tratare de explicar cómo abordarlos , teniendo en cuenta que PREVENIR es la mejor de las opciones en el caso de la toxina; el exceso de confianza lleva a cometer errores, así que trataremos a nuestra paciente numero mil como si fuera la primera.

Dexibotulinum toxina: la toxina que viene

Dr. Fernando García Monforte

Director médico de Clínica Renacimiento (Las Palmas) y presidente de la Asociación Canaria de Medicina Estética



La toxina botulínica no deja de sorprendernos; al contrario de lo que pensábamos, después del paso de los años y de la aparición de las distintas toxinas, este tema no solo no ha terminado, sino que además disponemos de nuevas estrategias terapéuticas, nuevas formas de abordar tratamientos fuera de indicación.

Estas formas no son experimentales, se fundamentan en el mejor conocimiento del arma que usamos, en nuestra mayor experiencia y en la demanda de nuestros pacientes para que utilicemos nuevas opciones y complementos terapéuticos, para mejorar el aspecto físico.

En ningún caso debemos olvidar que tratamos con un medicamento. Esto es importante recordarlo, ya que el operador debe respetar una serie de normas que están bastante bien estudiadas y que desde hace años no han cambiado: éstas son las pautas y bases terapéuticas para el uso de la toxina botulínica, respetando las dosis y los tiempos de intervalo entre tratamientos, pero sobre todo teniendo presente las dosis totales en cada paciente y por qué ocurren las cosas, tanto deseadas como indeseadas. Los resultados no son hechos que ocurren al azar, ocurren porque existe una respuesta muscular ante la aparición de la toxina botulínica en un punto, con la consiguiente paralización de una zona y activación de los músculos de la zona no tratada oponente.

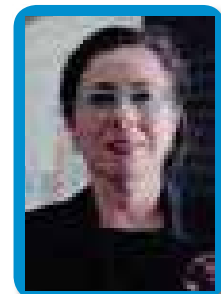
Pero aquí no acaba todo, la investigación sigue, la toxina va a ser más eficaz, más duradera y más segura para el paciente y para el terapeuta, hablaremos de ello, de las investigaciones en marcha y de las nuevas toxinas que se espera estén aprobadas para el 2019 o el 2020.

Nanopore Stylus: El aliado perfecto de los tratamientos estéticos en tu consulta

Dra. Inmaculada Expósito

Director Médico de Sesderma Laboratorios

Talleres



La técnica de micropunción / CIT (*Collagen Induction Therapy = Terapia de Inducción de Colágeno*) se ha convertido en los últimos años en el tratamiento de elección de muchos médicos estéticos y dermatólogos a nivel mundial. En comparación con otras modalidades, como el láser y otras técnicas, la micropunción proporciona resultados iguales o superiores con un coste y esfuerzo menores. En este taller práctico conoceremos los mecanismos, los resultados y las oportunidades en cuanto a combinación con otros procedimientos estéticos y principios activos que brinda la práctica de la micropunción en un amplio espectro de indicaciones: desde el rejuvenecimiento y cicatrices de acné a las alteraciones de la pigmentación (melasma y vitiligo) y alopecias.

BIBLIOGRAFÍA

Lee HJ *et al.* Efficacy of microneedling plus human stem cell conditioned médium for skin rejuvenation: A randomized, controlled, blinded split-face study. *Ann Dermatol.* 2014; 26(5): 584-591

Cohen BE and Elbuluk N. Microneedling in skin of color: A review of uses and efficacy. *J Am Acad Dermatol* 2016; 74(2): 348-355

The concise guide to dermal needling. Expanded medical edition. Author: Lance Setterfield

Enfoque multidisciplinar para el tratamiento de la celulitis: Programa PnKCellulitis



Dr. Felipe Isidro

Catedrático de Educación Física y profesor del Máster de Actividad Física y Salud de la Universidad Europea de Madrid

Una de las afecciones “estéticas” más comunes que afecta a la mayoría de las mujeres, entre un 85 y un 98%, es la tan bien ponderada celulitis, detrás de la cual existe verdaderamente un problema de salud subyacente, en donde determinados procesos biológicos han comenzado a alterar sus funciones normales y, por lo tanto, estamos en condiciones de afirmar que esta alteración orgánica es una manifestación final de ellos.

El término con el que comúnmente se conoce esta afección es «celulitis», si bien no es el más apropiado, ya que entre las manifestaciones no hay ningún proceso inflamatorio, éste puede aparecer a largo plazo o en forma asociada. Científicamente es conocida como paniculopatía edemofibroesclerótica o PEFE. Se trata de una alteración anormal del tejido conjuntivo, cuya sustancia fundamental se modifica por polimerización de los mucopolisacáridos. Para entender mejor esta alteración recordemos algunas características de la dermis, hipodermis y metabolismo celular:

La dermis está constituida por un tejido conjuntivo con una importante función trófica por la gran cantidad de vasos sanguíneos que contiene. Este tejido conjuntivo está formado por células como fibroblastos, fagocitos y mastocitos; además hay fibras elásticas, colágenas y reticulares. También encontramos vasos sanguíneos, glándulas, etc.

La sustancia fundamental intercelular, que es el elemento que actúa como unión de todos los componentes de este tejido celular, está formada por agua, sales minerales, y mucopolisacáridos, que son moléculas formadas por glúcidos que dan la viscosidad característica de esta sustancia.

Por debajo de la dermis esta la hipodermis, que es otro tipo de tejido conjuntivo, constituido por células: los adipocitos o células grasas. Por último encontramos vasos sanguíneos, linfáticos y nervios. Todos éstos son los componentes del tejido celular subcutáneo.

Si revisamos cómo funciona el metabolismo celular, comprenderemos que en el desarrollo de la celulitis juega un papel importante la alteración de la oxigenación y nutrición de los tejidos y la disminución de la eliminación de sustancias de desecho, problemas ligados a la microcirculación sanguínea.

Recordemos que el intercambio de oxígeno, nutrientes y materiales de desecho, se produce a nivel de los capilares gracias a la sustancia fundamental, de tal manera que las sustancias nutritivas y el oxígeno van a llegar a través de los capilares arteriales que van a dejar pasar estas sustancias a través de los poros.

De esta forma pasarán de los capilares arteriales a la sustancia fundamental, y es aquí donde a través de las membranas de las células pasarán a su vez al interior de la célula, donde lo van a utilizar para renovar estructuras, para acumular energía o bien para almacenar grasa, como sucede con los adipocitos.

Los productos de desecho que tienen que ser eliminados y salir fuera de la célula, pasan a la sustancia fundamental y será aquí donde los capilares venosos y linfáticos se encargarán de recogerlos y pasarlos a la circulación general, y la circulación se encargará de llevarlos a los órganos que actúan eliminándolos.

Por lo tanto, los componentes que participan en la aparición de la celulitis son:

El déficit de la microcirculación venosa y linfática provoca una falla en el sistema de drenaje de las sustancias de desecho, que comienzan a acumularse en la sustancia fundamental y causan retención acuosa. De esta manera, los vasos sanguíneos y linfáticos están sometidos a una presión por el líquido y las sustancias almacenadas, lo que dificulta aún más su función de recolector de sustancias de desecho. Toda esta hiperpresión compromete a la microcirculación arterial, con lo que el aporte de oxígeno y nutrientes va a ser deficiente, alterándose el metabolismo de las células secretoras de sustancia fundamental.

La sustancia fundamental, por donde circulan los vasos y “nadan” las fibras elásticas y de colágeno, está formada básicamente por una sustancia llamada **mucina** que es fabricada por el fibroblasto. Esta célula es muy importante, ya que cumple muchas funciones (entre ellas la cicatrización de heridas y la sustitución de tejidos destruidos). Es también la encargada de fabricar los macrófagos, que son los policías del organismo, ya que destruyen los organismos que lo atacan.

Hay factores que hacen que el fibroblasto produzca más mucina de la necesaria, que se va depositando en el tejido formando celulitis:

Esta enfermedad la determinan los genes. Es decir, la predisposición a padecerla se hereda.

Es desencadenada por las hormonas femeninas en la pubertad con la primera menstruación.

Por último, están los factores que agravan la celulitis y que son los hábitos nocivos como el sedentarismo, la mala alimentación, el poco consumo de agua, el tabaquismo, la permanencia en ambientes con aire viciado, las enfermedades circulatorias (varices), la fatiga, la tensión nerviosa, el estrés, etc.

