

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

XI JORNADAS DE LA AMECLM
del 18 al 20 de octubre en el Hotel Beatriz de Toledo

Programa oficial
Curso de Abordaje Médico-Estético del Paciente Crónico
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. José Vicente Saz,
Rector de la Universidad de Alcalá de Henares

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

Prof. Antonio Villarino,
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

“Solo la alegría es garantía de salud y longevidad”
Santiago Ramón y Cajal

La medicina humanizada

Nos encontramos ante las XI Jornadas de la AMECLM, que este año se inician con un curso dedicado al abordaje del paciente con enfermedad crónica en la consulta de medicina estética. Las enfermedades crónicas son “ un trastorno orgánico o funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y que persiste durante largo tiempo.” (1) “Son enfermedades que tienen un curso prolongado, no se resuelven espontáneamente y raramente curan de manera completa.”(2)

El aumento de personas con enfermedades crónicas y de pacientes de edad avanzada con comorbilidades y politratamientos que llegan a las consultas de medicina estética, buscando mejorar su imagen y a través de ello mejorar su calidad de vida, su bienestar y su autoestima, es cada vez mayor, obligándonos a adaptarnos a los tiempos que vivimos. Estamos entrando en una **nueva etapa**, en un nuevo concepto de medicina estética, en la que el mantenimiento de la salud del paciente cobra un papel primordial.

La vida es cambio, aceptarlo y saberlo gestionar es lo que nos proporciona el éxito, por eso estas Jornadas quieren ser un punto de inflexión en el que la medicina estética debe actualizarse para permitir llegar a todos, basándose siempre en un rigor científico que le permita obtener un diagnóstico preciso de la situación del paciente y de sus necesidades. Y después adquirir conocimientos y habilidades para poder realizar los tratamientos precisos y seguros que nos demandan.

Como Asociación también vamos creciendo; alcanzamos la madurez de estos 11 años de vida, gracias a los de siempre y a los nuevos compañeros que se incorporan a nuestro grupo. Con la ayuda de todos, podremos cubrir las actividades que tenemos pendientes: nuevas iniciativas en **redes sociales**, página **web**, cursos cada vez más específicos y basados en lo que vosotros nos demandéis, etc.

Nos sentimos orgullosos de nuestra **Asociación**; colaborar entre todos para su crecimiento y para mejorar sus resultados son nuestros objetivos, junto a la defensa de los intereses de la medicina estética, tan cuestionados en muchas ocasiones. En ese sentido, volver a contar con la Acreditación en Medicina Estética por Castilla-La Mancha es un gran logro, aunque quedan muchos por conseguir. Por eso os necesitamos a todos.

Este Curso Prejornadas y nuestras XI Jornadas deben ser claves para una nueva etapa de medicina estética *humanizada, con base y rigor científico*, centrada siempre en el paciente (medicina personalizada).

Y como dice Frida Khalo: “Yo me enamore de tus alas: jamás te las voy a querer cortar”, porque la medicina estética es libre, crecerá y llegará cada vez más lejos, allí donde el buen hacer de los *buenos médicos* la lleve.



Dra. Paloma Tejero
Presidenta de la AMECLM



BIBLIOGRAFÍA

(1, 2) – López Viñas. “Enfermedades Crónicas, Panorama epidemiológico y prevención integral”. 2011.
Enlace: <http://www.slideshare.net/garciajcesar/enfermedades-chronicas-prevalentes>.”

SUMARIO

5

Reportaje sobre las jornadas

8

Programa de las jornadas

14

Salas y stands

15

Patrocinadores, expositores y colaboradores

16

Ponencias del Curso de Abordaje del Hombre

31

Ponencias de las XI Jornadas

79

Comunicaciones libres y pósters

93

Calendario de formación

94

Normas de publicación de artículos científicos

95

Socios admitidos, socios de honor
y Junta Directiva

XI Jornadas de la AMECLM: Vosotros sois los protagonistas

Ya ha pasado un año desde nuestra última cita y aquí estamos otra vez, dispuestos a seguir formándonos, a reciclarnos profesionalmente y a estar al tanto de las últimas novedades científicas y del mercado. Todo con un solo objetivo: prestar a la sociedad un servicio de medicina estética de excelencia y atender a sus cada vez mayores demandas con las mejores garantías de éxito en los tratamientos. Porque todos queremos vivir una larga vida y plena, pero en las mejores condiciones posibles de salud y de imagen.

Y para eso estamos nosotros y las Jornadas de la AMECLM. Hemos preparado las XI Jornadas con muchísima ilusión, pensando en vosotros, en lo que necesitáis saber en el día a día de vuestras consultas, en lo que de verdad necesitáis para desempeñar mejor el ejercicio de la medicina estética. Por eso seguimos insistiendo en daros protagonismo: queremos saber qué pensáis, que intervengáis en nuestros debates, que entre todos encontremos los consensos sobre tratamientos, productos, maquinaria, etc.

Como siempre, hemos pedido el respaldo institucional a nuestras Jornadas, con un excelente resultado: la Consejería de Sanidad ha acreditado con 1,1 créditos al Curso Prejornadas de Abordaje del Paciente Crónico; y con 1,8 créditos a las XI Jornadas de la AMECLM. Además, ha otorgado el reconocimiento "de interés sanitario" a las Jornadas.

Este apoyo por parte de las autoridades se extiende a su presencia entre nosotros estos días: la alcaldesa de Toledo, Excm. Sra. D^a Milagros Tolón, vendrá a inaugurarlas, acto en el que también contaremos con la directora de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de Castilla-La Mancha, Sra. D^a M^a Teresa Marín; y el con el presidente del Consejo Autonómico de Colegios de Médicos de Castilla-La Mancha, Ilmo. Dr. D. José Molina.

Como sabéis, estamos en un momento decisivo para conseguir el reconocimiento oficial de la medicina estética como disciplina médica, por lo que aprovecharemos la presencia de estas autoridades para seguir trabajando en este sentido.



Auditorio del Hotel Beatriz,
donde ubicaremos la Sala
Plenaria y el Curso de
Paciente Crónico

Las necesidades del paciente crónico

Este año el eje de las Jornadas van a ser las necesidades del paciente crónico, cada vez más frecuente en nuestras clínicas y que exige unos cuidados continuados y una atención multidisciplinar integral. Tenemos que estar a la altura de este reto, y con ese propósito hemos ideado el Curso de Abordaje Médico Estético del Paciente Crónico del día 18.

Tenemos dos importantes novedades: por una parte, potenciamos el papel de los moderadores de las mesas, trayendo a algunos tan prestigiosos como el Dr. Ángel del Moral o el Prof. Jesús Fernández-Tresguerres, como piezas esenciales para tratar de alcanzar consensos.

Por otra, la sesión de tarde del Curso va a ser enteramente práctica. Pero también aquí habrá cambios. Los pacientes no van a venir a que se les aplique un tratamiento decidido de antemano, sino que van a exponer su



Imagen de las últimas Jornadas que celebramos en Toledo en 2015

problemática y expectativas públicamente. Entre todos diagnosticaremos sus casos y acordaremos el tratamiento más adecuado, que se realizará en directo. Estaremos preparados para realizar tratamientos panfaciales, de arrugas peribucales, o con EBD en patología cutánea crónica, pero nada estará predeterminado: dependerá de las características de cada paciente.

En la inauguración tendremos a una conferenciante de excepción: la Dra. Isabel Brú, que nos introducirá en las características de la enfermedad crónica. La mesa 1 se dedicará a la patología cutánea crónica, mientras que la 2 se centrará en la inmunidad y la medicina estética y la 3 en las endocrinopatías.

Asimismo, el sábado tendrá lugar una nueva edición de los Talleres Prácticos para Equipo Multidisciplinar en la Consulta de Medicina Estética, que este año también están dedicados a estos pacientes crónicos, y donde el personal de nuestras clínicas tendrá ocasión de afrontar los retos que plantean.

Las Jornadas, siempre apasionantes

Las Jornadas reunirán a los profesionales del sector para debatir sobre el trabajo multidisciplinar en las consultas, cirugía menor ambulatoria, ginecología íntima (con la colaboración de la SEGERF), complementos nutricionales, inestetismos de la rodilla, relleno labial, región periocular, problemas planteados por los tejidos grasos y novedades en el uso de la toxina botulínica.

Nos proponemos 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 y adquisición de nuevas técnicas y conocimiento. vuestra participación será la clave para asegurarnos su éxito. Para la conferencia inaugural tendremos un ponente de altura: el Prof. José Luis Jorcano, catedrático Ramón Areces del Departamento de Bioingeniería e Ingeniería Bioespacial de la Universidad Carlos III de Madrid. Nos hablará de un tema de rabiosa actualidad: la bioingeniería en piel y la bioimpresión 3D. Se abordarán temas de máxima actualidad, pero siempre buscando la orientación más práctica posible, desbancando mitos y conciliando ideas. Queremos conocer qué debe hacer todo nuestro equipo los días posteriores a los tratamientos, profundizar sobre la cirugía menor ambulatoria; actualizar nuestros conocimientos sobre ginecología íntima; abordar temas como menopausia, hormonas bio idénticas y el tratamiento de pacientes con cáncer de mama; debatir sobre los complementos nutricionales; también nos ocuparemos de los inestetismos de la rodilla y de la región periocular; examinaremos las últimas novedades sobre rellenos labiales; aprenderemos sobre lipedema, nuevas técnicas de liposucción y fármacos relacionados con el tejido adiposo; y, por último, celebraremos nuestro ya clásico Symposium de Toxina Botulínica, que siempre cuenta con gran aceptación e interés.

Recordar que el viernes y el sábado, además de la Sala Plenaria, contamos con una Sala de Talleres donde se defenderán las comunicaciones libres que se presentan a las Jornadas y donde las empresas de nuestro sector harán las demostraciones e informarán sobre sus últimos productos y tecnología. Se trata de un espacio que cuenta todos los años con gran aceptación, debido a su enfoque práctico y al prestigio de muchos de los ponentes que las realizan.

Carnet del congresista

Como sabéis, las Jornadas no serían posible sin el apoyo entusiasta de las empresas del sector que nos patrocinan. Este año contamos con una treintena de ellas, que podéis visitar en la zona de stands.

Queremos reconocer este respaldo e incentivar la mayor afluencia posible. Por eso hemos creado un carnet del congresista. Tendréis que llevarlo con vosotros cuando visitéis los stands y pedir que os lo sellen. Los participantes que consigan un mayor número de sellos diferentes recibirán un regalo sorpresa. También realizaremos un sorteo entre todos los que participéis.

Contamos además con vosotros para la gran Cena de Gala que, como es tradición en las Jornadas de la AMECLM, celebraremos la noche del viernes a las 10 en el Hotel Beatriz. Es una gran oportunidad de hermanarnos y de reforzar nuestros lazos como colectivo de médicos estéticos, aspecto muy importante en unas circunstancias como las actuales, en las que todos debemos luchar unidos para conseguir el reconocimiento oficial de nuestra disciplina. Al final tendremos discoteca y baile. Todos los congresistas tenéis entradas en la bolsa que os han entregado al acreditaros y, en caso de que necesitéis invitaciones para vuestros acompañantes, podéis adquirirlas en la Secretaría de las Jornadas, junto a la recepción del hotel.

Un marco de excepción

Por tercera vez, el Hotel Beatriz Toledo acogerá las Jornadas de la AMECLM. Se trata de un sitio sumamente apropiado para nosotros, puesto que cuenta con salones y comedores que se ajustan perfectamente a nuestras necesidades. Y con la comodidad añadida de que nos alojamos también aquí. Dispone además de amplios aparcamientos gratuitos, lo que facilitará mucho nuestros desplazamientos.

Este año hemos optado por un espacio aún mejor que el de otros años para el Curso de Paciente Crónico y la Sala Plenaria de las Jornadas: el Auditorio principal del hotel, que cuenta con una amplitud de espacios en la que todos podremos disfrutar cómodamente del contenido de las ponencias y los talleres prácticos. Como en pasadas ediciones, contaremos con pantallas gigantes para poder seguir desde nuestros asientos todos los detalles de los tratamientos en directo.

Qué decir de Toledo. La mayoría de nosotros ya conocemos esta ciudad, pero no está de más recordar su magnífica posición en el centro de la Península, que la hacen fácilmente accesible prácticamente desde cualquier punto de España. Cuenta con tren de alta velocidad que en media hora te traslada al centro de Madrid y está también a una hora del aeropuerto de Barajas.

Es siempre un placer perderse por el laberinto de callejuelas de su casco viejo y encontrar, casi en cada rincón, rastros de su apabullante herencia cultural medieval, visigoda, judía y musulmana. Su riqueza histórico-artística es de las más impresionantes de nuestro país y por ello Toledo ha sido reconocido con toda justicia como Patrimonio de la Humanidad por la Unesco.

Así que todo está preparado para que podamos mejorar nuestras técnicas y aprender cosas nuevas. Pero nada será posible si tú no estás. Estas Jornadas son de todos y para todos. Te esperamos.



Nuestras Jornadas siempre cuentan con un gran éxito de asistencia

XI JORNADAS DE MEDICINA ESTÉTICA DE LA AMECLM



“Y UNA COSA PUEDO JURAR: YO ME ENAMORÉ DE TUS ALAS,
JAMÁS TE LAS VOY A QUERER CORTAR” (FRIDA KHALO)



XI JORNADAS DE MEDICINA
ESTÉTICA DE LA AMECLM

CURSO PREJORNADAS:

I Curso de Abordaje Médico-Estético del Paciente con Enfermedad Crónica

JUEVES, 18 de octubre

- **9:00-9:30.- Conferencia inaugural:** La enfermedad crónica. **Dra. Isabel Bru**
- **9:30-11:00.- Mesa 1.- Patología cutánea crónica.** *Moderador: Dr. Eduardo Gil*
 - Psoriasis. **Dra. Cristina Pérez**
 - Manifestaciones cutáneas de enfermedades sistémicas. **Dra. Lourdes Sáez**
 - Abordaje en medicina estética del paciente crónico con cáncer: qué hacer, cómo y cuándo. **Dra. Victoria Zamorano**
 - Coloquio: Cómo tratar pacientes con patología cutánea en medicina estética
- **11:00-11:30.-** Café
- **11:30-13:00.- Mesa 2.- Inmunidad y medicina estética.** *Moderador: Dr. Ángel del Moral*
 - Materiales de relleno e inmunidad. Lo que hay que conocer. Síndrome Asia. **Dr. José Antonio Carrasco**
 - ¿Qué pruebas debemos pedir ante la sospecha de un problema inmunitario? Análítica tipo, ECO tipo, biopsia tipo. Cómo pedir las, a qué servicio dirigirnos. **Dr. Álvaro Moreno**

- ¿El paciente en la consulta de medicina estética, enfermo crónico?. **Dra. Marjorie Garcerant**

- Mesa redonda y presentación de casos clínicos. Con la participación de los ponentes y la **Dra. Paloma Tejero**

• **13:00-14:00.- Mesa 3.- Endocrinopatías en medicina estética.**

Moderadores: Prof. Jesús F. Tresguerres y Dr. Isidoro Gómez Cavero

- La grasa como órgano endocrino. **Prof. Jesús F. Tresguerres**

- Patología tiroidea. Lo que todo médico estético tiene que saber. **Dr. José Ricardo Cabo**

