

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

X JORNADAS DE LA AMECLM
del 19 al 21 de octubre en el Hotel Tryp de Guadalajara

Programa oficial
Curso de Abordaje Médico-Estético del Hombre
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.: +34 949 318 498
e-mail: ameclm@ameclm.org

Comité científico

Ilmo. Dr. D. Carlos Molina,
presidente del Consejo Autonómico de Colegios de Médicos
de Castilla-La Mancha

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
Dra. Carlota Hernández

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.: +34 949 318 498
Correo electrónico: ameclm@ameclm.org
ISSN N° 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

Cómo han pasado los años

Cómo han pasado los años... Sí, diez años y aquí estamos, preparados para esta nueva cita. Este año nuestras X Jornadas tienen que ser especiales. Un encuentro entre el ayer y el hoy.

Dos generaciones de medicina estética cogidas de la mano, con la vista en el futuro y un objetivo común: medicina estética de calidad pensada para todos. Y este año con un curso pre-jornadas dirigido al paciente hombre. Ese paciente que cada vez crece más y se hace protagonista, y del que a veces conocemos muy poco. Por eso, fisiología, hormonas, piel (manchas, arrugas, flacidez), remodelación de grasa corporal y sobre todo pelo, son los temas que nos demandan en el día a día en nuestras consultas, y que aquí abordaremos.

Cómo han pasado los años. Qué mundo tan diferente... o no. Han pasado los años pero nuestros pacientes siguen queriendo estar y sentirse bien, que se les note lo que les hacemos pero que se vea natural, que nadie sepa lo que les han hecho. Por eso, las técnicas mínimamente invasivas: hilos, rellenos, toxinas, siguen posicionándose junto a peelings y las nuevas tecnologías. Y surgen los dilemas: ¿hilos o rellenos?, ¿esclerosis química o con laser? Contamos con los mejores ponentes que expondrán estos temas y entre todos surgirán las mejores opciones.

Aquí estamos todos frente a frente. Si parece que fue anoche cuando iniciamos en Toledo en 2008 nuestra andadura y en Albacete nuestras primeras Jornadas, y siguieron Almagro, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara y Toledo. Y compañeros que se suman de aquí y de allá, porque Castilla-La Mancha engancha... Cómo han pasado los años, las vueltas que dio la vida, pero la medicina estética sigue creciendo y nos va envolviendo.

“Habrán pasado los años
Pero el tiempo no ha podido
Hacer que pase lo nuestro”...



Dra. Paloma Tejero
Presidenta de la AMECLM



SUMARIO

5

Reportaje sobre las jornadas

8

Avance XI Jornadas

9

Programa de las jornadas

15

Salas y stands

16

Patrocinadores, expositores y colaboradores

17

Ponencias del Curso de Abordaje del Hombre

22

Ponencias de las XI Jornadas

45

Comunicaciones libres y pósters

60

Calendario de formación

62

Normas de publicación de artículos científicos

63

Socios admitidos, socios de honor
y Junta Directiva

X Jornadas de la AMECLM: 10 años de ilusiones y de trabajo al servicio de la medicina estética... y lo que queda

Por fin están aquí: ya empezamos las X Jornadas de la Asociación de Medicina Estética de Castilla-La Mancha (AMECLM), con tanta ilusión como al principio y plenamente consolidadas. Lo que empezó siendo un evento médico regional, se ha convertido con el paso de los años en una cita de peso en el panorama de la medicina estética nacional, con presencia de más de 200 médicos no sólo castellano-manchegos, también madrileños, valencianos... incluso canarios y algunos que vienen del extranjero.

Queremos dar las gracias a nuestros ponentes, que aportan su sabiduría, sus técnicas y sus secretos a todos nosotros, para que aprendamos a ser mejores médicos, a tener conocimientos para ofrecer tratamientos con garantías de belleza y salud, y con el mayor margen de seguridad posible. Y además lo hacen desinteresadamente, por amor a nuestra profesión y a que todos sigamos aprendiendo y formándonos, con rigor y ciencia.

Paralelamente, se ha incrementado el apoyo de la industria del sector, hasta el punto de que ya contamos con una treintena de empresas habituales en las Jornadas de la AMECLM, que nos son fieles todos los años. Gracias también a ellas por este soporte, que nos permite ofrecer un programa variado, dinámico, que trata de dar respuestas a las preocupaciones y dilemas con los que nos encontramos los médicos estéticos en nuestro quehacer diario. En nuestras Jornadas tratamos siempre de innovar, de presentar formatos novedosos, atractivos e interactivos, y fomentar el debate y los consensos. Siempre con prácticas y tratamientos en directo, que se acogen con gran éxito de público.

Además debemos agradecer el apoyo de las autoridades sanitarias castellano-manchegas, por haber creído en nosotros y habernos ayudado con las acreditaciones oficiales, la concesión de la declaración de las Jornadas como de "interés científico-sanitario" y la autorización para realizar nuestras prácticas médicas. Creemos sinceramente que éstas son las claves de nuestro éxito, que un año más compartimos con todos vosotros, por supuesto el último pilar, fundamental, para continuar avanzando.

Guadalajara nos acoge de nuevo

Un año más, la Junta de Castilla-La Mancha ha otorgado el reconocimiento del interés científico-sanitario a las X Jornadas de la AMECLM, que se celebrarán los días 19, 20 y 21 de octubre en el Hotel Tryp Guadalajara, bajo el lema "*10 Años de Medicina Estética, con Sueños de Futuro*".

La ciudad de Guadalajara se presta otra vez a ser nuestra sede. Se trata de un lugar muy apropiado para acogernos, a 55 kilómetros de Madrid, a media hora del aeropuerto de Barajas, enlazado mediante AVE, por supuesto, con Madrid, pero también directamente con Zaragoza y Barcelona, y con un gran servicio de trenes de cercanías con la capital. Es una ciudad moderna, cómoda para llegar a ella, que ofrece todos los servicios que podemos necesitar conservando al mismo tiempo su carácter tranquilo y cercano, ajeno a las incomodidades de las grandes urbes.



Imagen de una de las salas de las Jornadas celebradas en el Hotel Tryp Guadalajara en 2014

El magnífico Hotel Tryp, recientemente remodelado con una imagen innovadora y e informal, nos ofrece el marco adecuado para desarrollar nuestras Jornadas, con todos los servicios que necesitamos y con la comodidad de celebrar todos los eventos en el mismo sitio, en el que además nos alojaremos.

In Memoriam: Dr. Leopoldo Peñarroja

Como todos los años, intentamos que el curso prejornadas se dedique a un tema muy específico, alejado de la temática habitual a la que estamos acostumbrados para irnos adaptando a los nuevos retos que encontramos en nuestras clínicas.



Las salas de talleres siempre despiertan mucho interés en los asistentes

Este año dedicaremos el Curso Prejornadas a la memoria de nuestro compañero Dr. Leopoldo Peñarroja, fallecido hace unos meses, que durante años ocupó una vocalía en la Junta Directiva de la AMECLM.

Realizaremos un Curso de Abordaje Médico-Estético del Hombre. El paciente varón, que al principio se acercaba tímidamente a nuestras consultas, cada vez es una presencia más frecuente, y con tendencia al alza. Pero, ¿su piel es la misma, presenta los mismos problemas estéticos que la mujer?, ¿cuáles son las peculiaridades de su canon de belleza?, ¿y de su fisiología?

Daremos respuesta a estas preguntas para satisfacer las necesidades que plantean estos pacientes. Para dar la conferencia inaugural, contaremos con el prestigioso Dr. Javier Anido, que nos aclarará los patrones de belleza masculinos.

Pero además, la sesión de tarde será enteramente práctica: abordaremos la remodelación facial, cómo resolver la alopecia androgénica, realizaremos un taller de androestética y haremos demostraciones de PRP, mesoterapia capilar y técnica Rigenera. Los alumnos se dividirán en dos grupos y tendrán que especificar qué grupo de prácticas les interesa más.

El 21 de octubre tendrán lugar los Talleres Prácticos para Equipo Multidisciplinar en la Consulta de Medicina Estética, que este año está dedicado especialmente también al paciente hombre, y donde el personal de nuestras clínicas tendrá ocasión de afrontar los retos que plantea. También se celebrarán sesiones prácticas, de gran interés para los asistentes.

Programa de las Jornadas

Las Jornadas propiamente dichas se celebrarán los días 20 y 21 de octubre, con el objetivo de compartir resultados, conocimientos y actualidad en el campo de la medicina estética. Continuaremos innovando, con nuevos formatos en los que las mesas se articulan en torno a un debate entre expertos, coloquios o vídeos, de la forma más interactiva posible y con la participación de todos, con la intención de llegar a consensos de tratamiento. Queremos que sean un punto de encuentro, de puesta a punto, de resolución de controversias y adquisición de técnicas y conocimiento.

Contaremos en la inauguración con el alcalde de Guadalajara, Antonio Román, quien de nuevo nos dará la bienvenida y a quien también agradecemos su apoyo. La conferencia inaugural rescatará un tema y un ponente de los que el año pasado, por circunstancias totalmente inesperadas, no fue posible disfrutar: abordaje facial global del paciente étnico, a cargo del presidente de la Sociedad Científica Venezolana de Medicina Estética y vicepresidente de la Union Internationale de Medecine Esthetic, Dr. Víctor García Guevara.

Bioestimulación, futuro de la medicina estética e hilos versus rellenos

La primera mesa de debate de las Jornadas hablará sobre las técnicas de bioestimulación cutánea. Aclaremos conceptos, abordaremos PRP y derivados, los medical device en mesoterapia facial y las posibilidades que ofrece el ácido hialurónico combinado con ultrasonidos y biorrevitalización.

La segunda repasará lo que han sido estos diez años de medicina estética de Castilla-La Mancha y tratará de prever lo que nos espera en el futuro. Se analizarán los beneficios que los médicos estéticos pueden aportar a los enfermos crónicos, las posibilidades de la cirugía de la obesidad, el análisis reológico de los distintos ácidos hialurónicos y los biofilms.

Un debate clásico: qué elegir, hilos o rellenos, es el tema de la tercera mesa. Temas que se expondrán en este foro: hilos PDO para la región periocular, tratamientos de las ojeras, cambios cutáneos tras la introducción de estos materiales, la remodelación glútea y criterios para elegir una u otra técnica.

A debate: trabajo en equipo en la celulitis y esclerosis química frente a esclerosis láser

La mesa 4 será enteramente de debate, sin exposiciones previas de los ponentes. Tratará sobre cómo mejorar el trabajo en equipo para el diagnóstico y tratamiento de la celulitis. La moderadora y los asistentes plantearán

directamente las preguntas a los expertos, quienes tendrán oportunidad de confrontar sus puntos de vista para tratar de alcanzar consensos.

Este formato de debate abierto, muy televisivo, también es el elegido para la mesa 5, que analizará los pros y contras de la esclerosis química y la esclerosis con láser. El objetivo es dar viveza a las exposiciones y promover la participación interactiva del público, como mejor forma de aclarar las dudas diarias que nos asaltan en la consulta sobre estas dos técnicas.

Brazos, técnicas personales, rellenos y regeneración

En la mesa 6 se tratará un tema que raramente se aborda en las actividades formativas sobre medicina estética: el abordaje de los brazos. Aprenderemos cómo modelarlos y luchar contra la flacidez, sabremos qué aplicaciones tiene la liposucción para estas extremidades y conoceremos cuáles son los inestetismos cutáneos principales que presentan. Por último, y no menos importante, conoceremos en qué casos clínicos es mejor no tratarlos.

La mesa 7 tiene un enfoque muy particular, puesto que las ponentes expondrán técnicas personales suyas que están aplicando en sus clínicas con éxito. Muchas de ellas están basadas en la filosofía de conseguir mejoras en los pacientes preservando un equilibrio y buscando resultados lo más naturales posibles, mediante una combinación de diferentes técnicas. También se hablará de un procedimiento para conseguir buenos resultados en celulitis en un tiempo récord y, por último, se hablará sobre un producto que está dando mucho que hablar en estas últimas semanas: Belkira. Lo analizaremos para saber qué podemos esperar de él y qué no.

Dar un paso más allá es el objetivo de la mesa 8, que partiendo de los clásicos rellenos pretende informar sobre las ventajas de los tratamientos regenerativos. Veremos los usos de la grasa autóloga en pacientes oncológicos, cómo regenerar la mucosa vaginal con ácido hialurónico, una disciplina al alza en estos últimos años: la cosmetoginecología y las aplicaciones de la radiofrecuencia frente al láser vaginal.

Simposium de Toxina Botulínica

Por último, el ya clásico Simposium sobre Toxina Botulínica, que tanta aceptación ha tenido en todos estos años. Repasaremos los puntos off-label en la región periocular, cómo tratar la ptosis palpebral, los tratamientos con zinc y fitasa y cómo abordar la ceja masculina, con tratamiento en directo.

Se trata, por tanto, de un programa de vibrante actualidad, en el que todos tendremos oportunidad de aprender y aclarar conceptos y aplicaciones con el mayor rigor científico. Esperamos que, como otros años, sea de vuestro entero agrado y, una vez más, os agradecemos la confianza que nos habéis mostrado en estas diez ediciones de las Jornadas de la AMECLM... y las que quedan por llegar.



Mesa Presidencial de las Jornadas de 2014 en Guadalajara

AVANCE DE LAS XI JORNADAS DE LA AMECLM: CURSO DE ENFERMEDAD CRÓNICA Y MEDICINA ESTÉTICA

Medicina estética oncológica: ¿Cabe la palabra “estética” en oncología?

Dra. Pilar Lacosta

Máster en Medicina Estética y Calidad de Vida y Cuidados Médico-Estéticos del Paciente Oncológico.

Vocal de la Junta Directiva del Grupo de Expertos en Medicina Estética Oncológica (GEMEON)

He tenido la oportunidad de asistir a la ESMO por primera vez y hablar con muchos oncólogos. Mi primer pensamiento fue: “Difícil... Muy difícil colaborar juntos, mano a mano... Difícil que nos tengan en cuenta.” Nombras la palabra “estética” y piensan que estás frivolisando una terrible enfermedad, que no interesa o no les parece relevante. Pero cuando se comienza hablar sobre “calidad de vida”, la cosa cambia de manera radical.



La Dra. Lacosta, afrontando con éxito su primera visita a ESMO

Hablas sobre minimizar efectos secundarios como radiodermatitis, mucositis, alteraciones en la piel y uñas, síndrome mano-pie, quemaduras, alopecia, pérdida de las cejas, sequedad vaginal, linfedema, pérdida de peso, náuseas y vómitos, problemas de sueño, problemas en las relaciones sexuales, alteraciones digestivas... y entonces sí existe un interés real en la colaboración, entonces sí escuchan, sí parece interesante, sí preguntan, quieren protocolos y consejos en nutrición y cuidados de la piel.

Confiesan que sus pacientes lo demandan y que muchas veces no tienen tiempo y otras carecen de los conocimientos necesarios para ayudarles en este sentido. El aumento de la supervivencia está convirtiendo al paciente oncológico en un paciente crónico, y no sólo se trata de que viva más tiempo, sino de que sea de la mejor forma posible.

¿Cabe la palabra “estética” en oncología? En medicina estética englobamos, como una parte más de la salud y el bienestar del sujeto, su imagen. “Verse bien” implica un impacto no sólo en la aceptación del tratamiento, que resulta catastrófico con un deterioro importante físico y psíquico, sino en el pronóstico, debido al poder curativo de la imagen y su afectación psicosocial, que pueden actuar de forma positiva o negativa en el estado de ánimo y en su supervivencia.

La medicina estética es la vía médica para la normalización de la enfermedad que acaba siendo crónica, la vía para que los pacientes retomen su vida laboral, social, familiar... sin estigmatización. La medicina estética es una nueva especialidad médica con un objetivo: mejorar la autoestima, calidad, productividad y expectativa de vida.

¿Será necesario cambiar el nombre para ser tenidos en cuenta? No lo creo. Estética = percepción, sensibilidad, armonía... Creo que debemos hablar en alto, con rigor científico y profesionalidad, y dar a conocer la importante labor que nos ocupa.



CURSO PREJORNADAS:

I Curso de Abordaje Médico-Estético del Hombre

In memoriam Dr. Leopoldo Peñarroja

JUEVES, 19 de octubre

- **9:00-9:30.- Conferencia inaugural:** Nuevos paradigmas de belleza masculina.
Dr. Javier Anido
- **9:30-11:30.- Mesa 1.- La piel del hombre.** Moderador: Dr. Eduardo Gil
 - Características e implicaciones en dermatología y estética.
Dr. José Luis López Estebaranz
 - Tratamientos médico-estéticos para el hombre de hoy. **Dr. Sergio Fernández Mesa**
 - Depilación masculina: características diferenciales. **Dr. Pablo Naranjo**
 - Coloquio
- **11:30-12:00.-** Café
- **12:00-14:00.- Mesa 2.- Consideraciones fisiológicas.** Moderadora: Dra. Victoria López
 - ¿Los hombres atractivos son más exitosos? **Dra. Valeria Cogorno**
 - Andropausia. **Prof. Jesús Fernández-Tresguerres**
 - Aproximación a la andropausia desde la medicina estética integrativa.
Dr. José Ricardo Cabo
 - Remodelación corporal vía oral. **Dr. Joaquín Figueroa**
 - Coloquio: El papel de la medicina estética en la prevención y abordaje del envejecimiento masculino
- **14:00-16:00.-** Comida
- **16:00-17:45.- Sesiones opcionales** *Los alumnos deben indicar a qué grupo se inscriben*
 - **Grupo 1.** Remodelación facial en el paciente hombre. Coloquio y taller práctico.
Dres. Eduardo de Frutos, Consuelo García Milla y Sergio Fernández Mesa.
Modera Dr. Javier Anido. Con la colaboración de Merz
 - **Grupo 2.** Monográfico sobre actualidad en alopecia androgénica: del diagnóstico al tratamiento.
Dres. Victoria Zamorano y Claudia Larrarte. Modera Dra. Ana Téllez
- **17:45-18:15.-** Café

- **18:15-20:00.- Talleres prácticos opcionales** *Los alumnos deben indicar a qué grupo se inscriben*

- **Grupo 1.** Taller de androestética (abordaje en medicina estética) *con la colaboración de Ses Derma.* Taller “La investigación e innovación española: profundización en láser y criolipólisis”. **Dr. Carlos Fajardo,** *con la colaboración de Cocoon Medical.* Modera Dra. Carlota Hernández

- **Grupo 2.** Prácticas de PRP, mesoterapia capilar y técnica Rigenera. **Dres. Victoria Zamorano, Claudia Larrarte y Hernán Pinto.** Modera Dra. Victoria López. *Con la colaboración de Regenera*

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

VIERNES, 20 de octubre

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

- **9:30-11:00.- Mesa 1. TÉCNICAS DE BIOESTIMULACIÓN CUTÁNEA.**

Moderador: Dr. Eduardo de Frutos

- Bioestimulación cutánea. ¿Qué es, de qué hablamos? **Profa. Julia Buján**
- PRP y derivados (PPP, Plasmigel...) **Dra. Victoria Sunkel**
- Medical device en mesoterapia facial: revisión de fármacos y situación actual. **Dra. Victoria Zamorano**
- Ultrasonidos y biorrevitalización con ácido hialurónico. **Dra. María Albini**

- **11:00-11:15.- ACTO INAUGURAL,** a cargo del **Ilmo. Sr. D. Antonio Román,** alcalde de Guadalajara; **Ilmo Dr. D. Carlos Molina,** presidente del Consejo Autonómico de Colegios de Médicos; e **Ilmo. Dr. D. Julio Dámaso Cuevas,** presidente del Colegio de Médicos de Guadalajara. 10 años de Medicina Estética en la AMECLM. **Dres. Paloma Tejero y Eduardo Gil**

- **11:15-11:45.- CONFERENCIA INAUGURAL. Abordaje facial global del paciente étnico.**
Dr. Víctor García Guevara

- **11:45-12:00.-** Coloquio

- **12:00-12:30.-** Café – Visita a los stands y a los pósters presentados

- **12:30-14:00.- Mesa 2. 10 AÑOS DE MEDICINA ESTÉTICA Y UN FUTURO POR DELANTE.**

Moderador: Dr. Eduardo Gil

- Medicina estética: pasado, presente y futuro. **Dr. Juan Antonio López López-Pitalúa**
- Enfermedad crónica y medicina estética. **Dra. Sheila Mota**
- Cirugía de la obesidad, presente y futuro. **Dra. M^a Teresa Gil**

- ¿Son todos los ácidos hialurónicos iguales? Reología y su traducción clínica y ecográfica. **Dra. Carmen Soteras**

- Los biofilms: una nueva visión de la patogenia de los procesos infecciosos. **Prof. José Vicente Saz**

• **14:00-16:00.-** Comida

• **16:00-18:00.- Mesa 3. DEBATES. HILOS VERSUS RELLENOS: CÓMO ELEGIR LA MEJOR TÉCNICA.** Moderadora: Dra. Paloma Tejero

- Abordaje de la región periocular con hilos PDO. **Dr. José Vicente Lajo**

- Tratamiento integral de la ojera. **Dr. Víctor García Guevara**

- Abordaje panfacial con materiales de relleno. **Dr. Blas García García**

- Cambios cutáneos tras la introducción de hilos y/o materiales de relleno. **Dr. Joao Vale**

- Hilos versus rellenos: a quién y cómo. Coloquio. **Dra. Paloma Tejero**

• **18:00-18:30.-** Café

• **18:30-19:30.- Mesa 4. TRABAJANDO EN EQUIPO: CELULITIS, DEL DIAGNÓSTICO AL TRATAMIENTO.** Moderadora: Dra. Emilce Insua

Con la participación de las Dras. Carlota Hernández Sanz, Paula Rosso y todos los asistentes

• **19:30-20:00.- Mesa 5. CARA A CARA: ESCLEROSIS QUÍMICA-ESCLEROSIS LÁSER.**

Moderador: Dr. Eduardo Gil

Con la participación de los **Dres. César Arroyo y Emilce Insua**

• **20:00.- ASAMBLEA DE SOCIOS DE LA AMECLM**

SABADO, 21 de octubre

• **9:30-11:30.- Mesa 6. ABORDAJE MÉDICO-ESTÉTICO DE LOS BRAZOS.**

Moderadora: Dra. Ana I. Gómez

- Abordaje con hilos de la flacidez en los brazos. **Dra. Elizabeth Milán**

- Modelando brazos. **Dra. Paula Rosso**

- Liposucción asistida por radiofrecuencia para el tratamiento de los brazos. **Dr. Salvatore Pagano**

- Inestetismos cutáneos (codos, manchas en las manos, etc.) **Dra. Paloma Cornejo**

- Cuándo no tratar. **Dra. Ángela Río**

- Coloquio

• **11:30-12:00.** Café

• **12:00-14:00.- Mesa 7. MEDICINA ESTÉTICA: TÉCNICAS DE AUTOR.**

Moderadora: Dra. Paloma Tejero

- Método BB: Beauty Balance. **Dra. Beatriz Beltrán**
- Natural Perfect Look: Mejorar sin Transformar. **Dra. Virtudes Ruiz**
- Hilos elásticos. Técnica Dr. Capurro (vídeo). **Dr. Rafael Gálvez**
- Celulitis exprés. **Dra. Victoria Sunkel**
- Y si mi paciente tiene cáncer, ¿qué puedo hacer? **Grupo de Expertos en Medicina Estética Oncológica (GEMEON)**
- Belkira™. Verdades, mentiras y alternativas. *Presentación y coloquio moderado por la Dra. Carlota Hernández Sanz*

• **14:00-16:00.-** Comida

• **16:00-17:30.- Mesa 8. DEL RELLENO A LA REGENERACIÓN.**

Moderadora: Profa. M^a Angustias Palomar

- Grasa autóloga en la reparación de secuelas en el paciente oncológico. **Dr. Joan Fontdevila**
- Regeneración de la mucosa vaginal con ácido hialurónico en paciente oncológico. **Dr Eduardo de Frutos**
- Retos de la cosmetoginecología. **Dr. Jorge Gaviria**
- Radiofrecuencia vs láser vaginal. **Dra. Esperanza García Fulgencio**
- Coloquio

• **17:30-19:00.- Mesa 9. SIMPOSIUM SOBRE TOXINA BOTULÍNICA.**

Moderador: Dr. Fernando García Monforte. *Con la colaboración de Galderma*

- Puntos off-label con toxina botulínica en la región periorcular. **Dr. Fernando García Monforte**
- Tratamiento de la ptosis palpebral tras la inyección de toxina botulínica con medicina biorreguladora. **Dra. Carlota Hernández Sanz**
- Tratamiento con zinc y fitasa. Revisión de evidencia. **Dr. Carlos Jarne**
- La ceja masculina (abordaje con toxina botulínica). Tratamiento en directo. **Dres. Virtudes Ruiz y Fernando García Monforte**
- Coloquio