El fibroblasto, excitado por estos factores, comienza a fabricar más mucina de lo normal. Y como esta sustancia es un gel que tiene la característica de absorber grandes cantidades de agua, aumenta su volumen ocupando cada vez mayor espacio y originando consecuentemente la compresión de la unidad vasoactiva.

Cuando se comprime el capilar arterial, disminuye el flujo arterial bajando la cantidad de oxígeno ofrecida a la célula. El fibroblasto, que es muy sensible a la disminución del oxígeno, se excita y comienza a fabricar más mucina que, absorbiendo a su vez más agua, comprime cada vez más a la unidad vasoactiva. Y es así como se forma un círculo vicioso.

La mucina se deposita en la dermis abultándola, con excepción de la zona correspondiente a la salida de cada folículo piloso, lo que le da al proceso celulítico el aspecto de la “piel de naranja”.

Las células adiposas, por otro lado, no podrán eliminar sus residuos a una sustancia fundamental alterada por los productos y agua acumulados, lo que impide los intercambios.

Del mismo modo las células adiposas tendrán dificultad para renovar la grasa que en condiciones normales se produce, al mismo tiempo que siguen almacenando nueva grasa a partir de los nutrientes que le llegan. Todo ello desemboca en un nuevo acúmulo de grasa y de sustancias de deshecho en el interior del adipocito, lo que determina el aumento de volumen de éstos, agravando aún más el drenaje.

Los signos más frecuentes que refieren los pacientes afectados son:

Pesadez en las piernas.

Dolores agudos al golpearse, incluso levemente; como así también ante cualquier presión.

Calambres.

Las localizaciones predominantes son:

La región subglútea y laterotrocantérea.

La cara interna de las rodillas.

Cabe destacar que no siempre es necesario realizar un pliegue cutáneo para observar la famosa «piel de naranja». Los tegumentos tienen a menudo un aspecto lustroso, mientras que la circulación de retorno presenta cierto déficit. La piel da una impresión de acolchado con elasticidad y movilidad disminuidas.

El tejido celular subcutáneo es grueso, su consistencia está aumentada. No es raro constatar una sensación de crepitación o de crujido. La sangre llega mal a la periferia. El dolor aparece localmente o a distancia en proporciones variables. Los grupos musculares afectados están hipotónicos, en particular los glúteos, los aductores de la cadera y el vasto interno del cuádriceps.

El Programa PnKCellulitis de PronoKal Group es un programa integral desarrollado para reducir la celulitis a corto plazo, de una forma eficaz y poco invasiva. Este programa está dirigido a mujeres con normopeso y flacidez muscular, causa principal de la celulitis. El programa propone un abordaje integral que aúna control médico, una dieta cetogénica baja en grasas con productos ProteinDHA® y la práctica de ejercicios específicos de tonificación de las zonas afectadas, a lo que hay que sumar la acción tópica anticelulítica de Cellulite Gel®.

Revertir el proceso

PnKCellulitis se estructura en cuatro procesos muy definidos para revertir la aparición de la celulitis tonificando la musculatura de las zonas afectadas, y reestructurando de nuevo el tejido graso. Estos procesos son:

Reestructuración

Drenaje

Tonificación

Mantenimiento

En su inicio, el programa propone una dieta LCD cetogénica baja en grasa con productos elaborados con ProteinDHA®. Este tipo de dieta mejora la membrana del adipocito, reduce su tamaño y favorece la eliminación de sustancias tóxicas y líquidos retenidos en el tejido subcutáneo, contribuyendo así la reestructuración del tejido graso. En paralelo, se realizan ejercicios específicos que aumentan la tensión muscular y favorecen la microcirculación de la zona. La consecuencia es la reducción de la celulitis en cualquiera de los tres grados de afectación

que la caracterizan, por lo que podemos hablar además de un programa personalizado, adaptado a las necesidades de cada paciente.

Al finalizar el ejercicio físico es esencial tomar un producto extra de ProteinDHA®, ya que la ingesta de proteínas tras la realización de actividad física aumenta la síntesis de proteínas y con ello se gana en tono muscular, al igual que mejora la calidad y el aspecto de la piel. También es el momento de tratar las zonas afectadas con Cellulite Gel®, una crema cosmética específicamente desarrollada con alga roja coralina y cafeína, entre otros componentes. Se trata de un gel con acción intensiva, lipolítico, con efecto calor y vasodilatador en zonas localizadas.

Su aplicación aumenta la microcirculación y moviliza la grasa subcutánea de las áreas afectadas, lo que contribuye a eliminar la celulitis y alisar la piel. Para obtener el efecto deseado, Cellulite Gel® debe aplicarse también por la noche, antes de dormir. Todo ello va acompañado de unas pautas de nutrición detox basada en alimentos antiinflamatorios y drenantes, que contribuyen a mejorar la circulación sanguínea y la eliminación de líquidos, actuando directamente sobre la celulitis.

Celulitis. Tres grados diferentes de afectación

Según la extensión de la zona afectada y el aspecto que presenta la piel, se distinguen tres grados diferentes de celulitis:

Grado 1. Los glúteos son la zona afectada. No se evidencia visualmente, sino a la compresión.

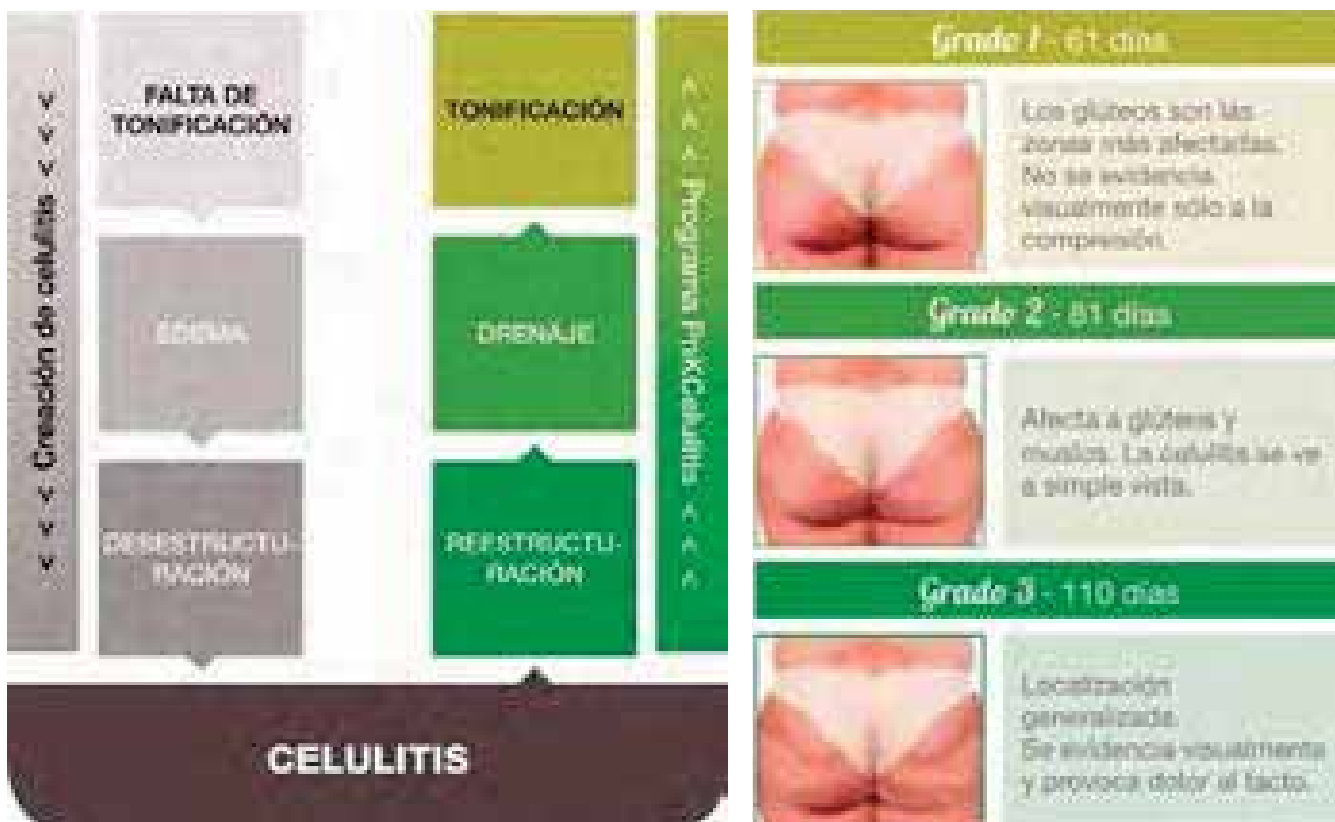
Grado 2. Afecta a glúteos y muslos. La celulitis se ve a simple vista.