- La diabetes, enfermedad crónica. Actualidad en su tratamiento. **Dra. Iris de Luna**

- Coloquio: Paciente con alteraciones tiroideas en medicina estética

• **14:00-16:00.- Comida**

• **16:00-20:00.- Abordaje en medicina estética del paciente de edad: Talleres prácticos.**

Presentamos un nuevo concepto de taller práctico, basado en la presentación de pacientes que expondrán sus necesidades, para ser abordadas tras realizar el diagnóstico adecuado, con el/los tratamientos consensuados que mejor se adapten para conseguir el mejor resultado. Ponentes, entre otros: Dres. Eduardo de Frutos, Marta Serna, Paloma Tejero, Marjorie Garcerant, César Arroyo y Juana Deltell

- 1. Abordaje panfacial

- 2. Tratamiento de las arrugas peribucales

- 3. Abordaje con EBD (dispositivos basados en la energía)

- 4. Abordaje con EBD en patología cutánea crónica

- 5. Pacientes con múltiples tratamientos previos

• **18:00-18:30.- Café**

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

VIERNES, 19 de octubre

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

• **9:00-10:30.- Mesa 1. EL DÍA DESPUÉS. TRABAJANDO EN EQUIPO.**

Moderadores: Dres. Eduardo Gil y Marta Serna

- Postpeeling. **Dra. Juana Deltell**

- Post implante rellenos/hilos. **Dras. Victoria Sunkel y Carmen Soteris**

- Post-EBD. **Dr. César Arroyo**

- Postmultipunción. **Dra. Carlota Hernández Sanz**

- Coloquio y presentación de casos clínicos

• **10:30-11:00.- ACTO INAUGURAL:** La medicina estética hoy y mañana, a cargo de la **Excma. Sra. D^a Milagros Tolón, alcaldesa de Toledo; de la Excma. Sra. D^a M^a Teresa Marín, directora de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria; del Ilmo. Dr. D. José Molina, presidente del Consejo Autonómico de Colegios de Médicos de Castilla-La Mancha; y de la Ilma. Dra. D^a Natividad Laín, presidenta del Colegio de Médicos de Toledo.**

Moderadora: Dra. Paloma Tejero

• **11:00-11:30.-CONFERENCIA INAUGURAL.** Nuevas tecnologías en bioingeniería de piel: Bioimpresión 3D. Ponente: **Prof. José Luis Jorcano**

• **11:30-12:00.-Café** – Visita a los stands y a los pósters presentados

• **12:00-14:00.-Mesa 2. CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA EN NUESTRAS CONSULTAS.**

Moderadores: D^a Rosa Rodríguez Arias y Dr. Ricardo Lamana

- Normativa legal y criterios de seguridad. **D. Julián Vieco Jefe de Inspección de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha**

- La nueva Ley de Protección de Datos. Cómo adaptarnos. **D. Jorge Ferré**

- Pequeños gestos, grandes resultados. **Dra. Margarita Esteban**

- Bichectomía. **Dr. Alberto Candau**

- Corrección de lóbulo de la oreja. **Dr. Moisés Rodríguez Abascal**

• **14:00-16:00.- Comida**

• **16:00-18:00.-Mesa 3. GINECOLOGÍA ÍNTIMA.**

Moderadores: Dres. Fernando Aznar y Ana Téllez

- Carboxiterapia en la mujer. Cuándo y cómo. **Dra. Isabel Hermenegildo**

- IVIS (síndrome de insuficiencia venosa ilíaca en la mujer). **Dr. Juan Guilleuma**

- Estética íntima en la mujer. Límites reales: qué podemos ofrecer. **Dra. Victoria Martínez Morón**

- Peelings íntimos. **Dra. M^a José Barba**

- Últimas novedades en medicina estética genital femenina. **Dra. Zuramis Estrada**

- Radiofrecuencia y otras fuentes de luz en ginecología estética. **Dr. César Arroyo**

• **18:00-18:30.- Café**

• **18:30-19:30.-Mesa 4.- Un paso más.** *Moderadora: Dra. Ana Isabel Gómez*

- Mujer y menopausia. **Dra. Victoria Martínez Morón**

- Hormonas bioidénticas, qué son y para qué sirven. **Dr. Joaquín Figueroa**

- Toxicidad cutánea y linfedema secundario a radioterapia: el nuevo reto de la medicina estética en el paciente con cáncer de mama. **Dra. Raquel Benlloch**

• **19:30-20:00.- Mesa 5. CARA A CARA: COMPLEMENTOS NUTRICIONALES. CUÁNDO, A QUIÉN Y CÓMO.** Moderador: Dr. Eduardo Gil
Con la participación de los **Dres. Emilce Insua y Jesús Román Martínez**

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

SABADO, 20 de octubre

• **9:30-10:30.- Mesa 6. ABORDAJE MÉDICO-ESTÉTICO DE LOS INESTETISMOS DE LA RODILLA.** Moderadora: *Dra. Carlota Hernández Sanz*

- Anatomía estética de la rodilla. **Dr. Armando Martín Capilla**
- Tratamientos médico-estéticos. Abordaje con hilos PDO. **Dr. Miguel Miñana**
- La rodilla perfecta. **Dr. Moisés Rodríguez Abascal**
- Coloquio: Cuándo no tratar

• **10:30-12:00. MESA 7. RELLENO LABIAL.** Moderadora: *Dra. Paloma Tejero*

- Recuerdo anatómico-embriionario de los labios. **Prof. Rafael Linares**
- Influencia del selfie y las redes sociales en el relleno labial. **Dr. Eduardo de Frutos**
- Relleno labial. Elección de técnicas y materiales. **Dr. Sergio Fernández Mesa**
- Mesa redonda: Efectos adversos de los materiales de relleno en el labio. Prevenir y tratar. Moderadora: **Dra. Paloma Tejero**

• **12:00-12:30.** Café

• **12:30-14:00.-Mesa 8. REGIÓN PERIOCLAR. PROBLEMAS Y SOLUCIONES.**

Moderadores: Dres. Eduardo de Frutos y Carmen Soteras

- Inestetismos de la región periorcular. Su abordaje. **Dr. Diego López Arango**
- Complicaciones oftálmicas tras el uso de materiales de relleno. **Dr. Ignacio Tapias**
- Región periorcular: tips & tricks de seguridad (trabajando con hilos). **Dra. Valenty-na Taratunska**
- Presentación de casos clínicos

• **14:00-16:00.- Comida**

• **16:00-17:30.- Mesa 9. GRASA Y MÁS.**

Moderadoras: Dras. Emilce Insua y Montserrat Jiménez

- Lipedema. Presentación de documento de consenso. **Dra. Emilce Insua**
- Abordaje con fisioterapia del lipedema. Protocolo post liposucción. **D^a Paloma Domingo**
- Liposucción y alta definición asistida por ultrasonidos, una técnica atractiva para el médico estético. **Dr. Alejandro Acuña**

- Remodelación corporal con HIFU. **Dra. Sheila Mota**
- Fármacos lipolíticos, adipocitolíticos y apoptósicos. ¿Dónde estamos? **Dra. Carlota Hernández Sanz**
- Coloquio

• **17:30-19:00.- Mesa 10. SIMPOSIUM SOBRE TOXINA BOTULÍNICA.**

Moderador: Dr. Fernando García Monforte

- Recomendaciones off-label de la toxina botulínica. **Dra. Ana Puentes**
- Toxina botulínica en pacientes de edad. **Dr. Fernando García Monforte**
- Toxina botulínica y parálisis facial. A propósito de un caso. **Dra. Amaya San Gil**
- Taller práctico y coloquio. Abordaje del mentón y del paciente de edad. **Dr. Fernando García Monforte, Dra. Amaya San Gil**

Programa de Talleres

VIERNES, 19 de octubre

• **9:00-10:00.- Comunicaciones Libres**

- Blefaroplastia: la importancia de los cuidados pre y post intervención. **Dres. Verónica López Couso y Diego López Arango**
- Caso clínico. Reacción de hipersensibilidad tardía. **Dra. Raquel Fernández de Castro**
- Factores psicológicos asociados a alopecia areata. **Dr. José María Loza**
- Calidad de vida y cuidados continuos en paciente oncológico con enfermedad avanzada. **Dras. Marina Montero, Guacimara García, Paloma Tejero y Carmen Yélamos**
- Dermocosmética en el paciente oncológico. **Dras. Sheila Mota y Greci Almonte**

• **10:00-11:00. Peeling químico.** Ponente: **Dra. Juana Deltell.** Patrocinado por **Mediderma**

• **11:00-11:30.- Defensa de los pósters presentados a las Jornadas:**

- Evaluación del estado de ansiedad antes y después del tratamiento facial con toxina botulínica. Estudio preliminar. **Dras. Margarita Mosquera, Victoria Zamorano, Pilar Lacosta, M. Alonso y M. Gil**
- Esclerosis de varices en pacientes tratadas con tamoxifeno. Visión de futuro. **Dr. Salvador Rodríguez Scheid**

• **11:30-12:00.- Café**

• **12:00-13:00.- Tratamiento con Radiesse Classic y Plus.** Ponente: **Dr. Javier Murillo.** Patrocinado por **Merz**

• **13:00-14:00.- Taller práctico.** Patrocinado por **Galderma**

- **16:00-17:00.- PROFHILO: Técnicas avanzadas, nueva técnica B.A.P. en cuello.**
Ponente: **Dr. Moisés Rodríguez Abascal.** Patrocinado por **Sebbin**
- **17:00-18:00.- BIONUTRILIFT: la piel es lo primero.** Ponente: **Dr. Javier Anido.**
Patrocinado por **Filorga**
- **18:30-19:30.- La 2ª generación de Plexr y las nuevas tecnologías diagnósticas para tratamientos más exitosos, personalizados y de coste eficiente.** Ponente: **Dr. Pablo Naranjo.**
Patrocinado por **GMV**

SÁBADO, 20 de octubre

- **10:00-11:00.- Nueva suplementación micronutricional para el abordaje del melasma.**
Ponente: **Dr. Carlos Jarne.** Patrocinado por **Ysonut**
- **11:00-12:00.- Resultados naturales a través de la gama RHA de Teoxane.**
Ponente: **Dr. Jesús Colina.** Patrocinado por **Teoxane**
- **12:30-13:30.- Taller práctico.** Patrocinado por **IMS Médica**
- **16:00-17:00.- Técnicas de rejuvenecimiento con hilos aptos reabsorbibles.**
Ponente: **Dra. Valentyna Taratunska.** Patrocinado por **Sellaesthetic**
- **17:00-18:00.- Crioterapia en lesiones dermatológicas, presentación del nuevo dispositivo Freezpen.** Ponente: **Dra. Paloma Cornejo.** Patrocinado por **Sellaesthetic**

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

SÁBADO, 20 DE OCTUBRE

- **9:00-9:30.- Presentación del Curso.** Dra. Paloma Tejero
- **9:30-10:30.- El paciente de edad: características especiales.** Dra. Sheila Mota
- **10:30-12:00.- Taller de cuidados de la piel y cosmética en el paciente de edad**
- **12:00-12:30.- Café**
- **12:30-14:00.- Todo lo que he de saber sobre toxina botulínica.** Dr. Fernando García Monforte
- **14:00-16:00.- Comida**
- **16:00-17:00.- Gestión de emociones en la consulta de medicina estética: de la cita al tratamiento.** D^a M^a José Acevedo
- **17:00-18:00.- Concepto de calidad de vida. Objetivos en el paciente oncológico y con enfermedad crónica, desde el punto de vista del área de la estética y el bienestar.**
Dra. Juana Deltell
- **18:00-19:00.- Algunos medicamentos que toman nuestros pacientes y tengo que conocer.** Dra. M^a Teresa Gil

RELACIÓN DE EXPOSITORES

- | | | |
|---------------------|------------------|------------------------|
| 1.- CARMADO | 11.- FILORGA | 24.- ANTIAGING SYSTEMS |
| 2.- NAQUA | 12.- UTIMS | 27.- ARGAN OIL |
| 3.- MEDIDERMA | 14.- SUICO | 30.- CROMA ESTÉTICA |
| 4.- REAL LASTING | 15.- MEDIKALIGHT | 31.- MED-APOLO |
| 5.- ZALBA-CALDÚ | 16.- ISDIN | 32.- YSONUT |
| 6.- SYNERON-CANDELA | 17.- GMV ITALIA | 33.- SELLAESTHETIC |
| 7.- GALDERMA | 18.- BTL | 34.- CUM LAUDE |
| 8.- INMODE | 19.- TEOXANE | 35.- IMS MÉDICA |
| 9.- MERZ | 21.- ALLERGAN | 36.- REFERENCE MEDICAL |
| 10.- SEBBIN | | |

PLANO DE STANDS XI JORNADAS DE LA AMECLM



EXPOSITORES





La enfermedad crónica

Dra. Isabel Mª Brú

Director médico de Consulta de Medicina Estética y Nutrición Dra. Brú (Talavera de la Reina, Toledo)

La evolución de las condiciones de vida y del trabajo, el medioambiente físico y social y el aumento de la esperanza de vida incrementan las posibilidades de padecer en algún momento una enfermedad crónica, aumentando así la prevalencia de las patologías crónicas y las situaciones de comorbilidad.

En España la esperanza de vida ha aumentado en los últimos 40 años en 10.4 años (cifras publicadas por la OCDE en su informe bienal "Health as a glance"). En Castilla-La Mancha la esperanza de vida es históricamente superior a la del resto de España: ha crecido un 26% entre 1992-2002 y un 2.9% hasta 2012, lo que significa un 5.5% durante los últimos 20 años.

La "cronicidad" es fundamentalmente un fenómeno ligado a la edad que plantea importantes retos a la hora de diseñar un modelo sanitario acorde a esta nueva situación. Según la OMS y la Organización Panamericana de Salud (OPS), las enfermedades no transmisibles o crónicas son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta, y son las causantes de la mayoría de muertes y discapacidades mundiales.

Si vamos a hablar de enfermedad crónica, vamos a definir el significado de la palabra "ENFERMEDAD". Literalmente, si traducimos del inglés "DIS-EASE" significa la ausencia de facilidad para realizar una vida normal. Es un estado que pone a los individuos en una situación de mayor riesgo de sufrir consecuencias adversas.

Tradicionalmente era necesario para establecer el estado de enfermedad la presencia de síntomas y signos, pero con el desarrollo tecnológico y con la descripción de la secuencia del genoma humano, cualquier variación genética o anormalidad o alteración de los parámetros bioquímicos puede ser etiquetada como asociada a una enfermedad (Temple y cols 2001).

Hay diversas definiciones de salud y enfermedad: "Enfermedad es un estado que pone a los individuos en mayor riesgo de sufrir consecuencias adversas." Y la OMS clasifica las consecuencias adversas como los trastornos físicos o psicológicos, restricciones a la actividad y/o limitaciones de los roles. Por el contrario la salud sería el estado de bienestar óptimo físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad y debilidad.

El incremento de enfermedades crónicas es de tal importancia que un porcentaje elevado de las personas que acuden a nuestras consultas de Medicina Estética va a padecer una o más, algunas de las cuales serán relevantes por los efectos secundarios que puedan aparecer al realizar determinados tratamientos, tanto por la enfermedad en sí como por los tratamientos farmacológicos que los pacientes deben llevar.