Programa de Talleres

VIERNES, 20 de octubre

- **9:30-10:30.- Comunicaciones Libres.** Moderador: Dr. Isidoro Gómez
 - Toxicidad cutánea y linfedema secundario a radioterapia: el nuevo reto de la medicina estética en el paciente con cáncer de mama. **Dra. Raquel Benlloch**
 - Estudio preliminar sobre nanograft en alopecia androgenética. **Dres. Serafín Fernández Cañadas y Silvio Zamora**
 - PlasmaBT con control de potencia y distanciador. **Dr. Agustín de la Quintana**
 - El paciente oncológico en la consulta de medicina estética: revisión de casos. **Dras. Sheila Mota y Jessica Rojas**
 - Propuesta-guía de fotoprotección en el paciente oncológico. **Dra. Elena Fernández**
- **10:30-11:30.- Capivance Alpha F y H: abordaje micronutricional integral de la alopecia androgenética femenina y masculina.** Ponente: **Dr. Carlos Jarne.** Patrocinado por **Ysonut.** Moderadora: Dra. Ana Téllez
- 11:30-12:00.- Defensa de los pósters presentados a las Jornadas:**
 - Treatment of androgenic alopecia with autologous skin micrografts. **Dras. Paloma Tejero, Victoria Sunkel y Victoria Zamorano**
 - Limpieza y desinfección en las consultas de medicina estética. Guía de prevención nº 4. **Dras. Margarita Mosquera y Victoria Zamorano, D^a Ana Belén Arredondo y D^a Margarita Díaz**
- **12:00-13:00.- Thaleum: Bioestimulación tópica personalizada. Combinación de pépticos biomiméticos, activos efecto peeling y sistémicos de acción terapéutica específica.** Patrocinado por **Olyan Farma.** Moderadora: Dra. Montserrat Jiménez
- **13:00-14:00.- Micropunción y peelings químicos: buscando sinergias para mejorar la comunicación intercelular (CROSSTALK).** Ponente: **Dra. Inmaculada Expósito.** Patrocinado por **Ses Derma.** Moderadora: Dra. Carmen Zita García Quirantes
- **16:00-17:00.- Belleza Regenerativa: Redensifica y reposiciona con Ellansé y Silhouette Soft.** Ponente: **Dra. Marta Suárez.** Patrocinado por **Sinclair.** Moderadora: Dra. Ana I. Gómez
- **17:00-18:00.- Taller práctico.** Patrocinado por **Merz.** Moderador: Dr. Ricardo Lamana
- **18:00-19:00.- Taller práctico.** Patrocinado por **BTL.** Moderadora: Dra. Isabel Bru

SÁBADO, 21 de octubre

- **9:30-10:30.- Tratamientos combinados para el rejuvenecimiento facial.**
Ponente: **Dra. Inmaculada González.** Patrocinado por **Croma Estética.**
Moderadora: Dra. Carmen Zita García Quirantes
- **10:30-11:30.- Biorremodelación con Profilo en el paciente masculino.**
Ponente: **Dr. Luis de Sola.** Patrocinado por **Sebbin.** Moderadora: Dra. Isabel Bru
- **12:00-13:00.- Programa multidisciplinar para el cambio de composición corporal en pacientes normopeso.** Ponente: **Dr. Felipe Isidro.** Patrocinado por **Pronokal.**
Moderador: Dr. Ricardo Lamana
- **13:00-14:00.- Bionutrilift.** Ponente: **Dr. Sergio Fernández Mesa.** Patrocinado por **Filorga.**
Moderador: Dr. Isidoro Gómez
- **16:00-17:00.- InMode: Luz y radiofrecuencias unidas para la solución de problemas cutáneos.** Ponente: **Dr. César Arroyo.** Patrocinado por **Inmode.** Moderador: Prof. Rafael Linares
- **17:00-18:00.- Tratamiento integral del tejido graso en aplicaciones médico-estéticas.**
Ponente: **D. Jaime Sabaté.** Patrocinado por **Beco Medical** Moderador: Dr. Ricardo Lamana

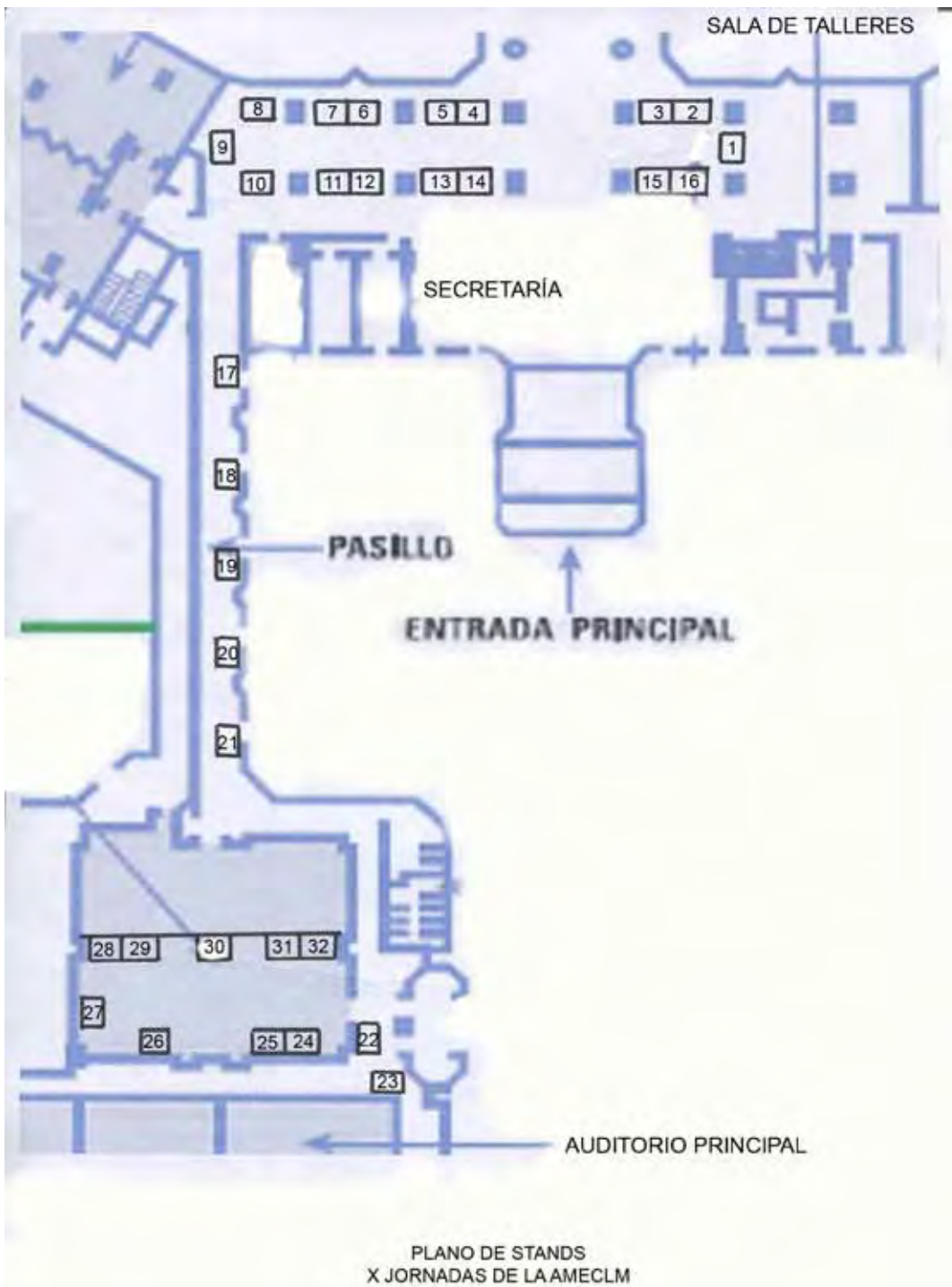
Talleres Prácticos para el Equipo Multidisciplinar de la Consulta de Medicina Estética

SÁBADO, 21 DE OCTUBRE

- **9:00-9:30.- Presentación del Curso.** Dra. Paloma Tejero
- **9:30-10:30.- Estética masculina.** Dr. Sergio Fernández Mesa.
Moderadora: Dra. Montserrat Jiménez
- **10:30-11:30.- Complementos nutricionales para estética y bienestar en el hombre.**
Moderadora: Dra. Montserrat Jiménez. *Con la colaboración de Ysonut*
- **11:30-12:00.-** Café
- **12:00-14:00.- Taller de estética reparadora.** Dra. Lourdes Mourelle y Eva Antepazo.
Moderadora: Dra. Sheila Mota
- **11:30-12:00.-** Comida
- **16:00-17:00.- Gestión del paciente en la consulta de medicina estética: de la cita al tratamiento.** Dra. Carlota Hernández Sanz. Moderadora: Dra. M^a Teresa Gil
- **17:00-18:00.- Preparación del campo para tratamientos médico-estéticos.** Dr. Eduardo Gil.
Moderadora: Dra. Carmen Zita García Quirantes
- **18:00-19:00.- Taller de cuidados de la piel y cosmética del paciente hombre.**
Moderadora: Dra. Carmen Soteras. *Con la colaboración de Avene*

RELACIÓN DE EXPOSITORES

- | | | |
|-----------------------|------------------------|-----------------------------|
| 1.- BECO MEDICAL | 11.- MERZ | 20.- CUM LAUDE |
| 2.- OLYAN FARMA | 12.- REFERENCE MEDICAL | 21.- NAQUA |
| 3.- SES DERMA | 13.- REAL LASTING | 22.- DERMICA |
| 4.- SEBBIN | 14.- REGENERA | 23.- LABORATORIOS GENEVRIER |
| 5.- ELLIPSE | 15.- PRONOKAL | 24.- GALDERMA |
| 6 y 7.- MEDIKA LIGHT | 16.- FILORGA | 26.- COMEFARMA |
| 8.- ANTIAGING SYSTEMS | 17.- CARMADO | 28.- IFC |
| 9.- GMV ITALIA | 18.- YSONUT | 30.- SUICO |
| 10.- CINLASER | 19.- BTL | |



PATROCINADORES

PATROCINADORES

ORO



PLATA



EXPOSITORES

COLABORADORES

Nuevos paradigmas de la belleza masculina

Conferencia
inaugural

Dr. Javier Anido

Director de clínicas de medicina estética en Madrid.
Profesor en los Máster de Medicina Estética de las Universidades Complutense, Balears y Alcalá

El hombre se presenta como el nuevo objeto de tratamiento en la medicina estética. Aumentar el porcentaje de paciente masculinos en nuestras clínicas supondrá dar una reactivación importante en nuestro modelo de negocio, que ha sufrido quizás más que otros sectores el paso de la reciente crisis económica. Pero si observamos al paciente masculino exclusivamente como un reactivador de nuestro negocio, y no reflexionamos sobre cuáles son las motivaciones y necesidades específicas que llevan al hombre a acercarse a nuestras consultas, podemos cercenar esta posibilidad.

La medicina estética, debe de ser para el hombre el punto de inflexión para romper las barreras, que tanto la sociedad machista como la feminista han impuesto a su conquista sociológica. Tener un aspecto más joven y saludable no debe ser solo patrimonio femenino.

La normalización del uso de la medicina Estética en el mundo masculino debe servir para romper tabúes y prejuicios, que pretenden cuestionar la masculinidad de los hombres que utilizan los servicios estéticos.

Pero la estética masculina tiene unos cánones, unas medidas y unas fronteras, que el médico estético debe respetar. Debe de ser más sutil, más ponderada y más reflexiva; son conceptos que los profesionales dedicados a su consecución ya tenemos.

Una reflexión sobre las premisas, los cánones, los motivos y las nuevas perspectivas que llevan al hombre a reclamar nuestros servicios, serán abordados en esta aproximación a la estética masculina.



Tratamientos medico estéticos para el hombre del hoy

Dr. Sergio Fernández

Director Médico clínica Le Med (Madrid)

La medicina estética ha experimentado un notable aumento en el número de tratamientos estéticos destinado al cuidado del hombre. Según la SEME, esta cifra puede rondar el 15% de los tratamientos totales que se realizan anualmente.

Según la ASPS, el número de procedimientos no quirúrgicos ha aumentado un 3% en el año 2016 respecto al 2015 y los cinco tratamientos más habituales son:

1. Toxina botulínica
2. Depilación láser
3. Microdermoabrasión
4. Peeling químico
5. Inyectables: ácido hialurónico, hidroxiapatita cálcica, etc.

Debido a las diferencias anatómicas con la mujer y el contexto social, los tratamientos masculinos requieren un abordaje diferente. Analizaremos los productos, técnicas y dosis más recomendables para la ejecución de los mismos.

Mesa 1.
La piel del
hombre



¿Los hombres atractivos son más exitosos?

Dra. Valeria Cogorno

Directora de Medicina Estética e Implante Capilar en Clínica Novosalud (Madrid y Murcia)

Según estudios científicos los hombres atractivos tienen salarios un 3% o 4% mayor en relación a los hombres con apariencia física promedio, lo cual se traduce, a lo largo de la vida laboral, en una diferencia económica muy importante. Los hombres atractivos son contratados rápidamente y obtienen ascensos en menos tiempo. Además se ha encontrado que los CEOs de grandes y exitosas compañías son calificados como más atractivos físicamente

Mesa 2.
Consideraciones
fisiológicas



que los CEOs de pequeñas compañías. Se ha determinado que empleados atractivos traerán más dinero a sus compañías, que personas con atractivo inferior a la media. Otro dato importante es que hombres con cara de niño, suelen ser percibidos como hombres en quien la gente puede confiar y son amigables, pero no son percibidos como competentes ni profesionales.

Con diferentes técnicas de medicina estética, podemos hacer que nuestros pacientes masculinos sean mucho más atractivos, en concreto se utilizó en el caso descrito hidroxapatita cálcica con lidocaína en polvo (3 jeringas de 1,5ml), ya que es un producto viscoelástico no hidrofílico, cuya reología se adecúa al tratamiento del paciente masculino, recreando y potenciando con técnicas de inyección las características de masculinidad de nuestros pacientes hombres.

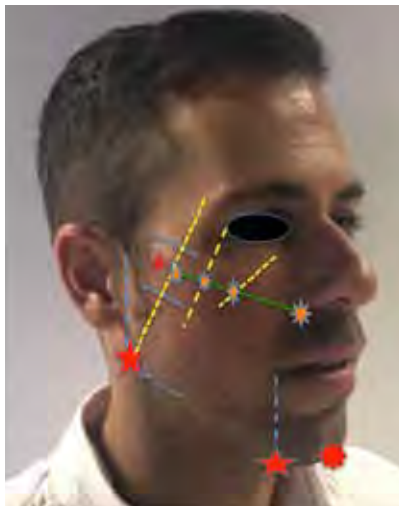
En términos generales se debe tener en cuenta que el paciente masculino debe tener:

- 1) Arco cigomático largo
- 2) Ángulo mandibular de 90° y elongado verticalmente
- 3) Línea mandibular larga
- 4) Mentón cuadrado
- 5) Frente oblicua con prominencia ciliar protuberante con cejas pobladas y horizontales
- 6) Poca grasa facial
- 7) El punto subnasal debe coincidir con el punto mentoniano

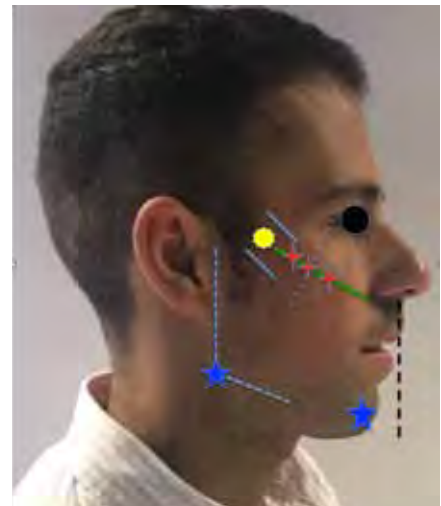
Sabiendo estas pautas de tratamiento y personalizando el mismo, podremos hacer más atractivos a nuestros pacientes masculinos.



- 1) Distancia bicigomática debe coincidir con la bigonial
- 2) Definición del Arco Cigomático
- 3) Masculinización del Mentón
- 4) Relleno de fosa piriforme



- 1) Definición y alargamiento de ángulo mandibular
- 2) Masculinización y proyección hacia adelante del mentón
- 3) Proyección lateral malar
- 4) Relleno de fosa piriforme



- 1) Definición y alargamiento de ángulo mandibular
- 2) Proyección hacia delante del mentón
- 3) Proyección lateral malar

Proyección del mentón y arco mandibular



Andropausia

Prof. Jesús A. F. Tresguerres

Departamento de Fisiología Facultad de Medicina. Universidad Complutense Madrid



Climaterio masculino

A diferencia del climaterio femenino, el declive de la función sexual y gonadal en el hombre es progresivo, y se inicia a una edad variable para cada individuo. Se manifiesta con disminución de la frecuencia de actividad sexual, aumento del período refractario, dificultad para conseguir una erección completa y reducción del volumen y la fuerza del eyaculado. En conjunto, se observa una tendencia al descenso de la concentración de testosterona total con la edad, significativa a partir de los 55 a 65 años, aunque suele permanecer dentro del intervalo de la normalidad. Esta tendencia es más acusada cuando se miden concentraciones de testosterona libre, debido a un aumento simultáneo de la concentración de SHBG. Los datos objetivos en cuanto a la situación de climaterio masculino indican que ,aproximadamente 30% de los varones de 60-70 años de edad y 70% de los de 70-80 años presentan niveles bajos de testosterona libre.

Los síntomas del déficit de testosterona son similares a los del envejecimiento. Incluyen pérdida de energía, ánimo deprimido, libido disminuida, disfunción eréctil, masa muscular y fuerza disminuidas, aumento de la masa grasa, fragilidad, osteopenia, osteoporosis y enfermedad cardiovascular.

Los efectos de los andrógenos determinan el mantenimiento de los caracteres sexuales secundarios y la fertilidad, el mantenimiento de la masa ósea y la masa muscular, lo que determina la fuerza muscular. Además juegan un papel importante en la eritropoyesis, la cognición así como de la normalidad de la función sexual y en suma de la sensación de bienestar.

En el individuo adulto añoso las manifestaciones de déficit androgénico son relativamente frecuentes. La exploración física debe incluir la inspección del hábito corporal. Los caracteres sexuales secundarios masculinos pueden estar ausentes o poco marcados. Estos rasgos definen el fenotipo eunucoide. La existencia de ginecomastia sugiere exceso de estrógenos o desequilibrio entre éstos y la testosterona. Los cambios físicos en los hipogonadismos de aparición en el adulto , como la osteoporosis o la anemia, se instauran lentamente y pueden pasar desapercibidos durante años. La disfunción eréctil se caracteriza por la dificultad para conseguir o mantener una erección rígida que permita realizar el coito satisfactoriamente. Su incidencia aumenta con la edad, con un incremento progresivo: a los 40 años es del 2%, a los 60 años aumenta al 15% y a los 80 afecta al 70% de los hombres.

El estudio hormonal básico debe realizarse siempre que haya reducción de la libido o frecuencia coital, e incluye determinación de LH, testosterona total y libre o SHBG y prolactina. Si la etiología no resulta evidente, se realizará un estudio objetivo de la respuesta eréctil. Aunque no hay datos precisos sobre los niveles de testosterona total que definen el hipogonadismo, podemos decir que los valores inferiores a 250ng/dL son bajos, los mayores de 350 ng/dL son normales, y los comprendidos entre 250 ng/dL y 350 ng/dL son dudosos. Si la testosterona está baja, deberemos comprobar los niveles séricos de LH, FSH y prolactina.

El test de gonadotropina coriónica (hCG) evalúa la presencia de células de Leydig funcionales y es útil para distinguir las alteraciones primarias testiculares de las secundarias. La concentración de testosterona debe aumentar al menos 2,6 ng/mL (9 nmol/L) por encima de la inicial.

Tratamiento

En los hipogonadismos, la indicación de iniciar el tratamiento debe supeditarse a las manifestaciones clínicas que presenta el paciente y no depender únicamente del diagnóstico analítico. En cualquier caso, la oportunidad de iniciar un tratamiento que será prolongado y que inducirá cambios espectaculares en el organismo y en la conducta del individuo, debe discutirse ampliamente con el paciente.

El tratamiento con testosterona en sus diferentes formas (oral, transdérmica o intramuscular) es capaz de mejorar todos los síntomas del hipogonadismo. Se deben evitar los tratamientos por vía oral por su efecto de primer paso hepático . Se debe intentar mantener los niveles de testosterona dentro de los fisiológicos de un varón sano de 30-35 años. El incremento de los niveles por encima de los fisiológicos no tiene ningún beneficio y, por el contrario, puede generar agresividad y eritrocitosis (policitemia).

Aproximación a la andropausia desde el punto de vista de la medicina integrativa



Dr. José Ricardo Cabo

Director de la Clínica Cabo Soler (Valencia). Ex catedrático de Bioquímica de la Universidad de Valencia

En la ponencia se analiza la visión de la Andropausia desde el punto de vista de la medicina integrativa. Se destaca la importancia de los estilos de vida en la disminución de los niveles de testosterona con la edad, así como de la exposición a diferentes sustancias tóxicas de nuestro entorno, como pesticidas, aditivos alimentarios, bifenilos-policlorinados y fosfatos orgánicos, la radiación electromagnética, la toxicidad por metales pesados, los ftalatos y el bisfenol A.

Niveles bajos de testosterona se asocian con la resistencia a la insulina, el síndrome metabólico y la diabetes tipo 2. Con una nutrición apropiada, evitando azúcares e hidratos de carbono refinados, eliminando los aditivos alimentarios como grasas trans y fructosa, comiendo alimentos integrales cada 3-4 horas y proteínas magras, verduras, frutas altas en fibra y grasas saludables, y con los tratamientos adecuados se procurará mejorar estos problemas.

La obesidad visceral también se asocia con una baja producción de testosterona. De ahí el interés de perder ese exceso de grasa. Hay que tratar de alcanzar un rango de peso saludable. El alcohol aumenta el cortisol y reduce la producción de esta hormona. Además aumenta la producción de estradiol desde la testosterona. Por eso conviene limitar su consumo en el tratamiento de la andropausia.

Se debe prestar atención a los niveles de algunos elementos como el zinc que son esenciales para la síntesis de testosterona y la maduración espermática, y su deficiencia una causa reversible de disfunción gonadal.

El estrés a través del cortisol interfiere con la disponibilidad de testosterona. Es esencial controlar el estrés en la andropausia con síntomas y signos diversos para tratar de mejorar, antes que el tratamiento sustitutorio hormonal.

El sueño también influye en la producción de testosterona, con mayores niveles en la fase REM. Los mayores tienen menor número de fases REM y en parte por eso pueden tener menor nivel de testosterona. Es importante conseguir un sueño reparador. El ejercicio físico ayuda a aumentar su producción endógena. El ejercicio de resistencia parece el más conveniente para este fin.

Es interesante analizar los niveles de estradiol de los varones que envejecen, porque en parte su elevación puede ser responsable de algunos de los cambios y condicionan algunas de las pautas de tratamiento, utilizando el zinc, la progesterona o la crisisina. Son frecuentes los problemas prostáticos en los varones mayores y que condicionan una peor función sexual. Conviene detectarlos y tratarlos adecuadamente.

Y si con todas esas medidas no se consigue mejorar la situación del paciente, se procede a los tratamientos de reemplazo hormonal, si no existen contraindicaciones. Por eso, antes de iniciar una eventual terapéutica de sustitución de la testosterona hay que realizar las analíticas y las exploraciones clínicas adecuadas, para ver si existe la indicación y no existen contraindicaciones y conocer el punto de partida para ver la respuesta al tratamiento.

Remodelación corporal vía oral



Dr. Joaquín Figueroa

Director del Centro Médico Figueroa y presidente de la Sociedad de Nutrición Deportiva

A lo largo de las últimas décadas el número de hombres que consultan al médico por temas relacionados con la estética corporal ha aumentado exponencialmente.

A muchos de ellos les preocupa su apariencia física, especialmente en lo que al aumento de los depósitos de tejido adiposo abdominal se refiere.

En otros casos, el motivo de consulta es una delgadez constitucional acompañada de falta de trefismo muscular y de aptitudes posturales anómalas que, tanto en el sentir del propio afectado, como en el de su entorno más próximo, le afectan hasta el punto de interferir en su capacidad de interacción social, especialmente en ámbitos como el afectivo o el sentimental.