Grado 3. Su localización es generalizada, se evidencia visualmente y provoca dolor al tacto.

El programa PnKCellulitis se muestra eficaz en el tratamiento de este problema estético en cualquier caso, aunque la duración total del proceso será diferente en función del grado de afectación que presente la paciente. Si la afectación es de grado 1, el tiempo estimado es de 61 días. Este periodo se prolonga hasta los 81 días si la celulitis que presenta es de grado 2 y llega a los 110 para las pacientes con una celulitis de grado 3.

Una vez que ha desaparecido la celulitis y la piel ha mejorado su aspecto, los buenos hábitos alimentarios y de práctica de ejercicio adquiridos durante el proceso la mantendrán a raya.

Aprovechemos entonces la ciencia y los avances que nos brinda este excepcional tratamiento no invasivo y multidisciplinar, eficaz y a corto plazo, que nos ayuda a rechazar la idea de caminar en la búsqueda de un “envase perfecto” y, en cambio, caminar con un cuerpo saludable y lleno de valores y buenos hábitos.



Lifting no quirúrgico con hilos 3D Rainbow en cánula

Dr. Rafael Spagnuolo

Máster en Medicina Estética por la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid. Miembro de la Asociación de Medicina Estética de Málaga (Medesma) y de la Sociedad Española de Medicina Estética (SEME)



Producto

Se trata de una novedosa versión de hilos espiculados de polidioxanona en distribución de 360 grados a lo largo del hilo. Esta disposición aumenta considerablemente la capacidad de tensado al ampliar las áreas de "enganche" espiculado.

Los 21 G son indicados tanto con aguja como con cánula de elección en tracciones con pieles más delgadas; y los 19 G consiguen una sorprendente tracción en pieles untuosas y muy flácidas. La línea se completa con variedades cortas de 38 mm para cejas y periorcular, así con 23 G con aguja para pieles muy delgadas y flacidez de menor cuantía.

Técnica Dr. Rafael Spagnuolo Dondero

La novedad de la técnica reside en un diseño de enganche que permite mayor duración y mayor efecto lifting. Basado en mi experiencia de dos años practicando esta técnica y acorde al seguimiento realizado a los primeros pacientes, resulta objetivamente muy eficaz.

Además se ha recibido con respuesta entusiasta en los talleres realizados en varias ciudades de España, incluyendo el tratamiento y seguimiento de pacientes colegas que han accedido a esta técnica.

Tal como se verá en fotos que adjunto, la idea del tratamiento del tercio inferior partiendo de punto de inserción en trago en direcciones a elegir, según las zonas a tensar previamente mapeadas.

Después de la introducción previa tunelización con aguja 18G y anestesia local, se realiza el tensado tratando de plegar la piel hacia la zona preauricular. Allí se practica un nudo exterior que se deja durante una semana.



Rejuvenecimiento periorbitario, peribuca y otras zonas (genital). Eliminación de xantelasmas, neoformaciones protuyentes benignas, queloides, lentigos, etc...



Dra. Inmaculada Adam

Especialista Universitaria en Medicina Estética y Antienvjecimiento

PLEXR (**plasma**exéresis o dispositivo de exéresis por plasma) es un nuevo dispositivo que combina nueva tecnología con nuevo sistema de actuación.

No se trata de un láser ni de un electrobisturí, aunque parezca funcionar como ellos (1,2,3). Utiliza la tecnología **plasma**. En física, se denomina **plasma** al cuarto estado de agregación de la materia, un estado fluido similar al estado gaseoso pero en el que, determinada proporción de sus partículas, están cargadas eléctricamente y no poseen equilibrio electromagnético, por eso son buenos conductores eléctricos y responden fuertemente a las interacciones electromagnéticas de largo alcance.

El principio utilizado es la ionización de los gases contenidos en el aire para obtener un pequeño arco eléctrico similar a un pequeño rayo: el plasma, este gas ionizado, ha perdido parte de los electrones de sus átomos, de forma que es altamente inestable, altera los átomos de las células sobre las que actúa, en el caso de la piel, los queratinocitos, sublimándolos, es decir, pasan de sólidos a gas (humo que observamos al hacer el tratamiento). De forma que, aunque sublimamos las distintas capas de la epidermis hasta la lámina basal, no llegamos a la papila dérmica salvo que nosotros queramos actuar más en profundidad y eliminemos la "costra de carbonización" que se produce por la "desintegración" de los queratinocitos, útil en algunas indicaciones clínicas, pero siempre sabiendo lo que hacemos y por qué.

Trataremos desde la epidermis siempre. Y podremos hacerlo en cualquier fototipo de piel y en cualquier área del organismo: cartílago, mucosa, cuero cabelludo, etc... donde no se pueden realizar tratamientos con láser ni con bisturí eléctrico por seguridad (4,5).

Aplicaciones

- **Rejuvenecimiento periorbitario**, se consigue la retracción del exceso de piel en párpado superior y/o inferior sin cirugía y corrección de las arrugas (patas de gallo). También la eliminación de cualquier lesión palpebral: **xantelasmas** (6) verrugas, fibromas
- En problemas comunes de un rostro envejecido: **manchas** (hiperpigmentadas como léntigos y melasmas, e hipopigmentadas), **arrugas de expresión** periorbitales y peribucales (código de barras) (7)
- **Estrías**, corrección de cicatrices, **queloides**
- Eliminación de neoformaciones benignas (lesiones protuyentes benignas) en cualquier localización: **fibromas, verrugas, queratosis, cuernos cutáneos, angiomas, rubí**
- **Acné** activo, cicatrices post acné, varicela
- **Tatuajes**, independientemente del color

Evolución

Los únicos cuidados post-tratamiento son el uso de un antiséptico (como la clorhexidina) hasta la caída de las "costritas" y fotoprotector factor 50 un mínimo de tres meses. Al procedimiento le sigue un edema y/o inflamación, de mayor o menor importancia según la indicación clínica, siempre transitorios (de tres a cuatro días) y la aparición de pequeñas costritas de medio milímetro que se caen en los días posteriores (entre 5 y 7 días). No deja hematomas, ni cicatrices, ni produce ningún daño a los tejidos circundantes ni subyacentes (8).

BIBLIOGRAFÍA

1. Hainer BL. *Fundamentals of electrosurgery*. J Am Board Fam Pract 1991; 4:419-26.
2. Bouchier G. *The fundamentals of electro-surgery. Highfrequency current generators*. Cah Prothese 1980; 8:95-106.

3. Scarano A, Bertuzzi GL, Brandimarte B. *L'elettrochirurgia di lesioni cutanee: uno studio sperimentale comparativo radiobisturi vs dermoabrasore ad arco voltaico*. Esperienze dermatologiche 2010 (in press).
4. Sarradet MD, Hussain M, Goldberg DJ. *Electrosurgical resurfacing: a clinical, histologic, and electron microscopic evaluation*. Lasers in surgery and medicine 2003;32:111- 114.
5. Graber EM, Tanzi EL, Alster TS. *Side effects and complications of fractional laser photothermolysis: experience with 961 treatments*. Dermatol Surg 2008; 34: 301-5; discussion 05-7.
6. Scarano A, Bertuzzi GL, Brandimarte B, Carinci F. *Treatment of xanthelasma palpebrarum with voltaic arc dermoabrasion*. Int J Immunopathol Pharmacol 2010 (in press).
7. Scarano A., Carinci F., Sinjari B., Artese L., Fippi G., Brunelli G., Monguzzi R. *Treatment of perioral rhytides with voltaic arc dermoabrasión*. European Journal of inflammation 2012. Vol. 10, no. 1 (S2) 25-29.
8. Scarano A, Sinjari B, Artese L, Fippi G, Carinci F. *Skin lesions induced from the radiosurgical unit and voltaic arc dermoabrasion: a rabbit model*. European Journal of inflammation 2011. Vol.9, no. 3 (s), 89-94.

Redensifica y reposiciona: las herramientas indispensables para diseñar y definir los contornos faciales

Dr. Abraham Benzaquén

Director médico de Clínicas Benzaquén (Málaga)



Silhouette Soft® – Reposicionamiento de tejido con resultados naturales

Silhouette Soft es una innovación tecnológica que ofrece tanto a mujeres y hombres lo que ningún tratamiento ha proporcionado antes de una manera simple y mínimamente invasiva: un rostro remodelado y la restauración de volumen por medio de un tratamiento cuya duración oscila los 30 minutos. Se trata de una sutura bidireccional patentada y una extraordinaria innovación tecnológica que abre una nueva era en la medicina estética actual.