Según la Escuela Nacional de Salud, al menos una de cada seis personas padece algunos de los siguientes problemas crónicos más prevalentes, la mayoría de los cuales en Castilla-La Mancha son más frecuentes en las mujeres: dolor lumbar (18.6%), hipertensión arterial (18.5%), hipercolesterolemia (16,4%) y dolor cervical crónico (15.9%).

Existe un grupo de enfermedades crónicas cuya presencia en nuestros pacientes de las consultas de medicina estética es especialmente importante conocer:

Enfermedades autoinmunes

Aunque no se conoce su prevalencia con exactitud, se estima que más del 20% de la población sufre alguna enfermedad autoinmune. Son enfermedades en las cuales el sistema inmune ataca a los componentes normales del propio individuo. El espectro de estas patologías abarca desde los procesos órgano específicos como la tiroiditis de Hashimoto, la enfermedad de Graves Basedow, la enfermedad de Addison, la diabetes Mellitus tipo 1, la cirrosis biliar primaria o la anemia hemolítica autoinmune, hasta enfermedades sistémicas como el lupus eritematoso sistémico, la esclerosis sistémica, el síndrome de Sjögren, la artritis reumatoide o la psoriasis.

La detección de estas enfermedades es importante a la hora de planificar y pautar determinados tratamientos de uso habitual en las consultas de medicina estética (como son los materiales de relleno).

Otras enfermedades crónicas de alta prevalencia en nuestra sociedad son:

- La diabetes tipo 2 (12%)
- La obesidad (afecta a tres de cada cuatro españoles)
- La hipertensión arterial (afecta a cuatro de cada diez españoles)

Tratamientos farmacológicos

Además de las enfermedades que el paciente padece, es importante conocer los tratamientos que sigue. De especial importancia son los tratamientos anticoagulantes y antiagregantes por el riesgo de aparición de hematomas y hemorragias. Debemos estratificar a nuestros pacientes en función del riesgo de complicaciones hemorrágicas que pueden presentar.:

1. Bajo riesgo: Procedimiento que permita una correcta hemostasia y que si se produce un sangrado no va a suponer un riesgo vital para el paciente, no comprometiendo el resultado de la intervención realizada y no requiriendo transfusión. En este grupo se incluyen las técnicas de cirugía menor.
2. Riesgo intermedio: Si la hemostasia puede ser difícil.
3. Alto riesgo: Una complicación puede comprometer la vida del paciente o el resultado del procedimiento.

En un amplio estudio realizado en la Comunidad Valenciana la prevalencia de pacientes anticoagulados se estimó en 1.3 casos /100 habitantes con ≥ 18 años, aumentando progresivamente con la edad, hasta llegar a 6-9 casos/100 habitantes en mayores de 80 años.

Hay que conocer las pautas de manejo de los pacientes anticoagulados con inhibidores de la vitamina K: acenocumarol (Sintrom) y warfarina (Aldocumar) que van a ser sometidos a procedimientos quirúrgicos (cirugía mayor o menor), técnicas de cirugía mínimamente invasiva e incluso procedimientos con aparatos como los que realizan vacuum y rotación en los tejidos, así como su rango de anticoagulación (INR) el día que se van a someter a cualquier procedimiento invasivos, para evitar complicaciones si no graves, sí desagradables y antiestéticas por el paciente.

Es fundamental valorar el riesgo trombótico del paciente y el riesgo hemorrágico del procedimiento. En técnicas de cirugía menor no hay que suspender el tratamiento anticoagulante, aunque sí hay que cerciorarse que el paciente se encuentra en su rango terapéutico y no por encima. El abandono del tratamiento anticoagulante supone un alto riesgo trombótico para el paciente con consecuencias a veces muy graves para su salud.

Con los nuevos anticoagulantes orales (dabigatrán , rivaroxabán y apixabán) hay una experiencia más limitada, pero deben ser interrumpidos 72 horas antes de procedimientos invasivos, aunque no para pequeñas punciones e intervenciones superficiales de cirugía menor en las que habrá que incidir en la hemostasia por compresión.

También tiene importancia en el riesgo de complicaciones hemorrágicas o aparición de hematomas con mayor facilidad la ingesta de antiagregantes plaquetarios: ácido acetilsalicílico, clopidogrel o Prasugrel, que deberían ser suspendidos siete días antes de procedimientos invasivos y sustituidos por heparinas o Adiro 100 según los casos y el Tricagrelor tres días antes. El Adiro 100 no es necesario suspenderlo ante procedimientos de cirugía menor mínimamente invasivos. Además recordar que algunos productos de relleno que utilizamos llevan lidocaína cuya administración puede estar contraindicada en ciertas patologías cardiovasculares.

Es importante definir qué tipos de pacientes recurren a los servicios de medicina estética. Aproximadamente un 30% de la población demanda actuaciones en este campo médico, y este porcentaje ha ido en aumento a pesar de la crisis económica.

Por sexos:

- 11% de hombres
- 89% de mujeres, aunque en los últimos años el porcentaje de hombres se va incrementando

Por edad:

- La media es entre 40 y 65 años, pero en los últimos años se observa un aumento de la edad, sobre todo con la incorporación de los tratamientos antienvjecimiento.

La práctica de la medicina estética es un acto médico en el cual, como en cualquier otra actuación en medicina, es fundamental la elaboración previa de una buena y exhaustiva historia clínica que recoja todos los **antecedentes patológicos** personales y a veces familiares, **intervenciones quirúrgicas**, **alergias** (a cualquier sustancia o producto: colorantes, alimentos, y fármacos), **enfermedades y tratamientos** actuales, y una completa **exploración física** que incluya **constantes vitales** (tensión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno). Y nunca olvidar explicar al paciente los riesgos de los tratamientos a los cuales se va a someter y recabar siempre el consentimiento informado para la realización de los mismos, firmado por el paciente y por el profesional que da la información. En nuestra práctica es importante la realización de fotografías y conocer muy bien las expectativas del paciente.

Por todo lo anteriormente expuesto, por la mayor esperanza de vida y el aumento de la prevalencia de patologías crónicas en la población, y por la mayor demanda que existe de tratamientos médico estéticos, también se va a producir en nuestras consultas un aumento de la incidencia de personas con enfermedades crónicas, siendo muy importante identificar esta situación para evitar complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz-Ramos M; Escolar-Pujolar, A; Mayoral -Sánchez E; Corral San Laureano E; Fernández Fernández I: La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. Gac Sanit. 2006;20(supl1):15-24.
2. Aranceta J; Pérez Rodrigo C; Serra Majem L; Ribas Barba; Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. Med Clin (Barc) 2003;120(16):608-12.
3. Aranceta-Bartrina J; Pérez Rodrigo C; Alberdi-Aresto G; Ramos Carrera N; Lázaro Masedo S: Prevalencia de la obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta española (25-64 años) 2014-2015: estudio ENPE. Rev Esp Cardiol. 2016;69(6):579-587.
4. Trejo I,C; Anticoagulantes: Farmacología, mecanismos de acción y usos clínicos. Cuad Cir. 2004;18:83-90
5. Bernabeu-Wittel M; Alonso Coello, P; Rico Blázquez M; Rotaeché del Campo, R: Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. Aten Primaria 2014;46(7):385-392.
6. Román, P; RuizCantero A: Polypathology, an emerging phenomenon and a challenge for healthcare systems. Rev Clin Esp. 2017;217(4):229-237.
7. Contel JC; Muntané B; Camp L: La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. Aten Primaria, 2012;44(2):107-113.
8. Valdés, S; García Torres F; Maldonado Araque C; Goday A; Calle-Pascual A; Soriguer F; et cols, Prevalencia de la obesidad, diabetes mellitus y otros factores de riesgo cardiovascular en Andalucía. Comparación con datos de prevalencia nacionales. Estudio Diabetes.es. Rev Esp Cardiol 2014;67:442-8. Vol 67, nº68
9. Saenz de Santamaría, ML: Manifestaciones cutáneas de las enfermedades sistémicas. Rev Med Clin Condes. 2011;22(6) 749.756

Mesa 1.

Patología cutánea crónica: psoriasis



Dra. Cristina Pérez Hortet

Jefe del Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario de Toledo

La psoriasis es una enfermedad crónica inflamatoria y sistémica asociada a múltiples comorbilidades, de base inmunológica con gran impacto en la calidad de vida de nuestros pacientes. Tiene una distribución universal con una prevalencia en España alrededor del 2%. Se clasifica en leve, moderada y grave.

Su etiología es desconocida, pero tiene una base genética poligénica y multifactorial y se puede asociar a factores ambientales desencadenantes (fármacos, traumatismos, infecciones, alcohol, tabaco, obesidad...) Las placas psoriásicas se forman por una alteración en la diferenciación y proliferación de los queratinocitos epidérmicos con hiperproliferación epidérmica e infiltración leucocitaria.

Es una enfermedad sistémica (*enfermedad psoriásica*) con afectación de piel, uñas y, en un 10-20% de los pacientes, articular. Comentaremos las diferentes formas clínicas (en placas, en gotas, invertida, palmo-plantar, ungueal, eritrodérmica, pustulosa, etc.) En la consulta evaluamos la psoriasis en función de su extensión, de las características de las placas y de su impacto en la calidad de vida (escala BSA, PASI y cuestionario DLQI).

La psoriasis es un factor de riesgo independiente para los eventos cardiovasculares mayores, con un riesgo aumentado de infarto de miocardio a edades más jóvenes y con mayor prevalencia de enfermedad arterial coronaria. Requiere un manejo y un abordaje integral con screening de comorbilidades, artritis psoriásica, comedicación y factores de riesgo.

Los tratamientos se realizarán en función de la extensión y la afectación de la calidad de vida, para obtener una buena respuesta clínica con reducción de la frecuencia e intensidad de los brotes.

Contamos con tratamientos tópicos (emolientes, queratolíticos, alquitranes y breas, corticoides tópicos, análogos de la vitamina D, combinaciones, inhibidores de la calcineurina), fototerapia, tratamientos sistémicos (acitretino, metotrexato, ciclosporina A) y tratamientos biológicos. Se repasarán las indicaciones y efectos adversos de cada uno, así como los protocolos de tratamiento que seguimos.

Manifestaciones cutáneas de las enfermedades sistémicas

Dra. Lourdes Sáez

Jefe de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete y profesora de Semiología y Terapéutica Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Castilla-La Mancha.

La piel es el órgano más extenso del cuerpo humano y posee un doble origen ectomesodérmico, por lo que se relaciona con todos los órganos y sistemas del organismo. Su exploración física no solo nos indica que existen problemas médicos en ella; sino que también existen lesiones cutáneas íntimamente ligadas a otras muchas enfermedades que afectan también a otros órganos. En algunos casos, estas lesiones son parte de la enfermedad o, en otros casos, consecuencia de la enfermedad.

En este artículo consideraremos una enfermedad sistémica a aquella que puede afectar a varios órganos. Si bien el listado puede ser muy extenso, nos centraremos en aquellas patologías crónicas y más prevalentes, fundamentalmente de base autoinmune.

Teniendo en cuenta que, tanto la clínica como los signos dermatológicos que aparecen en estas enfermedades, pueden preceder, acompañar o seguir al diagnóstico de una enfermedad sistémica, es importante que los médicos de cualquier especialidad estén familiarizados con estos hallazgos para un diagnóstico preciso y un mejor tratamiento. Además, la fácil accesibilidad de la piel para la toma de muestras facilita el estudio y ayuda en muchas ocasiones a conseguir un diagnóstico más precoz.

La forma de presentación de la afectación cutánea en estas patologías puede ser muy heterogénea, tal como se describe en la Tabla I.

TABLA I: *Síntomas y signos dermatológicos más comunes en las enfermedades sistémicas*

Prurito
Púrpuras
Telangiectasias
Hiper/hipopigmentación
Úlceras
Paniculitis (eritema nodoso)
Vesículas y ampollas
Síndromes esclerodermiformes
Eritemas, exantemas y pápulas
Fotosensibilidad
Alopecias
Dermatosis

El prurito generalizado es uno de los síntomas más comunes, siendo frecuentemente necesario descartar una enfermedad sistémica adyacente, sobre todo en ausencia de rash. Puede asociarse a enfermedades hematológicas como anemia, mieloproliferativas, linfoma; renales, colestasis y endocrinológicas como hipo e hipertiroidismo. Comentaremos algunas de las patologías con afectación sistémica y manifestaciones cutáneas más frecuentes en adultos.

En relación a las enfermedades endocrinas, las más prevalentes, la diabetes y la patología tiroidea son objeto de otra mesa redonda, pero me parece necesario destacar también las asociadas a patología suprarrenal como el síndrome de **Cushing**, en donde se puede observar una alteración de la distribución subcutánea de grasa, lo que se manifiesta por la típica “cara de luna”, cuello de búfalo, depósito de grasa en cintura pelviana y reducción de la grasa en brazos y piernas. También aparecen estrías, fragilidad cutánea y púrpura, así como acné e hirsutismo. Y la **enfermedad de Addison**, en la que lo más típico es la hiperpigmentación en zonas expuestas, sitios de trauma, axilas, periné, areolas, pliegues palmares, membranas mucosas y uñas.

Entre las alteraciones cutáneas asociadas a enfermedades gastrointestinales:

- *Asociadas a hemorragias digestivas:* Como la **telangiectasia hemorrágica hereditaria o síndrome de Rendu-Osler Weber**. En la adolescencia son lesiones mucosas de la nariz y la boca, que causan epistaxis en un 90% de los casos. En la tercera década de la vida, las telangiectasias se extienden a cara, punta de dedos y otras localizaciones. Las hemorragias gastrointestinales empiezan en la 4ª y sexta década de la vida. (FOTO 1)

- *A poliposis:* **Síndrome Gardner:** Poliposadenomas. Tumores benignos como quistes epidermoides, fibromas y lipomas y el **Síndrome Peutz Jeghers** con lesiones mucocutáneas que son máculas pigmentadas lentiginosas, marrones o azuladas, en labios, mucosa oral y punta de dedos.

- *A síndromes de malabsorción:*

a: **Acrodermatitis enteropática:** Caracterizada por malabsorción de zinc. Autosómica recesiva o adquirida en NP deficientes, alcohólicos o desnutrición severa. Se observan vesículo-ampollas, pústulas, eccemas acrales, periorales y perirectales. En cara y pliegues placas eritematosas descamativas. Hay alopecia y onicodistrofia.

b: **Dermatitis herpetiforme:** En la enfermedad celíaca. Se producen pápulas y vesículas eritematosas agrupadas en las superficies extensoras de antebrazos, codos, rodillas y glúteos. A veces solo prurito.

- *Asociadas a enfermedades inflamatorias intestinales (EII):*

a: **Manifestaciones específicas:** Por la presencia de granulomas idénticos a los encontrados en el intestino. Pueden encontrarse en áreas periorificiales, alrededor de las fístulas o a distancia (Crohn metastásico).

b: **Manifestaciones inespecíficas o reactivas:**

- **Aftas orales:** Ulceras superficiales de la mucosa oral, recubiertas por una membrana de fibrina central. Más frecuentes en el curso de la colitis ulcerosa
 - **Eritema nodoso:** Nódulos subcutáneos eritematosos, pretibiales, dolorosos a la palpación que corresponden a una paniculitis central
 - **Dermatosis neutrofílicas:** Enfermedades que aparecen como reacción a diferentes estímulos y que se caracterizan por la presencia de leucocitos en la piel
1. **Pioderma gangrenoso:** Clínicamente hay ulceraciones intensamente dolorosas, de crecimiento rápido, generalmente en MMII, de bordes socavados de color violáceo, que a la presión dejan salir un contenido purulento. Suelen asociarse a CU y muy rara vez a enfermedad de Crohn. (FOTO 2)
 2. **Síndrome de Sweet:** Dermatitis aguda neutrofílica y febril, de inicio agudo. Las lesiones son pápulas, placas eritematosas, edematosas, de aspecto vesiculoso en superficie, dolorosas que predominan en la mitad superior del cuerpo.