El rango de edad de estos pacientes es muy amplio, oscilando de media entre los 25 y los 65 años. Como es de suponer, el manejo clínico de estos pacientes tendrá matices diferenciales en función de su edad cronológica, pues el estatus mental, endocrino y metabólico será muy distinto dependiendo de esta variable.

Así pues, y teniendo presentes estas consideraciones, es posible ayudar terapéuticamente a estos pacientes por medio de recursos naturales y/o farmacológicos que, administrados por vía oral, junto a las oportunas medidas dietéticas y el correspondiente plan de ejercicio saludable, facilitarán la consecución de los cambios corporales deseados.

La mayoría de los productos prescritos serán complementos alimenticios, pero en algunas ocasiones serán fármacos con indicación formal, para tratar algún proceso patológico de base que dificulta y/o limita los cambios, o bien fármacos bajo prescripción "off-label", conforme a criterios de "lex artis ad hoc" por parte del facultativo.

Así pues, con motivo de esta ponencia revisaremos algunos de los principales productos, tanto naturales como fármacos, que administrados por vía oral contribuyen al remodelado corporal sin cirugía en el paciente masculino.

Actualidad en alopecia androgénica. Del diagnóstico al tratamiento

Sesiones
opcionales
Grupo 2

Dra. Claudia Larrarte

Directora y Coordinadora del Máster de Trasplante y Medicina Capilar. Universidad de Alcalá de Henares

Dra. M^a Victoria Zamorano

Coordinadora del Curso de Experto en Trasplante Capilar. Universidad Rey Juan Carlos (Madrid)



La alopecia androgénica, o pérdida de pelo de patrón masculino AGA, afecta aproximadamente el 50% de la población masculina. El tratamiento médico para hombres tradicionalmente ha incluido minoxidil tópico y finasteride sistémico. Recientemente se ha introducido el dutasteride sistémico por vía oral con resultados muy prometedores. Numerosos estudios científicos avalan su uso y lo comparan con el finasteride, además de establecer aquellos patrones de alopecia en los cuales se encuentra indicado este inhibidor de la 5 alfa reductasa.

También ha surgido una amplia variedad de tratamientos en intradermoterapia, que incluye inhibidores de la 5 alfa reductasa, minoxidil y una amplia variedad de vitaminas, péptidos y factores de crecimiento. La elección del medicamento o producto sanitario a utilizar en intradermoterapia puede ser compleja, conocer la indicación correcta de cada uno de ellos influye notablemente en el éxito del tratamiento.

Estudios controlados recomiendan el uso de mesoterapia en el tratamiento del AGA, y han evaluado la eficacia de las soluciones que contienen dutasteride y otros medicamentos como parte del tratamiento global de la alopecia.

Otra novedad a destacar en el tratamiento de la AGA son los LLLT (láseres de baja potencia). Estos dispositivos con diodo permiten el tratamiento local, diario y domiciliario de la alopecia, estimulando de forma enérgica la regeneración y recuperación progresiva del dinamismo de las distintas fases del crecimiento del pelo.

La medicina regenerativa es un campo emergente que se encuentra en constante crecimiento y evolución. En los últimos años se han desarrollado numerosos métodos en el campo de la biotecnología, con el fin de obtener concentraciones celulares autólogas, entre los que merece la pena destacar el Rigenia, que utiliza un novedoso dispositivo para obtener microinjertos autólogos procedentes de tejidos cutáneos y disgregados posteriormente.

El nanofat es una nueva técnica de medicina biológica, que consiste en la emulsión de la grasa obtenida de la regional infraumbilical rica en células madre adultas con capacidad de estimular el folículo piloso. La constante evolución de la medicina regenerativa representa el futuro del tratamiento de la alopecia

Como médicos estéticos no podemos olvidar el uso de la nutricosmética, donde encontramos cada vez mayor variedad de productos de los cuales muchos incluyen inhibidores naturales de la 5 alfa reductasa.

Hoy en día el tratamiento de la alopecia debe ser individualizado y adaptarse el tratamiento al patrón alopécico y las características de cada individuo.

BIBLIOGRAFÍA

Quintana-Sancho A., Conde Calvo MT. Nuevas tendencias en el uso de inhibidores de la 5 alfa reductasa? Elsevier32(1):1-3,2017

Trovato L, Monti M, del Fante C, Cervio M, Lampinen M, Ambrosio L et al. A New Medical Device Rigenia Allows to Obtain Viable Micro-Grafts From Mechanical Disaggregation of Human Tissues. Journal of Cellular Physiology. 2015;230(10):2299-2303.



Dr. Víctor García Guevara

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

Los pacientes con características étnicas especiales, como el color de la piel, morfología ósea facial, disposición de tejido graso y grosor de la piel, manifiestan los signos de envejecimiento de forma particular y diferente que los pacientes de piel clara, donde en algunos casos, como los individuos de piel oscura, las características de envejecimiento son más de tipo intrínseco, pudiéndose demostrar signos de foto envejecimiento a edades muy avanzadas. Sin embargo, todos los procedimientos estéticos que tenemos en la actualidad pueden utilizarse en cualquier individuo, teniendo para ellos algunas recomendaciones que se han de tener en cuenta, y que corresponden a las particularidades étnicas.

La intención de esta revisión es poder proporcionar información clínica actualizada sobre el uso de procedimientos médico estéticos para abordar adecuadamente las alteraciones cosméticas cutáneas tomando en cuenta los elementos étnicos de importancia, y de esta manera poder brindar tratamientos más seguros a esta población. Para ello, se ha realizado una búsqueda importante de todos los documentos, estudios clínicos y ensayos relacionados con la seguridad y eficacia de toxina botulínica, rellenos dérmicos, peelings químicos, dispositivos láser y basados en luz, y microdermoabrasión para el tratamiento específicamente en poblaciones étnicas, y se buscó información correspondiente a los resultados y complicaciones de médicos que trabajan fundamentalmente con estos tipos de personas.

A través de esta consulta minuciosa se pudo corroborar que al igual que los pacientes de piel clara, la aplicación de toxina botulínica, así como el uso de rellenos dérmicos proporcionan resultados rápidos y efectivos, con menos complicaciones y sin tiempo de inactividad, sin embargo, lo que representa un factor de importancia es tener en cuenta los rasgos y fisonomía particular a fin de no modificar la morfología base de los individuos.

En relación a los tipos de tratamientos sustrativos o lumínicos, como pueden ser los peelings químicos, el rejuvenecimiento con láser y el uso de microdermoabrasión demuestran de igual manera ser buenas herramientas terapéuticas en el abordaje terapéutico de diversas alteraciones estéticas, pero es importante tener precaución y permanecer dentro de ciertos parámetros, ya que por lo general pueden presentar mayores riesgo de complicaciones, como hiperpigmentaciones post inflamatorias y alteraciones de la cicatrización. Lo importante y fundamental es que con el conocimiento adecuado de cómo tratar adecuadamente a las personas con consideraciones étnicas particulares, estos pacientes pueden experimentar los beneficios de los procedimientos cosméticos, minimizando al mismo tiempo los riesgos.

BIBLIOGRAFÍA

Sundaran H, Liew S, Signorini M, Vieira Braz A, Fagien S, Swift A, De Boule KL, Raspaldo H, Trindade de Almeida AR, Monheit G; Global Aesthetics Consensus Group. Global Aesthetics Consensus: Hyaluronic Acid Fillers and Botulinum Toxin Type A-Recommendations for Combined Treatment and Optimizing Outcomes in Diverse Patient Populations. *Plast Reconstr Surg*. 2016 May;137(5):1410-23.

Rendon M, Rodriguez D, Kawata AK, Degboe AN, Wilcox TK, Burk CT, Daniels SR, Roberts WE. Acne treatment patterns, expectations, and satisfaction among adult females of different races/ethnicities. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology* 2015;8 231-238.

Rho NK, Chang YY, Chao YY, Furuyama N, Huang PY, Kerscher M, Kim HJ, Park JY, Peng HL, Rummaneethorn P, Rzany B, Sundaram H, Wong CH, Yang Y, Prasetyo AD. Consensus Recommendations for Optimal Augmentation of the Asian Face with Hyaluronic Acid and Calcium Hydroxylapatite Fillers. *Plast Reconstr Surg*. 2015 Nov;136(5):940-56.

Montes JR. Ethnic and Gender Considerations in the Use of Facial Injectables: Latino Patients. *Plast Reconstr Surg*. 2015 Nov;136(5 Suppl):32S-39S.

Burgess C, Awosika O. Ethnic and Gender Considerations in the Use of Facial Injectables: African-American Patients. *Plast Reconstr Surg*. 2015 Nov;136(5 Suppl):28S-31S.

Liew S. Ethnic and Gender Considerations in the Use of Facial Injectables: Asian Patients. *Plast Reconstr Surg*. 2015 Nov;136(5 Suppl):22S-27S.

Alexis AF, Alam M. Racial and ethnic differences in skin aging: implications for treatment with soft tissue fillers. Alexis AF, Alam M. *J Drugs Dermatol*. 2012 Aug;11(8):s30-2; discussion s32.

Batniji RK, Perkins SW. Upper and midfacial rejuvenation in the non-Caucasian face. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2010 Feb;18(1):19-33.

Medical device en mesoterapia facial: revisión de fármacos y situación actual

Mesa 1.
Técnicas de
bioestimulación
cutánea

Dra. M^a Victoria Zamorano
Director médico Mediestetic Valdemoro



La mesoterapia / biorrevitalización es uno de los campos de terapéutica de más rápido desarrollo, siendo también de los más conocidos en el campo de la medicina estética y otros campos médicos. Existen en el mercado diversos productos con una amplia gama de formulaciones de componentes poliméricos. La mayoría de estas formulaciones contienen HA no cruzada en combinación con un cóctel de biorrevitalización, formado por varias cantidades de vitaminas, minerales, aminoácidos, nucleótidos, coenzimas y antioxidantes. Aunque los ingredientes son muy similares entre los diferentes productos, los efectos in vitro y clínicos pueden variar sustancialmente

En esta revisión vamos a describir los diversos medical device que actualmente tenemos disponibles en España para mesoterapia facial; algunos de ellos utilizan extractos de plantas, productos farmacéuticos, vitaminas y otras sustancias bioactivas y, por supuesto, sin olvidar el conocido ácido hialurónico y el colágeno, grandes aliados del médico estético.

En los países europeos los productos mesoterapéuticos inyectables se clasifican como dispositivos médicos de clase III CE (European Conformity), para garantizar la seguridad del usuario final y el posterior seguimiento del producto una vez en el mercado. La mayoría de las compañías que proponen productos de mesoterapia / biorrevitalización para el rejuvenecimiento de la piel proclaman un efecto de relleno temporal debido a la HA no cruzada, y los beneficios subsidiarios pueden incluir biorrevitalización, hidratación dérmica, regeneración dérmica, fortalecimiento de matriz extracelular (ECM) o efecto de refuerzo de colágeno. Sin embargo, muy pocos datos in vitro que respalden estas afirmaciones subsidiarias pueden encontrarse en la literatura científica.

Se realizó una búsqueda en la base de datos PubMed de la National Library of Medicine (NLM), para ofrecer datos científicos y trabajos publicados de la eficacia de los diferentes compuestos existentes no solo en España sino a nivel mundial. Al mismo tiempo se analizaron los compuestos más recientemente introducidos en el mercado con marcaje CE de los que disponemos en nuestro país.

Algunas sustancias, como la a idebenona, que tradicionalmente se utilizan en la **Ataxia de Friedreich** y en la **enfermedad de Alzheimer** mejorando la función cognitiva, también tienen un papel antienvjecimiento en particular para el estrés oxidativo (fotoenvejecimiento leve / moderado). Se trata de un antioxidante lipofílico importante sintetizado por el cuerpo y crítico para la protección de las membranas mitocondriales. Compuestos como éste pueden tener un papel importante en la mesoterapia facial, solos o en combinaciones en forma de coctel los fármacos en mesoterapia y sus respectivos medical device.

Medicina estética: pasado, presente y futuro

Dra. Pilar Rodrigo
Presidenta de Honor de la Sociedad Española de Medicina Estética (SEME)

Mesa 2.
10 años de
medicina
estética y un
futuro por
delante

La medicina estética es una realidad social cuya demanda se ha incrementando de forma importante a través del tiempo. El culto por la belleza y la imagen imperante en nuestra sociedad ha hecho que esta especialidad se haya desarrollado de manera especial en estas últimas décadas. Los modelos estéticos han variado, y hoy se buscan más una figura armónica y tratamientos y técnicas seguras.

En 1984 médicos de distintas especialidades interesados en esta área de la medicina se unen y fundan la Sociedad Española de Medicina Estética (SEME), que hoy cuenta con más de 1.000 afiliados. La SEME pasa a formar parte de la Unión Internacional de Medicina Estética (UIIME), constituida entonces por las sociedades francesa, italiana y belga y que hoy está integrada por sociedades de 29 países.

El principal objetivo de estas sociedades es fomentar una formación reglada para los profesionales que ejercen la medicina estética. La SEME organiza anualmente desde su fundación congresos nacionales e internacionales, así como cursos prácticos sobre las diferentes áreas de esta actividad médica, con el fin de promover la formación científica y continuada de este colectivo médico. En el año 1997, impulsado por la SEME, se realizó el primer Máster Universitario de Medicina Estética, impartido por la Universidad de las Islas Baleares. Actualmente la formación universitaria se imparte en 12 universidades españolas.



Se han creado asociaciones de medicina estética en las distintas comunidades autónomas, y comisiones en los colegios de médicos para la acreditación y el registro de los médicos estéticos que trabajan bajo su ámbito. En el año 2001 se creó la primera sección colegial de medicina estética en el Colegio de Médicos de Barcelona; en este momento existen numerosos colegios en toda España con sección colegial. En 2006 se concedieron las primeras acreditaciones oficiales en medicina estética dadas por un colegio oficial de médicos.

La regulación de centros con la denominación de medicina estética se ha iniciado también durante estos años. En 2002 la Generalitat de Catalunya emitió un documento de requisitos mínimos para obtener la autorización de centros. Más tarde en 2003 el Estado Español oficializó los centros mediante ley. En 2008 Castilla-La Mancha publicó una orden de regulación en este aspecto.

Para los médicos estéticos lo más importante es la seguridad del paciente, de ahí que las sociedades científicas del sector se preocupan desde su inicio por situar a la medicina estética en el lugar que le corresponde, para dar las respuestas más adecuadas y seguras a las demandas de la población.

Los diversos ámbitos en los que se ha trabajado y se va a seguir trabajando son, entre otros, la formación y acreditación de los médicos que se dedican a la medicina estética, luchar contra el intrusismo extraprofesional y velar por un adecuado control e inspección de los establecimientos que ofrecen tratamientos médico-estéticos. También preocupa evitar la publicidad engañosa; pretendemos que la información que llegue al usuario sea lo más veraz posible y que el paciente tenga expectativas reales con los tratamientos a los que se somete.

En 1997 la SEME publicó un Libro Blanco de la Medicina Estética, resultado del debate y el acuerdo de todos los profesionales integrados en la sociedad y que constituye el marco y código de conducta para una correcta práctica de la profesión. Este documento se actualiza periódicamente, ya que el sector de la medicina estética es muy dinámico y continuamente aparecen técnicas y tratamientos nuevos.

También se han elaborado quince Protocolos de Práctica Clínica en Medicina Estética, en colaboración con otras sociedades científicas a fin de intentar homogeneizar criterios diagnósticos y tratamientos.

En aras de facilitar la información tanto al médico como al paciente, la SEME edita una revista especializada trimestral para los facultativos y con motivo del 25 aniversario de la sociedad se distribuyó el libro "Conoce la Medicina Estética contada por sus médicos". Existen asimismo páginas web de la SEME (www.seme.org) y de otras sociedades dedicadas a la divulgación de esta disciplina, con información para los posibles usuarios.

Durante este tiempo han aparecido nuevas técnicas, materiales y equipos más versátiles para realizar tratamientos cada vez más eficaces y seguros que en el futuro se prevé que sigan perfeccionándose. El desarrollo de nuestra especialidad ha sido constante y cada día se abren nuevos horizontes y nuevas áreas de trabajo. Debemos seguir trabajando en la regulación del sector para consolidar oficialmente nuestra especialidad médica.

Abordaje de los pacientes con enfermedades crónicas en medicina estética

Dra. Sheila K. Mota

Médico Estético en Comyce Albacete, Mediestic Toledo y Clínica Cellosa

Introducción

Las ciencias médicas han experimentado innumerables 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 aquéllas que tenían una alta morbi-mortalidad, convirtiéndose muchas de éstas en enfermedades crónicas.

Los avances en materia de salud y el subsecuente aumento de la esperanza de vida han dado como resultado que gran número de nuestros pacientes, que buscan mejorar los inestetismos propios de la edad o por consecuencia de alguna enfermedad, padezcan alguna o varias enfermedades crónicas, por lo tanto es de suma importancia conocer cómo abordarlos y cuáles tratamientos podemos ofrecerles sin que afecte a su enfermedad de base o interactúe con la misma.



Objetivo

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

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, de tipo transversal, realizado en una clínica polivalente, especializada en medicina estética sita en la provincia de Toledo, Castilla-La Mancha, y considerada como centro de referencia en la región. 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 y 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, aún con fotoprotección. |
| Insuficiencia aórtica y dislipemia | Rellenos faciales con Bioalcamid | Granulomas en el mentón. |
| Hipotiroidismo | Depilación láser | Quemadura |
| Hirsutismo | Depilación láser del mentón | Crecimiento paradójico de la barba. |
| Síndrome de ovarios poliquísticos | Depilación láser | Recrecimiento paradójico |
| Adenoma de hipófisis | Peeling | Reacción acneiforme post-peeling. |
| Colitis ulcerosa | Peeling | Reacción acneiforme post-peeling. |
| Hipotiroidismo | Peeling | Edema palpebral postpeeling. |
| Hipertiroidismo | Depilación láser | Mala evolución de la depilación. |
| Hirsutismo | Depilación láser | Recrecimiento paradójico. |
| Hipercoagulabilidad | Toxina botulínica | Muchos hematomas post-inyección. |
| Sínd. De Ovarios Poliquísticos | Depilación láser | Mala 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 a su enfermedad de base, sino al 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 observaron 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) representando 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 264 pacientes), los rellenos faciales en segundo lugar (47 tratamientos entre 264 pacientes) y los peelings en tercer lugar (46 tratamientos entre 264 pacientes).

| Tratamiento | Efectos adversos y Complicaciones. |
|---|---|
| Ttos. Láser | Dolor. Eritema. Edema. Quemadura. Inflamación postinflamatoria. Brotes acneiformes y foliculitis. Edema folicular persistente. Vello paradójico. |
| Radiofrecuencia | Dolor. Eritema. Quemaduras. Irregularidades o tractos fibrosos. |
| Mesoterapia alopática | 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 glabellares: cefaleas, paresia facial; astenopía, ptosis, edema palpebral, lagrimeo, sequedad ocular, fasciculación; reacción lugar de iny. (eritema, edema, irritación, erupción, prurito, parestesia, dolor, molestias, escozor y hematoma). |
| Rellenos | Eritema. Edema. Inflamación. Dolor. Prurito. Infecciones. Granulomas asepticos. Abscesos. Necrosis. Angioedema. Vasculitis. Migración. Equimosis-hematomas. Inflamaciones crónicas. |
| Intralipoteraia 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 tensores | 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. Cefaleas. Mareos al extraer la sangre. Celulitis cutánea. |
| Ultrasonidos (UltraShape®) | No hay efectos adversos descritos. |
| Esclerosis vascular química | Dolor. Refeljo 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 transitoria. Hiperpigmentación. |
| Luz pulsada intensa | |
| Mesoterapia homeopática | Dolor. Eritema. Hematomas. Edema. Inflamación |
| Peelings | Quemazón. Lagrimeo. Enrojecimiento. Anestesia superficial. Escarchado de las lesiones. Sangrado puntiforme. Eritema perifolicular. Quemaduras. Defecto de la reepitelización. Infecciones. Erupción acneiforme. Hiperpigmentación postinflamatoria. Hipopigmentación. Cicatrices. Reacciones alérgicas. |

4.1 Relación de tratamientos y sus efectos adversos.

| Tratamiento | Contraindicaciones |
|--|--|
| Ttos. Láser | Enfermedad autoinmune, estados de inmunosupresión. Piel recientemente bronceada. Fotosensibilidad 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 clavos 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. Ptes en tto con antiagregantes plaquetarios. Ptes 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. Interactúa con cloroquina y con hidroxicloroquina. |
| Rellenos | 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. Ptes 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. Ptes con marcapasos. Embarazo y lactancia. VIH. Coagulopatías. Heridas en la zona a tratar. Ptes con exposición a herbicidas y pesticidas. |
| Esclerosis vascular química | Enfermedad tromboembólica previa. Trombofilia. 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. Ptes 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. Cirugía facial reciente. Radiación en la zona a tratar. Queloides. Herpes activo. Alteración mental. Excoriación neurótica. Isotretinoína 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 éstas a temprana edad, por lo cual se intuye que un elevado número de nuestros pacientes padecerán 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 a 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 e 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 este 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: <https://www.slideshare.net/garciajcesar/enfermedades-cronicas-prevalentes>.

*Lugo Izquierdo, Migdalia; Aguilar, Alida. "Experiencia en tratamientos dermocosméticos en el policlínico universitario de Excelencia Rafael Valdés. Ciudad Habana". Artículo original. Enlace: https://bvs.sld.cu/revistas/fdc/vol13_2_09/fdc06209.htm

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

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

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

*Pinto, 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. Capítulos: 18, 19, 23, 27, 29, 33.

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

Cirugía de la obesidad: presente y futuro

Dra. M^a Teresa Gil

Médico residente en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete y alumna del Máster en Medicina Estética de la Universidad de Alcalá



La obesidad es una patología crónica que afecta aproximadamente a un tercio de la población occidental. Se define como la presencia de IMC superior a 30. El sobrepeso se define como IMC entre 25-30.

El objetivo del tratamiento dietético es alterar los patrones de comportamiento para alcanzar una pérdida de peso mantenida en el tiempo. La indicación quirúrgica se plantea en pacientes con fracaso en el tratamiento conservador con un IMC entre 35 y 40, cuando existen comorbilidades o simplemente mayor de 40 con o sin comorbilidades.

La obesidad en sí misma es un factor de riesgo para la salud, que influye en el desarrollo y progresión de diversas enfermedades; en general, aumenta cuanto mayor es el grado de obesidad, cuanto más años se mantenga y cuanto mayor sea la edad de los individuos afectados.

Se ha descrito una reducción de entre 5 y 7 años en la esperanza de vida cuando el IMC es de 30 a 40 y de 10 años cuando el IMC es superior a 40. La mortalidad es 12 veces superior en hombres de 25 a 34 años con obesidad mórbida respecto a hombres sanos de la misma edad.

Cabe esperar que si los pacientes son intervenidos de cirugía bariátrica y pierden peso de forma adecuada, aparte de mejorar su calidad de vida, debería mejorar su esperanza de vida. Podemos clasificar las múltiples técnicas quirúrgicas que hay en la actualidad en tres grandes grupos:

- Restrictivas: disminuyen la ingesta alimentaria: p.e. la banda **gástrica** y la gastrectomía tubular
- Malabsortivas: disminuyen la superficie intestinal de absorción
- Mixtas: combinan ambas técnicas (bypass gástrico, cruce duodenal)

Actualmente el bypass gástrico constituye el gold estándar en cirugía bariátrica. Es una técnica mixta; su éxito depende de la creación de un reservorio pequeño que restringe la ingesta, de una salida estrecha que limita el vaciado del reservorio y de la longitud del asa en Y de Roux.

La gastrectomía tubular laparoscópica es la parte restrictiva de la operación mixta que supone el cruce duodenal. Surgió como primer paso del cruce duodenal laparoscópico en pacientes con IMC > 55, con objeto de disminuir la morbilidad y mortalidad. La realización de la "parte gástrica" permitía al paciente reducir su peso, comorbilidades y riesgo quirúrgico. De este modo, transcurridos 12-18 meses y tras la pérdida de peso inicial, se realizaba el segundo tiempo del cruce duodenal con menor riesgo

Actualmente la gastrectomía tubular laparoscópica es una técnica que va tomando cada vez más protagonismo en la cirugía bariátrica. Pero no se conoce bien su efectividad y seguridad a largo plazo; por este motivo en el presente estudio evaluamos la pérdida de peso y las complicaciones a largo plazo tras la cirugía en pacientes tratados quirúrgicamente por medio de esta técnica.

Se trata de un estudio retrospectivo y prospectivo observacional, que se ha realizado revisando los datos clínico-evolutivos de 36 pacientes diagnosticados de obesidad mórbida y tratados quirúrgicamente mediante la gastrectomía tubular laparoscópica entre mayo de 2006 y junio de 2010, siguiendo el protocolo quirúrgico establecido en la Unidad de Cirugía Endocrina y de Obesidad del Servicio de Cirugía General del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Con seguimiento a 3, 5 y 7 años.