Silhouette Soft® se coloca a nivel subcutáneo en la zona a tratar. Con estas suturas conseguimos levantar los tejidos faciales, corrigiendo el descolgamiento en pómulos, mandíbula y/o cuello. Pero es que además, gracias a sus conos de ácido poliláctico y glicólico, que producen a su vez colágeno, reposicionan el tejido y consiguen que el anclaje sea mucho más sólido.

Esta técnica no deja cicatrices y puede ser utilizada con éxito para todas las áreas de la cara y el cuello, resultando una apariencia más fresca y más joven. El tiempo de recuperación es mínimo y el paciente puede rápidamente volver a su plena vida social. En tres años más de 130.000 tratamientos se han llevado a cabo en todo el mundo.

La optimización del contorno facial con Ellansé™

La evaluación del rostro facial requiere un análisis detallado en tres dimensiones, incluyendo el apoyo de tejidos blandos y óseos, así como la integridad de la piel. Los avances en nuestro conocimiento actual de la fisiopatología del envejecimiento ha dado a conocer el hecho de que se hayan observado cambios en múltiples capas estructurales de la cara, incluyendo los compartimentos de grasa facial, la piel, los músculos y el esqueleto craneofacial. La pérdida de volumen biométrico resultante, que lleva a la deflación de la cara, se produce a una velocidad de aproximadamente 5 cc por año después de los 40 años. El resultado es un efecto cascada de cambios morfológicos, que se manifiesta como una reducción en la simetría y alteraciones en proporciones faciales, así como un cambio en la geometría general de la cara (1,2,3).

La optimización de los contornos faciales con rellenos dérmicos en el rejuvenecimiento facial, exige una buena comprensión tanto de la fisiopatología del envejecimiento como de los factores que contribuyen a la belleza facial.

En la mayoría de los casos, la mejora de los contornos faciales requiere reemplazar el volumen específico en diversas áreas de la cara; y nuestra sustancia preferida para estos casos es el bioestimulador de policaprolactona (Ellansé™-S, Sinclair Pharmaceuticals). Esto se debe al hecho de que la sustancia ha demostrado que induce la formación de colágeno de tipo I, de alta resistencia, y de la propia policaprolactona que es totalmente biodegradable (4,5).

En pacientes que requieren reemplazo de volumen muy suave y, en particular, para el que está preocupado por ser la primera vez, se utiliza un relleno de ácido hialurónico de sustitución, cuya duración puede ser de 36 semanas.

Desde enero de 2011 hasta la fecha, más de 1.800 pacientes han sido tratados por nosotros con policaprolactona para el relleno de tejidos blandos, y se han inyectado más de 5.000 jeringas. El material de carga se ha usado en las siguientes áreas:

- Zona temporal
- Líneas de marioneta
- Sub palpebral surco malar
- Zona malar
- Arco cigomático
- Triángulo naso labial y doblar
- Barbilla
- Surco pre mandibular
- Borde mandibular lateral
- Área pre -auricular

En nuestra experiencia, Ellansé™ S es un verdadero bioestimulante, produciendo un aumento de volumen cuantificable durante varios meses (6). La longevidad de Ellanse S se ha registrado con el sistema Vectra 3-D Canfield y hemos demostrado que la mayoría de los pacientes a mantienen la corrección estética a los 18 meses después de la inyección (7).

La respuesta de nuestros pacientes ha sido muy positiva, sobre todo porque muchos de ellos habían sido tratados previamente con agentes de relleno de acción más corta. Una encuesta realizada por la Academia Americana de Cirugía Plástica y Reconstructiva y Fundación de Investigación y Educación de la Cirugía Estética, ha demostrado que la mayoría de los pacientes prefieren un relleno de acción más prolongada que dura hasta dos años (8). No hemos encontrado ningún efecto secundario potencialmente grave relacionado con la policaprolactona.

Según nuestra experiencia, la policaprolactona es una sustancia de relleno de tejidos blandos ideal para el tratamiento del contorno facial debido a su seguridad, longevidad y la biodegradación total. Las partículas ofrecen una buena estructura para la formación de colágeno con alta resistencia a la tracción. Ellansé ha contribuido en gran medida a nuestro éxito como práctica estética y tiene un alto nivel de satisfacción del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rohrich RJ, Pessa JE. The fat compartments of the face: anatomy and clinical implications for cosmetic surgery. *PlastReconstrSurg* 2007; **119**: 2219-2227
2. Morrison CS et al., The Relationship Between Age and Facial Asymmetry. *American association of plastic surgeons*, 91st annual meeting 2012 San Francisco, USA.
3. Shaw RB Jr, et. al. Facial bone density: Effects of aging and impact on facial rejuvenation. *AesthetSurg J* 2012; **8**: 937-942
4. Nicolau PJ et. al. Neocollagenesis after injection of a polycaprolactone based dermal filler in a rabbit. *Eur J Aesth Med and Dermatol* 2013; **3**:19-26
5. Pitt CG et. al. The degradation of polycaprolactone in vivo. *J ApplPolym Sci.* 1981; **26**:2779-3787
6. Angelo-Khattar M. 3-D Quantification of volumetric changes after treatment with Ellansé and other soft tissue fillers. *Anti-aging Medical World Congress 2014, Monte Carlo, Monaco.*
7. Angelo-Khattar M. Non-surgical Methods for the Enhancement of Facial Beauty and Restoration of the Aging Face. *22nd Annual World Congress on Anti-Aging Medicine 2014, Las Vegas, USA.*
8. Kurkjian, TJ, Kenkel JM, Sykes JM, Duffy SC. The impact of the current economy on facial aesthetic surgery. *Aesthetic Surg J* 2011; **31**: 770-774

Gestión del paciente en la consulta de medicina estética: de la cita al tratamiento

Talleres para el Equipo Multidisciplinar

Dra. Carlota Hernández Sanz

Directora médica de Arts Médica (Valencia) y profesora de los másters de Medicina Estética de las Universidades de Valencia, Rey Juan Carlos, Alcalá e Illes Balears



Hemos preparado un taller práctico en el que mediante diversas herramientas (Test de Arquetipos, Test de Thomas-Kilmann) aprenderemos a conocer nuestros patrones de comportamiento innatos, aquellos que utilizamos para clasificar la realidad y gestionar nuestras expectativas, así como nuestro estilo de respuesta en situaciones de conflicto. Todo ello con la finalidad de conocerse uno mismo, identificar cuál es nuestro estilo de relación y sus consecuencias y cuáles son nuestros puntos fuertes y los posibles puntos de mejora.

¿Para qué hacerlo? Para mejorar nuestra capacidad de satisfacer las necesidades de nuestros pacientes-clientes y hacerlo de forma más eficiente. Para identificar nuestro público objetivo, aquéllos con los que podremos desarrollar todas nuestras potencialidades y con ello crear oportunidades de interacción satisfactoria para ambos. Para desarrollar estrategias de "Think-Feel-Do" (¿Qué queremos que piensen? ¿Qué queremos que sientan? ¿Qué queremos que hagan?) que nos faciliten nuestra actividad diaria y nos ayuden a alcanzar el éxito. Para afrontar los conflictos y aprender cómo prevenirlos, resolverlos y contenerlos de forma mas efectiva.

Para ello revisaremos los doce arquetipos básicos o patrones de comportamiento que solemos utilizar para guiar nuestra vida: el Inocente, el Explorador, el Sabio, el Héroe, el Rebelde, el Mago, el Realista, el Amante, el Bufón, el Bienhechor, el Creador y el Gobernante.



Así como las cinco respuestas habituales frente a una situación de conflicto: la Competición, la Colaboración, el Compromiso, la Evitación y la Acomodación.



Y con todo ello deseamos que podáis mejorar vuestro autoconocimiento y vuestras potencialidades, en la relación con vuestros pacientes-clientes, para poder aplicarlo desde la cita al tratamiento.

Estudio de la pérdida de peso a largo plazo en pacientes con obesidad mórbida intervenidos de gastrectomía tubular

Unidad de Cirugía Endocrina y Obesidad del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Dres. M^a Teresa Gil, Pedro Cascales, Agustina Martínez, Beatriz Moreno y Emilio García

Aproximadamente un tercio de la población del mundo occidental padece obesidad en algún grado. La obesidad es un factor de riesgo para la salud, que influye en el desarrollo y progresión de diversas enfermedades, reduciendo la esperanza de vida, la calidad de vida y provoca problemas de autoestima, movilidad, relación social, laboral y sexual.