Y como el ejemplo más paradigmático, las **Enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS)**, también llamadas enfermedades del tejido conectivo, es un grupo heterogéneo que se caracteriza por la afectación de múltiples órganos y la presencia de auto anticuerpos. Su presentación clínica puede ser como un cuadro agudo, subagudo o crónico y en muchos casos a brotes. El lupus eritematoso sistémico (LES) representa el prototipo de estas enfermedades a causa de la abundancia de las manifestaciones autoinmunes.

El daño histológico se encuentra en el tejido conjuntivo, en la degeneración fibrinoide de las fibrillas conectivas, y cursan con un conjunto abigarrado de síntomas y signos procedentes de múltiples órganos. El trastorno inmunitario con la exagerada producción de auto anticuerpos es la constante en todas ellas, pero con diferente expresión.

El sustrato patológico va de síndrome a la presencia de inflamación de los vasos sanguíneos que puede asociarse a necrosis de la pared vascular en las vasculitis, depósitos anómalos de colágeno en la esclerodermia, daño miopático en la dermatomiositis u otros.

Muchas de ellas presentan hallazgos característicos en la piel, algunos son específicos de la enfermedad. Reconocer estos signos ayudará a realizar el diagnóstico diferencial entre ellas.

TABLA II:

EAS	Manifestación cutánea
LES Lupus cutáneo subagudo LE discoide	Eritema malar, alopecia lúpica Rash anular/psoriasiforme Placas bien delimitadas con escama adherente
Dermatomiositis	Rash heliotropo Pápulas y signos de Gottron (máculas violáceas y pápulas sobre articulaciones IF y MCF) Rash macular violáceo o poiquilodermia en hombros y cadera Manos de mecánico (hiperqueratosis en borde cubital de los dedos) Calcinosis
Esclerodermia sistémica Síndrome de CREST	Calcinosis Fenómeno de Raynaud Esclerodactilia Telangiectasias
Artritis reumatoide	Nódulos reumatoideos Bandas cutáneas lineales Dermatitis reumatoide neutrofílica
Otros	Fotosensibilidad Vasculitis y úlceras Cambios en el pliegue ungueal (eritema perinungueal, telangiectasias en pliegues ungueales) Pioderma gangrenoso
Vasculitis sistémicas	Pápulas palpables purpúricas y placas Nódulos subcutáneos Livedoreticularis (FOTO 3) Úlceras

El diagnóstico definitivo de las EAS suele fundamentarse en la consideración de una serie de criterios clínico-biológicos unánimemente aceptados, lo que requiere que la enfermedad esté lo suficientemente desarrollada. En estos casos, el diagnóstico en sí no suele presentar mayor complicación, cosa que no ocurre cuando se encuentran en fase inicial, o en aquellos casos de solapamientos de unas entidades con otras.

¿Qué hacer ante un paciente con **lesiones cutáneas y sospecha de una enfermedad sistémica?**

Hay que tener en cuenta que la mayoría de estas enfermedades comentadas previamente, sobre todo las enfermedades autoinmunes sistémicas, son más prevalentes en mujeres; afectando sobre todo en el intervalo de edad de 20-50 años y que conllevan una gran morbilidad y repercusión en la vida de las pacientes.

Ante un paciente con un problema dermatológico, el acercamiento inicial siempre debe ser la realización de una historia clínica detallada y un completo examen cutáneo. Con frecuencia, la historia médica general permite un diagnóstico de sospecha que se confirma con la exploración física y algunas pruebas de laboratorio básicas.

Si un paciente presenta cambios cutáneos sospechosos de una enfermedad sistémica, es importante que se busquen signos y síntomas que puedan orientar al diagnóstico de certeza. Es preciso realizar una detallada anamnesis por aparatos preguntando por la presencia de síntomas osteoarticulares, gastrointestinales, oculares, neurológicos, no solo coincidentes con la aparición de las lesiones cutáneas sino también en los meses previos. Igualmente, durante la exploración física, se realizará la búsqueda de lesiones cutáneas no comentadas por el paciente y se buscará la presencia de deformaciones articulares, afectación ocular, cardíaca, etc.

La sospecha clínica obliga, inicialmente, a realizar una analítica básica que incluya hemograma completo, un perfil bioquímico con función renal y hepática; reactantes de fase aguda y un estudio inmunológico inicial y, posteriormente, pruebas más dirigidas que pueden incluir la biopsia cutánea, etc. En la mayoría de los casos estas enfermedades requieren un acercamiento médico multidisciplinar.



IMAGEN 1: Livedoreticularis en paciente con vasculitis



IMAGEN 2: Pioderma en paciente con enfermedad de Crohn



IMAGEN 3: Vasculitis en paciente con lupus eritematoso sistémico



IMAGEN 4: Esclerodermia sistémica

Mesa 2.

Síndrome ASIA



Dr. José Antonio Carrasco Fernández

Vicepresidente de la Sociedad Castellano-Manchega de Reumatología y subdirector médico de la Gerencia de Atención Integrada de Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

Introducción

Desde su descripción en 2011 por Shoenfeld y colaboradores, el síndrome autoinmune / inflamatorio inducido por adyuvantes (ASIA, de Autoimmune / Inflammatory Síndrome Induced by Adjuvants) ha ido adquiriendo cierta importancia a la hora de explicar el inicio de enfermedades autoinmunes en pacientes con exposición a determinados agentes.

Sin embargo, éste no es el primer intento de la comunidad médica al describir dicha asociación. Miyoshi y colaboradores establecieron en los años 70 el término "Human adjuvant-like diseases" (HAD), el cual cayó en desuso al catalogarlo como un término impreciso. Posteriormente, tras la nueva definición acuñada por Shoenfeld, se ha retomado el estudio de estas entidades clínicas, ciertamente heterogéneas, en un intento de explicar, describir y catalogar estas enfermedades de causa autoinmune.

Inicialmente se describió en relación a cinco entidades: siliconosis, síndrome del Golfo Pérsico, miofascitis macrofágica, síndrome del "edificio enfermo" y fenómenos post-vacunación, las cuales que presentaban signos y síntomas similares y en las que se encontró como denominador común la exposición a algún tipo de adyuvante. Posteriormente, otras entidades como el síndrome del aceite tóxico se han postulado como integrante del propio síndrome ASIA.

Debido a que cualquier sustancia o agente biológico con capacidad para favorecer respuesta inflamatoria específica contra un antígeno puede actuar como adyuvante, existe una cantidad enorme de sustancias potencialmente relacionadas con este síndrome, dificultando establecer la relación entre la exposición del paciente (muchas veces desconocida o desapercibida) y el inicio de la enfermedad. Esto, junto a un habitual inicio muy tardío de los síntomas, ha entorpecido la identificación de pacientes, considerándose una enfermedad poco frecuente y ha llevado a

crear un registro específico multicéntrico internacional encargado de recoger pacientes candidatos a considerarse afectados por el síndrome ASIA.

Sin embargo, en aquellos pacientes en los que la exposición al adyuvante está perfectamente identificada y, por lo tanto, permite establecer una relación causa - efecto, es importante pensar en la posibilidad de un posible síndrome ASIA y realizar una evaluación y estudios adecuados con la intención de conseguir un diagnóstico y tratamiento precoz. Es el caso de los pacientes sometidos a procesos estéticos en los que se les administra alguna sustancia con capacidad inmunogénica. Debemos, por lo tanto, adquirir los conocimientos que nos permitan conocer e identificar a los afectos, así como explicar los posibles riesgos que conlleva ante la gravedad de los resultados.

Etiopatogenia

Se han descrito múltiples mecanismos por los que puede actuar un agente adyuvante favoreciendo una respuesta inmune sistémica específica, sin embargo, lo más aceptado es que en un sujeto genéticamente predispuesto la exposición a un agente adyuvante (metales, bacterias, biomateriales, etc.) genera una respuesta inflamatoria de bajo grado mediada por el sistema inmune innato que favorece, en determinadas circunstancias, una reacción del sistema adquirido desencadenando una respuesta sistémica autoinmune. No debemos confundir dicho estímulo facilitador con una respuesta específica mediada por antígeno, pues teóricamente por sí sola no es capaz de generar la reacción sistémica. Se trata, por tanto, de una situación de predisposición que ante otro estímulo más potente o múltiples estímulos pueda derivar en una enfermedad sistémica. Esto podría explicar que en muchas ocasiones el síndrome se manifieste hasta años después de la exposición al adyuvante, dificultando su diagnóstico.

Diagnóstico

Con la intención de englobar a un amplio espectro de manifestaciones y alteraciones analítica, Shoenfeld propuso unos criterios diagnósticos de manera que, para catalogar a un paciente como afecto, debe tener al menos dos criterios mayores o uno mayor y dos menores. Actualmente, dichos criterios aún no han sido validados, lo que hace que estén en continua revisión y modificación. Un aspecto interesante a la hora de establecer el diagnóstico, es que existe un solapamiento importante entre estos criterios y los presentes en otras enfermedades como la enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) o el síndrome de Sjögren, con el que incluso comparte moléculas HLA relacionadas con su etiología, así como mecanismos patogénicos.

Por otro lado, en aquellos casos menos severos del síndrome ASIA, presentan síntomas similares a los afectados por fibromialgia o el síndrome de fatiga crónica. En cuanto a los síntomas más frecuentes, Watad y colaboradores han publicado datos del Registro Internacional del Síndrome ASIA, en los que se explica que los más frecuentes fueron artralgias (61%), fatiga crónica (59%), mialgias (49%), alteraciones del sueño (37%) y fiebre (34%). Finalmente, en cuanto a la susceptibilidad genética, comparte sustrato con otras enfermedades autoinmunes pues se relaciona con determinados haplotipos HLA (DRB1, DQB1) postulándose ciertas combinaciones DR-DQ como predisponentes a respuestas de autoinmunidad.

Tabla 1: Criterios diagnóstico sugeridos por Shoenfeld para el síndrome ASIA.

Criterios mayores
Exposición a un estímulo externo (infección, vacuna, silicona, otro adyuvante) previo a las manifestaciones clínicas
Presencia de una de las siguientes manifestaciones clínicas:
• Mialgias, miositis o debilidad muscular
• Artralgias o artritis
• Fatiga crónica, descanso no reponedor, alteraciones del sueño
• Manifestaciones neurológicas (especialmente aquellas asociadas con enfermedades desmielinizantes)
• Alteraciones cognitivas, pérdida de memoria
• Fiebre, sequedad de boca
Mejoría al retirar el agente que inició el cuadro
Biopsia típica de en los órganos afectos
Criterios menores
Presencia de anticuerpos dirigidos contra el adyuvante sospechoso
Otras manifestaciones clínicas (p.e., síndrome del intestino irritable)
Presencia de HLA específicos (DRB1, DQB1)
Inicio de una enfermedad autoinmune (esclerosis múltiple, esclerosis sistémica, etc.)

Relación con materiales de relleno

Sin duda, el material con mayor número de estudios y con una relación más sólida es la silicona de uso médico, descrita en múltiples estudios de pacientes con implantes mamarios o como material inyectable, y relacionada con múltiples enfermedades autoinmunes (esclerosis sistémica, artritis reumatoide, EMTC), incluido el síndrome ASIA. Sin embargo, se ha descrito dicha asociación con otros múltiples materiales como el ácido hialurónico (AH), ácido poli-L-láctico (PLLA), derivados de la acrilamida o colágeno.

Aunque los efectos adversos más comunes relacionados con estas sustancias suelen ser locales y de aparición aguda o subaguda tras la administración, en aquellos en los que aparece una enfermedad sistémica, las manifestaciones suelen posponerse meses o años y tienen una importante tendencia a la cronicidad.

Recientemente, Aljotas-Reig y colaboradores han publicado una serie de 45 casos catalogados como síndrome ASIA relacionados con materiales de relleno, según la cual la mayoría de los pacientes presentaron artralgiás (84,44%), debilidad generalizada (66,66%), mialgias (50%), eritema palmar (55,55%) y artritis (44,44%) con un tiempo medio de 70,66 meses desde la exposición hasta la aparición de los síntomas. Asimismo, el 80% presentó positividad para anticuerpos antinucleares (ANA) y el 51% hipergammaglobulinemia. En aquéllos en los que se pudo realizar estudio anatómopatológico, la manifestación más frecuente fueron reacciones granulomatosas como nódulos cutáneos o paniculitis (75%). En seis de los nueve casos en los que se pudo retirar el material, se consiguió una mejoría del cuadro.

Tratamiento

En aquellos en los que sea posible, el tratamiento más recomendado suele ser la retirada del material que se sospecha ha originado el cuadro. Sin embargo, por las propias características de los materiales o los lugares de administración, esto no siempre es posible. No tenemos datos concluyentes en cuanto a la eficacia de ningún tratamiento, sin embargo, se suelen tratar como otras enfermedades autoinmunes adaptando el tipo de tratamiento a las manifestaciones clínicas. Los más ampliamente utilizados son los corticoides sistémicos a dosis variables de 5-80 mg de prednisona (o equivalentes) y los AINE a demanda, asociando otros fármacos como "ahorradores" de corticoides.

De éstos, existen datos de eficacia con la hidroxiquina, tacrolimus o alopurinol. También han sido utilizados con menos evidencia colchicina, imiquimod, ciclosporina o determinados antibióticos como la doxiciclina o macrólidos. Incluso en los casos más severos se han administrado inmunoglobulinas intravenosas, terapias anti-TNF o múltiples combinaciones de los fármacos anteriores.

Conclusiones

Existen abundantes datos que apoyan una relación entre múltiples sustancias, incluidos los materiales de relleno de uso estético, y la predisposición a desarrollar respuestas autoinmunes sistémicas. En un intento de conseguir un diagnóstico lo más precoz posible, se ha propuesto la existencia del síndrome ASIA que englobaría un conjunto de entidades con manifestaciones comunes tanto clínicas como analíticas.

Por el momento, no queda claro si se trata de una entidad propia o formas iniciales o atípicas de otras entidades autoinmunes, sin embargo, el hecho de que comparta con ellas susceptibilidad genética, alteraciones analíticas y respuesta a inmunomoduladores / inmunosupresores, hace más probable que se trate de lo segundo.