Teniendo esto en cuenta, los resultados podrían clasificarse como buenos, ya que los pacientes reflejan a los 5 años un PEIMCP (Porcentaje de Exceso de IMC Perdido) de 60% y a los 7 años un PEIMCP de 58%. Si se perdiera un 100%, el paciente quedaría en un IMC de 25.

Si observamos los subgrupos de nuestra muestra, todos ellos (sexo, edad e IMC inicial) superan a los 5 y 7 años el 50% de PEIMCP, por lo que se consideran buenos resultados. Los pacientes con edad comprendida entre 46-60 años alcanzaron el mayor PEIMCP medio, con un 70% a los 5 años y un 65% a los 7 años. Ningún paciente de nuestra serie ha recuperado el IMC previo a la cirugía a los 7 años de seguimiento tras la intervención.

Pese a los buenos resultados, el aumento de peso posterior a la cirugía bariátrica es reconocido en todas las series con seguimiento mayor a 2 años. Ocurre más frecuentemente entre 3 y 6 años después de la cirugía. El factor más relevante en el aumento de peso después de la cirugía, es la pérdida del control de la alimentación, retornando a una conducta alimentaria inapropiada, además del alejamiento de los controles periódicos necesarios con los profesionales.

Atendiendo a esto, una buena técnica quirúrgica, como puede ser la gastrectomía tubular laparoscópica, y un seguimiento posterior junto a un profesional para mantener en el tiempo los cambios en la conducta alimentaria, podría garantizar el éxito del tratamiento de la obesidad mórbida.

¿Son todos los ácidos hialurónicos iguales? Reología y su traducción clínica y ecográfica



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

Dra. Carmen Soteras
Especialista en Radiodiagnóstico en el Hospital Ramón y Cajal y M.D. Anderson (Madrid).
Unidad de Diagnóstico por Imagen de Clínicas Mediestetic (Madrid y Toledo)



El ácido hialurónico es el material más utilizado en medicina estética, tanto por su efecto de relleno como por su capacidad de bioestimulación tisular. Existe una amplísima oferta de ácidos hialurónicos comercializados en nuestro país que introducen diversas modificaciones sobre la molécula nativa. De este modo, disponemos de una extensa gama de ácidos hialurónicos que difieren en cuanto a tamaño de la partícula, grado de reticulación, porcentaje de AH reticulado y libre, concentración, tecnología de polimerización, etc.

Estas diferencias van a conferir a cada ácido hialurónico unas propiedades fisicoquímicas peculiares y un comportamiento desigual ante las diferentes fuerzas de deformación, según la zona anatómica y el plano en el que sea implantado.

La **reología** es la disciplina que describe este comportamiento, relacionando el esfuerzo al que se somete el material con el grado de deformación que éste experimenta. Introduce conceptos tales como los módulos de *dureza* (G^*), de almacenamiento o *elasticidad* (G'), de pérdida o *viscosidad* (G''), $\tan \delta$ (G''/G')... que van a describir la mayor o menor rigidez del material, o la *cohesividad*, que define la capacidad del material para mantener unidas sus partículas y resistir a la presión en el plano vertical.

En función de estas (y otras) propiedades, el ácido hialurónico elegido va a tener variable comportamiento una vez implantado, difiriendo en cuanto a su patrón de distribución, interacción tisular, duración e incluso comportamiento frente a la hialuronidasa.

La ecografía es una herramienta capaz de reflejar de forma accesible e inocua este comportamiento del material una vez implantado, de manera que encontraremos comportamientos ecográficos del ácido hialurónico variables según el material elegido y el plano de inyección.

El conocimiento de las diferentes propiedades que hacen que no todos los ácidos hialurónicos sean iguales nos permitirá seleccionar el tratamiento óptimo para cada paciente y zona anatómica, con resultados reproducibles y el mejor perfil de seguridad. La reología aporta, además, información útil para comprender el distinto comportamiento ecográfico de los diferentes ácidos hialurónicos, con la consecuencia lógica de que no pueda definirse un patrón ecográfico único para este material de relleno.

Mesa 3. Hilos versus rellenos



Dr. Rafael Gálvez
Director médico de Giro-klinik (Girona) y Clinic-láser (Palma de Mallorca) y vicepresidente de la Sociedad Europea de Bioplastia y Rinomodelación

La ponencia expone diferentes técnicas para combatir la flacidez facial y corporal con suturas elásticas, que tienen el propósito de no rasgar los tejidos profundos con el paso del tiempo y proporcionar estabilidad en el tiempo.

Se utilizan suturas irreabsorbibles compuestas de poliéster y silicona que, colocadas estratégicamente en planos profundos, combaten eficazmente la flacidez leve y moderada. Las técnicas y las suturas son empleadas desde hace años con buenos resultados duraderos en el tiempo.

El principal problema de las suturas rígidas empleadas habitualmente es que su efecto anti flacidez es muy temporal, no por ser reabsorbibles, sino por su ineficacia en la tracción de los tejidos al rasgarlos con el movimiento y perder el efecto logrado.

Uno de sus creadores es un cirujano plástico italiano, el Dr. Sergio Capurro, que después de muchos años de experimentación ha diseñado protocolos de colocación seguros y efectivos. Para su ejecución, se necesita una mínima práctica quirúrgica con campo estéril.

Se mostrarán videos de dichas técnicas, haciendo una ponencia audiovisual eminentemente práctica.

Tratamiento integral de las ojeras

Dr. Víctor García Guevara

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



En el área periorbitaria se denotan con facilidad el grado de fatiga y la edad de una persona. Las ojeras periorbitarias contribuyen a una apariencia cansada, envejecida e incluso triste. El valor que le da la población a este elemento es tan importante que los gastos monetarios en productos cosméticos para disimular la afección son bastante elevados, asimismo la cirugía de párpados representa uno de los procedimientos quirúrgicos más comúnmente realizados.

Entre los procedimientos no invasivos de abordaje encontramos el maquillaje con el uso de difusores y el uso de cosmecéuticos, donde los retinoides producen una mayor suavidad de la piel y una disminución de la pigmentación, y pueden ser conjugados con activos inhibidores de tirosinasa como arbutina o kójico. La cafeína tópica también ha resultado ser un activo eficaz, consiguiendo una disminución del edema y mejoría de la pigmentación por enlentecimiento sanguíneo.

Entre los tratamientos invasivos podemos encontrar las terapias con luces, donde conseguimos el IPL que actúa por una fototermolisis selectiva de las áreas pigmentadas y/o hipervasculares, siendo muy útil en fototipos claros. Por otra parte, los Q-switched son un medio eficaz de tratar las ojeras que se deben principalmente a cambios hiperpigmentarios en la piel, demostrándose mejorías mayores a un 40% al tratar ojeras.

Por su parte, los láseres de colorante pulsado son adecuados para el tratamiento de las ojeras con una etiología vascular, donde el principio es una termolisis selectiva con la hemoglobina como cromóforo. Las exfoliaciones químicas también demuestran eficacia en el abordaje terapéutico de las ojeras, debido a que contribuyen a una disminución de la pigmentación y a una mejoría de la elasticidad y turgencia, reportándose mejorías muy importantes.

En la actualidad, se disponen de programas terapéuticos especialmente diseñados para el área periocular que han demostrado resultados muy interesantes, sin producir evicción social ni laboral del paciente. De igual forma, los rellenos de ácido hialurónico se han convertido en un tratamiento de elección en muchos entornos para tratar las irregularidades del contorno del ojo, donde el relleno directo en las estructuras ligamentosas profundas y en un plano pre-periostio puede ayudar en la expansión volumétrica y suavizar los contornos en la región infraorbitaria. Asimismo, estas alteraciones pueden realizarse a través de una lipotransferencia o se puede recurrir a la acción quirúrgica cuando la indicación corresponda. En todo caso, la estrategia para el abordaje terapéutico de las ojeras debe correlacionarse inicialmente con la etiología, y el tratamiento en todo momento debía ser individualizado.

BIBLIOGRAFÍA

- Nguyen HT, Isaacowitz DM, Rubin PA. Age- and fatigue-related markers of human faces: Aneye-tracking study. *Ophthalmology*. 2009;116:355-60.
- Mint.com. Ross Crooks. Splurge vs Save: Which Beauty Products are Worth the Extra Cost? [Last cited on 2016 Jan 05]. Available from: <https://www.blog.mint.com/consumer-iq/splurge-vs-save-which-beauty-products-are-worth-the-extra-cost-0413/?display=wide>
- DeJohn A. Light Diffusing Technology To Mask Visible Signs Of Skin Aging. 2012. Jun 13, [Last cited on 2016 Jan 05]. Available from: <http://www.cosmeticsdesign-asia.com/Formulation-Science/Light-diffusing-technology-to-mask-visible-signs-of-skin-aging>.
- Bierman A, Figueiro MG, Rea MS. Measuring and predicting eyelid spectral transmittance. *J Biomed Opt*. 2011;16:067011.
- Darlenki R, Surber C, Fluhr JW. Topical retinoids in the management of photodamaged skin: From theory to evidence-based practical approach. *Br J Dermatol*. 2010;163:1157-65.
- Amnuait T, Maneenuan D, Boonme P. Evaluation of caffeine gel on physicochemical characteristics and *in vivo* efficacy in reducing puffy eyes. *J Appl Pharm Sci*. 2011;1:56.
- Goldberg DJ. Current trends in intense pulsed light. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2012;5:45-53.
- Watanabe S, Nakai K, Ohnishi T. Condition known as "dark rings under the eyes" in the Japanese population is a kind of dermal melanocytosis which can be successfully treated by Q-switched ruby laser. *Dermatol Surg*. 2006;32:785-9.
- Angres GG. Angrespermalid-liner method: A new surgical procedure. *Ann Ophthalmol*. 1984;16:145-8.
- Vavouli C, Katsambas A, Gregoriou S, Teodor A, Salavastru C, Alexandru A, et al. Chemical peeling with trichloroacetic acid and lactic acid for infraorbital dark circles. *J Cosmet Dermatol*. 2013;12:204-9.
- Carruthers J, Rzany B, Sattler G, Carruthers A. Anatomic guidelines for augmentation of the cheek and infraorbital hollow. *Dermatol Surg*. 2012;38(7 Pt 2):1223-33.
- Hirmand H. Anatomy and nonsurgical correction of the tear trough deformity. *Plast Reconstr Surg*. 2010;125:699-708.
- Kane MA. Treatment of tear trough deformity and lower lid bowing with injectable hyaluronic acid. *Aesthetic Plast Surg*. 2005;29:363-7.
- Griepentrog GJ, Lemke BN, Burkat CN, Rose JG, Jr, Lucarelli MJ. Anatomical position of hyaluronic acid gel following injection to the infraorbital hollows. *Ophthalmol Plast Reconstr Surg*. 2013;29:35-9.
- Goldberg RA. The three periorbital hollows: A paradigm for periorbital rejuvenation. *Plast Reconstr Surg*. 2005;116:1796-804.

Abordaje panfacial con materiales de relleno



Dr. Blas García García

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

Durante la última década, la gran demanda y salida al mercado de numerosos tratamientos para combatir el envejecimiento han relegado la cirugía a casos excepcionales. Los rellenos faciales suponen una excelente opción de tratamiento para restaurar el volumen facial y, en ocasiones, superan con creces a cualquier otro tipo de tratamiento que se emplea con estos mismos fines. Sin embargo, no todos los materiales de relleno son adecuados para el tratamiento de cada una de las regiones anatómicas faciales: autólogo o heterólogo, reabsorbibles, no reabsorbibles, la densidad, la velocidad de degradación, la reología de cada material o la existencia o no de un "antídoto", determinan o limitan el empleo de cada uno de ellos.

Existen actualmente numerosas opciones de tratamiento con la finalidad de restituir el volumen facial perdido con el envejecimiento, restaurar la flacidez de los tejidos blandos suspendidos de la cara o conseguir una simetría facial armónica. Cada material de relleno aporta unas cualidades únicas que lo hace ideal para una determinada región.

El objetivo de esta ponencia pretende clarificar qué materiales de relleno y qué técnicas deben ser utilizadas para cada unidad facial o región anatómica y cómo debemos enfocar a aquellos pacientes en los que nos planteamos un tratamiento integral con materiales de relleno, con distintos problemas y en distintas regiones.

Hilos versus rellenos



Dra. Paloma Tejero

Directora médica de Clínicas Mediestetic (Toledo)

Nos encontramos ante dos de las técnicas más utilizadas en nuestras consultas. Muchas veces son los propios pacientes los que llegan demandando una u otra técnica, a veces sin otro criterio que el de la moda, conocer algo nuevo o la recomendación de alguien generalmente no experto. La elección de una u otra técnica sin embargo, debe responder a criterios como:

- ¿Cuál es el objetivo que quiero conseguir? ¿Qué espera mi paciente?
- ¿En qué zona tengo que implantar?
- ¿Cómo es la anatomía y cómo están los tejidos del paciente?
- ¿Cómo me manejo yo, qué conocimientos técnicos tengo?
- No todos los materiales de relleno son iguales, ni lo son los diferentes hilos y técnicas. ¿Qué puedo comparar con qué?

En esta mesa trataremos de buscar consensos y protocolos de actuación mediante el debate, las bases científicas y la experiencia que nos aporten los ponentes de esta mesa, y por supuesto todos los que asisten a las jornadas. Tenemos la palabra.

Mesa 4. Celulitis



Trabajando en equipo: Celulitis, del diagnóstico al tratamiento

Mesa de debate. Moderadora: Dra. Emilce Insua.

Participantes: Dras. Carlota Hernández y Paula Rosso

Dra. Emilce Insua

Coordinadora del Máster de Medicina Estética y Antienvjecimiento UCM.
Responsable Departamento Medicina Estética Clínica Barragán (Madrid)

El término *celulitis* en medicina estética está mal empleado, pero su uso frecuente ha creado una acepción que es entendida como una alteración que involucra la dermis y el tejido graso de la mitad inferior del cuerpo. Preferimos la denominación de paniculopatía edematofibroesclerosa (P.E.F.S ó P.E.F.E), y debe diferenciarse del término médico *celulitis* referido a la infección cutánea ocasionada por bacterias.

La P.E.F.E no debería considerarse una enfermedad, sino una situación fisiológica que afecta predominantemente al sexo femenino y que se presenta en grados variables dependiendo de la edad, raza, factores genéticos, ambientales, hormonales, etc. Las actuales tendencias de la moda han condicionado que la P.E.F.E sea el inestetismo peor tolerado del siglo XXI.

Se trata de un cuadro de etiopatogenia multifactorial con un carácter evolutivo crónico. El diagnóstico es esencialmente clínico y está basado en la existencia del signo característico de la "piel de naranja". Puede observarse de manera espontánea o ser provocado mediante el pellizco o al contraer los glúteos. La complejidad en el diagnóstico es que frecuentemente se presenta asociado a adiposidades localizadas o flacidez, así como diferentes a grados de celulitis en el mismo paciente.

No suelen ser necesarios métodos diagnósticos instrumentales, pero el examen clínico puede complementarse con antropometría y bioimpedancia para el diagnóstico de sobrepeso/ obesidad, así como Doppler continuo o eco Doppler para descartar la patología venosa. El diagnóstico diferencial con otras alteraciones del contorno corporal, debe realizarse con:

- Flacidez muscular especialmente en glúteos; debe investigarse mediante la contracción de los grupos musculares y la valoración del tono de los mismos
- Flacidez cutánea especialmente en muslos; debe investigarse traccionando la piel hacia arriba, lo que permite descartar la denominada "seudo- celulitis" o celulitis falsa que es motivo frecuente de consulta en mujeres a partir de los 40 años
- Adiposidades localizadas; el diagnóstico es esencialmente clínico o con ecografía del panículo adiposo superficial
- Sobrepeso u obesidad ginoide; el diagnóstico se realizará mediante antropometría y bioimpedancia.

Existen diferentes clasificaciones de la PEFE, la mayoría basadas en hallazgos clínicos, pudiendo considerarse tres grados : Grado I, Grado II y Grado III. Disponemos de muchas clasificaciones, por lo que sería importante poder utilizar clasificaciones validadas para comparar los resultados terapéuticos obtenidos con los diferentes protocolos y que los mismos sean reproducibles. Hay una gran oferta de procedimientos terapéuticos:

- Corrección de los factores agravantes: cuidados dietéticos, ejercicio físico, cuidados cosméticos, complementos alimentarios
- Aplicación de técnicas físicas para el contorno corporal: ultrasonidos, radiofrecuencia, electroterapia, etc.
- Aplicación de técnicas de mesoterapia con productos autorizados
- Técnicas complementarias: balneoterapia, hidroterapia, cinesiterapia
- Carboxiterapia

Los resultados de los diferentes tratamientos son variables y dependerán de una adecuado diagnóstico y protocolo terapéutico. Se recomiendan los tratamientos combinados (cuidados domiciliarios, técnicas físicas, intradermoterapia, etc.), asociando un mínimo de sesiones en un periodo inicial o de choque seguido de una pauta de mantenimiento, ya que la mayoría de los tratamientos ocasionarán mejorías de grado variable, pero nunca definitivos.

Se presentarán diferentes casos clínicos donde los componentes de la mesa, junto con la participación de los asistentes, analizarán los métodos de diagnóstico y abordaje terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

- Curri, Nessi, Marcotti (1983) "Thermographic evaluation of the relationship between vessels and tissues"
- Curri S.B.(1990) Liposclerosi e microcircolo. La Dermoestética .1: 6-7
- Godoy JMP y Godoy MFG.(2011) Treatment of cellulite based on the hypothesis of a novel physiopathology. Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology:4 55-59
- Hessel DM, Dal'Forno T, Hessel CL. (2009) A validated photonumeric cellulite severity scale. J Eur Acad Dermatol Venereol. 23(5):523-8
- López Marín MC, Insua E., Folch J. (2016): Protocolos de práctica clínica en medicina estética: Celulitis.
- Motolese P. (2011) Extracellular Iron Toxicity as a determinant physiopathological model for so called "cellulite". Eur. J. Aesth. Medicine and Dermatology.; 1;(1):17-21.
- Nurnberger F, Muller G. (1978) So-called cellulite: an invented disease. J. Dermatol. Surg. Oncol.; 4(3): 221-9



Trabajando en equipo: Celulitis, del diagnóstico al tratamiento (2)

Dra. Carlota Hernández

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

La celulitis o **paniculopatía edematofibroesclerótica (PEPE)**, término acuñado por el Dr. Curri en 1978, está considerada no sólo una molesta tara estética, sino una auténtica patología crónica y uno de los principales problemas que afectarán a la mujer a lo largo de su vida, ya que se estima afecta a un 90% de las mujeres después de la pubertad, por lo que constituye una de las principales demandas en las consultas de medicina estética.

Con una etiología multifactorial y una patogenia no demostrada, supone un verdadero reto terapéutico para el médico especialista. Y aunque su tratamiento es difícil, contamos con diferentes técnicas y fármacos que junto con algunas medidas preventivas, dietéticas y de actividad física específica, nos pueden ayudar a establecer unos protocolos terapéuticos que nos permitan el abordaje integral de esta patología tan compleja que es la celulitis.

A continuación os dejamos algunos ítems que nos pueden ayudar *del diagnóstico al tratamiento*. Confiamos en que os sean útiles.

MÉTODOS FÍSICOS

EFICACIA DEMOSTRADA, en Celulitis

Terapia, DLM
 gía subdérmica, Vacuum, presión negativa, masaje circulatorio, drenaje, estimulación térmica.

Las de choque: ondas acústicas de pulso único, repetición sesión

vascularización, neovascularización

radiofrecuencia bipolar, radiaciones electromagnéticas, luz láser (láseración, neovascularización)

dió láser (Emision doze). Láseres de baja potencia: Modos inflamación, terapia, regeneración celular

NO DEMOSTRADOS, en Celulitis

Deshidratación, emolientes no hidratantes

II

cosméticos

en 1440

de la química

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

FARMACOS ACTIVOS (Fármacos e Inyectables C III) legales hasta 2017

Neopáticos: Hial. Hialuronid.

Clase I

En el Registro AEMPS:

1. Sclerol
2. AH-Alcalofen, Carotina, Mielito, DRAE, Sclerol
3. Sclerol, Rikexintra, AH, DRAE, AH+ solución hipertónica

Con Análisis en el Registro AEMPS:

1. Solución coqueles + AA + VitC + VitE + VitK + VitB12 + Mielito

Clase II

Carotina, Procarotina, Pentacolina, Calcitonina, Desferrioxamina

Indicaciones específicas, Uso NO específico, NO controlado por la

Normas Magistrales (Formularios Nacionales/Europeos):
 Alcohólico, Puzina-Mielito, Sclerol, Hialuronidasa, Procarotina

Farmacia responsable; Adquisición por el paciente.
 No están registradas en el FSI.

Mesa 6. Abordaje médico-estético de los brazos

¿Cuándo no tratar los brazos?

Dra. Ángela Río

Fisioterapeuta oncológica. Codirectora de Fisioterapia Sanamanzana (Madrid)



Una de las consecuencias del tratamiento del cáncer de mama es el linfedema secundario. Una patología que se manifiesta con un aumento de volumen de la extremidad y en ocasiones de la mama y el tórax. Este tipo de brazo, que tiene un tamaño mayor que el del lado sano, no debe ser tratado con técnicas de "modelado" manuales o instrumentales que puedan ser agresivas para el tejido celular subcutáneo, tales como fotodepilación, mesoterapia, infiltraciones, radiofrecuencia, hilos tensores, chalecos de electroestimulación o aparatos de gimnasia pasiva, criolipólisis, aplicaciones locales de calor, liposucción, braquioplastia, etc.

Estas contraindicaciones se deben a que en el linfedema hay un aumento de macromoléculas, proteínas, restos celulares y agua que han de ser eliminados por vía linfática y, en estos pacientes, dicho sistema ha sufrido disfunción y por ello un aumento de volumen. El fallo en el sistema linfático se produce por cirugía (cicatriz y linfadenectomía) y radioterapia principalmente. Existen protocolos validados de prevención del linfedema postmastectomía que deberían realizar todos los pacientes en riesgo.

El único tratamiento posible es la terapia descongestiva compleja (TDC) o fisioterapia descongestiva del linfedema (FDL), según la International Society of Lymphology. La FDL consiste en drenaje linfático manual, prendas de compresión y vendajes compresivos, ejercicios específicos del linfedema y cuidados de la piel. Se combina además con técnicas de fisioterapia para el tratamiento de las cicatrices, la recuperación funcional del aparato locomotor, ejercicios respiratorios... Además aumenta la eficacia de los resultados la terapia linfática mecánica Método Godoy,

que consigue aumentar los resultados de reducción de fibrosis y volumen de las extremidades edematizadas. Esta terapia la desarrollan exclusivamente fisioterapeutas especializados en linfedema o en fisioterapia oncológica.

Las fisioterapeutas Ángela Río y Paloma Domingo son las representantes del método Godoy en España y las cofundadoras de la Asociación Española de Linfedema. En caso de que la FDL realizada adecuadamente haya fracasado, y no se haya reducido el linfedema, se pueden realizar algunos tipos de cirugías específicas para el linfedema como la microcirugía mediante anastomosis linfovenosas, algunos tipo de liposucción o trasposición de ganglios linfáticos.

Otra de las posibles causas de brazos con exceso de volumen que no pueden ser tratados con las técnicas descritas son los producidos por problemas sistémicos, como en el caso de la insuficiencia renal o cardíaca.

Además del linfedema postmastectomía, existe otro tipo que es de origen congénito, conocido como linfedema primario, el cual puede ser otra causa de que aparezca un brazo o una mano con aumento de volumen y que no debe ser tratado más que con FDL.

El linfedema es una patología infravalorada que disminuye de manera notable la calidad de vida de quien lo padece. **Es la consecuencia menos visible y conocida después del tratamiento de muchos tipos de cáncer.** Todo aquel que lo sufra y que se someta a cirugía, que conlleve cicatriz y extirpación de ganglios y / o radioterapia, presenta los factores de riesgo que más prevalencia tienen en la aparición del linfedema. Puede darse en la cara o cuello por neoplasias ORL como cáncer de laringe, garganta, lengua... o en la zona próxima a un melanoma, en las extremidades inferiores, o el abdomen después de un carcinoma de colon, de próstata o ginecológico. Es importante conocerlo para poder derivarlo al fisioterapeuta y tratarlo, ya que en el 95% de los casos la FDL es la solución.