La gastrectomía tubular es una técnica incorporada en la última década al grupo de intervenciones para el tratamiento de la obesidad mórbida, no se conoce bien su efectividad y seguridad a largo plazo; por este motivo nos planteamos en el presente estudio la evaluación de la pérdida de peso y de las complicaciones a largo plazo en pacientes tratados quirúrgicamente por esta técnica.

Se trata de un estudio retrospectivo y prospectivo observacional en el que se han revisado 36 pacientes tratados quirúrgicamente mediante gastrectomía tubular laparoscópica entre 2006 y 2010 en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Hemos analizado su evolución en cuanto a IMC, PEIMCP, complicaciones y cirugía de revisión a largo plazo (5 y 7 años).

En nuestra serie se evidencia una importante pérdida de peso de forma global en los pacientes con obesidad mórbida, con un PEIMCP medio a largo plazo superior al 55%. Con respecto al IMC previo a la cirugía, no se han observado diferencias entre pacientes que partían con menor o mayor IMC inicial, obteniendo en todos los casos un PEIMCP medio de casi el 60%.

La gastrectomía tubular laparoscópica constituye una técnica segura y eficaz a largo plazo, aunque es necesario realizar estudios a 10 años.

Revisión del tratamiento del melasma

Dra. Cristina Núñez

El melasma es un trastorno adquirido de la piel que se manifiesta como máculas hiperpigmentadas distribuidas simétricamente en cara, cuello y, rara vez, brazos. La mayoría de casos se producen en mujeres (90%) en edad reproductiva y con tonos de piel oscura (Fitzpatrick tipo IV a VI). Su prevalencia es desconocida, pero existen estudios que hablan de más de 5 millones de personas afectadas en Estados Unidos.

Se ha demostrado que este trastorno puede tener un impacto significativo en la calidad de vida del paciente, especialmente si la cara está afectada, que puede influir negativamente en la vida social y el bienestar emocional de la persona.

Existe una amplia gama de tratamientos para el melasma con mayor o menor grado de eficacia. El tratamiento clásico consiste en combinar fotoprotección con despigmentantes tópicos y evitar factores desencadenantes. Las terapias halladas comprenden formulaciones tópicas (combinadas o en monoterapia), peelings químicos, dispositivos de luz y láser, y otras modalidades menos estudiadas. El tratamiento a largo plazo y la prevención son difíciles de conseguir, y los efectos adversos como irritación, descamación, escozor o hiperpigmentación postinflamatoria son frecuentes.

Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva de los estudios realizados sobre la seguridad y efectividad de todas las posibles terapias que actualmente se están utilizando frente al melasma. Sin llegar a obtener una solución a este problema, sí se ha conseguido un listado pormenorizado de los enfoques terapéuticos vigentes que se llevan a cabo en las clínicas y consultas de estética y dermatología a día de hoy.

Abordaje de los pacientes con enfermedades crónicas en medicina estética

Dra. Sheila Mota

Introducción

Las ciencias médicas han experimentado innumerables y grandiosos avances durante los últimos años. Se ha conseguido curar enfermedades que anteriormente eran incurables, se ha logrado prevenir la aparición de otras, y se ha conseguido cronificar aquellas que tenían una alta morbi-mortalidad, convirtiéndose muchas de éstas en enfermedades crónicas. Se considera enfermedad crónica a un trastorno orgánico o funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y que persiste durante largo tiempo, y raramente cura de manera completa.

Con los avances en materia de salud y con el subsecuente aumento de la esperanza de vida, entendemos que un elevado número de nuestros pacientes, que busquen mejorar los inestetismos propios de la edad o por consecuencia de alguna enfermedad, padecerán alguna o varias enfermedades crónicas, por lo tanto es de suma importancia conocer cómo abordarlos y cuáles tratamientos podemos ofrecerles sin que afecte o interactúe con su enfermedad de base. Además, es importante dar respuestas estéticas a aquellas afecciones cutáneas que son manifestaciones propias de enfermedades sistémicas, pero que no remiten con el tratamiento de su enfermedad.

El objetivo general de la investigación ha sido identificar el abordaje médico estético realizado a pacientes con enfermedades crónicas en una consulta de medicina estética, entre los años 2000-2015.

Metodología y Procedimiento

Tipo de estudio: Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, de tipo transversal.

Ámbito de estudio: Clínica polivalente, especializada en medicina estética sita en la provincia de Toledo, comunidad autónoma de Castilla La Mancha y considerada como centro de referencia en la región.

Universo: El universo lo conformaron los 19.942 pacientes que han acudido a la clínica.

La población: Estuvo constituida por 1.739 pacientes pertenecientes a la consulta de medicina estética.

La muestra: La conformaron 264 pacientes tratados en la consulta de medicina estética, quienes además padecían una o varias enfermedades crónicas.

Resultados y Discusión

Se analizaron un total de 78 enfermedades de los diferentes sistemas y se relacionaron con 22 procedimientos médicos estéticos. La evolución de los pacientes observados fue satisfactoria y no se presentaron efectos adversos por interacción procedimiento-enfermedad.

Enfermedad	Procedimiento	Efecto adverso
Hipotiroidismo	Láser CO2	Hiperpigmentación post-inflamatoria, sin con-fotoprotención.
Insuficiencia arterial y dislipemia	Reflejos faciales con Botoxcanal	Gránulomas en el mentón.
Hipotiroidismo	Depilación láser	Quemadura
Hirsutismo	Depilación láser del mentón	Crecimiento paradójico de la barba.
Síndrome de ovarios policísticos	Depilación láser	Recrecimiento paradójico
Adenoma de hipófisis	Peeling	Reacción aneuriforme post-peeling.
Cutis ulcerosa	Peeling	Reacción aneuriforme post-peeling.
Hipotiroidismo	Peeling	Edema periorbitario post-peeling.
Hipertiroidismo	Depilación láser	Malá evolución de la depilación.
Hirsutismo	Depilación láser	Recrecimiento paradójico.
Hipercogulabilidad	Toxina botulínica	Muchos hematomas post-inyección.
Sínd. De Ovarios Policísticos	Depilación láser	Malá respuesta.

Relación de los efectos adversos producidos en los pacientes con enfermedades crónicas sometidos a procedimientos estéticos.

Los efectos adversos presentados fueron en su mayoría referentes a la depilación láser y a la realización de peeling. De los 125 procedimientos de depilación láser realizados, 6 (4,8%) presentaron algún efecto adverso, no relacionado con su enfermedad de base, sino con el procedimiento en sí mismo. De los 46 peelings realizados entre la muestra, 3 (6,52%) presentaron efectos adversos a los mismos, sin que estuviese implicada la enfermedad de base. En un caso de hipercoagulabilidad se observan múltiples hematomas tras la inyección de toxina botulínica, quizás debido a algún tratamiento anticoagulante indicado para su afección.

Las patologías crónicas más prevalentes en la consulta de medicina estética estudiada fueron : el hipotiroidismo (61 pacientes) un 23,10% de la totalidad de la muestra; en segundo lugar el síndrome de ovarios poliquísticos (26 pacientes), el cual representa un 9,84% de la totalidad de la muestra; seguido por el hirsutismo no filiado al SOP (24 pacientes) para un 9,09%; el cuarto lugar lo ocupa la hipertensión arterial (23 pacientes), representado un 8,71%; y el quinto lugar es ocupado por las dislipemias (18 pacientes) para un 6,81 % de la totalidad de la muestra.

El 95,45% (252) de los pacientes investigados son del género femenino y el rango de edad predominante fue el comprendido entre los 30 -39 años, para un 21,96% (58 pacientes) del total de la muestra.

Los procedimientos de mayor demanda resultaron ser la depilación láser en primer lugar (125 tratamientos entre los 264 pacientes), los rellenos faciales en segundo lugar (47 tratamientos entre los 264 pacientes) y los peelings en tercer lugar (46 tratamientos entre los 264 pacientes).