En cualquier caso, debemos estar atentos a dichas manifestaciones, especialmente en aquellos pacientes que las presenten muy tardíamente tras la administración del material. Finalmente, son necesarios estudios más amplios y a largo plazo que permitan identificar aquellos pacientes con mayor riesgo de desarrollar estas entidades, así como los productos más relacionados con las mismas, con el objetivo de evitarlos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vera-Lastra O, Medina G, Cruz-Dominguez M del P, et al. Human adjuvant disease induced by foreign substances: a new model of ASIA (Shoenfeld's syndrome). *Lupus*. 2012;21(2):128-135. doi:10.1177/0961203311429317
2. Urdiales-Gálvez F, Delgado NE, Figueiredo V, et al. Treatment of Soft Tissue Filler Complications: Expert Consensus Recommendations. *Aesthetic Plast Surg*. 2018;42(2):498-510. doi:10.1007/s00266-017-1063-0
3. Watad A, Quaresma M, Brown S, et al. Autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants (Shoenfeld's syndrome) - An update. *Lupus*. 2017;26(7):675-681. doi:10.1177/0961203316686406
4. Shoenfeld Y, Agmon-Levin N. 'ASIA' - Autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants. *J Autoimmun*. 2011;36(1):4-8. doi:10.1016/j.jaut.2010.07.003
5. Perricone C, Colafrancesco S, Mazar RD, Soriano A, Agmon-Levin N, Shoenfeld Y. Autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants (ASIA) 2013: Unveiling the pathogenic, clinical and diagnostic aspects. *J Autoimmun*. 2013;47:1-16. doi:10.1016/j.jaut.2013.10.004

Inmunidad y medicina estética. ¿Qué pruebas debemos pedir ante la sospecha de un problema inmunitario?

Dr. Álvaro Moreno

Servicio de Alergología del Hospital Nuestra Señora del Prado (Talavera de la Reina, Toledo)



El ser humano pone en marcha diversos mecanismos de defensa para defenderse de las agresiones físicas y microbiológicas. Los sistemas de defensa se hallan constituidos por las barreras naturales del cuerpo (piel y mucosas), por factores de respuesta inmunológica inespecífica (células fagocitarias y sus productos) y específica (anticuerpos y células específicas de antígenos). El sistema inmune tiene la función de tolerar lo propio y eliminar lo extraño. Esta eliminación está capitaneada inicialmente por el sistema de respuesta inmunitario innato, que no representa inicialmente hipersensibilidad o alergia ya que carece de especificidad. La hipersensibilidad precisa de procesos de reconocimiento y especificidad que la hacen diferente de la intolerancia. Dependiendo del agente patógeno y de la genética, el organismo reacciona de forma excesiva pudiendo ocasionar diversos tipos de daño, dando lugar a las reacciones de hipersensibilidad. Gell y Coombs clasificaron las reacciones de hipersensibilidad en cuatro tipos, en cada uno de ellos participan de forma secuencial diferentes tipos de células y mediadores solubles.

- **Hipersensibilidad Tipo I:** Los antígenos se combinan con inmunoglobulinas IgE específicas que se hallan fijadas a receptores de membrana de mastocitos y basófilos de sangre periférica.

- **Hipersensibilidad Tipo II:** Mediada por la interacción de anticuerpos IgG e IgM preformados con Ag presentes en la superficie celular y otros componentes tisulares.

- **Hipersensibilidad Tipo III:** Producida por la existencia de inmunocomplejos (IC) circulantes de Ag-Ac que, depositándose en tejidos, provocan activación de fagocitos y daño tisular.

- **Hipersensibilidad Tipo IV:** Mediada por células a través de los linfocitos T sensibilizados. Las reacciones de la inmunidad celular son las más importantes para erradicar los microbios o virus que viven intracelularmente, células que expresan moléculas de MHC-II extrañas (trasplantes) o células que expresan Ag tumorales. Cuando intervienen los LT CD4+ (Th1) se produce la hipersensibilidad retardada. La reacción de hipersensibilidad tipo IV es iniciada por los linfocitos T específicamente sensibilizados. Incluye, sobre todo, las reacciones de hipersensibilidad retardada iniciada por linfocitos T CD4+ y las de citotoxicidad mediada por LT CD8+. Se diferencian cuatro tipos de reacciones tardías según células y patología producida. Se ha subdividido en varios dependiendo de la las células implicadas:

- **Tipo IVa.** Se produce por activación de macrófagos, con la implicación de LTh1 sensibilizados, y precisa de IFN gamma.
- **Tipo IVb.** Se produce por activación de eosinófilos, con implicación de LTh2 sensibilizados, precisa IL5 e IL4, y es la fase tardía de la reacción alérgica tipo I, mediada por IgE.
- **Tipo IVc.** Activación de células T y células de Langerhans con participación de perforina y granzima B, y explica los exantemas maculopapulares y bullosos, como los que se observan en las imágenes siguientes.
- **Tipo IVd.** Activación de células T que atraen específicamente polimorfonucleares neutrófilos como en la pustulosis generalizada aguda.

La inmunopatología autoinmune y el rechazo a injertos están relacionados con las reacciones de hipersensibilidad tipo II, III, y IV.

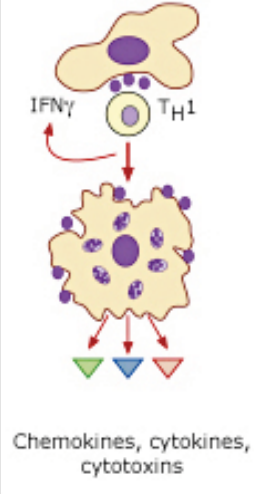
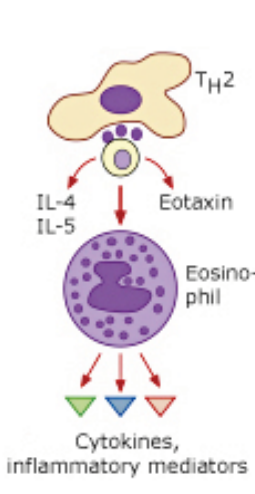
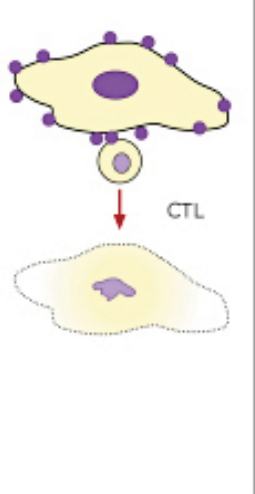
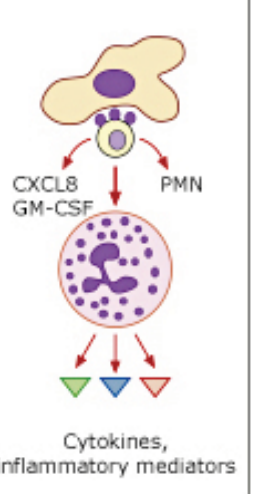
Reacciones adversas a fármacos

Los implantes estéticos pueden considerarse como agentes farmacológicos, y como tales pueden provocar reacciones adversas:

Reacciones de Tipo A: Afectan a cualquier individuo expuesto a una dosis suficiente, por lo que son predecibles de acuerdo a las propiedades del producto. Comprenden el 80% de las reacciones adversas a fármacos.

Reacciones de Tipo B: Ocurren en un grupo susceptible de pacientes, usualmente son impredecibles y diferentes a la acción farmacológica. Comprenden el 20% de reacciones. Clases de reacciones tipo B:

- 1) Sensibilidad exagerada a toxicidades conocidas
- 2) Reacciones idiosincrásicas
- 3) Reacciones inmunológicas específicas. Son el 10% de reacciones adversas

Type	Type IVa	Type IVb	Type IVc	Type IVd
Cytokines	IFN γ , TNF α (T _H 1 cells)	IL-5, IL-4/IL-13 (T _H 2 cells)	Perforin/granzyme B (CTL)	CXCL8, GM-CSF (T cells)
Antigen	Antigen presented by cells or direct T cell stimulation	Antigen presented by cells or direct T cell stimulation	Cell-associated antigen or direct T cell stimulation	Antigen presented by cells or direct T cell stimulation
Cells	Macrophage activation	Eosinophils	T cells	Neutrophils
Pathomechanism	 <p>Chemokines, cytokines, cytotoxins</p>	 <p>Cytokines, inflammatory mediators</p>	 <p>CTL</p>	 <p>Cytokines, inflammatory mediators</p>
Example	Tuberculin reaction, contact dermatitis (with IVc)	Chronic asthma, chronic allergic rhinitis Maculopapular exanthema with eosinophilia	Contact dermatitis Maculopapular and bullous exanthema hepatitis	AGEP Behçet disease

Materiales de relleno: efectos adversos e inmunidad

Los implantes pueden provocar efectos adversos precoces como equimosis, embolias, edema, eritema, molestias y dolor. Estos efectos pueden darse al poco tiempo de haber realizado tratamiento y suelen remitir de forma espontánea en la mayoría de los casos.

Otros efectos adversos a medio plazo serían: formación de cordones transparentes, fistulización y ulceración, infección, y formación de nódulos. El tratamiento en estos casos depende del problema al que nos enfrentemos; en el caso de los cordones usamos la hialuronidasa, que suele ser un tratamiento eficaz.

En otro lugar estarían **los efectos a largo plazo**, que son complicaciones específicas, sobre todo por los granulomas por cuerpo extraño secundarios a la inyección de implantes no degradables. Y pueden aparecer fenómenos de hipersensibilidad retardada o alergia, dolor, granulomas inflamatorios por cuerpo extraño, nódulos o abscesos y cicatrices.

En este caso los tratamientos no pueden garantizar la resolución del problema y puede haber recidivas, incluso habiendo realizado el tratamiento correctamente.

Los granulomas son consecuencia de tres mecanismos inmunitarios diferentes:

- Reacción de hipersensibilidad retardada: mediada por linfocitos T
- Reacción local tipo reacción a cuerpo extraño
- Reacción inflamatoria inespecífica: asociada con un infiltrado inflamatorio local

Con todas estas reacciones lo que intenta el cuerpo es eliminar, fagocitar o aislar un material que considera extraño.

La dermatitis alérgica de contacto (DAC) se caracteriza por la aparición de un eczema (dermatitis) en el sitio de contacto con el alérgeno, que es máxima a las 48-72 horas. Los pequeños haptenos no son Ags por sí mismo, sino que penetran a través de la epidermis y se conjugan de forma covalente con proteínas normales del organismo, y el conjunto funciona como Ag. Los haptenos son de peso molecular pequeño, y suelen poseer enlaces de carbono insaturado que se oxidan fácilmente, se unen a las proteínas cutáneas y el conjugado sensibiliza al animal.

Table 1 Overview of the adverse events associated with the use of dermal fillers. Adapted from Funt and Pavicic [6]

Adverse events	Signs and symptoms	
	Immediate/early adverse events ^b	Delayed adverse events ^c
Injection site reactions ^a	Erythema Edema Pain/tenderness Bruising Itching	Erythema Edema Pain/tenderness Nodule/abscess Systemic responses Biofilm
Infection	Erythema Edema Pain/tenderness Acne papule formation Nodule/abscess Herpes outbreak	Biofilm Herpes outbreak Foreign-body granuloma ^d
Hypersensitivity	Erythema Edema Pain/tenderness Non-fluctuant nodules	Migration of filler material
Technical and placement errors	Bumps/lumps Asymmetries Contour irregularities Compromised muscle function Dysesthesias, paresthesias, and anesthesia	Immune reactions Compromised muscle function Dysesthesias and paresthesias
Skin discoloration	Redness Whiteness Hyperpigmentation	Persistent discoloration Persistent scarring
Vascular compromise ^e	Blurred vision Loss of vision Pain Blanching	Tissue necrosis

^aAtypical as a delayed adverse events

^bOccurring up to several days post-treatment

^cOccurring from weeks to years post-treatment

^dVarying from subclinical histologic changes to disfiguring nodules

^eRetinal artery occlusion

La DAC es un fenómeno epidérmico -lo que la diferencia de la de tipo tuberculina que es de naturaleza dérmica-, y depende de las células de Langerhans que se localizan en la epidermis, captan el Ag formado, pasan a la linfa y llegan a los ganglios linfáticos cuatro horas después del estímulo; entonces a las tres-cuatro horas hay un infiltrado en la zona de contacto formado por linfocitos CD4 y algo menos de CD8, que va seguido de CPA, macrófagos y mastocitos. Los LTC destruyen a las células con Ag y los macrófagos las retiran. Los queratinocitos pueden expresar MHC-II que contribuye a inducir y perpetuar la respuesta inmunitaria.



Granulomas de cuerpo extraño. La función de esta reacción es aislar y evitar la migración de sustancias que no pueden ser eliminadas mediante mecanismos enzimáticos ni fagocitosis. Los granulomas visibles, clínicamente significativos representan un extremo y una manifestación rara de la inflamación granulomatosa. Se produce como consecuencia de la presencia en el interior de los macrófagos de un agente persistente que la célula es incapaz de destruir, como microorganismos, circonio, talco o material de relleno de medicina estética; o por la persistencia de inmunocomplejos, como sucede en la alveolitis alérgica. Aunque pueden ocurrir con todos los rellenos dérmicos inyectables, la incidencia es muy rara (de 0.01 a 1.0%) y generalmente aparece después de un período latente, que puede ser varios meses o años después de la inyección.

El proceso conduce a la formación de GRANULOMAS DE CÉLULAS EPITELOIDES (célula característica) en las que participan los LTh. Las células especiales que participan en el granuloma son **células epiteloideas**, que se cree que derivan de los macrófagos, y **células de Langhans** (células multinucleadas gigantes), que se cree que son un estado terminal de la línea monocito/macrófago. Estos dos tipos de células aparecen por cambios patológicos de los macrófagos resultante de la incapacidad funcional. Los macrófagos presentan el Ag a los LTh, los estimulan, y los LTh secretan citocinas que activan a los macrófagos. La inflamación granulomatosa es una respuesta normal del tejido a la presencia de sustancias extrañas.

La lesión granulomatosa típica inducida inmunológicamente tiene un núcleo de células epiteloideas, macrófagos y a veces de células gigantes; y en la periferia hay un manguito de linfocitos y fibrosis considerable causada por la proliferación de fibroblastos y síntesis de colágeno. Desde el punto de vista patológico se pueden clasificar en varios grados:



GRADO 1. Reacción inflamatoria leve con pocas células inflamatorias (sobre todo macrófagos, linfocitos y células plasmáticas)

GRADO 2: Reacción inflamatoria clara, con una o dos células gigantes multinucleadas

GRADO 3: Más células gigantes, presencia de linfocitos y fibrosis con células inflamatorias. **GRADO 4:** Granuloma con implantes encapsulados y una reacción a cuerpo extraño clara.

El desarrollo de granulomas tras el uso de materiales de relleno permanentes es mucho más frecuente en comparación con los rellenos temporales, en donde aparecen de forma excepcional. En ocasiones se desarrollan tardíamente. Se han descrito diferentes tipos de granulomas: quísticos (en empalizada o inflamatorios), edematosos (lipogranuloma) y esclerosantes. Parece ser que el desarrollo de estos granulomas no depende del volumen inyectado ni de la biocompatibilidad del compuesto, sino de su naturaleza química, de la estructura de su superficie y del mayor o menor contenido de impurezas. Por ejemplo, las reacciones granulomatosas se ven con más frecuencia en los rellenos que tienen una superficie irregular, donde se observan células gigantes de cuerpo extraño. Por otra parte, se sabe que la dermis tiene una gran capacidad inmunógena, por lo que cuanto más profundo se inyecte el material menores reacciones.

El Linfoma anaplásico de células grandes es un raro tipo de cáncer linfático o linfoma que se caracteriza por un crecimiento anormal de linfocitos T (células T) y la expresión de la proteína CD30. Es un modelo de neoplasia asociada a implante de mama como reflejo de un estímulo similar al granuloma. Hay dos variantes: una que expresa proteína ALK (ALK-positivo), y otra que no la expresa (ALK-negativo), y es la que se relaciona con los implantes mamarios.