Vivir con un linfedema es vivir enfrentándose a barreras físicas (en el trabajo, en las actividades cotidianas), psicológicas (por la cronicidad de la patología, la autoimagen del paciente, el desconocimiento), informativas (falta de concienciación), económicas (por el elevado coste de los tratamientos) y sociales (afectando a las relaciones interpersonales, la presión social).

La reciente creación de la Asociación Española de Linfedema (www.aelinfedema.org) pretende fomentar la concienciación pública y sanitaria del linfedema, ayudar en la formación de profesionales para lograr la excelencia en los tratamientos y fomentar la investigación. Quiere servir de nexo entre los pacientes y los profesionales sanitarios especializados. Cualquiera puede apoyar el proyecto asociándose o colaborando activamente para evitar que se realicen tratamientos inadecuados en estos brazos linfedematosos.

Técnica BB - Beauty Balance

Dra. Beatriz Beltrán

Directora médica de la Clínica Dra. Beatriz Beltrán (Barcelona)

Mesa 7. Técnicas de autor



Una reciente estadística de la ASAPS americana dice que el número de procedimientos quirúrgicos es de 125.000, comparado con los 8 millones y medio de procedimientos médicos no invasivos. Mi técnica BB (Beauty Balance) está basada en la creciente demanda de la sociedad actual de tratamientos médico-estético no invasivos, naturales, eficaces y sin downtime.

El envejecimiento es un proceso multifactorial y empieza originarse a nivel óseo; posteriormente existe la pérdida de grasa de los compartimentos profundos. La técnica BB empieza a tratar el envejecimiento desde donde se origina. En primer lugar se infiltra ácido hialurónico de alta densidad o inductores de colágeno a nivel de hueso, en unos puntos concretos, que coinciden con la inserción de los ligamentos retencionales faciales. Permite levantar el tejido sin aumentar el volumen. La cuestión es infiltrar en los puntos adecuados a la profundidad correcta. En segundo lugar realzo el ovalo facial con hilos tensores y por último combino ácido hialurónico de baja densidad, toxina botulínica y luz pulsada.



La combinación de estos procedimientos y la infiltración en estos puntos ha aumentado la efectividad, duración, seguridad y satisfacción de los tratamientos. Mejora el ratio coste / eficacia de los tratamientos, preservando la naturalidad y aumentando la duración de los resultados.

Natural Perfect Look: mejorar sin transformar



Dra. Virtudes Ruiz

Directora médica de Clínicas VirtudEstética (Murcia) y presidenta de la Asociación Murciana de Medicina Estética

En la actualidad todos sabemos y aceptamos que, como causas del envejecimiento externo, los factores genéticos influyen en un 25%, mientras que el medio ambiente y los hábitos de vida, lo que llamamos factores epigenéticos, influyen un 75%, lo que nos lleva a poder influir sobre nuestra salud y nuestro físico en esta alta proporción. Es por ello que a la misma edad unas personas tienen un aspecto y otras otro muy diferente.

En este sentido la medicina estética tiene un papel importante, porque cada vez demandamos técnicas menos agresivas y que nos permitan mantener nuestro aspecto natural; es por ello que existe una mayor tendencia al uso de la aguja en detrimento del bisturí en cuanto a tratamientos faciales se refiere.

Y para conseguir esta naturalidad y la armonía facial en cada etapa de nuestra vida es fundamental **el equilibrio**, entre *el pasarse y el no hacer nada*. El pasarse no está de moda, a todos nos horroriza en la actualidad. Si no hacemos nada, teniendo en cuenta que nos pasamos un tercio de nuestra vida tras la menopausia, momento en que se acelera el proceso de envejecimiento tanto interno como externo, resulta imprescindible realizar tratamientos equilibrados para mejorar sin transformar en cada etapa de nuestra vida ya, que **aceptamos mejor el paso del tiempo si además de salud tenemos buen aspecto**.

Ser mi propia paciente, y sin duda la más exigente, me ha llevado a buscar tratamientos sencillos a la vez que efectivos y que aporten naturalidad, por eso he desarrollado **Natural Perfect Look**, para **mejorar sin transformar** los rostros en una sola sesión, del interior al exterior, en tres pasos y utilizando tres productos básicos en medicina estética (toxina botulínica tipo A, ácido hialurónico de diferentes densidades e hidroxiapatita cálcica) a tres niveles de profundidad (muscular, grasa y dermis profunda) y en los tres tercios de la cara, para poder conseguir resultados equilibrados y naturales.

Mediante la toxina botulínica relajo los músculos represores de la cara que tiran hacia abajo de ella, con lo que consigo fortalecer el efecto elevador de los músculos antagonistas. Con el ácido hialurónico voy a recuperar los volúmenes afectados por la atrofia grasa y, con la hidroxiapatita cálcica como estimulador del colágeno, mejoraré la firmeza la piel del ovalo facial.

Con la técnica adecuada se pueden conseguir rostros más armónicos y equilibrados a la vez que naturales, rostros más bellos, aportándoles a nuestras pacientes satisfacción y, en definitiva, mejoraremos su calidad de vida.

Rejuvenecimiento de la zona periorcular: técnica personal Atenea[©]



Dra. Natalia Ribé

Directora médica y fundadora del Institut Dra. Natalia Ribé (Barcelona)

Las ojeras se suelen asociar con cansancio, enfermedad o preocupación; otras veces son permanentes y su aparición suele asociarse a causas genéticas o debidas al paso del tiempo. Con su corrección tratamos de rejuvenecer la mirada y eliminar los signos de fatiga o tristeza que proporcionan al rostro.

Atenea es el nombre con el que he bautizado mi técnica personal de relleno de la zona periorcular. Esta denominación se inspira en una de las diosas de la antigua Grecia, Atenea, admirada por la gran belleza que emanaba de sus ojos.

La técnica consiste en aplicar, en la zona periorcular, un gel específico adaptado para la zona, con aguja y mediante técnica lineal, retrógrada y en abanico. Se precisan de 1 a 2 jeringas máximo, con una periodicidad media de entre 3 y 4 semanas entre ellas. Este gel de ácido hialurónico contiene una fórmula novedosa a base de aminoácidos, antioxidantes y vitamina B encapsulada para tratar y rellenar la zona periorcular, de forma natural y duradera, además de redensificar la piel de dicha zona. Incorpora también anestesia con lidocaína al 3%, de manera que el tratamiento es más confortable para el paciente.

Es un producto reabsorbible, no permanente, estéril, viscoelástico, transparente, incoloro, que, después de los ensayos clínicos realizados hasta la fecha, ha demostrado una gran eficacia y una seguridad excelente en los pacientes, haciéndolo diferente al resto de rellenos.

¿A quién va dirigido este tratamiento?

El tratamiento está dirigido tanto a hombres como a mujeres, pacientes jóvenes, de mediana edad y de edad avanzada. Muchas veces las ojeras son una herencia genética y aparecen relativamente pronto. En algunos casos

los pacientes son jóvenes que no muestran arrugas, pero tienen la zona deprimida, u otros pacientes que han estado sometidos a dietas estrictas con la consecuente pérdida de grasa que conlleva, o que presentan una zona periocular muy envejecida.

En mi experiencia profesional, el 99% de mis pacientes han estado plenamente satisfechos con los resultados de la inyección del implante para corregir la zona de las ojeras. Con unos resultados naturales, inmediatos sin efectos secundarios, y pudiendo incorporarse a la vida social y laboral inmediatamente. Se trata de un procedimiento muy agradecido. Los resultados de este tratamiento son inmediatos. En ocasiones y dependiendo del estado de la zona a tratar, puede combinarse dicho tratamiento con otros como:

- Terapia de revitalización con acción dermo-reestructurante
- Estimular la formación de nuevo colágeno mediante la terapia láser Neodimio Yag
- Suavizar las arrugas de expresión con toxina botulínica

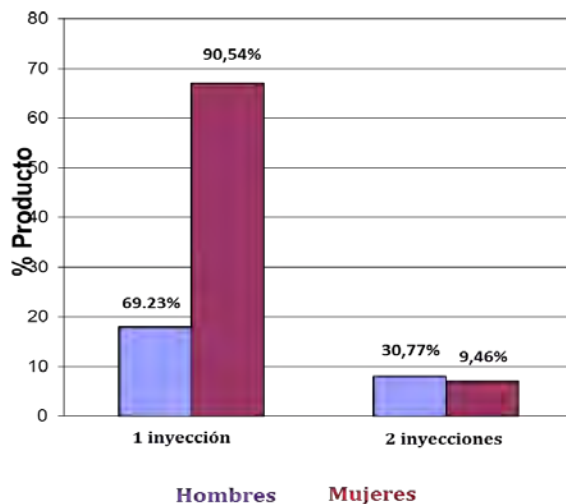
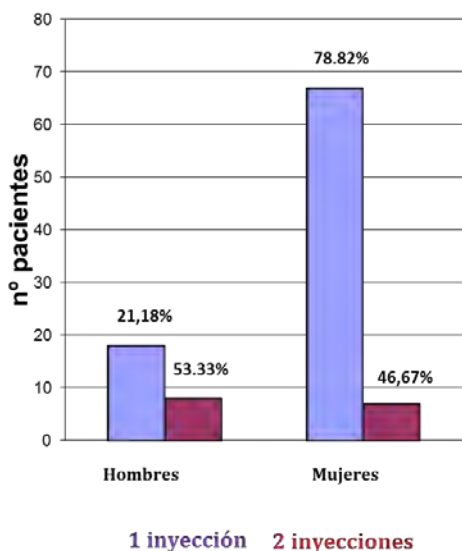
Las técnicas de tratamiento periocular deben ser realizadas por expertos formados especialmente para tratar estas zonas y conseguir así excelentes resultados. La duración del producto estimada en estudios clínicos es de un año. La zona de la ojera es pobre en hialuronidosa, enzima encargada de degradar el ácido hialurónico, por eso los tratamientos en esta zona obtienen mayor duración. Se puede aplicar en cualquier tipo de piel y en pacientes que presenten ojeras, surco lagrimal, surco palpebromalar y/o bolsas palpebrales mínimas.

Consejos post intervención:

- Evitar la exposición a altas temperaturas (sol, saunas, etc.) así como presión en la zona tratada o movimientos bruscos, en las 48-72 horas posteriores al tratamiento
- Aplicar serums o cremas con acción decontracturante y tensante específicas para dicha zona, por la mañana y por la noche
- Llevar un estilo de vida saludable (alimentación, beber agua, hacer deporte, exponernos correctamente al sol, etc.)

Resultados del estudio clínico sobre cien pacientes

- La técnica ha sido realizada en 100 pacientes con edades comprendidas entre los 25 y los 65 años
- El 74 % de los cuales fueron mujeres y el 26% hombres
- En el **78.82% de mujeres** se usó 1 jeringa con el **90,54% del producto** y en el **46,67%** 2 jeringas y el **9,46% de producto**
- En el **21,18% de hombres** se usó 1 jeringa con el **69,23% de producto** y en el **53,33%** 2 jeringas y el **30,77% de producto**
- Los resultados son visibles desde el primer momento
- Mínimo edema e inflamación
- Los pacientes se pueden reincorporar de inmediato a su vida laboral y social
- El relleno tiene un período medio de duración de 12 meses
- Tanto pacientes como profesionales quedan muy satisfechos con los resultados obtenidos
- Resultado final: alrededor del 80% de las mujeres y del 20% de los hombres les traté la ojera con una jeringa (1ml).



Celulitis Express



Dra. Victoria Sunkel

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

La celulitis es una patología estética caracterizada por el deterioro del aspecto de la superficie cutánea, especialmente en miembros inferiores, y debida a alteraciones anatómo-fisiológicas del tejido adiposo subcutáneo. La celulitis no debe considerarse como un exceso de grasa. Tiene una fisiopatología multifactorial, compleja, que no se comprende completamente.

Las hipótesis más aceptadas son:

- Predisposición anatómica y hormonal
- Factores externos
- Disfunción microcirculatoria
- Toxicidad tisular (hierro, hemosiderina) asociada a hiperpermeabilidad vascular (Motolese P.Extracellular iron toxicity as determinant physiopathological model for so-called "cellulite". Eur.J.Aesth. Medicine and Dermatology. 2011;1(1):17-21)

Los agentes antilipodistróficos contenidos en este producto están comercializados como Alidya® en España. Es un medical device clase III inyectable para el tratamiento y prevención de la celulitis. Es una mezcla de aminoácidos y un quelante de metales, asociado a un sistema alcalinizante del espacio extracelular, capaces de devolver el equilibrio a la estructura del tejido adiposo.

Es muy eficaz en la prevención de la celulitis y en el tratamiento de su forma edematosa, moderadamente eficaz en el tratamiento de la forma fibrótica y poco eficaz en el tratamiento de la forma esclerótica, aunque un cierto grado de mejora en la firmeza cutánea podría observarse.

Tratamiento Celulitis Express

La idea de este técnica surge ante la duda de si un tratamiento con mayor número de viales por sesión y menos sesiones darían buenos resultados. La técnica consiste en inyectar 4 viales por sesión en tres sesiones separadas de una semana.

Pacientes diana:

- Última hora
- Indicación del producto (celulitis edematosa)
- Exigencia de tiempo y resultados

Tengo que decir que después de nueve meses aplicando esta técnica no he tenido ninguna paciente descontenta, y salvo el dolor por la punción y algún hematoma postratamiento, no he tenido efectos adversos. Es cierto que la mayoría de ellas habrían tenido el mismo resultado con menos viales por sesión y mayor número de sesiones, pero el target de esta técnica son las pacientes que acuden en el último momento a nuestras consultas y necesitan resultados, o que carecen de tiempo para acudir a nuestras consultas durante varias semanas seguidas.

Y si mi paciente ha tenido un cáncer... ¿qué le puedo hacer?

Grupo de Expertos en Medicina Estética Oncológica (GEMEON)

En los últimos tiempos la incidencia del cáncer se ha incrementado notablemente, la OMS establece unas previsiones de 22 millones de nuevos casos en 20 años. Frente a este panorama poco halagüeño, sin embargo, la tasa de supervivencia se ha incrementado notablemente gracias a numerosos avances en los métodos diagnósticos, un mejor conocimiento de la biología tumoral, la implicación global en las campañas de prevención y el desarrollo y diseño de nuevos y cada vez más selectivos tratamientos.



A través de numerosos estudios los supervivientes han manifestado diferentes necesidades, entre las que se incluyen dentro de las primeras posiciones las mejoras de su imagen corporal. Las secuelas de los diferentes tratamientos se convierten en un recordatorio permanente de la enfermedad, pero el paciente desea volver a su "normalidad" de ahí que la mejora y corrección de estas secuelas sea un objetivo importante para la mejora de su calidad de vida.

Desde la medicina estética podemos colaborar de forma significativa a mejorar y corregir esas secuelas, que van desde tatuajes post-radioterapia, cicatrices, pérdidas de volumen facial y corporal, depósitos de grasa localizada, radiodermatitis, sequedad cutánea o telangiectasias, entre otros. Son muchos los tratamientos de que disponemos en nuestras consultas, pero **¿estamos preparados para atender las demandas de estos supervivientes? ¿sabemos qué hacer, cuándo y cómo?**; cada día surgen más estudios clínicos que avalan la eficacia y seguridad en este tipo de pacientes, sin embargo nos queda camino por recorrer, el que nos dirige hacia el desarrollo de protocolos de actuación y guías de consenso de actuación. Desde GEMEON colaboramos de manera activa en el desarrollo de los mismos y su difusión a todos los profesionales implicados en la atención multidisciplinar del paciente oncológico.

BIBLIOGRAFÍA

Parkin DM, Boyd L, Walker LC. The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010. Br. J. Cancer 2011;105(Suppl): S77-81

Sociedad Española de Oncología Médica SEOM. Colección Oncovida, Largos supervivientes [Internet]. 2014. p. 11. Available from: <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Oncovida25.pdf>

GEPAC (Grupo Español de Pacientes de Cáncer). Informe sobre las necesidades de supervivientes de cáncer GEPAC. 2012. p. 75.

Burg MA, Adorno G, Lopez EDS, Loerzel V, Stein K, Wallace C, et al. Current unmet needs of cancer survivors: Analysis of open-ended responses to the American Cancer Society study of cancer survivors II. Cancer. 2015;121(4):623-30.

Sociedad Española de Oncología Médica SEOM. Largos Supervivientes en Cáncer I. Seom [Internet]. 2012;I Parte:1-84. Available from: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/MONOGRAFICO_SEOM_LARGOS_SUPERVIVIENTES_I.pdf

De Cáceres Zurita, M; Ruiz Mata, F; Germa Lluç, J; & Busques, C. (2007) Manual para el paciente oncológico y su familia. Recuperado de <http://fecma.vinagrero.es/documentos/pacientes.pdf>

Grasa autóloga en la reparación de secuelas en el paciente oncológico

Dr. Joan Fontdevila

Jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Clinic (Barcelona) y director del Máster de Cirugía Reconstructiva de Partes Blandas y Cabeza y Cuello de la Universidad de Barcelona

Mesa 8.
Del relleno a la
regeneración



El uso de materiales sintéticos para proporcionar volumen puede tener complicaciones asociadas con el uso de un material inerte como el granuloma, la formación de nódulos, desplazamiento, formación de biofilm, contractura capsular, etc. Además, en situaciones de requerimiento de alto volumen, todavía se magnifica más la potencial aparición de estas complicaciones. El empleo de tejido autólogo en forma de colgajos para la reconstrucción implica unos mejores resultados a largo plazo, pero como contrapartida supone una morbilidad aumentada al implicar la intervención sobre zonas sanas y un largo tiempo quirúrgico.

En este contexto, el interés en el uso de injertos de grasa utilizando un tejido autólogo ha aumentado, ya que podemos proporcionar volumen sin las complicaciones y limitaciones asociadas con un material sintético.

Las aplicaciones actuales son múltiples, desde restauración de volumen y regeneración de cicatrices en cirugía facial, a reconstrucción mamaria y reposición de volumen en defectos de resección en tronco o extremidades. Éstas pueden ser con o sin enriquecimiento con células madre, u otros factores que favorezcan su integración.

Actualmente no encontramos razones basadas en la evidencia para limitar el uso de esta técnica en el lecho de tumores ya resecados y donde no hay evidencia de persistencia tumoral, ya que no se ha demostrado por el momento que los injertos de tejido adiposo puedan promover el desarrollo de cáncer o claramente interferir con controles clínicos y radiológicos.

Aunque a nivel experimental hay indicios de que un injerto de tejido adiposo puede potenciar la proliferación de un cáncer latente, esto no parece tener una clara traducción en la clínica. Como en toda nueva técnica quirúrgica, debemos estar atentos a cualquier novedad que pueda surgir en el futuro, especialmente en los temas relacionados con el control oncológico de los pacientes que reciben injertos de tejido adiposo.

Regeneración de la mucosa vaginal con ácido hialurónico en las pacientes oncológicas



Dr. Eduardo de Frutos

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

La sequedad vaginal o atrofia vulvo-vaginal (VVA) puede afectar a mujeres de cualquier edad en diferentes circunstancias. La causa más frecuente sigue siendo la menopausia fisiológica, aunque cada vez encontramos más casos en las pacientes oncológicas, especialmente entre las secuelas del cáncer de mama.

La toxicidad de la quimioterapia, la agresividad de la radioterapia (muy frecuente también en cáncer de ovarios) y los tratamientos prolongados con tamoxifeno (y otros moduladores de estrógenos), convierten la VVA en una preocupación frecuente de las mujeres que han superado un proceso oncológico. La falta de lubricación puede producir picor y una mayor propensión a infecciones vaginales, y además conlleva dolor en las relaciones, reduciendo de forma importante el deseo sexual.

El ácido hialurónico (AH) es un polisacárido con función estructural y se considera un gran agente hidratante, por su capacidad higroscópica. Además, es un estimulador de colágeno por el efecto de esponjamiento que ejerce sobre los fibroblastos. Actualmente constituye una opción segura y eficaz para rehidratar la mucosa vaginal en las pacientes oncológicas.

Mesa 9. Simposim sobre toxina botulínica



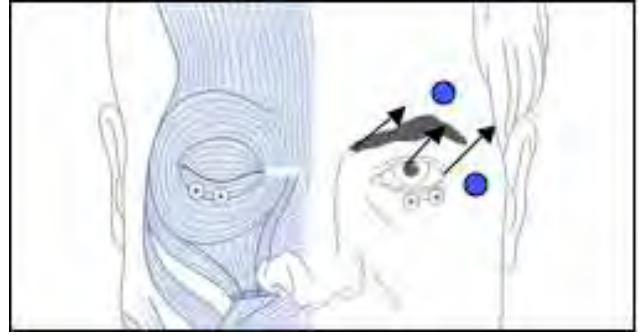
Dra. Carlota Hernández

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

La toxina botulínica es una metaloproteinasa que, al ser inyectada de forma intramuscular, induce una denervación química por bloqueo de la liberación de acetilcolina a nivel de la placa neuromuscular, debilitando la contracción muscular durante un periodo determinado de tiempo.

Una de las complicaciones más temida de la inyección de toxina botulínica en la glabella es la ptosis palpebral, que se produce por la parálisis de músculo elevador del parpado y se debe a la difusión de la toxina a través del septum orbital. La ptosis palpebral puede apreciarse desde las 48 horas hasta los 7 o 10 días posteriores a la aplicación de la toxina, y puede persistir entre 2 y 4 semanas.

Si ocurre esta complicación, se puede manejar con gotas oftálmicas de tipo agonista alfa-2-adrenérgico como la **apraclonidina al 0,5% (iopidina)**, habitualmente utilizadas en el tratamiento del glaucoma y/o con spray nasal de tipo simpaticomimético como la fenilefrina al 2,5% (neosinefrina), habitualmente empleado como descongestionante nasal. Ambos producen contracción del músculo de Müller, el cual está localizado debajo del músculo elevador del parpado superior y puede producir una elevación de entre 1 a 2 mm del margen de las pestañas, que usualmente es suficiente para obtener una simetría en el paciente. Se aplican 1 ó 2 gotas, 3 veces al día hasta que desaparezca la ptosis, sin riesgo de complicaciones. Los efectos secundarios reportados principalmente son la sequedad nasal y de boca.



El uso de fármacos inhibidores de la acetilcolinesterasa, enzima que degrada la acetilcolina, tales como la neostigmina o piridostigmina, mejoran la comunicación entre el nervio y el músculo, al aumentar la concentración de acetilcolina a nivel de la placa neuromuscular. Sin embargo, aunque su uso sí está generalizado en casos de ptosis palpebral secundaria a la miastenia gravis, no está documentado en ptosis secundarias tras la inyección de toxina botulínica de uso estético. La piridostigmina es el agente más utilizado y más eficaz para la ptosis palpebral. La dosis inicial es de 30-60 mg, 3 veces por día y se puede aumentar hasta 90-120 mg cada 3-4 horas por día cuando resulta ser eficaz y sin efectos colaterales. La limitación es que la respuesta a la piridostigmina decrece a lo largo del tiempo. Y las complicaciones están relacionadas con los efectos muscarínicos, particularmente calambres abdominales, náuseas, vómitos y diarrea que se presentan en al menos un tercio de los pacientes.

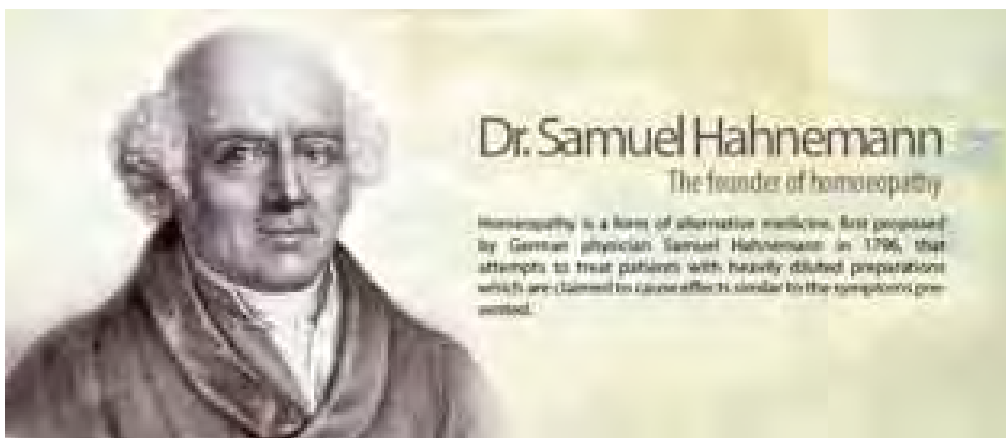
Otras sustancias no farmacológicas empleadas con éxito como tratamiento coadyuvante a la terapia clásica han sido:

Un medicamento biorregulador, el **musculus suis-injeel** (*Musculus D10, D30, D200*), indicado en debilidad, insuficiencia y atrofia muscular. Se trata de un organopreparado que ayuda en la regeneración muscular. Se puede utilizar en combinación con el tratamiento alopático clásico en gotas, para lograr una más rápida restitución de la función muscular debilitada. Se administra en mesoterapia palpebral y/o en la zona afectada, 1 ampolla a la semana, durante 2-4 semanas y/o hasta la remisión de los síntomas. Se puede infiltrar también en los puntos de homeosiniatría de efecto lifting para el tercio superior: 23TR y 1 VB.