Tratamiento	Efectos adversos y Complicaciones.
Tros. Láser	Dolor. Eritema. Edema. Quemadura. Inflamación postinflamatoria. Brotes acnedormes y folcúlitis. Edema folicular persistente. Vello paradójico.
Radiocrecencia	Dolor. Eritema. Quemaduras. Irregularidades o tractos fibrosos.
Mesoterapia alopatía	Dolor. Ardor. Eritema. Reacción alérgica al medicamento. Hematomas. Edema. Inflamación.
Toxina botulínica	General para todas las indicaciones: debilidad generalizada, fatiga, síndrome gripe-like, dolor y/o hematoma en el lugar de la inyección. Líneas glabélicas, ceñiles, parosis facial, atropía, prona, edema palpebral, lagrimeo, sequedad ocular, fasciculación, reacción lugar de iny. (eritema, edema, irritación, erupción, prurito, parestesia, dolor, molestias, eritema y hematoma).
Rellenos	Eritema. Edema. Inflamación. Dolor. Prurito. Infecciones. Granulomas asepticos. Abscesos. Necrosis. Angioedema. Vasculitis. Migración. Equimosis. Hematomas. Inflamaciones crónicas.
Intralipoterapia con Desoxicolato de Sodio	Prurito y escozor (de breve duración). Eritema de leve a moderado. Reacción edematosa. Dolor a la palpación. Hematomas (algunos días de duración). Ulceras.
Hilos tenaces	Sensación de tensión. Hemorragias lineales a lo largo de los hilos. Contracción de los puntos de entrada y salida.
Plasma rico en plaquetas	Leve inflamación local. Eritema. Hematomas. Cefalea. Mareos al extraer la sangre. Celulitis cutánea.
Ultrasonidos (UltraShape®)	No hay efectos adversos descritos.
Esclerosis vascular química	Dolor. Reflejo vasovagal. Urticaria localizada. Edema transitorio. Trombos postesclerosis. Hiperpigmentación. Matting. Reacciones alérgicas sistémicas. Ulceras por necrosis cutánea. Tromboflebitis superficial y profunda. Tromboembolismo pulmonar.
Fotoesclerosis	Dolor. Quemaduras. Edema transitorio. Hiperpigmentación.
Luz pulsada intensa	
Mesoterapia homeopática	Dolor. Eritema. Hematomas. Edema. Inflamación.
Peelings	Quemación. Lagrimeo. Entorpecimiento. Anestesia superficial. Estrabismo de las lesiones. Sangrado puntiforme. Eritema perifolicular. Quemaduras. Defecto de la reepitelización. Infecciones. Erupción acneiforme. Hiperpigmentación postinflamatoria. Hipopigmentación. Cicatrices. Reacciones alérgicas.

4.2 Relación de los tratamientos y sus efectos adversos.

Tratamiento	Contraindicaciones
Tto. Láser	Enfermedad autoinmune, estados de inmunosupresión. Piel recientemente bronceada. Fotovulnerabilidad por enfermedad o fármacos. Problemas de la coagulación. Fiebre o infección aguda. Embarazo y lactancia. Piel pigmentada. Diabetes no controlada. Antecedentes de herpes.
Radiofrecuencia	Marcapasos. Diabéticos con bomba de insulina. Pacientes con implantes o placas metálicas. Enfermedades del tejido conectivo y musculares. Alteraciones vasculares moderadas y severas. Alteraciones dérmicas locales (psoriasis, liquen, etc.). Alopecia. Alteraciones de la coagulación. Cáncer.
Mesoterapia alopatía	Alergias conocidas a algún compuesto. Embarazo y lactancia. Pies en tto con antiagregantes plaquetarios. Pies inmunodeprimidos. Cardiopatías. No es recomendable en diabéticos tipo II ni en epilépticos.
Toxina botulínica	Enfermedades neuromusculares, miastenia gravis, Sd de Guillain Barré, Sd de Eaton-Lambert. Interacción con clozapina y con hidrocloroquina.
Replenos	Alergias conocidas al colágeno bovino, al huevo, a la lidocaína. Heridas en el lugar de aplicación, inflamación o infección. Tendencia a los queloides o a las cicatrices hipertróficas. Problemas de la coagulación. Embarazo y lactancia. Menores de 18 años.
Intralipoterapia con Desoxicolato de Sodio	Enfermedades autoinmunes. Enfermedades infecciosas agudas o crónicas. Tendencias alérgicas. Cardiopatías. Nefropatías. Hepatopatías. Diabetes.
Hilos tensores	Embarazo y lactancia. Alergias conocidas a algún hilo quirúrgico. Flaccidez grave. Patologías inmunitarias. Pies con medicación anticoagulante.
Plasma rico en plaquetas	Trombopenia. Problemas de la coagulación. Terapia anticoagulante. Infecciones. Cáncer. Embarazo y lactancia.
Ultrasonidos (UltraShape®)	Enfermedades hepáticas o del metabolismo de los lípidos. Enfermedades activas de la piel. Pies con marcapasos. Embarazo y lactancia. VIH. Coagulopatías. Heridas en la zona a tratar. Pies con exposición a herbicidas y pesticidas.
Esclerosis vascular química	Enfermedad tromboembólica previa. Trombocitosis. Enfermedades hematológicas. Embarazo y lactancia. Infecciones agudas. Inmovilidad y edad avanzada.
Fotoesclerosis	Fototipos altos. Alteraciones de la cicatrización. Enfermedad o fármacos fotosensibilizantes.
Luz pulsada intensa	Embarazo y lactancia. Heridas abiertas del área a tratar. Cáncer de piel. Cicatrices pronunciadas. Pies fotosensibles o con medicación fotosensibilizante. Predisposición a la mala cicatrización. Epilepsia. Piel muy oscura. Exposición al sol reciente. Marcapasos o desfibrilador. Sistema inmunitario deficiente. Cualquier condición activa en la zona de tto.
Mesoterapia homeopática	Embarazo y lactancia.
Peelings	Embarazo. Angina. Grasis facial reciente. Radiación en la zona a tratar. Queloides. Herpes activo. Alteración mental. Escoriación neurótica. Ingestión de retinoides en el último año. Herpes simple. Dermatitis seborreica. Dermatitis atópica. Dermatitis perioral. Telangiectasias faciales. Verruga plana. Enfermedad sistémica.

4.1 Relación de tratamientos y contraindicaciones.

Conclusiones

- Las enfermedades crónicas cada día se vuelven más prevalentes, no sólo por el aumento de la esperanza de vida y la longevidad, sino también porque muchas personas jóvenes debido a sus hábitos de vida no saludables, o a la genética, debutan con alguna de estas a temprana edad, por lo cual se intuye que un elevado número de nuestros pacientes padecerá una o más enfermedades

- Teniendo extenso conocimiento de los efectos adversos de los procedimientos y sus contraindicaciones, es posible realizar tratamientos seguros y eficaces a los pacientes que los demanden, aunque padezcan alguna enfermedad crónica
- En caso de enfermedades autoinmunitarias, se aconseja ser cautelosos, puesto que los procedimientos conllevan la posibilidad de desencadenar brotes
- No se observó que los efectos adversos producidos tuviesen relación con la patología crónica de base, sino que son efectos adversos propios de las técnicas y que son independientes de la enfermedad
- Se considera de gran interés el conocimiento, por parte de los profesionales de la medicina estética, de las manifestaciones cutáneas de las enfermedades sistémicas, de cara a hacer un buen diagnóstico diferencial cuando un paciente se presente en la consulta por algún inestetismo, desconociendo que éste puede ser un signo de una enfermedad sistémica grave
- Se recomienda a los profesionales del área de la medicina estética hacer un seguimiento estrecho de aquellos pacientes con patologías de base, con la finalidad de poder arrojar en el futuro mayor información sobre el abordaje de los mismos, efectos adversos y complicaciones; los motivamos además a divulgar las informaciones obtenidas

BIBLIOGRAFÍA

* López Viñas. "Enfermedades Crónicas, Panorama epidemiológico y prevención integral". 2011. Enlace: <http://www.slideshare.net/garciajcesar/enfermedades-chronicas-prevalentes>.

*Lugo Izquierdo, Migdalia; Aguilar, Alida. "Experiencia en tratamientos dermocosméticos en el policlínico universitario de Excelencia Rafael Valdés. Ciudad Habana". Artículo original. Enlace: http://bvs.sld.cu/revistas/fdc/vol3_2_09/fdc06209.htm

*Tarteaut M.H., Herman F., Grandjean R., Toutous-Trellu L. "Aesthetic care for old patients included un an hospital programe rehabilitation". 2008. Enlace: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18950085>

* Grandinetti, Lisa M., Tomecki, Kenneth J. "Dermatologic sings of systemic diseases". 2007. Cleveland Clinic Foundation. Enlace: <http://openmed.co.uk/dermatology/dermatologic-sings-of-systemic-disease-cleveland-medical-clinic/>

*Tresgures, Jesús A.F. "Medicina Estética y Antienvjecimiento". Editorial médica Panamericana. 2012. Capítulos: 9, 16, 21, 25, 26, 27, 32, 33, 45.