Los Nódulos Inflamatorios de inicio tardío (desde cuatro semanas a un año o incluso más) son generalmente inflamatorios, y los que no son por granulomas inmunes al material de relleno, se deben a infección relacionada con biofilms que son comunidades bacterianas que rodean a los polímeros.

Diagnóstico

Los rellenos temporales son en general biocompatibles y raramente ocasionan reacciones de hipersensibilidad. De todos ellos el más seguro es el ácido hialurónico, siendo excepcional esta complicación. Si se produce, podría explicarse por el agente usado para la reticulación. También se han descrito casos aislados de reacciones de hipersensibilidad tardías, con formación de nódulos inflamatorios, induración y edema facial, por mecanismos mediados por células o biofilms. Otros rellenos o terapias que lleven material proteico exógeno como los de colágeno bovino o la hialuronidasa sí se asocian con la inducción de reacciones alérgicas IgE mediadas.

Pruebas cutáneas

1. Para estudiar reacciones inmediatas sugestivas de mecanismo de hipersensibilidad tipo I, con clínica de urticaria o angioedema local o general. La **prueba intraepidérmica (prick test)** se realiza pinchando una gota dispuesta sobre la piel del brazo para poner en contacto un alérgeno con la IgE unida a la membrana del mastocito en el interior de la epidermis, lo cual provoca la liberación de mediadores y una respuesta tipo habón a los 15 minutos. También puede inyectarse una pequeña cantidad del extracto alérgico 0,02ml en la dermis, mediante una **prueba intradérmica** que también se lee en 15 minutos.

- Las **pruebas** para evaluar la hipersensibilidad retardada se realizan a través de métodos **epicutáneos** (test del parche) e **intracutáneos**. En las pruebas epicutáneas se utilizan los supuestos alérgenos responsables sobre la piel del paciente empleando apósitos y manteniendo el contacto durante 48 horas, luego se retiran los alérgenos y se evalúa la respuesta entre media y una hora y se reevalúa a las 72-96 horas. La respuesta es positiva si aparece una reacción eczematosa en el lugar de la prueba consistente en un eritema con cierta induración, y en ocasiones formación de vesículas.
- En las pruebas intracutáneas el prototipo es la reacción de tuberculina y el método utilizado es la reacción de Mantoux,, consiste en la inyección intradérmica de 0,05 a 0,10 ml de solución antigénica utilizando aguja con el bisel hacia arriba en ángulo de 15° a 20° con respecto a la piel. La reacción comienza en horas y alcanza su máximo a las 48h, momento para realizar la medición teniendo en cuenta solamente la pápula y no el eritema.



Ecografía

La ecografía está tomando creciente protagonismo, sustituyendo en muchos casos el estudio histológico para evaluar los materiales de relleno inyectados. La aplicación de la **ecografía** es reciente en la detección del tipo de relleno en arrugas en pacientes que no saben o no recuerdan lo que les inyectaron, el diagnóstico de líquido alrededor de una prótesis recién implantada, la localización de quistes subcutáneos y la profundidad de lesiones cutáneas. La complicación más frecuente es la induración de la zona tratada, con presencia de nodulaciones palpables y/o visibles de tamaño variable.

Pero también podemos encontrar otros tipos de complicaciones:

- Secundarias a la técnica de inyección: suelen aparecer cuando no se respetan las indicaciones señaladas para cada producto en cuanto a cantidad, profundidad y plano cutáneo de inyección o proximidad a otros rellenos previos; en ocasiones puede producirse un hematoma que puede detectarse mediante ecografía.
- Reacción inmunológica a cuerpo extraño: con formación de granulomas que pueden detectarse por ecografía, observándose imágenes hipocogénicas, sólidas, de bordes netos y formas redondeadas. Este aspecto puede ir ligado tanto a la técnica de inyección inapropiada, la colocación del relleno en la dermis o al depósito de cantidades demasiado exiguas de producto por punto de inyección, que no se encapsulan adecuadamente, así como por no seguir las indicaciones del protocolo de inyección respecto al empleo de antibióticos y de AINEs.
- Infecciones: son infrecuentes cuando se tienen en cuenta las medidas higiénicas y asépticas propias de cualquier procedimiento médico. No obstante, en determinados casos se producen abscesos que pueden evidenciarse mediante ecografía y que se muestran hipocogénicos y heterogéneos con bordes irregulares o desdibujados.
- Reacciones fibróticas adyacentes: las imágenes de fibrosis secundarias a la inyección de materiales de relleno son hiperecogénicas y secundarias al aumento de tejido conectivo en la vecindad del material de relleno.

Los cuadros ecográficos que se pueden confrontar son: **Adiposidad localizada:** aumento circunscrito de espesor de la hipodermis con subvertimiento de la estructura en ausencia de las formaciones que ocupan espacios nodulares. **Edema:** discreto aumento de espesor de la hipodermis con trazos conectivales rectilíneos y paralelos entre ellos y con módica diástasis. En algunos casos el edema interesa sólo el trecho más superficial del celular

laxo. **Fibrosis inicial:** aumento de espesor con discreto incremento de ecogenicidad del celular laxo profundo e hipoecogenicidad del superficial. Trazos vásculo-conectivales aumentados de espesor con estructura curvilínea. **Fibrosis avanzada:** mejor ecogenicidad del celular laxo con aumento de espesor y trazos conectivos aumentados de espesor y discontinuos. **Esclerosis con nódulos:** incremento de espesor y ecogenicidad del celular laxo con trazos conectivos discontinuos en el trecho más superficial e interrumpidos en profundidad. Presencia de nódulos, sobre todo en profundidad, de dimensiones variables por debajo de 10 mm (micronódulos) y por arriba de 10 mm (macronodulos). **Hepatizacion:** aumento de espesor, total subvertimiento de estructura con notable incremento de ecogenicidad del celular laxo con compactación de la hipodermis y escasa representación de los trazos conectivos. Aumento de espesor del derma.

Biopsia

Las bacterias del biofilm podían detectarse en biopsias, aunque los cultivos con frecuencia hayan sido negativos. Por lo tanto, es importante utilizar técnicas moleculares, como la reacción en cadena de la polimerasa o pruebas de hibridación fluorescente in situ para evaluar la presencia bacteriana en el nódulo de aparición tardía. Puede ser extremadamente difícil distinguir la inflamación debida a una película bacteriana de una reacción de hipersensibilidad de bajo grado. Muchas especies bacterianas forman biofilms y, a medida que progresan, estos se vuelven más resistentes a los antibióticos y al cultivo. En cuanto al tratamiento, aunque estas infecciones son difíciles de tratar, la cura es la extracción del implante, que no siempre es posible.

Mesa 3.



La diabetes, enfermedad crónica. Actualidad en su tratamiento

Dra. Iris de Luna

Endocrinología y Nutrición Clínica. H.U. Quironsalud Madrid y C.H. Ruber Juan Bravo.
Profesora de Grado en Medicina en Universidad Europea de Madrid

El estudio Di@bet.es¹ puso de manifiesto que la prevalencia en España de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) era del 13,8%, siendo desconocido el diagnóstico para la casi mitad de los afectados. También mostró que el 12,6% de la población mayor de 18 años presenta intolerancia a la glucosa o glucosa basal alterada, que son situaciones pre-diabéticas. Si a estas condiciones añadimos el aumento vertiginoso de sobrepeso y obesidad en nuestra población nos encontramos con cifras alarmantemente crecientes de pacientes diabéticos.

El mayor conocimiento de la fisiopatología de la DM2² nos ha permitido identificar nuevas dianas terapéuticas y establecer el protagonismo de órganos como el tejido adiposo, intestino delgado y rion. Entre las nuevas herramientas farmacologicas³ de que disponemos destacan los análogos GLP-1 (hormonas gastrointestinales que facilitan la liberación de insulina en presencia de glucosa) y los inhibidores SGLT-2 (que facilitan la eliminación renal de glucosa). Debido a su participación en la resistencia a la insulina, el tratamiento de la obesidad será clave en el manejo de nuestros pacientes.

Diferentes sociedades cientificas⁴ proponen un nuevo enfoque en DM2 dirigido a individualizar el manejo y a prevenir eventos cardiovasculares. El objetivo de esta charla es ofrecer información actualizada sobre los nuevos tratamientos en DM2 y su efecto sobre el control de la obesidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Soriguer F., Goday, A., Bosch-Comas, A. et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia*. 2012; 55: 88 - 93.
2. DeFronzo RA. From the Triumvirate to the Ominous Octet: A New Paradigm for the Treatment of Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes*. 2009;58(4):773-95.
3. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Medical Care in Diabetes-2018. *Diabetes Care*. 2018; 41(1):S73-S85.
4. AACE/ACE comprehensive type 2 diabetes management algorithm 2018. *Endocrin Pract*. 2018; 24 (1): 91 - 120.

Nuevas tecnologías en bioingeniería de piel: Bioimpresión 3D

Conferencia
inaugural

Prof. José Luis Jorcano

Cátedra Ramón Areces. Dpto. de Bioingeniería e Ingeniería Aeroespacial. Universidad Carlos III de Madrid



En las últimas décadas se ha logrado avances significativos en el desarrollo de sustitutos que imitan la piel humana desarrollados *in vitro*. Aunque estos sustitutos distan de ser perfectos, aquellos que contienen componentes dérmicos y epidérmicos ofrecen un enfoque prometedor para tratar quemaduras extensas, así como heridas traumáticas, quirúrgicas o derivadas de enfermedades hereditarias de piel (por ejemplo, epidermolisis bullosa).

En base a los conceptos y la experiencia desarrollados en ingeniería de tejidos y en impresión 3D, la bioimpresión 3D está emergiendo como una tecnología muy prometedora para la generación de tejidos y órganos humanos. En el caso de la piel, esta tecnología podría, a medio/largo plazo, superar, al menos en parte, las deficiencias de los actuales sustitutos de la piel. Hemos utilizado esta técnica para imprimir una piel interfolicular de dos capas humana. La piel generada es muy similar a la piel humana, lo que demuestra que la bioimpresión en 3D es una tecnología adecuada para producir piel por bioingeniería para aplicaciones clínicas e industriales. Sin embargo, si queremos que la piel bioimpresa se llegue a utilizar ampliamente, debemos pasar de una tecnología que ahora se utiliza principalmente para fines de I + D a una diseñada para la producción industrial.

El día después, implantes de relleno e hilos

Mesa 1.

Dra. Carmen Soteris

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

Dra. Victoria Sunkel

Responsable médico de la Clínica Mediestetic Madrid. Profesora de los Masters de Medicina Estética de las Universidades de Alcalá, Rey Juan Carlos y Complutense de Madrid



Quizás antes de hablar del día después siempre haya que hablar del día antes. En medicina estética es muy importante hablar con nuestros pacientes, que sepan qué resultados pueden esperar, así como qué efectos secundarios pueden tener, para que en el momento de sí, muy a nuestro pesar, se presentan, no les resulten nada alarmantes, o al menos no en demasía.

El día después de las sustancias de relleno puede traernos inflamación, hematomas, dolor y más raramente efectos adversos más graves como una infección, necrosis o incluso ceguera dependiendo del lugar de inyección y tipo de material utilizado.

Al igual que es importante hablar con nuestros pacientes es nuestra responsabilidad contar con el arsenal terapéutico para resolver estos adversos, importante es contar con hialuronidasa; aunque no está aprobada por sanidad, debe de ser una de nuestras principales luchas, pues es esencial para trabajar con seguridad. Deberemos contar asimismo con corticoides, así como otros fármacos y conocer los protocolos de actuación para solucionar los EA.

En cuanto a los hilos, dependiendo del tipo de hilos podemos tener unos EA u otros, desde los propios de la técnica con inflamación, hematomas, dolor... así como los debidos a una aplicación fuera de plano, alguna asimetría o la salida de alguno de ellos. Al igual que los implantes de relleno deberemos contar con el material pertinente y la medicación necesaria para resolver estos EA.

En esta ponencia abordaremos estos efectos y sus posibles soluciones, haremos especial énfasis en el día después de los tratamientos hechos en cursos y congresos. Cada día más centros contamos con la inestimable ayuda de radiólogos especializados en ecografía con formación en medicina estética que nos ayudarán en estos tratamientos posteriores.

La formación continuada, la comunicación de los efectos adversos y el conocimiento de los materiales y las técnicas empleadas son la base para minimizarlos, puesto que muy a nuestro pesar a veces tendrán lugar.

Cuidados post-multipunción



Dra. Carlota Hernández Sanz

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

La mesoterapia es una técnica médica cuyo inicio data del 1953 y que surge en Francia de mano del Dr. Pistor. Consiste en utilizar pequeñas cantidades de distintos fármacos que son infiltrados directamente en la zona donde se desea que realicen su acción, a una profundidad determinada de entre 1 y 4 mm.

Esto permite obtener un máximo efecto terapéutico, reduciendo al mínimo los efectos secundarios y las interacciones farmacológicas asociados a dicho fármaco, si éste fuera utilizado por otra vía (oral, intramuscular...) o en pacientes, donde por las patologías asociadas, estas vías no pudieran ser empleadas.



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

Y a pesar de ser una práctica muy segura y respetuosa con el medio interno, no está exenta de efectos secundarios y complicaciones a tener en cuenta, que debemos prevenir actuando en equipo. Para ello implicaremos a todos los participantes en la sesión, en los cuidados imprescindibles para un tratamiento de multipunción seguro. Al **paciente** le pediremos que siga unos *consejos básicos de auto-cuidado* de su piel:

ANTES DEL TRATAMIENTO:

1. Acudir a la consulta con las máximas medidas higiénicas:
 - Ducha o baño reciente
 - Ropa interior limpia
 - Evitar ropa exterior blanca y ajustada
 - No aplicar cosméticos tópicos
2. Informar de las posibles reacciones en sesiones anteriores de mesoterapia y de la toma de cualquier tipo de medicación

DESPUÉS DEL TRATAMIENTO:

3. No ducharse o bañarse durante 24 horas
4. Respetar un mínimo de 48 horas para:
 - Tomar el sol
 - Aplicar cosméticos tópicos

- Esperar al menos 4 días para realizar tratamientos alternativos tales como: electroestimulación, masajes, drenajes linfáticos y depilaciones

Al **personal auxiliar** le pediremos que realice una exhaustiva y rigurosa *limpieza y desinfección del área* a tratar. Son muchas las punturas que vamos a realizar y la infección el mayor de los riesgos a los que nos enfrentamos cuando practicamos este tratamiento. Recomendamos la clorhexidina, el agua oxigenada o el alcohol de 70° para áreas amplias, dejando actuar al medicamento durante unos minutos antes de comenzar el tratamiento.

El **médico** responsable del tratamiento será el encargado de seleccionar un fármaco que pueda ser utilizado en mesoterapia; para ello debemos recordar que ha de ser una solución *hidrosoluble, isotónica, estéril, apirógena, con pH neutro y sin partículas en suspensión*. Sin olvidar por supuesto que debe estar *autorizado* por las autoridades sanitarias, para su uso vía intradérmica o subcutánea.

Aconsejamos revisar el prospecto del fármaco y buscar en el apartado de vía de administración, si contempla la vía intradérmica o subcutánea; es conveniente cerciorarse de que aparece en la relación de productos autorizados y/o registrados en la AEMPS, y se le puede pedir copia al fabricante y/o distribuidor del correspondiente certificado de autorización para su uso vía mesoterapéutica.