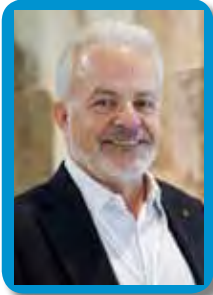
Un principio activo homeopático que también podemos emplear es el **curare 15CH o 30CH**, 3 gránulos, 5 veces al día al inicio de los síntomas y 5 gránulos, 3 veces al día a medida que se va mejorando. Basado en el principio de similitud (Hahnemann 1811) *Similia similibus curentur*: los semejantes pueden curarse con los semejantes, este principio activo que en dosis alopáticas bloquea los receptores colinérgicos, ha sido utilizado con éxito en casos de parálisis muscular y neuropatías.

Para concluir, debemos nombrar el dimetilaminoetanol (DMAE), una sustancia nootrópica que incrementa el aporte de acetilcolina. Puede administrarse vía tópica en forma de ampollas 1 vez al día y/o infiltrarse mesoterapéuticamente en la zona afectada.

Dentro de los tratamientos no farmacológicos, los ajustes en el estilo de vida pueden permitir la continuación de muchas actividades. Hay que planificar la actividad para permitir períodos de descanso programados, ya que la debilidad muscular progresará durante el día. La oclusión del ojo no afectado con parches oculares por períodos limitados de tiempo pueden contribuir a la rehabilitación muscular precoz del ojo afecto. Y debe evitarse el estrés y la exposición excesiva al calor porque pueden empeorar los síntomas.



Puntos “off label” para el rejuvenecimiento de la zona periocular con toxina botulínica. Revisión anatómica y vectorial



Dr. Fernando García Monforte

Miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Medicina Estética y presidente de la Asociación Canaria de Medicina Estética

Sabemos desde hace muchos años que la inyección de toxina botulínica produce un rejuvenecimiento de la zona inyectada, no sólo por el efecto relajación de la zona, sino además por su efecto sobre la propia piel y su fisiología. Ahora además sabemos, por los últimos trabajos publicados y siguiendo el consenso francés, o el ruso, italiano y español, que la toxina botulínica tiene un efecto sobre el proceso intrínseco de envejecimiento de la piel retrayéndolo por actuar reduciendo la salida de metabolitos oxidantes al medio intercelular.

El efecto que nosotros como terapeutas buscamos es la relajación de la piel, provocar el efecto de rejuvenecimiento por la mejora y aumento de la luminosidad de la piel, los otros efectos que se producen son de regalo: regulación de la seborrea y sudoración de la piel. Es por esto que debemos realizar una buena exploración del paciente al que vamos a tratar. La exploración evidentemente debe ser dinámica, viendo y remarcando los músculos causantes de las tensiones en la piel, detectando sus puntos específicos de inserción, para intentar actuar sobre estos.

Para esta acción el conocimiento anatómico es fundamental, qué músculo, a qué profundidad, de dónde a dónde va y qué arruga es la que desencadena, son las preguntas que tendremos que hacernos.

Para ello tendremos que visualizar la dinámica facial y transformarla en vectores de fuerza a modificar. La correcta colocación de las unidades de toxina botulínica, tanto en el número de unidades inyectadas como la profundidad a la que la inyectemos, como la forma en la que la inyectemos, son los parámetros necesarios a valorar y de su correcta ubicación dependerá el resultado que obtendremos.

En esta ocasión trataré dos zonas musculares pequeñas y difíciles, el orbicular palpebral en el canto externo del ojo y el músculo depresor de la cabeza de la ceja, ese músculo controvertido, inconstante y que en muchos tratados de anatomía no está. Intentaremos descifrar la técnica para tratarlo y el por qué. Su tratamiento dentro del contexto de la mejora y el rejuvenecimiento periocular aporta un arma más a nuestro arsenal terapéutico.

Intentaré repasar estos parámetros con casuística y resultados, buenos y no tan buenos, valorando los resultados y cómo corregirlos.

Talleres



Capivance Alpha F y H: abordaje micronutricional integral de la alopecia androgenética femenina y masculina

Dr. Carlos Jarne

Director médico de Clínica Toscana (Barcelona)

La alopecia androgenética (AGA) es un proceso muy frecuente de pérdida de cabello. A los 50 años, hasta el 50 % de los hombres y el 5-10 % de las mujeres pueden padecerla. Posee una base genética (herencia poligénica dominante), y está causada por una hipersensibilidad individual de los receptores androgénicos de los folículos pilosos a los andrógenos:

- En el hombre: DHT (dihidrotestosterona)
- En la mujer: DHEA (dehidroepiandrosterona)

El problema viene determinado no por la cantidad de testosterona circulante, sino por la tasa de DHT unida a los receptores de los folículos pilosos, ya que la DHT los miniaturiza. La pérdida de cabello depende así del juego entre:

- Los receptores androgénicos de los folículos pilosos

- La concentración de la enzima 5- α -reductasa tipos 1 y 2, que se da en las glándulas sebáceas del folículo piloso
- Las concentraciones locales de dihidrotestosterona alrededor de los folículos (casi nunca se constata un aumento de andrógenos circulantes, sino sólo local)

Dicho desequilibrio produce una miniaturización folicular y un aumento en la producción de sebo, con:

- Retroceso de línea frontoparietal y vértex o coronilla (patrón masculino)
- Pérdida difusa en áreas parietales en mujer (patrón femenino)

Se trata de las zonas que en cada sexo contienen mayor número de receptores a la enzima 5- α -reductasa tipos 1 y 2. La AGA debe interpretarse como un verdadero signo centinela. Así, múltiples estudios muestran que la alopecia androgénica masculina (MAGA) está asociada, sobre todo si es precoz, con:

- Resistencia a la insulina
- Síndrome metabólico
- Hiperplasia benigna de próstata
- Riesgo aumentado de padecer trastornos cardiovasculares y ciertos cánceres (próstata y colon)
- Infertilidad

Ello se debe a la relación que la AGA de patrón masculino se asocia, además de con los andrógenos, con el IGF-1 y la resistencia insulínica. Además, la alopecia androgenética femenina (FAGA) es extremadamente frecuente en mujeres con síndrome de ovario poliquístico, que presentan alteraciones capilares relacionadas con los andrógenos y, nuevamente, la insulinoresistencia.

Por todo ello, el abordaje de este problema tan frecuente en las consultas medico-estéticas debe ser integral. El enfoque macro y micronutricional resulta indispensable.

Desde esta perspectiva se presentan **Capivance Alpha H** y **Capivance Alpha F** para el abordaje micronutricional y fitoterápico específico de la MAGA y la FAGA, específicamente. Ambas formulaciones únicas persiguen cubrir los siguientes objetivos:

- Inhibición de la 5 alfa reductasa: Saw palmetto, aceite de semillas de calabaza y pygeum africanum
- Acción antiandrogénica y estrogeno-like: lignanos de lino y salvia (ácido ursólico)
- Nutrición del cabello: aminoácidos azufrados (cistina, metionina), sílice, vitaminas del grupo B, vitamina D
- Protección antirradicalar: zinc, cobre, selenio, vitamina E, vitamina C y astaxantina
- Detoxicación, antioxidación y antiinflamación: glucorafanina (brócoli)
- Cronorregulación del ciclo piloso: melatonina
- Resistencia a la insulina: cromo

Así, estos suplementos micronutricionales actúa de modo sinérgico con el resto de los abordajes habituales de la AGA, mejorando el terreno de fondo y potenciando los efectos de éstos; por sí mismos constituyen una excelente herramienta para su tratamiento, especialmente en pacientes que rechazan el tratamiento farmacológico.

Tratamientos combinados para el rejuvenecimiento facial

Dra. Inmaculada González

Consulta de medicina estética propia en Barcelona. Especialista en Micronutrición celular

Se hablará de los últimos avances científicos en cosmética personalizada, así como también se tratarán nuevos protocolos de tratamiento para el rejuvenecimiento facial, donde lo que se busca fundamentalmente es conseguir un resultado natural, y así potenciar la belleza natural de los pacientes.



En concreto, se abordará todo el portfolio de Croma, que consiste en mejorar la calidad de la piel antes de realizar cualquier tratamiento, estimular el propio colágeno realzando y definiendo los perfiles faciales sin cirugía y recuperar los volúmenes perdidos.

Finalmente se abordarán las diferentes técnicas de Croma, como el Rich and Fill para conseguir unos labios naturales, y la técnica de Sandwich para aportar luminosidad al rostro.

Programa multidisciplinar para el cambio de composición corporal en pacientes normopeso



Dr. Felipe Isidro

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

Se presentan los resultados de un programa multidisciplinar que comprende el médico, pauta nutricional, coaching y actividad física en pacientes normopeso con el objetivo de producir cambios en la composición corporal. Se valoraron los cambios del tejido celular subcutáneo mediante ecografía cutánea, así como los cambios clínicos de los participantes, después del tratamiento con el programa multidisciplinar.

Los resultados fueron una pérdida de 3,3 kg. de grasa (medido por bioimpedancia eléctrica), un aumento de la masa muscular y una disminución del perímetro de cintura en 5 cm. Se evidencia además una mejoría general de las características ecográficas de la piel. El 100% de los participantes se mostraron altamente satisfechos con los resultados del programa, que fue muy bien tolerado.

Conclusiones: El programa multidisciplinar de Pronokal Group para pacientes normopeso fue eficaz y seguro en el cambio de la composición corporal, disminuyendo la grasa e incrementando la masa muscular de los pacientes participantes, con reestructuración cutánea establecida por ecografía y 100% de satisfacción de los participantes.

Taller de Equipo Multidisciplinar



Dra. Mª Lourdes Mourelle

Licenciada en Farmacia y doctora en Física Aplicada

Dª Eva Antepazo

Técnico superior en Estética y Máster en Estética Postraumática y Posquirúrgica

La estética reparadora es una especialización de la Estética Integral y de bienestar que trata de paliar las modificaciones cutáneas derivadas de intervenciones quirúrgicas y otros actos médicos invasivos, así como secuelas de traumas o accidentes como quemaduras o incisiones que conllevan un proceso de cicatrización. También se ocupa de la estética oncológica, proporcionando a las personas los cuidados estéticos necesarios para recuperar la piel, así como aquéllos que faciliten el proceso de recuperación.

La clave de los cuidados estéticos postraumáticos y posquirúrgicos es proporcionar a cada persona un protocolo individual de tratamiento, teniendo en cuenta las lesiones específicas que se presentan. Para ello, se necesita profundizar en el conocimiento de las intervenciones más frecuentes y sus consecuencias sobre la piel, para poder abordarlas desde un punto de vista profesional, siempre bajo la supervisión del cirujano o el profesional de la medicina vinculado al caso.

En el taller “Estética Reparadora” se revisarán las principales alteraciones cutáneas que se producen después de las intervenciones quirúrgicas, centrándose en las estéticas, para, a continuación, detallar el papel de las esteticistas y los especialistas de cuidados de bienestar en el tratamiento de estas lesiones, describiendo las técnicas indicadas y contraindicadas, así como la cosmética adecuada y las técnicas manuales permitidas.

Además, se describirán los protocolos de trabajo específicos para estos cuidados, en los que se integran técnicas electroestéticas y fotoestéticas, cosméticos, técnicas de drenaje o específicas de masaje.

Toxicidad cutánea secundaria a la radioterapia: el nuevo reto de la medicina estética en pacientes con cáncer de mama

Dras. Raquel Benlloch y Paloma Tejero

INTRODUCCIÓN: La radioterapia constituye uno de los pilares básicos del tratamiento en los pacientes con cáncer de mama. La toxicidad cutánea es el efecto secundario más frecuente.

OBJETIVO: Realizar una revisión de los tratamientos disponibles destinados a la prevención y/o disminución de la radiodermatitis aguda y crónica producidos por la radioterapia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión bibliográfica de las publicaciones existentes desde el año 2000 hasta la actualidad. Criterios de inclusión: muestra poblacional ≥ 20 pacientes diagnosticados de cáncer de mama sometidos a cirugía (conservadora o mastectomía) y radioterapia adyuvante, que sufrieron algún grado de toxicidad cutánea aguda o tardía. Criterios de exclusión: artículos que incluían pacientes afectados por más tipos de tumores y aquéllos en los que se realizaba un tratamiento concomitante con quimioterapia.

RESULTADOS: Diecisiete estudios referentes a toxicidad cutánea aguda y cuatro en relación a toxicidad cutánea crónica fueron incluidos. El lavado de la piel irradiada con agua y jabón disminuye significativamente el grado de eritema y la incidencia de descamación húmeda. El uso de corticoides tópicos es contradictorio, aunque claramente mejora la sintomatología y el disconfort. La evidencia sugiere que los apósitos de poliuretano, las cremas con melatonina, sulfadiacina argéntica o con ácido hialurónico, pueden ser efectivos en la disminución del grado de radiodermatitis y de los síntomas asociados. El estudio piloto con láser MLS® reduce significativamente la severidad de la radiodermatitis. Los estudios de toxicidad cutánea tardía son limitados, la combinación de pentoxifilina y vitamina E podría ser efectiva para disminuir la fibrosis. Un estudio piloto con la técnica LPG muestra resultados prometedores.

CONCLUSIÓN: Actualmente, la evidencia existente no permite establecer un consenso claro de manejo de la radiodermatitis. Es necesaria la realización de más ensayos clínicos aleatorizados con una mayor muestra de pacientes que permitan confirmar el beneficio de estos tratamientos.

Estudio preliminar sobre alopecia androgenética y nanofat

Dres. Serafín Fernández-Cañadas y Silvio Zamora

Introducción

El estudio y enfoque de la alopecia androgenética constituye al día de hoy un problema latente, que demanda mucho esfuerzo y dinero, tanto para el paciente que padece el problema como para los laboratorios que en su búsqueda de dar soluciones al problema, requieren ingentes cantidades de dinero.

En cuanto a los tratamientos que se disponen para esta dolencia, se describen desde tratamientos no invasivos a través de agentes tópicos en sus diferentes presentaciones, pasando por terapia oral medicamentosa, hasta llegar a tratamientos invasivos como el trasplante capilar. Todos estos intentos de tratamiento no se encuentran exentos de complicaciones menores o mayores en todos los casos, con los costos que éstos puedan generar. Últimamente se viene intentando dar solución a éste problema mediante la utilización de las células madre obtenidas de tejidos propios del paciente, con resultados muy prometedores, pero de momento aún sin consenso en los protocolos.

Alopecia androgenética y células madre

En los últimos años se han venido presentando diferentes estudios que avalan la eficacia de las células madre derivados de tejido graso, demostrando que las proteínas derivadas de las células adiposas (ADSC_s) son efectivas en la regeneración y crecimiento capilar, sobre todo en aquellos pacientes que no requieren o no desean el trasplante capilar como tratamiento. Se demuestra además que los controles de los tricogramas correspondientes, tras inyectar las células madre derivadas de adipocitos en condiciones de cultivo hipóxico, evidencian un crecimiento significativo en el número de pelos, comparado con aquéllos que sólo reciben tratamiento placebo.¹⁻²

Las ADSC₃ se comportan como células multipotenciales, es decir, con capacidad de generar tejido de las diferentes líneas celulares. Señalar que estas células madre ejercen efectos paracrinos en el entorno en que se aplican a través de la secreción de algunos factores de crecimiento, entre ellos factores de crecimiento de queratinocitos, entre muchos otros.³ Los factores de crecimiento son vitales en el desarrollo y estimulación del folículo piloso.

Células madre y nanofat

Los tratamientos con células madre derivado de los adipocitos (ADSC) constituyen a día de hoy uno de los avances científicos más importantes demostrados en el tratamiento de diferentes patologías, tanto en cirugía estética como en otras áreas de la medicina. En los últimos años se ha descubierto que las células madre pueden ser aisladas del tejido graso obtenido por diferentes motivos en cirugía plástica, y que estas células pueden ser útiles en tratamientos como el rejuvenecimiento facial y también en terapia regenerativa capilar, entre otros campos de la medicina.

En virtud de los tratamientos y procedimientos en medicina y cirugía estética con tejido graso obtenido del propio paciente, y sobre todo aquel procedimiento para tratar las ojeras con **nanofat** (grasa emulsificada) con resultados favorables, diseñamos el presente estudio de **“bioestimulación capilar con nanofat en pacientes con alopecia androgenética”**.

El presente estudio, de tipo prospectivo, intenta valorar la efectividad del lipoinjerto graso en forma de nanofat, mediante la técnica de mesoterapia en piel de cuero cabelludo. Utilizamos tricogramas como herramienta básica para valorar los resultados.

La gran capacidad que presentan las células madre para autorrenovarse, para secretar factores tróficos y diferenciarse en diferentes líneas celulares, ha permitido el desarrollo de tratamientos más diversos y flexibles, redefiniendo al clásico tratamiento de “trasplante de tejido autólogo”.⁴ De ahí que con el descubrimiento de que las ADSCs no sólo son precursores de adipocitos sino que también de progenitores multipotentes de una variedad de células mesenquimales hacen que las aplicaciones clínicas sean diversas, de ahí que se apliquen en la reparación de tejidos blandos, en huesos y cartílagos, en curación de heridas y regeneración de nervios periféricos. Sin embargo cada vez observamos mayores experiencias e investigaciones con éste tipo de terapia celular. Diversos ensayos con ADSCs han sido realizados en cinco categorías: enfermedades digestivas, autoinmunes, cardiovasculares, regeneración ósea y desordenes neurológicos.^{5,6,7}

En los últimos años ha habido un aumento en el interés en la cirugía plástica y estética por los procedimientos de terapia regenerativa a partir de tejido graso, sobre todo en sus aplicaciones en la piel facial y manos; a la luz de los diferentes estudios realizados a la fecha, se demuestra que los tratamientos con la grasa y la fracción vascular estromal van a modificar y reparar el daño a nivel de las fibras elásticas y el colágeno de la dermis.⁹

Material y métodos

En el presente estudio, prospectivo, se incluyeron a 10 hombres y 1 mujer, comprendidos entre las edades de 30 a 60 años. Todos con diagnóstico de alopecia androgenética y sin comorbilidades importantes, infecciones, enfermedades autoinmunes, etc. Se les realizó las analíticas y estudios de tricoscopia previos al tratamiento y al final del sexto mes. Igualmente dentro del protocolo se les hizo firmar el consentimiento informado de rigor.

El procedimiento de mesoterapia con nanofat en la zona alopécica se realizó de manera sistemática, en quirófano, para la liposucción electiva y mesoterapia capilar.

Conclusiones

La mesoplastia en bioestimulación capilar con nanofat es un procedimiento seguro, simple y sin prácticamente efectos secundarios, pudiéndose asociar con otros tratamientos no invasivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hirotoaru Fukuoka, MD, PhD; Hirotoaru Suga, MD, PhD; Keigo Narita, MD; Rei Watanabe, MD; Satoru Shintani, DDS, PhD. The Latest Advance in Hair Regeneration Therapy Using Proteins Secreted by Adipose-Derived Stem Cells. *Am J Cosmetic Surg*, 2012, 29: 273-81.
2. Hirotoaru Fukuoka, MD, PhD, Hirotoaru Suga, MD, PhD. Hair Regeneration Treatment Using Adipose-Derived Stem Cell Conditioned Medium: Follow up With Trichograms. *Jpn J Plast Surg*. 2012; 17: 540-47.
3. Park BS, Jang KA, Sung JH, et al. Adipose-derived Stem Cells and Their Secretory Factors as a Promising Therapy for Skin Aging. *Dermatol Surg*. 2008; 34: 1323-26.



4. Derek A. Banyar, Ara A. Salibian, Alan D. Widgerow, Gregory R.D. Evans. Implications for Human Adipose-Derived Stem Cells in Plastic Surgery. *J Cell Mol Med.* 2015, 19: 21-30.
5. Phanette Gir, MD, Georgette Oni, MD, Sepencer A Brown, PhD, AliMojallal, MD, PhD, Rod J Rohrich, MD. Human Adipose Stem Cells: Current Clinical Applications. *Plast Reconstr Surg.* 2012, 129: 1277-90.
6. Yong Chan Bae, MD, PhD, Ji Sun Song, MS, Seong Hwan Bae, MD, Joo Hyoung Kim, MD. Effects of Human Adipose-Derived Stem Cells and Stromal Vascular Fraction on Cryopreserved Fat Transfer. *Dermatol Surg.* 2015, 41: 605-614.
7. Jimmy Guo, Alan D Widgerow, MBBCh, Mmed, FCS, FACS, Derek Banyar, MD, FACS, Jason Toranto, MD, Garrett A Wirth, et al. Strategic Sequences in Fat Graft Survival. *Annals of Plastic Surgery.* 2015, 74: 376-82.
8. Luiz Charles-de-Sá, MD, Natale Ferreira Gontijo-de-Amorim, MD, et al. Antiaging Treatment of the Facial Sin by Fat Graft and Adipose-Derived Stem Cells. *Plast Reconstr Surg.* 2015, 135: 999-1009.
9. Dong Seok Oh, Dae Hwa Kim, Tai Suk Roh, In Sik Yun, Young Seok Kim. Correction of Dark Coloration of the Lower Eyelid Skin with Nanofat Grafting. *Arch Aesthetic Plast Surg.* 2014, 20: 92-96.

El paciente oncológico en la consulta de medicina estética: revisión de casos

Dras. Sheila Mota y Jessica Rojas

Resumen

Introducción: La oncología es la disciplina de la medicina que se encarga del estudio de las enfermedades tumorales malignas, también denominadas neoplasias o cáncer. En el pasado, las estrategias terapéuticas en los pacientes con cáncer en España sólo incluían indicaciones como la cirugía, la radioterapia, la hormonoterapia o terapias biológicas; hoy en día estas estrategias se siguen implementando asociadas a la medicina estética. La integración multidisciplinar de los profesionales de la salud, junto con la intervención del médico estético, potencian la eficacia terapéutica como parte de un todo, ocasionando menos molestias en el paciente y logrando restaurar su salud de forma integral.

Metodología: Esta investigación es de tipo descriptiva, transversal y retrospectiva. La muestra está compuesta por 28 pacientes seleccionados del total de la población, tomando como criterios antecedentes de patología oncológica que acudieron a la consulta de medicina estética de los diferentes centros que participan en la investigación. Se realizaron en total 15 tratamientos médico estéticos; el principal fue el tratamiento dietético y nutricional el cual representó el 46,42% de los pacientes, un 39,28% se realizó mesoterapia y un 28,57% se realizó peelings. El grupo etario predominante fue el comprendido entre 41-50 años con un 32,14%, seguido por el de 61-70 con un 25%. El sexo predominante fue el femenino con un 92,85% del total de la muestra.

Conclusión: La necesidad de contribuir en la mejora de la calidad de vida de este colectivo juega un papel importantísimo la medicina estética, puesto que una de las esferas que más puede influir en el bienestar emocional y social de un paciente es su aspecto físico.

Palabras claves: *Medicina Estética, Paciente Oncológico, Calidad de Vida, Cuidados Médicos Estéticos.*

Propósito de la investigación

En la actualidad la medicina estética está desempeñando un rol fundamental en el bienestar del paciente oncológico. La presente comunicación libre se refiere a una revisión de tipo bibliográfica y una revisión de casos, con la finalidad de buscar cómo debe ser el abordaje médico estético del paciente oncológico. La oncología es una disciplina de la medicina que se encarga del estudio de las enfermedades tumorales malignas, también denominadas neoplasias o cáncer. El cáncer constituye una de las principales causas de morbi-mortalidad en el mundo, con aproximadamente 14 millones de casos nuevos en el año 2012 (OMS). Las estimaciones poblacionales indican que el número de casos nuevos probablemente aumente en un 70 % en las próximas décadas. A pesar de que las cifras de pacientes afectados siguen en incremento, los nuevos tratamientos han logrado aumentar la supervivencia de aquellos quienes la padecen. Este acrecentamiento de la supervivencia ha repercutido en que se busquen vías para mejorar la calidad de la vida y otros aspectos relacionados a ellas en estos pacientes, que anteriormente eran ignoradas ya que toda la atención iba dirigida a al tratamiento curativo o paliativo.