*Pnto, Hernán R. "Principios de medicina estética". Editado por Hernán Pinto. Capítulos 2, 5, 7, 8 y 9.

Vidurizaga, C.; Esparza, P.; Deltell, J.; Amselem, M. "Medicina Estética, Abordaje Terapéutico". Editorial médica Panamericana. 2011. Cap. 18, 19, 23, 27, 29, 33.

Arenas, R. "Atlas de Dermatología, Diagnóstico y Tratamiento". Editorial McGraw-Hill Interamericana. 2004. Cap. 8, 11, 23, 30, 31, 33, 46, 47.

Alcances de la medicina estética durante el embarazo y la lactancia

Dras. Marina Battistella y M^a Eugenia Rivera

Introducción

El embarazo es una etapa que conlleva una enorme cantidad de cambios emocionales, nutricionales y físicos para la mujer. Podemos encontrar alteraciones inmunológicas, endocrinas, metabólicas y vasculares; incremento de la actividad de las glándulas pituitaria, adrenales y tiroideas. Se desarrolla una nueva glándula, "la placenta", los factores de crecimiento, hormonas y citoquinas son secretados a niveles más altos o en proporciones diferentes de lo normal. Estas nuevas concentraciones de hormonas tienen un gran efecto en el tejido conectivo de todo el cuerpo, por lo que se ejerce una influencia sobre diferentes órganos, y la piel no es la excepción.

Los llamados cambios fisiológicos de la piel durante el embarazo, son cambios normales que ocurren en la piel de la embarazada, son muy frecuentes en la consulta y hay que reconocerlos, ya que la mayoría suelen involucionar después del parto sin necesidad de tratamiento alguno.

En España, en 2013 la edad media de maternidad se situó en 32,2 años entre las españolas. Por lo que en la consulta tendremos una población de mujeres embarazadas o que se quedarán embarazadas en algún momento durante nuestro seguimiento.

Objetivos

Determinar los cambios fisiológicos con repercusión estética que sufre la piel y faneras durante el período de gestación-lactancia y sus posibilidades de tratamiento cuando fuera necesario. Prevenir asimismo las alteraciones que ocurren en el suelo pélvico, brindar los consejos adecuados para prevenir lesiones antes del parto y lograr la recuperación del mismo en el postparto. Mencionar las necesidades nutricionales y los beneficios que brinda la actividad física durante el embarazo y la lactancia.

Materiales y métodos

El trabajo se basa en la revisión bibliográfica. Se realizaron dos tipos de búsquedas, una en la literatura específica del tema que concierne al trabajo y otra en las bases de datos de Pubmed y de UpToDate, usando como palabras claves las que se detallan a continuación y teniendo en cuenta los descriptores MESH.

Palabras Clave: embarazo, piel, disfunción de suelo pélvico, lactancia, nutrición, varices, estrías y acné.

Conclusión

La prevención y el seguimiento de los posibles cambios fisiológicos que puedan ocurrir y las soluciones momentáneas y a futuro que podamos ofrecer, son fundamentales como apoyo durante el embarazo y la lactancia. Crear una relación estrecha y de confianza con su médico estético hace que la paciente se sienta asistida durante este período tan especial y, a su vez, permitirá programar posteriormente posibles tratamientos con aparatología tipo láser y/o radiofrecuencia, que se encuentran contraindicados durante el embarazo y la lactancia.

Es muy importante tener claro cuáles son los cambios fisiológicos y patológicos que pueden aparecer durante este período, cuáles son las alternativas de tratamiento y en qué momento debemos realizarlos.

Con la práctica clínica diaria y cuanto más frecuente sea la valoración de esta población en la consulta, se podrán determinar mejores guías clínicas y estandarizar protocolos de tratamiento específicos para cada uno de ellos. Siendo la prevención el más importante de todos y en el que se debe hacer énfasis en la consulta.

Manejo estético del tejido radiado: prevención y tratamiento

Autoras: Dras. Adriana Lasa, M^a Jesús Morales, Marta Redondo e Irene Ruiz
Tutoras: Dras. Aurora Guerra y Elena González Guerra

La radiodermatitis, es decir, la toxicidad tisular inducida por la radioterapia, es una causa importante de discapacidad que afecta hasta el 95% de los pacientes oncológicos que reciben esta modalidad de tratamiento adyuvante. La radiación actúa sobre la replicación del ADN celular y su toxicidad es el resultado de la interrupción del proceso normal de división y regeneración celular. La radiodermatitis aparece aproximadamente unos seis meses tras la irradiación y puede empeorar progresivamente. Se produce atrofia y fibrosis de la musculatura y, a largo plazo, las secuelas se derivan de una combinación de daño vascular y pérdida de músculo esquelético. Los efectos secundarios, caracterizados por inflamación, eritema, pigmentación, fibrosis, descamación y ulceración de la piel, producen síntomas de dolor incapacitante, calor, ardor e intenso prurito.

No existe a día de hoy ningún consenso en cuanto a la prevención de la radiodermatitis, pese a la multitud de trabajos publicados sobre el uso de diferentes productos tópicos para su profilaxis y tratamiento

En este trabajo hemos realizado una revisión de la literatura actual sobre el manejo estético de los efectos de la radiación sobre los tejidos expuestos, haciendo hincapié repetimos sobre su prevención y tratamiento.

Presentamos un caso clínico de una paciente de 56 años a la cual se había realizado una parotidectomía con vaciamiento ganglionar funcional derecho, por sufrir un carcinoma de células pequeñas. El tratamiento adyuvante de quimio y radioterapia indujo una radiodermatitis intensa que hemos tratado mediante injerto de grasa autóloga, para mejorar el aspecto estético y funcional del cuello.

Bioestimulación capilar con plasma rico en plaquetas en alopecia androgenética: serie de casos

Dr. Joaquín Domínguez

Antecedentes: Debido a los cambios clínicos que produce sobre la piel, el aumento de la vascularización y el estímulo sobre el folículo piloso de los factores de crecimiento, el Plasma Rico en Plaquetas (PRP) se presenta como un tratamiento alternativo de la Alopecia Androgenética (AGA).

Objetivos: Observar la eficacia clínica del PRP en el tratamiento de la alopecia androgenética.

Materiales y métodos: Este trabajo presenta una serie de casos de 22 pacientes con alopecia androgenética tratados con tres sesiones de PRP, separadas por un mes entre cada sesión.

Resultados: Dos meses después de finalizar el tratamiento se observaron mejoras en cuanto a la caída, calidad y densidad del cabello, así como un alto grado de satisfacción de los pacientes con el tratamiento.

Conclusión: El PRP produce efectos positivos en la alopecia androgenética, tanto en hombre como en mujeres, siendo un tratamiento sencillo, seguro y barato. En el futuro, nuevas investigaciones deben encaminarse a estudiar la variabilidad de resultados.

Palabras clave: Alopecia, Androgenética, Plasma rico en plaquetas, PRP.



Fig. 4. Paciente antes y después del tratamiento con PRP.

Las **Fig. 5 y 6** corresponden a las fotografías de inicio y cuatro meses después del mismo paciente en las que se evidencian los cambios producidos tras las tres sesiones de infiltración de PRP en cuero cabelludo. Se aprecia el aumento de densidad de cabello tanto en la región frontal como en vertex.



Fig. 5. Paciente antes y después del tratamiento con PRP.



Fig. 6. Paciente antes y después del tratamiento con PRP.

Guía de Prevención Nº3

Dra. Margarita Mosquera González¹, Dra. M^ª Victoria Zamorano Triviño²

¹ Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Centro Médico de Estética y Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

² Director Médico Mediestic Valdemoro. Universidad de Alcalá. Madrid.

Resumen

La gestión de residuos en las consultas de Medicina Estética debe realizarse de acuerdo a la Legislación con el objetivo de proteger el medioambiente y la salud de los trabajadores. La mayor parte de los errores en la segregación surgen en la separación correcta de los Residuos Biosanitarios Especiales, así como los Químicos y Fármacos Caducados.

Propósito de la investigación

Una gestión adecuada de los residuos generados en las consultas de Medicina Estética contribuye a prevenir y reducir los riesgos para la salud y el medio ambiente.