Sin olvidar algunas precauciones a tener en cuenta cuando se practican tratamientos de multipunción:

- Conocer bien los fármacos y reducir al mínimo el número de fármacos, evitando las mezclas (máximo 3-4 fármacos)
- Extremar la vigilancia cuando se añade o retira un fármaco
- Evitar principios activos que precipiten, soluciones oleosas, excipientes irritantes, alergénicos o tóxicos
- Evitar "sobredosis", así como inyecciones profundas y muy superficiales
- Procurar una temperatura de 37°
- Evitar sesiones frecuentes (entre una por semana a una por mes)
- Evitar pomadas y/o productos tópicos post-mesoterapia
- Conocer las interacciones que dan lugar a complicaciones graves
- Evitar asociaciones de fármacos contraindicadas
- Permanecer atentos a situaciones favorecedoras (I.R, I.H)
- Considerar la posibilidad de interacción ante respuestas no esperadas (ausencia efecto, toxicidad)

Este abordaje en equipo, nos permite obtener grandes resultados, con una excelente tolerancia y una gran seguridad en los tratamientos de multipunción.

Mesa 2.



D. Jorge Ferré
Director de Iskipa Protección de Datos

Plan de adaptación de las clínicas a la nueva legislación de protección de datos. El Reglamento General Europeo de Protección de Datos (RGPD)

Introducción

El nuevo Reglamento Europeo de Protección de Datos es de obligado cumplimiento desde el 25 de mayo de 2018. Implica un cambio relevante en el cumplimiento de las obligaciones legales para los responsables y encargados del tratamiento y en particular del sector sanitario.

Se produce un aumento de sus obligaciones y de todas aquellas empresas que les prestan servicios, que acceden a datos personales de los responsables de las clínicas.

Se produce un cambio en el principio de responsabilidad, que implica no sólo que se debe cumplir, sino también ser capaz de demostrarlo para evitar incurrir en responsabilidad y ser sancionado. Es lo que denomina el RGPD en su artículo 5.2 responsabilidad proactiva.

El régimen sancionador ha experimentado un crecimiento exponencial, las multas pueden alcanzar los veinte millones de euros o el 4% de los ingresos de la empresa sancionada.

Se abre de forma expresa en el artículo 82 el derecho del paciente a pedir al responsable de la clínica y al encargado del tratamiento, una indemnización por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del incumplimiento del RGPD.

Se amplía el alcance de inspección de una denuncia. Hasta el 25 de mayo de 2018 la Agencia Española de Protección de Datos, en adelante AEPD, investigaban únicamente los hechos denunciados, ahora con motivo de una denuncia, se investigan los procesos, las medidas técnicas y organizativas de la empresa relacionadas con el hecho denunciado. En consecuencia el alcance de la inspección es mucho más amplio y el riesgo mucho mayor.

Las nuevas obligaciones legales

Durante mi intervención en las Jornadas de la AMECLM haré una pequeña introducción de lo que significa el cambio de legislación desde un punto de vista eminentemente práctico, y con el objetivo de trasladar a los asistentes las claves que un responsable de clínica debe tener en cuenta para hacer una adaptación de su empresa de forma real, efectiva y económica.

Las claves desde el punto de vista legal son adaptar los consentimientos informativos a los pacientes, revisar las políticas informativas de su página web y de sus comunicaciones comerciales. Revisar y adaptar a las nuevas exigencias legales los contratos y garantizar los nuevos ejercicios de derechos de los pacientes. Además se analizará en qué casos tienen la obligación legal de tener un delegado de protección de datos, en adelante DPD, y qué fórmulas pueden utilizar para cumplir con las nuevas obligaciones legales controlando su gasto.

Analizaremos desde un punto de vista técnico y organizativo las claves para hacer un análisis de riesgos adecuado, que nos permita implantar en nuestras clínicas las medidas de seguridad técnicas y organizativas necesarias para proteger los datos personales con el menor coste posible y reduciendo al máximo el riesgo legal ante una denuncia.

Cuestiones prácticas

Terminaré mi intervención planteando y resolviendo cuestiones prácticas que afectan seguro a la mayoría de los asistentes como:

- Cuándo una clínica está obligada a designar un delegado de protección de datos, para evitar ser sancionado
- Qué cláusulas debe poner una clínica a disposición de sus pacientes
- Cómo debe pedir una clínica el consentimiento para publicar datos e imágenes de sus pacientes con fines científicos
- La regulación de la relación con los profesionales y otro personal de clínica, desde el punto de vista de la protección de datos personales

- Las medidas de seguridad que se deben implantar en una clínica
- Cómo se deben proteger las historias clínicas
- Cuándo se debe comunicar a la AEPD y a los pacientes una brecha de seguridad y cómo y qué consecuencias tiene si no se comunica
- El uso de las cámaras de seguridad
- El uso del Whatsapp para la comunicación con los pacientes
- Y cualquier otra pregunta que los asistentes quieran plantear durante la jornada

Pequeños gestos, grandes resultados

Dra. Margarita Esteban

Consulta propia de medicina estética en Bilbao (Vizcaya)

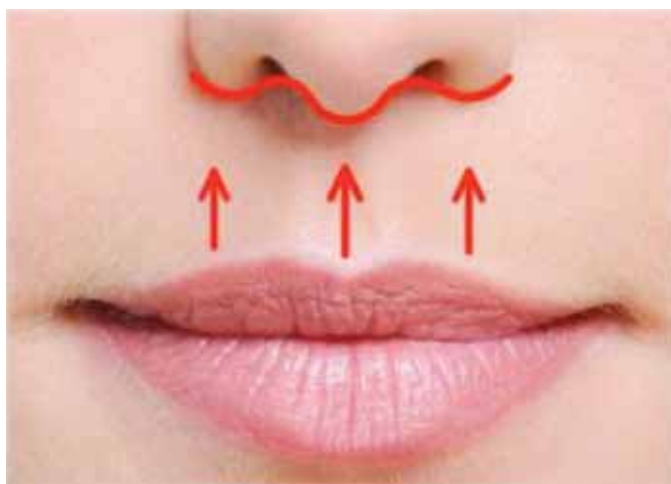


Introducción: En la medicina estética actual contamos con una gran variedad de novedosas técnicas que proporcionan excelentes resultados. Así contamos con numerosísimas técnicas con implantes de relleno, aparatología de última generación, hilos... Creemos que además de estas nuevas técnicas, hemos de tener en cuenta pequeños gestos, mínimamente invasivos, que nos proporcionan un gran resultado.

Palabras clave: Hilos, implantes, sutura, cánula, ptosis

Material y métodos: En la exposición se darán detalles de distintas técnicas para elevar las cejas y labios con *suturas* y mediante anestesia local. Además pondremos en valor el uso del *electro bisturí* en tratamientos como las arañas vasculares, manchas o extirpación de verrugas. Para terminar, haremos un breve recordatorio de mini liposucción en pequeñas zonas.

Discusión: La medicina estética es una rama de la medicina que, afortunadamente, evoluciona constantemente. En el mercado encontramos aparatos y dispositivos que cada día nos hacen nuestro trabajo más fácil. A pesar de las últimas innovaciones, no debemos olvidar nuestro papel de "artesanos" y de poder mejorar a una persona con pequeños gestos.



Pequeños gestos, grandes resultados: Bichectomía

Dr. Alberto Candau

Presidente electo de la Sociedad Española de Cirugía Plástica Facial (SECPF)



Desde los comienzos de mi formación como cirujano maxilofacial y como médico estético, me llamó mucho la atención la reticencia de muchos pacientes a someterse a procedimientos de rellenos faciales convencionales por el temor a que su cara se viera tornada en una especie de globo generado por el suceder de múltiples infiltraciones. Esas caras redondeadas e hipercoregidas pasaron de moda hace décadas. En su lugar, el resultado que mis pacientes buscan es conseguir mejorar la volumetría facial sin tener que recurrir a un sinfín de rellenos que le puedan causar un engrosamiento poco deseado.



Cuando queremos mejorar la volumetría del área malar, y mejorar la transición entre pómulo y línea mandibular, podemos recurrir a diversas técnicas como la de realizar infiltraciones múltiples para aumentar el volumen de dichas áreas. Sin embargo, la resección del paquete adiposo de Bichat genera un adelgazamiento del espacio bucal que per se va a generar una mejor proyección de los pómulos y de la mandíbula sin necesidad de rellenos.

Existe mucha literatura acerca de la naturaleza y origen del panículo adiposo de Bichat (denominado popularmente "Bolas de Bichat"). Si bien fueron útiles en nuestra infancia para permitir la succión durante la lactancia, y si bien es un arma poderosa como opción de colgajo local en cirugía reconstructiva de cabeza y cuello (fundamentalmente para reconstruir defectos intraorales postoncológicos), actualmente las bolas de Bichat no tienen utilidad fisiológica alguna.



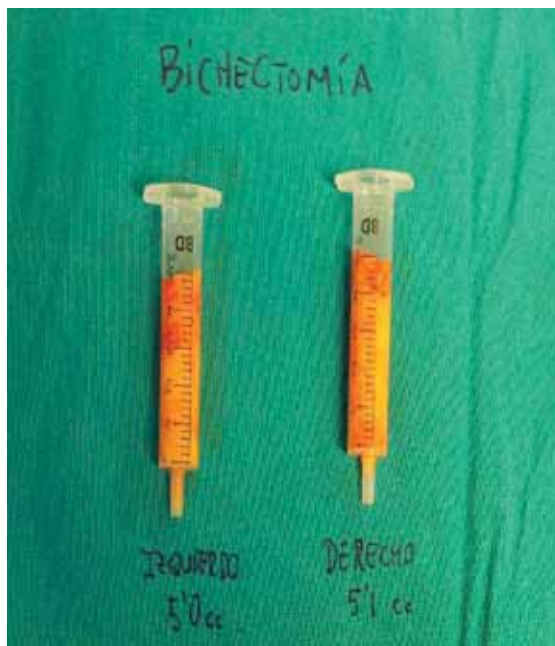
Determinamos si un paciente es candidato a una bichectomía mediante una exploración física donde palpamos el espacio bucal, y analizando la vista de $\frac{3}{4}$ del paciente, en la que de manera característica no podemos describir una línea recta entre el punto más prominente del malar y el punto más prominente del mentón. Todas las personas tenemos bolas de Bichat, pero cambia el hecho de que algunas personas pueden tenerla más prominente. De manera habitual, la bola de Bichat puede oscilar entre 2,5 y 8cc. En su forma y volumen influye la estatura y complejión del paciente, así como su IMC, hábitos de vida y herencia familiar.

El procedimiento se realiza de forma ambulatoria habitualmente en nuestra consulta. Se infiltra anestesia local en los cuadrantes superomediales del fondo de vestíbulo superior por vía intraoral, muy similar a cuando se va a extraer una muela del juicio. Tras esperar unos 5-10 minutos, se realiza una punción con una hoja de bisturí del nº 15

manteniendo el estar a 1 cm del conducto de drenaje del Stenon. Con un mosquito curvo, se realiza una apertura del fondo del espacio bucal, y casi espontáneamente emerge la bola de Bichat. Siempre recomiendo realizar la extracción de la cantidad que salga sin tener que "raspar" en profundidad, ya que extracciones agresivas generan las típicas caras demacradas y aumentan el riesgo de dañar los vasos faciales y el nervio facial. El pedículo de

la bola se suele coagular con electrobisturí. Recomendando siempre medir con una jeringa sin émbolo las cantidades que se van extrayendo de un lado y el otro, para buscar la mayor simetría posible. Al finalizar la intervención, es recomendable dar un punto de sutura reabsorbible en el puerto de entrada, que generalmente se caerá solo en unas semanas.

El postoperatorio cursa en tres etapas. Es importante explicarle al paciente que durante la primera semana, su cara se le va a inflamar pudiendo incluso parecerse a la inflamación que se genera tras una exodoncia de muelas del juicio. Esta "excusa" es la que dan muchos de mis pacientes en su entorno familiar y laboral cuando no quieren decir que han venido a nuestro centro a hacerse una bichectomía. Durante la segunda semana, la inflamación disminuye, hasta quedarse como antes de hacerse la cirugía. No suele ser hasta la tercera semana cuando comenzamos a ver los resultados de la corrección de volumen facial. Durante este postoperatorio se pauta al paciente un antibiótico de amplio espectro que cubra flora oral, analgesia, antiinflamatorios y en ciertos casos corticoides orales.



Los resultados son muy satisfactorios, y actualmente es una de las cirugías más demandadas por hombres y mujeres jóvenes. La clave del éxito es saber indicar correctamente cuándo es recomendable operar, saber transmitir las expectativas de mejora al paciente, y realizar el procedimiento de forma segura y minimizando los riesgos al paciente.

Lóbulo rasgado

Dr. Moisés Rodríguez Abascal

Director médico de la Clínica Estética Abascal (Sevilla) y docente del Máster de Medicina Estética de la Universidad de Córdoba



El lóbulo de la oreja ocupa una posición llamativa entre las estructuras faciales y es particularmente importante debido a la tradición secular de adornarlo con joyas. Este problema de perforar el lóbulo de la oreja viene de tiempos inmemoriales, ya Sushruta en el siglo VI a.d.C. describía distintas técnicas para reconstruirlo. Hoy en día el uso de piercings, dilatadores, etc., hace que nos encontremos daños cada vez mayores, incluso en hombres. Todo esto ha motivado un mayor número de pacientes que busca un tratamiento especializado.

Hay una serie de causas y/o alteraciones que requieren tratamiento quirúrgico. Entre ellos, podemos mencionar:

- Hendiduras o laceraciones del lóbulo de la oreja secundarias a un trauma
- Alteraciones congénitas
- Envejecimiento facial
- Queloides
- Tumores del lóbulo de la oreja

A su vez se han descrito múltiples técnicas para repararlo:

- Sutura directa
- Zetaplastia
- Ritidoplastia con corrección del lóbulo de la oreja
- Aletas en forma de V
- Aletas en forma de L



Podemos hacer una clasificación fundamental en dos grupos:

- Fisura completa: generalmente unilateral, causada por traumatismo, por ejemplo: tracción repentina de pendientes que causa una sección total.
- Hendidura incompleta: generalmente bilateral y más frecuentemente en las mujeres mayores que han usado pendientes pesados durante muchos años. Este grupo lo podemos además subdividir en tres:
 1. Tipo I: la extensión de hendidura no va más allá la mitad de la distancia entre el orificio inicial y el borde inferior del lóbulo de la oreja
 2. Tipo II: la extensión de hendidura va más allá de esa mitad
 3. Tipo III: extensión progresiva de la hendidura hasta que se vuelve un defecto completo. Tan solo mantenido por un fino puente de piel

Podemos resumir las diferentes técnicas en una técnica común:

1. Limpieza y desinfección del área con povidona tópica
2. Anestesia local con lidocaína al 2%
3. Incisión longitudinal para completar la hendidura del lóbulo de la oreja hacia el borde inferior, dividiendo el lóbulo en dos mitades
4. Desepidermizar los bordes internos de los colgajos, creando así una herida abierta
5. Crear un flap en el colgajo externo, manteniendo la cara externa epitelizada
6. Sutura de la aletas sobre el colgajo interno, comenzando por la parte inferior con nylon 5/0
7. Vendaje de micropore
8. Antibioterapia con Azitromicina 500/24h

Pero no hay una única técnica quirúrgica, ya que podemos encontrar diversos lóbulos rasgados que precisen distintas soluciones.