Los cambios que se presentan en el paciente oncológico son múltiples, aparecen en períodos cortos y de forma precipitada, y pueden ser temporales o permanentes. Los primeros se manifiestan con la caída del cabello, las alteraciones en la piel, en las uñas o los cambios de peso; y los segundos se caracterizan por efectos postquirúrgicos como las cicatrices, las amputaciones, la deformidad, la asimetría, y el linfedema. Algunos aumentan de intensidad a medida que progresa la enfermedad, son intensos, cambiantes y multifactoriales. Estos cambios pueden causar afectaciones a nivel estético, mientras que otros conllevan asociado una incapacidad funcional.

Hoy en día nadie pone en duda la importancia de los cuidados estéticos del paciente oncológico, siendo la disciplina de la medicina estética asociada a la medicina regenerativa un pilar básico en el bienestar de nuestra sociedad. Con esta revisión sistematizada se pretende efectuar una aportación al estudio de la salud y calidad de vida en el paciente oncológico en el área de la medicina estética.

Los cuidados médicos estéticos que se realizan previos al tratamiento oncológico son los cuidados de la piel y el cuero cabelludo, la cosmética específica y los cambios de imagen, la micropigmentación, los aspectos psicológicos, la nutrición oncológica, la podología adaptada, la fisioterapia y el ejercicio, y la unidad de calidad de vida. En relación al plasma rico en plaquetas, su contraindicación se ha limitado a las neoplasias hematológicas.

La colaboración del mundo de la estética en los programas de salud contribuye a la estabilidad emocional y elevación de la autoestima, a través de intervenciones que logran devolver una imagen más natural y saludable al paciente tras la mejoría de los inestetismos provocados por las terapias oncológicas o sus efectos adversos. El apoyo social también es un pilar básico muy influyente en la respuesta del paciente ante la enfermedad y el mantenimiento de su calidad de vida.

Es importante mencionar el rol que desempeña una nutrición adecuada en este colectivo porque, tanto los déficits nutricionales y el bajo peso como la presencia de obesidad, influyen negativamente en la supervivencia del paciente oncológico, independientemente del tratamiento recibido, ya que se asocian a mayores tasas de recurrencia y muerte.

Objetivo general

El objetivo general de este trabajo ha sido conocer qué pacientes con antecedentes oncológicos acudían a la consulta de medicina estética, qué tratamientos médicos estéticos se habían realizado, y si se habían producido efectos adversos en relación con sus antecedentes oncológicos.

Objetivos específicos

1. Identificar la edad, el sexo y tipo de cáncer más frecuente en los pacientes oncológicos que acuden a medicina estética
2. Conocer los procedimientos médico estéticos más realizados en pacientes oncológicos
3. Describir las dermatosis más frecuentes en pacientes oncológicos y los síndromes paraneoplásicos con manifestaciones cutáneas
4. Determinar los cuidados médicos estéticos previos al tratamiento oncológico
5. Señalar los efectos adversos cutáneos durante el tratamiento médico oncológico y los efectos adversos posteriores a la realización de procedimientos médico estéticos
6. Establecer las contraindicaciones de los tratamientos médicos estéticos en los pacientes oncológicos

Materiales y métodos

Tipo de Estudio

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal realizado a través de la selección de diversos pacientes oncológicos obtenidos de las historias clínicas en los centros médicos especializados en medicina estética, ubicados en las provincias de las CC. AA. de Madrid y Castilla de la Mancha en el año 2016.

Ámbito de estudio

El ámbito de estudio abarca los distintos centros especializados en medicina estética seleccionados para el estudio ubicados en las CC.AA. de Madrid y Castilla La Mancha.

Población

La población de estudio está constituida por los pacientes que recibieron atención médica estética en las distintas clínicas en el año 2016, que se seleccionaron para el estudio.

Muestra

La muestra está compuesta por 28 pacientes seleccionados del total de la población, tomando como criterios antecedentes de patología oncológica, que acudieron a la consulta de medicina estética de los diferentes centros que participan en la investigación.

Criterios de inclusión

- Pacientes con patología oncológica.
- Pacientes que se hayan realizado algún procedimiento previo o posterior a la patología oncológica.

Criterios de exclusión

- Pacientes sin antecedentes personales de patologías oncológicas.

Instrumento de recolección de datos.

El instrumento de recolección de datos que se utilizó para el desarrollo de esta investigación consta de tablas de contenidos de Microsoft Excel en Windows 10 Home versión 1607, y se realizó un tratamiento estadístico de datos basado en la media estadística, ya que permite la descripción de la muestra mediante la obtención de una tabla con distintos estadísticos muestrales con la finalidad de que la información sea sintetizada, de forma que sea comprensible y de fácil manejo.

Procedimiento

Tras una extensa revisión bibliográfica para la elaboración de este trabajo científico, se realizó la búsqueda de información en el área médica de interés con las palabras claves: *oncología y medicina estética, cuidados estéticos y calidad de vida en el paciente oncológico*, a través de buscadores como: Google Scholar, Medigraphi, Dialnet, Pubmed, Science, While online library, El Servier y JPRAS International Journal of Plastic Surgery; también se obtuvo la información de libros, revistas, artículos científicos, y enlaces médicos.

Posteriormente, se seleccionó de forma sistemática la información teórica, datos de estudios para el desarrollo del cuerpo del trabajo y luego en base a esta información, se procedió a la revisión de las historias clínicas de los distintos centros médicos especializados en medicina estética, de las CC. AA. de Madrid y Castilla la Mancha, de las cuales luego se recolectaron los datos respetando la intimidad de los pacientes. Se trabajó ocultando el nombre de los mismos, tomando como referencia únicamente el número de historia clínica. Además, en cada una de las clínicas colaboradoras la investigadora firmó un compromiso de confidencialidad de acuerdo a la Ley Orgánica de Protección de Datos LOPD 15/1999, de 13 de diciembre.

Resultados

Tabla 1. Procedimientos médicos estéticos realizados en pacientes oncológicos.

| Tratamientos | Resultados (%) |
|-------------------------------|----------------|
| Dieta | 13 (46,42%) |
| Mesoterapia | 11 (39,28%) |
| Peelings | 8 (28,57%) |
| Toxina Botulínica tipo A | 7 (25%) |
| Micropigmentación | 3 (10,71%) |
| Rellenos de Ácido Hialurónico | 7 (25%) |
| Atlean® (fosfato tricálcico) | 2 (7,14%) |
| Hilos de sustentación | 6 (21,42%) |
| LPG® | 4 (14,28%) |
| Lipofilling | 2 (7,14%) |
| IPL | 4 (14,28%) |
| Depilación | 6 (21,42%) |
| Ultrasonido | 1 (3,57%) |
| PRP | 2 (7,14%) |
| Radiofrecuencia | 3 (10,71%) |

En la tabla 1 se puede observar que se aplicaron diferentes procedimientos médico estéticos del paciente oncológico entre los cuales se destacan: 13 dietas, 11 mesoterapias, 7 peelings, 7 toxinas botulínicas, 3 micropigmentaciones, 7 rellenos con ácido hialurónico, 2 Altrean, 6 hilos de sustentación, 4 LPG, 2 lipofilling, 4 IPL, 6 depilaciones, 1 ultrasonido, 2 PRP y 3 radiofrecuencias.

Tabla 2. La edad más frecuente en los pacientes oncológicos que acuden a medicina estética.

| Edad | Resultados (%) |
|-------|----------------|
| 20-30 | 0 |
| 31-40 | 6 (21,42%) |
| 41-50 | 9 (32,14%) |
| 51-60 | 5 (17,85%) |
| 61-70 | 7 (25%) |
| 71-80 | 1 (3,57%) |

En la tabla 2 se aprecian las edades más frecuentes de pacientes oncológicos que acuden a la consulta de medicina estética de los centros de estudio en Madrid y Castilla de la Mancha, los cuales son: 6 pacientes con un rango de edad entre 30-42, 9 pacientes entre 41-50 años, 5 entre 51-60, 7 con 61-70 años y 1 entre 71-80.

Tabla 3. El sexo más frecuente en los pacientes oncológicos que acuden a medicina estética.

| Sexo | Resultados |
|-----------|-------------|
| Femenino | 26 (92,85%) |
| Masculino | 2 (7,14%) |

En la tabla 3 se observa el sexo de los pacientes que acudieron a consulta de medicina estética, siendo más predominante el sexo femenino con 26 pacientes frente a 2 pacientes masculinos.

Tabla 4. La patología oncológica más frecuente en los pacientes oncológicos que acuden a medicina estética.

| Patología oncológica | Resultados % |
|----------------------|--------------|
| Cáncer de mama | 14 (50%) |
| Cáncer de riñón | 1 (3,57%) |
| Cáncer de colón | 2 (7,14%) |
| Cáncer de próstata | 1 (3,57%) |
| Cáncer del SN | 2 (7,14%) |
| Cáncer de piel | 3 (10,71%) |
| Cáncer de ovario | 1 (3,57%) |
| Cáncer de vejiga | 1 (3,57%) |
| Cáncer de tiroides | 1 (3,57%) |
| Cáncer de pulmón | 1 (3,57%) |
| Cáncer gástrico | 1 (3,57%) |

En la tabla 4 se observa que entre las patologías oncológicas más frecuente destacan 14 pacientes con cáncer de mama, 1 de riñón, 2 de colón, 1 de próstata, 2 del SN, 3 de piel, 1 de ovario, 1 de vejiga, 1 de tiroides, 1 de pulmón y 1 gástrico.

Tabla 5. Efectos adversos cutáneos durante el tratamiento médico oncológico y los efectos adversos posteriores a procedimientos médico estéticos.

| Tratamiento Médico | Adversos | Tratamiento de Medicina Estética | Adversos |
|----------------------|--|--|-----------------|
| Quimioterapia | Fotosensibilidad Hiperpigmentación Caída del cabello y pelo Alteraciones piel y uñas Eritrodistesia palmo-plantar Lesiones en zona de inyección Lesiones cutáneas por inhibidores del factor de crecimiento epidérmico Hipersensibilidad Lesiones acneiformes Otros | Dieta Mesoterapia Peelings Toxina botulínica tipo A Micropigmentación Rellenos de ácido hialurónico Altean Hilos de sustentación LPG Lipofilling IPL Depilación | No se evidenció |
| Radioterapia | Radiodermatitis Tatuaje | Ultrasonido PRP Radiofrecuencia | |
| Cirugía | Cicatrices hipertróficas Cicatrices queloideas | | |

En la tabla 5 se describen los efectos adversos cutáneos durante el tratamiento médico oncológico y los efectos adversos posteriores a procedimientos médico estéticos. Entre los efectos adversos en la quimioterapia están: fotosensibilidad, hiperpigmentación, caída del cabello y pelo, alteraciones de la piel y uñas, eritrodistesia palmo-plantar, lesiones en zonas de inyección, lesiones cutáneas por factores de crecimiento epidérmico, hipersensibilidad, lesiones acneiformes y otros; en la radioterapia existe la radiodermatitis y el tatuaje; y en los quirúrgicos se puede presentar las cicatrices hipertróficas y las cicatrices queloideas. Es importante destacar que en los pacientes estudiados no se evidenciaron efectos adversos con los procedimientos médicos estéticos realizados.

Tabla 6. Contraindicaciones de los tratamientos médicos estéticos en los pacientes oncológicos.

| Contraindicaciones | |
|--------------------|--------------------------------|
| Láser | Plasma rico en plaquetas (PRP) |
| Radiofrecuencia | Luz intensa pulsada (IPL) |

En la tabla 6 se mencionan las contraindicaciones relativas de los tratamientos médico estéticos en los pacientes oncológico. Entre ellos se destaca: el láser, la radiofrecuencia, la luz intensa pulsada si hay cáncer de piel y el plasma rico en plaquetas.

Discusión

Los tratamientos médico estéticos en el paciente oncológico han avanzado en los últimos años y están diseñados para cubrir las necesidades que requiere cada paciente durante la fase de tratamiento. Una vez diagnosticado el proceso se deben recomendar pautas de cuidado personal que les ayudará a tener mejores resultados. Esto mejorará el estado de ánimo y contribuirá positivamente en el tratamiento contra el cáncer.

En nuestra recogida de datos, eran todos pacientes asintomáticos, sólo tres pacientes con antecedentes de cáncer de mama seguían tomando medicación con tamoxifeno. Los diferentes procedimientos médicos estéticos que les fueron realizados a los pacientes fueron los siguientes: en primer lugar, la dieta (46,42%), en segundo lugar, la mesoterapia (39,28%), seguidos por los peelings (28,57%), toxina botulínica (25%), micropigmentación, rellenos con ácido hialurónico, Atlean®, hilos de sustentación, LPG®, lipofilling, IPL, depilaciones, ultrasonido, plasma rico en plaquetas y radiofrecuencia. En estos procedimientos no se evidenció ningún efecto adverso o interacción con la patología o con los medicamentos antineoplásicos, así como tampoco recaídas.

En este estudio el rango de edad predominante fue el comprendido entre 41-50 años con un 32,14%, seguido por el de 61-70 con un 25%. Asimismo, el sexo predominante fue el femenino con un 92,85% del total de la muestra. La patología oncológica más prevalente dentro de la muestra fue el cáncer de mama con un 42,85% del total de los casos, seguido por el carcinoma basocelular con un 10,71%.

Según diversos autores los materiales utilizados en medicina estética no suponen duda diagnóstica en el momento de un estudio de imagen en un paciente oncológico, pero se recomienda evitar las infiltraciones en el lugar de la lesión, así como también poner en conocimiento a los demás profesionales de los procedimientos estéticos realizados para que se puedan prever los hallazgos en las pruebas de imagen.

Otros estudios exaltan la eficacia y seguridad del rejuvenecimiento facial con ácido hialurónico y toxina botulínica en pacientes post quimioterapia, recomendándose su utilización durante los seis meses posteriores al tratamiento oncológico. También se expresa la seguridad y la eficacia de los láseres y otras fuentes de luz, siempre que se utilicen a distancia de la lesión tumoral y cuando la enfermedad oncológica este controlada.

Los cuidados médico estéticos que se realizan previos al tratamiento oncológico, son los cuidados de la piel y el cuero cabelludo, la cosmética específica y los cambios de imagen, la micropigmentación, los aspectos psicológicos, la nutrición oncológica, la podología adaptada, la fisioterapia y el ejercicio, y la unidad de calidad de vida.

Para evitar la aparición de radiodermatitis se ha probado la eficacia de la crema de melatonina al 0,5% en la zona a irradiar, dos horas antes del tratamiento y treinta minutos después. Se consigue este efecto gracias a la alta capacidad de la melatonina de disminuir los mecanismos moleculares de inducción de estrés oxidativo, la inflamación y la apoptosis producidos en la piel expuesta a radiaciones ionizantes.

Entre los efectos adversos cutáneos que se pueden presentar durante la quimioterapia destacan la fotosensibilidad, la hiperpigmentación, la caída del cabello y pelo, las alteraciones de la piel y uñas, la eritrodístesia palmo-plantar, las lesiones en zonas de inyección, las lesiones cutáneas por factores de crecimiento epidérmico, la hipersensibilidad, las lesiones acneiformes y otros; en la radioterapia se puede presentar la radiodermatitis y el tatuaje; y en los quirúrgicos se pueden evidenciar posteriormente las cicatrices hipertróficas y las cicatrices queloides.

Los efectos secundarios de los tratamientos antineoplásicos pueden ser determinantes en la alteración del estado nutricional de los pacientes. Tanto la cirugía, como la radioterapia y la quimioterapia, pueden provocar efectos secundarios que conduzcan o empeoren una desnutrición o induzcan a la ganancia ponderal.

La pérdida de peso al inicio de la quimioterapia o quimioradioterapia se asocia con peor respuesta al tratamiento, mayor toxicidad asociada y peor pronóstico, debido a la depleción de la reserva de energía y de proteínas del organismo. La desnutrición influirá en el funcionamiento de diversos órganos y aparatos y, sobre todo, en el sistema inmunitario, tanto celular como humoral, con la creación de un círculo vicioso, ya que la desnutrición disminuye las defensas del huésped y esto aumenta la vulnerabilidad a las infecciones, las cuales, a su vez, empeoran el estado nutricional.

Pacientes obesos

Por otro lado, tenemos la obesidad, la cual al igual que la desnutrición disminuye la supervivencia, tanto como si ha estado presente antes del diagnóstico oncológico, como si ha sido consecuencia de las terapias antitumorales. La mayoría de los estudios han demostrado un mayor aumento de peso con la quimioterapia que con la hormonoterapia, y también se ha observado que la terapia hormonal sustitutiva en mujeres posmenopáusicas contrarresta el aumento de peso corporal, preserva la masa magra y evita el cambio de depósitos de grasa de la zona glúteo-femoral al abdomen.

Cabe señalar que la obesidad se asocia a mayor incidencia de cáncer de mama, de endometrio, próstata, riñón y tiroides, ya que el exceso de producción hormonal en el tejido adiposo puede favorecer el desarrollo de estos tumores. También se asocia a mayor incidencia de cáncer de esófago, páncreas, vesícula biliar y cáncer colorrectal. Además se dificulta el diagnóstico por imagen por las limitaciones técnicas de aparatos como la tomografía computarizada y la resonancia magnética (la obtención de imágenes de buena calidad es más difícil en pacientes obesos, debido a la acumulación de grasa subcutánea, retroperitoneal y en los distintos órganos).

A todo esto, se añaden unos peores resultados quirúrgicos en los pacientes obesos debido a la dificultad de acceso al tumor, contraindicaciones para la anestesia, mayor tiempo quirúrgico y posibles complicaciones postquirúrgicas, como trombo-embolismos o retraso en la cicatrización de las heridas. El efecto de la quimioterapia y de la terapia hormonal puede verse afectado en los pacientes obesos, debido a una farmacocinética alterada y a distintos niveles hormonales. El tratamiento radioterápico de pacientes obesos puede presentar limitaciones técnicas. Por otra parte, la toxicidad de la radioterapia puede ser mayor en los pacientes obesos. Se ha descrito en estos pacientes mayores índices de toxicidad cutánea en pliegues cutáneos (axilar, submamarario, interglúteo), linfedema, limitación de la extensión del hombro, plexopatía braquial y neumonitis.

Contraindicaciones

Dentro de las contraindicaciones relativas que se describen en la literatura de los tratamientos médico estéticos en los pacientes oncológicos se destaca: *el láser*, el cual tiene dentro de sus contraindicaciones tradicionales la enfermedad oncológica, pero no está definitivamente comprobada una relación causa-efecto entre su utilización y el desarrollo o progresión del cáncer, aunado a que éste es utilizado de manera eficaz en el abordaje de algunos cánceres por sus propiedades físicas y energéticas con capacidad de corte y coagulación.

Tiene además gran eficacia en el tratamiento de las lesiones post-radioterapia. Es recomendable utilizar el láser en localizaciones distantes a la lesión tumoral, y cuando la enfermedad oncológica esté controlada. La radiofrecuencia y la luz intensa pulsada, al igual que el láser, no deben realizarse cerca de la localización de la lesión tumoral. El IPL es un tratamiento ideal para las telangiectasias provocadas por la toxicidad tardía de la radioterapia.

En relación al plasma rico en plaquetas, su contraindicación se ha limitado a las neoplasias hematológicas. Actualmente se utiliza esta terapia y la de células madres con buenos resultados y sin relación con recidivas, infiltrando PRP en el cuero cabelludo a pacientes con cáncer de mama. En lo que respecta a las células madres, la información aún es escasa y a nivel clínico no parece haber evidencia de incentivar recaídas, aunque a nivel experimental hay indicios de que esto pudiera suceder.

Se hace necesaria la labor del equipo multidisciplinar y la creación y seguimiento de protocolos para el abordaje médico estético del paciente oncológico durante todo el proceso de la enfermedad.

Conclusiones

- El cáncer es una enfermedad crónica cuya incidencia y prevalencia ha ido en aumento y se estima continuará haciéndolo durante los próximos años. Gracias a que se ha podido aumentar la supervivencia de este grupo de pacientes surge la necesidad de contribuir en la mejora de la calidad de vida de este colectivo, en donde juega un papel importantísimo la medicina estética, puesto que una de las esferas que más puede influir en el bienestar emocional y social de un paciente es su aspecto físico.
- Para poder cumplir los objetivos planteados por la medicina estética en la mejora de la calidad de vida del paciente oncológico, es necesario contar con la colaboración de un equipo multidisciplinar que pueda valorar y tratar al paciente desde todos los ámbitos afectados por la enfermedad.
- El papel del médico estético debe estar presente desde el conocimiento del diagnóstico, ya que existen una serie de intervenciones que se pueden realizar previamente para minorar los efectos secundarios y psicológicos de las terapias oncológicas. Este profesional debe estar presente también durante el tratamiento de una forma no invasiva para brindar apoyo y dar las recomendaciones de lugar para ir paliando los efectos secundarios y ayudar a mantener una imagen lozana durante el proceso, con la intención de no ver menguar el autoestima de la paciente por los inestetismos provocados por las terapias antineoplásicas, y por último, ya culminado el proceso terapéutico, iniciar terapias de recuperación de la imagen, para que el paciente pueda lo más pronto posible dejar atrás los estigmas que le recuerden diariamente su patología.
- Es necesario identificar las distintas dermatosis producidas por las terapias oncológicas y saber diferenciarlas de los efectos adversos que podría provocar un procedimiento médico estético para evitar confusiones, así como reconocer los síndromes paraneoplásicos más frecuentes con manifestaciones cutáneas.

- Los procedimientos médicos- estéticos realizados en los pacientes estudiados no evidenciaron la aparición de efectos adversos o de interacción con la patología oncológica.
- Es indudable que la desnutrición y la obesidad disminuyen la supervivencia del paciente oncológico, así como aumentan la morbimortalidad perioperatoria.
- El estado nutricional es un potente predictor de calidad de vida en los pacientes con cáncer.
- Los pacientes con sobrepeso que ganan peso durante el tratamiento quimioterápico presentan peor pronóstico a largo plazo.
- Resulta crucial para un buen manejo del paciente oncológico conocer los procedimientos con contraindicaciones relativas o absolutas en este colectivo para asegurarnos de no realizar nada en perjuicio del mismo, sabiendo que técnicas que anteriormente no se utilizaban en estos pacientes hoy día se están utilizando con buenos resultados y sin aumento de recaídas, recomendándose su uso para cuando la enfermedad esté controlada.
- Aparentemente el láser y otras fuentes de luz son una herramienta segura en los pacientes oncológicos, recomendándose su uso cuando la enfermedad esté controlada y lejos de la localización tumoral.
- En vista al grupo de pacientes observados y a los procedimientos médico estéticos realizados, podemos entender que las técnicas de medicina estética resultan seguras en este colectivo, excluyendo aquéllas con contraindicaciones relativas o absolutas y las terapias regenerativas, en las que aún no hay un consenso definitivo y desconocemos si puede haber interacciones, razón por la cual debemos seguir abordando a este colectivo con cierta prudencia.
- Se necesitan más trabajos científicos relacionados con este tema que destaquen la importancia de los tratamientos médicos estéticos, así como también las intervenciones estéticas que se pueden realizar en el paciente oncológico que garanticen su bienestar biopsicosocial.

Propuesta-guía de fotoprotección en el paciente oncológico

Dra. M^a Elena Fernández

Resumen

Este trabajo pretende analizar cómo adecuar las recomendaciones en fotoprotección al paciente oncológico. Para ello se han analizado:

- 1.- Las condiciones que hacen más vulnerable al paciente oncológico a la exposición solar.
- 2.- La información en fotoprotección. Se planteó cómo podía el paciente obtener esta información, si no se le informó o si se le hizo de forma corta y somera en el servicio de oncología, analizando cómo se puede encontrar información al respecto accediendo desde internet a través de 18 sociedades y asociaciones sanitarias representativas. Se ha valorado si la información se encuentra con facilidad, es comprensible, amplia y clara, y en qué aspectos están consensuadas las instituciones investigadas, así como una actualización en la información en fotoprotección.
- 3.- Las características y propiedades que deberían reunir un protector solar tópico y oral para un paciente oncológico. Se han evaluado 146 fotoprotectores, tópicos y orales, de 20 firmas comerciales vigentes en el mercado español. con la pretensión de hacer una recomendación o no de los mismos para este tipo de pacientes y en qué circunstancias, dada la carencia de indicación específica de estos preparados para estos enfermos. Se han analizado las estrategias en fotoprotección tópica y oral para la población general, cómo podemos indicarlas adecuadamente en el paciente oncológico y qué consideraciones especiales deben reunir, con los conocimientos actuales.

Se ha encontrado que la vulnerabilidad del paciente oncológico al sol viene dada por los efectos colaterales de las terapias antineoplásicas (fotosensibilidad, alteración de la barrera cutánea, híper e hípo pigmentaciones cutáneas inducidas, tumores cutáneos secundarios), además de los factores vulnerables de la población general.