Material y Métodos

Se realizó una búsqueda en la literatura científica en las bases de datos Internacionales PubMed-Medline, EMBASE, Cochrane Library plus, WOS y PsycBITE así como en las bases de datos nacionales IME, Dialnet, IBECs, MEDES y Teseo, con las siguientes palabras clave: Health care waste management, Environment and Medical waste. Se consultó la Legislación que regula la gestión de residuos incluyendo las Directivas Europeas, Ministerio de Sanidad y de Medio Ambiente, Comunidades Autónomas y autoridades locales. Se elaboró un póster de consulta rápida sobre gestión avanzada de residuos en las consultas de Medicina Estética

Resultados

La legislación obliga a las consultas de Medicina Estética a gestionar los residuos biosanitarios con empresas especializadas, siendo un gestor de residuos autorizados quien debe retirarlos para realizar un adecuado tratamiento extracentro. La Ley 22/2011 de 28 de Julio de Residuos y suelos contaminados es la legislación más actual que regula esta gestión, así como la protección de los trabajadores, según se indica en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

La gestión de estos residuos merece una especial atención porque presentan una potencial peligrosidad. Esta gestión debe comenzar en el centro productor con una minimización de residuos y con una separación eficaz por clases o grupos. Un gestor externo se encargará de la adecuada recogida, transporte, tratamiento y eliminación de estos residuos sanitarios.

Los residuos generados en consulta son: generales (Clase I), asimilables a urbanos (Clase II) y biosanitarios especiales (Clase III), existiendo la posibilidad de implantar el reciclaje (vidrio, papel, plástico,...).

La mayoría de las dudas surgen sobre cómo separar correctamente los residuos biosanitarios especiales por lo que elaboramos un póster de consulta rápida incluyendo aquellos residuos específicos de Medicina Estética (botox, PRP,...) que deben eliminarse en cada clase. El botox, que plantea dudas habituales, debe eliminarse como RBE al contener un agente infeccioso.

En el caso de los productos caducados, como hialurónicos, vitaminas, lidocaína,... la forma más correcta sería llevar los productos a un punto SIGRE en la Farmacia, pues no es habitual contratar la eliminación de Residuos químicos y fármacos caducados (Clase V) por su bajo volumen. En el caso de ser químicos corrosivos, como algunos ácidos utilizados en peelings, la legislación obliga a eliminarlos como Clase V, por su importante impacto medioambiental. En el punto SIGRE los medicamentos peligrosos se entregan a un gestor especializado para su destrucción.

El llenado correcto de los contenedores es a 2/3 partes de su capacidad y deberán cumplir con la normativa de ser rígido y estable. La localización de los contenedores se debe adaptar a las necesidades del trabajo.

Los residuos asimilables a urbanos son gestionados como municipales y los residuos específicos de riesgo biológico se tratarán en plantas especializadas para su desinfección mediante esterilización por vapor caliente a presión por la técnica de autoclave, posteriormente compactados y eliminados como residuos urbanos a vertedero controlado. Los Químicos y Fármacos caducados se valorizan, neutralizan o incineran.

Conclusiones

En la gestión avanzada de residuos sólo se gestionan de forma especial un pequeño porcentaje derivado de la práctica sanitaria. Se recomienda colocar el póster (adjunto) en la consulta como guía para la mejora en la segregación, fundamentalmente en los biosanitarios especiales.

Una adecuada gestión de los residuos sanitarios previene accidentes biológicos en consulta y mejora el impacto medioambiental.



JORNADAS Y CURSOS ORGANIZADOS POR LA AMECLM EN 2016-2017

Curso Prejornadas de Medicina Estética en el Paciente Varón. 19 de octubre. Hotel Tryp Guadalajara

X JORNADAS DE LA AMECLM. 20-21 de octubre. Hotel Tryp Guadalajara

II Jornada sobre Efectos Adversos de los Materiales de Relleno.

En colaboración con la Asociación Española de Medicina Estética (SEME). Noviembre de 2017. En preparación

Ecografía en Medicina Estética. En preparación

Curso de Tricología para Médicos Estéticos. Cuenca. En preparación

Curso de Introducción a la Medicina Regenerativa. En preparación

*Queremos que nuestra programación sea la que tú necesitas.
Por eso pedimos que nos des tu opinión en la Asamblea de Socios.*

Información sobre Cursos de la AMECLM:

Secretaría de la AMECLM (Agustín Tovar). Tfno.: 949 318 498

Correo electrónico: ameclm@ameclm.org

CURSOS Y CONGRESOS DE OTRAS ASOCIACIONES

Jornadas Internacionales de Nutrición Práctica. <http://www.nutricionpractica.org/>

Congreso de la Sociedad Española de Medicina Estética. http://www.seme.org/area_pro/formacion.php

International Master Course on Aging Skin. <http://www.imcas.com/en>

Congreso de la Sociedad de Aplicaciones del Trasplante de Grasa. <http://www.setgra.org/portal/#>

Jornadas Mediterráneas de Confrontaciones Terapéuticas en Medicina y Cirugía Cosmética.
<http://confitera.com/>

Jornadas de la Asociación Canaria de Medicina Estética. <http://acame.es/>

Congreso de la Sociedad Española de Medicina Antienvejecimiento y Longevidad.
<http://www.semal.org/>

FORMACIÓN UNIVERSITARIA

Máster en Medicina Estética de la Universidad de las Islas Baleares. <http://palou.uib.es/mume/>

Máster de Medicina Estética de la Universidad de Córdoba. <http://www.uco.es/mastermedicinaestetica/>

Máster en Medicina Estética y Antienvejecimiento de la Universidad Complutense.
<http://www.ucm.es/titulospropios/medicinaestetica/informacion>

Máster en Medicina Estética de la Universidad de Valencia.
http://postgrado.adeit-uv.es/es/cursos/salud-7/medicina-estetica/datos_generales.htm#.Vgz6X2PaNU

Máster en Medicina Estética de la Universidad Rey Juan Carlos.
<http://www.clinicaurjc.es/formacion/master/master-en-medicina-estetica/master-en-medicina-estetica-programa>

Máster en Medicina Estética de la Universidad de Alcalá. <http://www.ium.es/posgrados/master-estetica.php>

Máster en Trasplante y Medicina Capilar de la Universidad de Alcalá.
<http://www.ium.es/posgrados/master-medicinacapilar.php>

Máster en Calidad de Vida y Cuidados Médico-Estéticos del Paciente Oncológico de la Universidad de Alcalá.
<https://www.formacionmbl.com/>

Experto Universitario en Calidad de Vida y Cuidados Estéticos del Paciente Oncológico de la Universidad de Alcalá.
<https://www.formacionmbl.com/>

Máster en Medicina Estética, Antienvejecimiento y del Bienestar de la Universidad de Alcalá.
<https://www.formacionmbl.com/>

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 ameclm@ameclm.org, 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.

LISTADO DE MIEMBROS ADMITIDOS

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

SOCIOS ADMITIDOS EN EL ÚLTIMO AÑO


Nº 84- Dr. Joaquín Morales Ramírez	Nº 91- Dra. Elena Bartol Velasco
Nº 85- Dra. Juana Deltell Canales	Nº 92- Dra. Nuria Verdesoto Azorín
Nº 86- Dra. Manuela Sánchez-Cañete Valenzuela	Nº 93- Dra. M ^a Alejandra Almenares
Nº 87- Dra. Begoña Fernández de Ateca	Nº 94- Dra. Margarita Cáliz Carmona
Nº 88- Dr. Francisco Javier Miranda Fernández	Nº 95- Dr. Luis Fernando Cabañas Enríquez
Nº 89- Dra. Isabel Quintanilla Llorente	Nº 96- Dra. M ^a Teresa Gil Parra
Nº 90- Dra. Alexandra Osório	Nº 97- Dra. Ruth de Saja

SOCIOS DE HONOR

- Profa. Julia Buján
- Prof. Jesús Fernández Tresguerres
- Prof. José Luis Lancho
- Profa. Angustias Palomar
- Dr. Antonio Villarino
- Prof. José Ricardo Cabo
- Dr. Juan R. Garrido
- Dr. Rafael Linares
- Dr. Francisco Parra
- Dr. Fernando García Monforte
- Dr. Alberto Elbaum
- Dr. Fernando Gutiérrez
- Dr. Juan Antonio López López-Pitalúa
- Dra. Pilar Rodrigo
- Dra. Emilce Insua

JUNTA DIRECTIVA

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



X Jornadas de la AMECLM

19, 20 y 21 de octubre de 2017
Hotel Tryp GUADALAJARA



Reserva tu plaza en
ameclm@ameclm.org
949 318 498
¡No te lo pierdas!



Curso Prejornadas de Medicina Estética en el Paciente Varón

19 de octubre de 2017
Hotel Tryp GUADALAJARA