Se ha constatado la importancia de estar bien informado para generar adhesión como parte de la eficacia de las medidas de fotoprotección, y se ha encontrado que la accesibilidad a la información no es sencilla. La cantidad de información encontrada en las instituciones evaluadas ha sido muy variada, siendo muy completa para algunas, mientras que para otras ha sido insuficiente e incluso complicada de interpretar.

La falta de productos con indicación expresa para el paciente oncológico me ha llevado a analizar las indicaciones de los productos catalogados para otras situaciones de vulnerabilidad solar (piel sensible, atópica, y niños), junto a las propiedades aconsejadas en productos de fotoprotección para paciente oncológico encontradas en la bibliografía, y poder identificar los productos del mercado que podrían estar indicados en estos pacientes.

Como conclusión se ha descrito lo que podría ser una guía de recomendación en fotoprotección para un paciente oncológico, que incluye como pilares básicos y por orden de importancia: evitar el sol, vestimenta y protectores solares tópicos y orales, con las especificaciones y situaciones especiales para pacientes oncológicos.

Propósito de la investigación

Resumen de la tesina MÁSTER EN CALIDAD DE VIDA Y CUIDADOS MÉDICO-ESTÉTICOS DEL PACIENTE ONCOLÓGICO. Universidad de Alcalá. Madrid. Autora: Dra. M. Elena Fernández Martín. Tutora: Dra. Pilar Rodrigo. Este trabajo tiene como objetivo el reto de establecer una guía de recomendaciones para pacientes oncológicos que incluya consejos y cuidados para protegerse eficientemente del efecto dañino de la radiación solar.

Materiales, temas y métodos

Los aspectos investigados han sido:

1. Análisis de las condiciones que hacen más vulnerable al paciente oncológico a la exposición solar
2. Análisis sobre la calidad y actualización de la información sobre fotoprotección
3. Análisis de las características y propiedades que deberían reunir un protector solar tópico y oral para un paciente oncológico

Para la obtención de la información bibliográfica se han realizado las búsquedas a través de las bases de datos Pubmed y Cochrane, y gestor bibliográfico OVID. Los criterios de inclusión fueron las revisiones, el año de publicación (los últimos cinco años), y texto completo.

Se han analizado las recomendaciones en fotoprotección que existen actualmente para la población general, y específicamente hacia el paciente oncológico, en 18 sociedades y asociaciones representativas nacionales e internacionales, a través de sus páginas web.

Se han analizado los INCI (nomenclatura internacional de ingredientes cosméticos) y forma galénica de presentación de 135 productos protectores solares tópicos, y la composición de 11 productos protectores solares orales, vigentes en el mercado español.

Resultados

Se ha encontrado que la vulnerabilidad del paciente oncológico al sol viene dada por los efectos colaterales de las terapias antineoplásicas (fotosensibilidad, alteración de la barrera cutánea, híper e hipo pigmentaciones cutáneas inducidas, tumores cutáneos secundarios), además de los factores vulnerables de la población general (fototipos claros, presencia de nevus, antecedentes de cáncer cutáneo, trabajadores en exteriores y deportistas, edad).

La accesibilidad a la información en medidas de fotoprotección no es sencilla, la cantidad de información encontrada en las instituciones evaluadas ha sido muy variada, siendo muy completa para algunas, mientras que para otras ha sido insuficiente e incluso complicada de interpretar.

Se ha encontrado que la adhesión a las pautas de fotoprotección no se realiza correctamente incluso en pacientes oncológicos; algunos estudios demuestran la necesidad de una mejor concienciación y educación sobre el conocimiento de los filtros solares y la protección ultravioleta dentro de los médicos, y que el asesoramiento relevante para el cuidado primario puede aumentar los comportamientos protectores del sol.

Debido a la falta de indicación expresa para el paciente oncológico en los productos de fotoprotección, he analizado las indicaciones de los productos catalogados para otras situaciones de vulnerabilidad solar (piel sensible, atópica, y niños), junto a las propiedades aconsejadas en productos de fotoprotección para paciente oncológico encontradas en la bibliografía, y poder identificar los productos del mercado que podrían estar indicados en estos pacientes.

Finalmente he elaborado una guía de recomendación en fotoprotección que incluye como pilares básicos y por orden de importancia: evitar el sol, vestimenta, protectores solares tópicos y orales; y las especificaciones y situaciones especiales para pacientes oncológicos.

Conclusiones

Dada la vulnerabilidad del paciente oncológico y que la información en general sobre protección solar es poco específica y de difícil acceso, es importante informarle de algunas consideraciones especiales que debe tomar con respecto a la fotoprotección.

En general los pacientes oncológicos van a tolerar mal los productos tópicos, por lo que hay que hacer más hincapié en las líneas de fotoprotección primaria y secundaria, sobre todo cuando existen fotosensibilidad y alteraciones cutáneas.

Las líneas de fotoprotección que incluyen antioxidantes tópicos y por vía oral puede ser una opción saludable de refuerzo y complementaria al resto de medidas, pero requiere consenso por parte del oncólogo por si existe alguna interacción con los tratamientos. En cuanto a la elección de los productos fotoprotectores, oral o tópicos, sin prescripción facultativa, con la información existente hasta ahora mismo, es complicada para que el paciente pueda elegir la opción más adecuada. La necesidad de informar e implantar estas medidas en las consultas es importante y prioritaria, dado que fuera de ellas es confuso y complicado.

Los pilares y guía de protección solar para el paciente oncológico quedarían de la siguiente manera, con la información analizada en este trabajo:

Línea de fotoprotección primaria (evitar la exposición solar)

- No deberá exponerse al sol en las horas centrales del día (10 a 11h-16.00h).
- Estará prohibida la exposición a camas de bronceado, según la 4ª edición del Código Europeo contra el Cáncer.
- Se debe evitar el bronceado buscando la sombra. La regla de la sombra dice que cuanto más pequeña sea la sombra que proyecta nuestro cuerpo, más riesgo habrá de quemadura solar.
- Se informará de la importancia de conocer el índice UV para adoptar las medidas más adecuadas de protección en cada momento y cuando se viaje. En España, esta información se obtiene a través de la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET).
- Los días nublados filtran la luz UVA y atraviesa los cristales. Los vehículos generalmente sólo llevan cristales tintados que impiden la penetración de luz UVA en el parabrisas, los cristales laterales pueden filtrar la luz. La medicación puede ser sensibilizante y producir reacciones con muy poca cantidad de luz. Los rayos UVB pueden penetrar hasta 60 cm dentro del agua. Hay que tener en cuenta que la radiación se refleja en determinadas superficies naturales, pudiendo aumentar el nivel de exposición (la hierba refleja un 10% de radiación, la nieve y la arena un 25% y el hielo un 85%, etc.).

Línea de fotoprotección secundaria: vestimenta (ropa, sombrero y gafas de sol)

- En pacientes con fotosensibilidad se recomienda ropa con UPF (factor de protección ultravioleta) mayor de 40.
- Teniendo en cuenta los tipos de composición de tejidos, puede variar el nivel protección. Los materiales sintéticos deben elegirse sobre las fibras naturales, ya que reflejan y bloquean la radiación de manera más eficaz. El algodón, viscosa, rayón y lino tienen menos UPF que el nailon, lana, seda y poliéster.

- Los tejidos densos bloquean más rayos UV que aquéllos con tejidos más flojos. Las telas gruesas protegen más. El UPF aumenta con el peso y el grosor de la tela y menos con la porosidad (jeans y el paño mejor que el encaje).
- Los colores oscuros tiene mayor UPF (mejor negro o rojo que blanco o pastel). Las telas brillantes (satén) reflejan la luz a diferencia de las mate (lino).
- La humedad disminuye el UPF. Los tejidos húmedos abren los espacios entre las fibras reduciendo la protección. Pueden añadirse absorbentes UV a detergentes para la ropa. Los estudios han demostrado un aumento de UPF en un 400% después de la impregnación de telas con tales preparaciones. Las telas resistentes a las manchas tienen efectos similares.
- El UPF aumenta con la distancia de la ropa al cuerpo, es decir, la ropa ceñida protege menos.
- Se recomiendan **los sombreros** de ala ancha de más de 7,5 cm, no sólo para la protección de la cabeza, sino también la piel de la frente, los ojos, las mejillas, la nariz y parte superior de los hombros.
- Las **gafas de sol** son recomendadas para proteger la piel alrededor de los ojos, párpados y ojos. Los cristales deben absorber casi el 100% de la radiación UV hasta los 400nm, y para una adicional protección de la retina debe reducir la transmisión de luz azul y violeta. Para proteger de UVA, el cristal necesita incorporar películas plásticas de cobre, níquel o zinc (gafa oscura tintada).

Línea de fotoprotección terciaria (tópica y oral)

- Las características de los filtros tópicos recomendados han de ser de amplio espectro, SPF 50+ (UVB, UVA I y II) preferiblemente inorgánicos o físicos, evitando nano partículas, con garantía de no absorbilidad y fotoestabilidad, resistentes al agua, sudor y rozamiento y de textura adecuada (emulsiones: loción, leche o emulsión fluida, o crema).
- Se deberá hacer un seguimiento de los productos aconsejados. Los productos de protección solar se utilizan en concentraciones relativamente altas en toda la superficie cutánea, y aunque se someten a controles y pruebas para medir el potencial fotoirritativo y fotosensible, su potencial alérgico real puede aparecer después de años de uso generalizado.
- El modo de empleo incluye la aplicación de una cantidad generosa aceptable que no haga perder la adherencia, 30 minutos antes de la exposición y se repetirá la aplicación cada 1-2 horas. Se debe instruir a leer las etiquetas para vigilar la fecha de caducidad y la forma de aplicación.
- La fotoprotección oral (vitaminas C, E, nicotinamida, carotenoides, polifenoles, lípidos y probióticos) con una alimentación adecuada o suplementada, siempre que sea posible, se puede realizar de forma complementaria al resto de medidas. Las combinaciones de varios compuestos activos tienen efectos sinérgicos y no excluyentes. Puede ser útil para cubrir exposiciones temporales o continuas, según el estado nutricional del paciente, y necesitar varias semanas para alcanzar los niveles óptimos.
- Según las circunstancias se podrá aconsejar el pre-tratamiento con antioxidantes tópicos antes de la exposición solar. La combinación de ambos antioxidantes, tópicos u orales, puede ser más beneficiosa que cada método de forma aislada. Ciertos nutrientes han demostrado efectos protectores contra la inmunosupresión causada por la luz ultravioleta.

BIBLIOGRAFÍA

Tesina "Fotoprotección en el paciente oncológico. Consideraciones especiales, consejos y cuidados que deben tenerse en cuanto a protección solar en los pacientes oncológicos". MÁSTER EN CALIDAD DE VIDA Y CUIDADOS MÉDICO-ESTÉTICOS DEL PACIENTE ONCOLÓGICO. Universidad de Alcalá. Autor: Dra. M^a Elena Fernández Martín. Tutora: Dra. Pilar Rodrigo. Jul. 2017.

Treatment of Androgenic Alopecia with Autologous Skin Micrografts

Tejero Paloma, MD, PhD; Sunkel Victoria, MD; Zamorano María Victoria, MD.

ABSTRACT

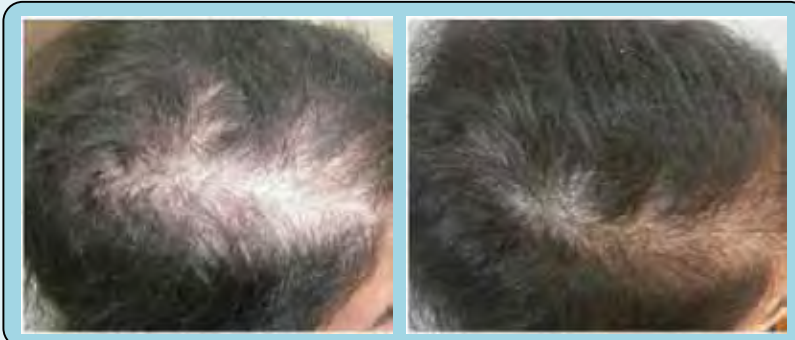
Background: the possibility of curing or improving certain conditions using biological materials based on the patient's own skin has always been a very appealing idea. Lately, a series of procedures that mechanically deaggregate the donor tissue have opened their way with great success. These procedures are particularly interesting because no chemicals or enzymes are involved.

Aims: assess patient satisfaction towards the results and tolerability of the Regenera® procedure and evaluate the improvement of the treated androgenetic alopecia.

Methods: 44 subjects were recruited consecutively. This single session protocol involved several sequential steps (PASGRAP): patient preparation, local anesthesia (lidocaine 2% no VC), skin micrograft procurement (4mm biopsy punch), graft processing (with Regeneracons® deaggregation device: 80rpm, 2 min), vial recovery (2 ml syringe), and application (deep mesotherapy).



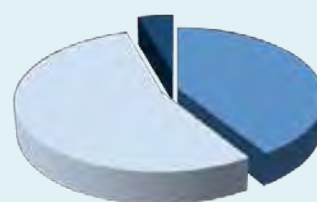
Regeneracons® deaggregation device



Patient: before (left) and after (right)

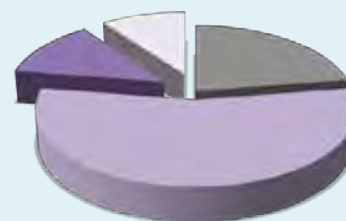
RESULTS

The severity of alopecia on the Hamilton-Norwood scale was a mean of 4.36 (SD 2.33) and a median of 4 and on the Ludwig scale was a mean of 2.38 (SD 0.62) and a median of 2. Using both scales jointly, the severity of the cases of androgenic alopecia treated was as shown in figure 1: 18 severe cases (40.91%), 24 moderate cases (54.54%), and 2 mild cases (4.55%). **Assessment of final results by the physician** was +2 (median), in a discrete scale (from -3 to +3). The mean was +1.83 and dispersion was 0.88 (SD). **Assessment of final results by the patient** (Figure 2) was: "very good" in 20.46% of cases; "good" in 59.09% of cases; "fair" in 11.36% of cases; and "no change" in 9.09% of cases. **Assessment of tolerance to the procedure by the patient** was considered "very good" by patients in 100% of cases.



■ Severe ■ Moderate ■ Mild

Figure 1: Severity of the cases of androgenic alopecia treated.



■ Very good ■ Good ■ Fair ■ No change

Figure 2: Assessment of final results by the patient.

“Limpieza y Desinfección en las consultas de Medicina Estética”. Guía de Prevención Nº4

Dra. Margarita Mosquera González^{1,3}, Dra. M^a Victoria Zamorano Triviño², D^a Ana Belén Arredondo Provecho³, D^a Margarita Díaz Martín³
¹ Centro Médico de Estética y Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.
² Director Médico Mediestetic Valdemoro. Universidad de Alcalá. Madrid.
³ Unidad de Medicina Preventiva. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.



Resumen

La limpieza, desinfección y esterilización de superficies, equipos clínicos y del instrumental, son procesos que están orientados a la minimización de la transmisión de infecciones lo que supone una importante estrategia de Seguridad y Calidad Asistencial que debe realizarse de forma adecuada

Propósito de la investigación

Proporcionar medidas dirigidas a evitar y minimizar la transmisión de microorganismos a través del material clínico, instrumental, superficies o mobiliario utilizado con los pacientes en las consultas de Medicina Estética.

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: desinfección de superficies, limpieza e higiene ambiental. Se elaboró un póster de consulta rápida sobre las normas de utilización de los productos de desinfección en las consultas de Medicina Estética

Resultados

La suciedad impide el contacto del agente desinfectante con la superficie del instrumental. Por eso, la limpieza es el paso previo e imprescindible en todo proceso de desinfección y esterilización, de manera que si el instrumental no está perfectamente limpio, no serán eficaces.

El proceso de **DESINFECCION** es la reducción del número de microorganismos en un producto o superficie a un nivel apropiado en función del uso que se le va a dar.

Clasificación de materiales según Spaulding

M. No Críticos: Son aquellos que están en contacto con piel intacta, no con mucosas

DESINFECCIÓN DE MEDIO/BAJO NIVEL

M. Semicríticos: Aquellos que están en contacto con membranas, mucosas o piel no intacta

DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL O ESTERILIZACIÓN

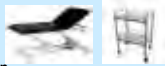
M. Críticos: Son aquellos que entran en contacto con tejidos estériles o con el sistema vascular

ESTERILIZACIÓN

USO DE DESINFECTANTES EN LAS CONSULTAS DE MEDICINA ESTETICA Guía de Prevención Nº4

DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES E INSTRUMENTAL NO CRÍTICO

Producto de limpieza:
Jabón neutro



Productos de desinfección de nivel intermedio:
Amonios cuaternarios
Lejía
Alcohol 70 %



Procedimiento:

1. Limpieza de la superficie externa con jabón neutro
2. Aclarar con agua
3. Aplicar el desinfectante compatible con cada material, equipo clínico o instrumental, según recomendación del fabricante:
- Amonio cuaternario (presentaciones en líquido, espuma, toallitas,...) Aplicar el desinfectante sobre la superficie de trabajo y material clínico. Dejar secar. No enjuagar, excepto si la superficie es susceptible de estar en contacto con mucosas (después de un contacto mínimo de 5 minutos).
4. Lejía. Dilución 1/10 (1 parte de lejía por 9 de agua). Aplicar sobre el material.
5. Alcohol al 70%. Aplicar el alcohol sobre la superficie del instrumental o equipo clínico. Dejar secar.

Periodicidad

Después de cada uso: Instrumental en contacto con piel íntegra tras cada paciente (cabezales láser, dermapen,...).
 Diaria: suelo y superficies de trabajo.
 Anual*: Paredes-techos. Aseos, ventanas, puertas, desmontaje de rejillas-luminarias.* Excepto que existan manchas visibles

DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES E INSTRUMENTAL SEMICRÍTICO

Producto de limpieza:
Jabón enzimático

Productos de desinfección de alto nivel:
Solución de ácido peracético



Procedimiento:

1. Retirar los restos de materia orgánica.
2. Realizar una correcta limpieza del instrumental con jabón enzimático. Aclarar con agua del grifo y secar.
3. Sumergir el material, excepto componentes electrónicos, en la solución de alta desinfección según recomendación del fabricante.
4. Aclarar con abundante agua estéril, para eliminar todo el producto y evitar que este pueda entrar en contacto con las mucosas del paciente.
5. Secar el material con gasas o compresas estériles, para evitar humedad y mantener en paño estéril entre paciente y paciente, o, en el lugar destinado para su almacenamiento.
6. Este procedimiento se realiza: entre paciente y paciente, al inicio de la jornada laboral antes de su utilización y al finalizar la misma

Dra. Margarita Mosquera González¹, Dra. M^a Victoria Zamorano Triviño², D^a Ana Belén Arredondo Provecho³, D^a Margarita Díaz Martín³
¹ Medicina Preventiva. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Clínica CMES. Madrid. ² Director Médico Mediestetic Valdemoro. Universidad de Alcalá. Madrid.

La mayoría del material en consulta es no crítico (suelos, paredes, camillas, carros, cabezales láser, dermapen,...).

El semicrítico es material que si no se envía a esterilizar precisa desinfección de alto nivel (pinzas, tijeras, porta agujas, material RCP,...).

El material crítico, en general, se compra estéril (agujas, jeringuillas,...) debiendo ser de un solo uso según indica el logo:



Se realiza un póster de consulta rápida con los desinfectantes utilizados y el procedimiento de uso en cada caso.

Conclusiones

Los microorganismos permanecen en las superficies inanimadas, desde 5 semanas en superficies secas (*Pseudomona aeruginosa* y *Serratia marcescens*), hasta 30 meses (*Klebsiella spp*). Por eso, todo lo que rodea al paciente debe ser sometido a una limpieza rigurosa y el uso de desinfectantes adecuados, según la técnica que se vaya a realizar y teniendo en cuenta las recomendaciones del fabricante del material utilizado.

Bibliografía

1. Prevención y Control de la Infección Nosocomial. Promoción de la Calidad. Guía de Buenas Prácticas. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid. 2007.
2. Guía técnica de limpieza, desinfección, esterilización. Servicio de Salud del Principado de Asturias 2011
3. Guía de uso de desinfectantes en el ámbito sanitario de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene 2014.
4. Kramer A, Schwabke I, Kampf G. How long do nosocomial pathogens persist on inanimate surfaces? A systematic review. BMC Infectious Diseases. 2006; 6: 130

JORNADAS Y CURSOS ORGANIZADOS POR LA AMECLM EN 2017-2018

Curso Prejornadas de Enfermedad Crónica y Medicina Estética

18 de octubre de 2018. Toledo

XI JORNADAS DE LA AMECLM

19-20 de octubre de 2018. Toledo

Efectos Adversos de los Materiales de Relleno (2ª Edición).

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

25 de noviembre de 2017. Valencia

II Curso de Abordaje Teórico-Práctico de la Utilización de Hilos de Sustentación Facial en Medicina Estética. Enero de 2018. Alcorcón (Madrid)

*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

II Curso de Medicina Estética Facial: de lo Básico a lo Experto

<http://secpf.org/article/ii-curso-de-medicina-estetica-facial-1505684119>

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>

Jornadas Mediterráneas de Confrontaciones Terapéuticas en Medicina y Cirugía Cosmética

<http://conftera.com/>

Jornadas de la Asociación Canaria de Medicina Estética

<http://acame.es/>

Congreso de la Sociedad Española de Medicina Antienvjecimiento 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 Antienvjecimiento 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#.Vgzm6X2PaNU

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.iuam.es/posgrados/master-estetica.php>

Máster en Trasplante y Medicina Capilar de la Universidad de Alcalá
<http://www.iuam.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/>

Experto Universitario en Redacción Médica de la Universidad de Alcalá
<http://uah.es/es/estudios/estudios-propios/posgrados-propios/Experto-en-Redaccion-Medica/>

NUESTRAS PUBLICACIONES

La AMECLM ha apoyado la creación del Grupo de Expertos en Medicina Estética Oncológica. La revista **Expertos en Medicina Estética (EME)** publicó en su número de junio de 2017 el artículo **Medicina Estética Oncológica. Retos y Futuro**, de las Dras. **Juana Deltell, Pilar Lacosta, Sheila Mota, Manoli Sánchez-Cañete y Paloma Tejero**, miembros de esta nueva agrupación.



La doctora **Ana Téllez**, vocal por Ciudad Real de la Junta Directiva de la AMECLM, presentó el pasado verano su libro **Belleza, Siempre con Salud**, de la editorial LID. Desde aquí le transmitimos nuestra más cordial enhorabuena.



Eva Antepazo y Lourdes Mourelle, ponentes del Taller de Equipo Multidisciplinar en las X Jornadas de la AMECLM con una ponencia sobre estética reparadora, han publicado precisamente el libro **Estética Reparadora. Especialización en Cuidados Postraumáticos y Posquirúrgicos**, en la Editorial Estética & Wellness. De nuevo, nuestra felicitación.

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.

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

SOCIOS ADMITIDOS EN EL ÚLTIMO AÑO

Nº 98- Dr. Álex Salim Neme Valderrama

Nº 99- Dr. Juan Carrero Fernández

Nº 100- Dra. Iryna Shova

Nº 101- Dra. Eloísa Rodríguez Torres

Nº 102- Dra. Leonor de Arriba Muñoz

SOCIOS DE HONOR

Profa. Julia Buján

Prof. José Ricardo Cabo

Dr. Alberto Elbaum

Prof. Jesús Fernández Tresguerres

Dr. Juan R. Garrido

Dr. Fernando Gutiérrez

Prof. José Luis Lancho

Dr. Rafael Linares

Dr. Juan Antonio López López-Pitalúa

Profa. Angustias Palomar

Dr. Francisco Parra

Dra. Pilar Rodrigo

Dr. Antonio Villarino

Dr. Fernando García Monforte

Dra. Emilce Insua

JUNTA DIRECTIVA

Presidenta: Dra. Paloma Tejero

Vicepresidente: Dr. Eduardo Gil

Secretario: Dr. Eduardo de Frutos

Tesorera: Dra. Montserrat Jiménez

Vocal Toledo: Dra. Ana Isabel Gómez

Vocal Albacete: Dr. Ricardo Lamana

Vocal Guadalajara: Dra. M^a Victoria López

Vocal Ciudad Real: Dra. Ana M^a Téllez

Vocal Cuenca: Dr. Isidoro Gómez

Vocal: Dra. Carlota Hernández

HOTEL BEATRIZ AUDITORIUM &

XI Jornadas de la AMECLM

18, 19 y 20 de Octubre de 2018
Hotel Beatriz TOLEDO



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

XI Jornadas de la Asociación Medicina
Estética de Castilla La Mancha



18 de Octubre
de 2018

Medicina estética
en la enfermedad Crónica

Curso prejornadas