Estética íntima de la mujer: cuáles son los límites y qué podemos ofrecer

Mesa 3.



Dra. Victoria Martínez Morón

Especialista en Ginecología y Obstetricia en el Hospital Universitario de Guadalajara y responsable de Ginecología en Clínicas Mediestetic (Toledo)

Para saber lo que podemos ofrecer, tenemos que ver el real significado del concepto y qué mejor manera que revisar el significado literal de estética íntima:

Estética: Disciplina filosófica que estudia la belleza

Íntima: Lo más interior o interno

Bajo mi punto de vista, hemos adaptado la palabra íntima, posiblemente influidos por la publicidad que hablan de íntimo como parapeto para referirse a los genitales externos, sin nombrar las palabras “tabúes” como vulva o vagina, que son conceptos menos vendibles y con menos capacidad de maniobra para el marketing. Con la palabra íntimo podemos referirnos a higiene íntima, compresas íntimas, jabones íntimos... en vez de decir higiene genital, compresas para los genitales o jabones que lavan la vulva o la vagina. De esta forma se suaviza el concepto y esto nos permite poder dirigirnos a todos los estratos de la sociedad sin pudor.

Por otro lado, la estética es la disciplina de la belleza y se me antoja muy irónico el hablar de una estética genital, cuando a priori no se han definido que se sepa los parámetros que deben incluirse para considerar unos genitales externos bellos o no... si es verdad que se reconoce lo bello como todo aquello que resulta agradable a la vista, ¿pero para la vista de quién?

¿Quién dictamina la belleza genital? A lo largo de la historia, igual que el “modelo sexual” cambia, la estética genital según la moda o la época evoluciona igualmente. Los estilismos sin lugar a dudas están definidos por la pornografía, que marca un patrón desde las ilustraciones clandestinas del siglo XVIII hasta la pornografía del siglo XXI y hay claramente una evolución en la estética sexual, si así lo pudiéramos llamar.



No muy lejos de los hombres con su complejo de “pito corto”, aparecen las mujeres con su complejo de “vulva deforme”. Esto que parece casi una broma, causa aproximadamente 120.000 operaciones quirúrgicas estéticas por año en EE.UU., tendencia que copian otros muchos países. La demanda de labioplastias ha crecido un 45% en un año en Estados Unidos

Sin embargo, resulta un tanto curioso que hasta un 50% de las mujeres ignora su propia anatomía íntima y un 80% no sabe qué partes participan en la respuesta sexual. La mayoría de las mujeres ha visto su vulva y como mucho la de sus hermanas, a no ser que sean lesbianas, matronas o ginecólogas. **¿Entonces cómo** pueden ellas tener un modelo sexual? O es que ven pornografía, o es el hombre, que sí consume pornografía, el que marca el modelo. **¿Debemos los ginecólogos colaborar en esta fortalecer esta tendencia?** Teniendo en cuenta que el cine pornográfico genera más de 13 billones de dólares, podemos intuir lo que debe influir en la moda sexual.

¿Entonces debemos los ginecólogos “ponernos al día” de la pornografía para hacer modelos vulvares similares unos a otros que acaten las normas de belleza del momento a nivel genital? ¿Qué debemos ofrecer? Pues debemos ofrecer ni más ni menos que un poco de ¡¡**sensatez!!**

El 96% de los hombres cree que tiene un instinto natural que le dicta como deberían ser los genitales ideales de su pareja. La mayoría de ellos buscan mujeres que tengan las siguientes características de la belleza genital:

- **Labios menores:** No deben salirse de los labios mayores y no deben ser largos o asimétricos
- **Labios mayores:** Deben formar una especie de colchón arqueado con poca velloidad
- **Vagina:** Debe ser pequeña, estrecha y con tono de color rosado
- **Clítoris:** ni muy grande ni muy pequeño y el capuchón no debe ser largo o grueso

Estas características claramente coinciden con un modelo infantilizado, genitales no pigmentados, sin nada que sobresalga, sin imperfecciones, sin vello o con muy poco vello; y todas estas características sugieren unas referencias comunes que nos conducen a la pornografía, que por otro lado constituye para la mayoría de las personas la única fuente de educación sexual que recibe.

Ese deseo de pubis infantil coincide en el tiempo con la extensión de la costumbre de depilarse totalmente o casi. Los genitales dejan de ser algo protegido por el vello para verse en detalle. La anatomía desvelada tiene una gran variedad de formatos, como las orejas, los ojos, las narices o las manos, pero la desnudez le añade un problema que con el pelo casi no existía.

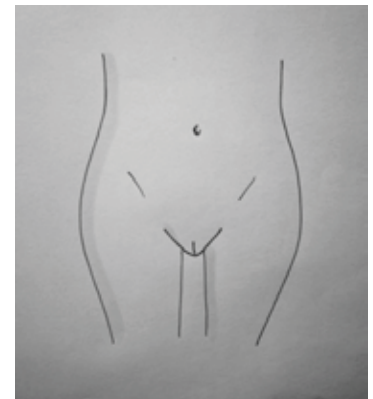
“Sorprende que una sociedad teóricamente tan libre y con una sexualidad tan gratificante nos vaya poniendo cada vez más normas, que en lugar de tender hacia la diversidad, lo hagamos hacia la homogeneización”. “Los genitales externos de las mujeres no sólo son muy diversos, sino que van cambiando a lo largo de la vida como la mentalidad” (F. Molero)

En torno al 80% de las pacientes que se opera para realizarse una labioplastia tiene entre 16 y 30 años y la mayoría quieren los labios menores más pequeños. La literatura científica habla de que en torno a un 90% de las mujeres se quedan satisfechas al poco de pasar por quirófano, pero ni está probado que mejore a largo plazo la vida sexual ni parece que se informe suficiente sobre los riesgos: hipersensibilidad, problemas urinarios, incapacidad para el coito... En mujeres más mayores entre los 40 y los 70 años, la demanda es la misma, la infantilización de los genitales, cosa realmente paradójica en una edad en que se debería haber alcanzado la madurez sexual con la aceptación de un mismo.

La estética genital no debería ir en contra de la diversidad vulvar.



El mural de Jamie McCartney. 400 vulvas. 9 mts.



La valoración ginecoestética debe ir encaminada a valorar equitativamente la estética genital y la funcionalidad, y esta última debería ser precisamente es uno de los límites. No deberíamos sobrepasar el límite de la estética a expensas de la funcionalidad. Parece bastante obvio que la autoimagen genital puede que tenga que ver con la satisfacción sexual y con el equilibrio psicológico, y esto debería también poder ser valorado por nosotros. La sexualidad humana está implicada en muchos aspectos de la calidad de vida del ser humano, y por tanto defender una sexualidad sana y funcional es nuestra obligación.

Corregir una asimetría importante, o una hiperpigmentación que no agrade a la paciente, o mujeres que tienen molestias importante al practicar deporte o al practicar sexo por una hipertrofia objetiva de los labios, o técnicas de relleno por defectos importantes, por exéresis de lesiones vulvares benignas o malignas, o depleción de grasa completa de los labios mayores, etc. parecen circunstancias que están absolutamente justificadas. Pero una paciente con un complejo por un defecto no objetivo debe ser motivo de investigación sobre su estatus depresivo, sobre si son sumisas o están sometidas incluso a maltrato psicológico o físico.

Como médicos no debernos ceñirnos al cambio físico sin más, tenemos que adentrarnos en el conocimiento mismo de las expectativas de las pacientes para saber si vamos a cumplirlas o no. Si acaso las expectativas no se cumplen, el problema de base se agrandará y podemos causar a este tipo de pacientes un daño irreparable.

Blanqueamiento genital y anal

Dra. M^a José Barba

Director médico de las Clínicas Dra. Barba (Madrid y Zaragoza)



La era de la depilación integral es la causante de que la piel de las zonas íntimas se queden a la vista, y por tanto sus defectos, como son las alteraciones de coloración con relación al resto del cuerpo, y por ello han empezado a solicitar los pacientes el blanqueamiento genital o bleaching de las zonas íntimas (genitales femeninos y masculinos, anal, perianal e ingles).

Tipos de hiperpigmentación. El color de la piel depende de tres factores:

- La presencia de caroteno en el estrato corneo produce un color **amarillo**
- La sangre que se observa a través de la dermis le da un tono **rojizo**
- La presencia de melanina en el estrato germinativo y la profundidad del espinoso explican los tonos de color **pardo**

Los melanocitos están diseminados por debajo de la capa basal de la epidermis, y envían numerosas prolongaciones citoplasmáticas entre las células del estrato espinoso. Estas células contienen una enzima, la tirosinasa, que oxida la tirosina a melanina dejando oscura la piel.

Tratamientos para el blanqueamiento



Hay varios tipos de tratamientos para conseguir reducir la piel oscura de las zonas íntimas que se hace tanto en **hombres como en mujeres:**

- Aplicación de una crema de formulación magistral específica en concentración de sus componentes para cada tipo de piel y zona, que contiene entre otros componentes alrededor de 1-4% de despigmentantes como ingredientes activos, vitamina C, hidroquinona, ácido kójico...

- Otra forma posible de modificar el color oscuro de la zona es el láser o IPL despigmentante, que puede dar un efecto blanqueante sobre la zona en pocas semanas. Indicado en pieles en que las agresiones hacen que reaccionen con hiperpigmentación, por lo que



sin agresión de la piel rompemos las manchas en profundidad. Se suelen emplear varias sesiones e incluso se combina con el tratamiento local de despigmentantes.

- También combinaciones de ácidos: peelings con ácido salicílico (de acción muy superficial y derivado de la aspirina) y glicólico (penetra más el tejido, se inactiva en la dermis media y es capaz de impulsar la producción de colágeno); o de ácido salicílico con el tricloroacético. En concentraciones altas, el uso de estos productos puede pelar y producir epidermólisis química de la capa superficial de la piel. El tono oscuro desaparece, se cae como una costra o piel oscura con el paso de los días. Actualmente ya hay peelings con función despigmentante en las zonas íntimas con la combinación de varios ácidos.
- Hacer la combinación de laser IPL despigmentante y formulación de lociones o cremas despigmentantes.
- En pieles blancas funciona muy bien el Laser CO2 fraccionado para destruir la piel pigmentada y reepitelizarla sin hiperpigmentación.

La función de los tratamientos es inicialmente eliminar la piel pigmentada y evitar la repigmentación. Existe una serie de **recomendaciones** para evitar que se produzca ese cambio de color con el paso del tiempo:

1. Hay que evitar dejar a la zona anal o genital desprotegida contra el sol, al menos media hora antes de la exposición solar hay que aplicar una crema protectora de un factor de protección alto porque el sol ayuda a aumentar la pigmentación, por tanto a oscurecer esta zona. Muchas personas toman el sol desnudas y no se acuerdan de proteger sus genitales para evitar que se oscurezcan

2. No usar prendas ajustadas, el roce estimula la defensa de la piel y uno de los signos es la hiperpigmentación. Usar prendas de tejido natural como el algodón
3. Evitar una mala higiene, sobre todo las mujeres, por el flujo de la menstruación, que contiene hierro. La piel absorbe este hierro y deja un tatuaje por la melanina asociada. Se recomienda limpiar la zona siempre con papel higiénico húmedo y usar cremas quelantes del hierro durante la regla
4. Los fototipos altos tienen una predisposición personal a pigmentarse la piel, igualmente se hiperpigmentan la región anal y la genital
5. Desajustes hormonales, medicaciones
6. Edad
7. Embarazos
8. Prácticas sexuales
9. Roce por obesidad, debido al efecto de defensa de la piel



En cualquier caso, lo importante siempre es sentirse bien con uno/a mismo/a.

BIBLIOGRAFÍA

1. MUTAGENIC AND GENOTOXIC SCREENING OF EIGHT COMMONLY USED SKIN WHITENING CREAMS IN NIGERIA *Akortha, E.E., Niemogha, M.T. and Edobor, O. Department of Microbiology, Faculty of Life Sciences, University of Benin, Benin City, Edo State, Nigeria
2. E. G. Brunt and J. G. Burgess, The promise of marine molecules as cosmetic active ingredients, *International Journal of Cosmetic Science*, **40**, 1, (1-15), (2017).
3. Hemal Shroff, Phillippa C. Diedrichs and Nadia Craddock, Skin Color, Cultural Capital, and Beauty Products: An Investigation of the Use of Skin Fairness Products in Mumbai, India, *Frontiers in Public Health*, **5**, (2018).
4. Judy Cheng and Neelam A. Vashi, *Dermatoanthropology of Ethnic Skin and Hair*, (417), (2017)
5. B. Moncada, C. Castillo-Martínez, E. Arenas, F. León-Bejarano, M. G. Ramírez-Eliás and F. J. González, Raman spectroscopy analysis of the skin of patients with melasma before standard treatment with topical corticosteroids, retinoic acid, and hydroquinone mixture, *Skin Research and Technology*, **22**, 2, (170-173), (2015).
6. Myong Il Bae, Jong Min Park, Ki Heon Jeong, Mu Hyoung Lee and Min Kyung Shin, Effectiveness of low-fluence and short-pulse intense pulsed light in the treatment of melasma: A randomized study, *Journal of Cosmetic and Laser Therapy*, **17**, 6, (292), (2015).
7. Maria Teresa Truchuelo, Natalia Jiménez and Pedro Jaén, Assessment of the efficacy and tolerance of a new combination of retinoids and depigmenting agents in the treatment of melasma, *Journal of Cosmetic Dermatology*, **13**, 4, (261-268), (2014).
8. Chin-Feng Chan, Ching-Cheng Huang, Ming-Yuan Lee and Yung-Sheng Lin, Fermented Broth in Tyrosinase- and Melanogenesis Inhibition, *Molecules*, **19**, 12, (13122), (2014).
9. Kyoung Bok Lee, Jaehyuk Choi, Soon Kil Ahn, Jong-Kuk Na, Krishna Kumar Shrestha, Samnang Nguon, Sang Un Park, Sangho Choi and Jae Kwang Kim, Quantification of Arbutin in Plant Extracts by Stable Isotope Dilution Gas Chromatography–Mass Spectrometry, *Chromatographia*, (2018).
10. Cai-Jiao Zhang, Li-Juan Pan, Wen-Han Lu, Hao Zhou, Nan Wang, Tong-Cun Zhang and Xue-Gang Luo, *Lactobacillus Plantarum* CGMCC8198-Fermented Milk Inhibits Melanogenesis in B16F10 Melanoma Cells, *Food Science and Technology Research*, **23**, 5, (669), (2017).

Carboxiterapia en la mujer. Cuándo y cómo

Dra. Isabel Hermenegildo

Presidenta de la Comisión de Ginecoestética del SPME y
docente del Diploma de Ginecoestética de la Universidad Rey Juan Carlos (Madrid)



En la actualidad las mujeres buscan la salud y el bienestar en todos sus aspectos, tanto estéticos como funcionales. Los tratamientos de carboxiterapia en ginecoestética pueden tener diferentes finalidades: estética, restauración funcional o ambas. Este tipo de intervenciones tiene como diana mujeres con variados tipos de patologías vulvo vaginales: hipoestrogenismo temporal o permante, liquen escleroso, enfermedad de Behcet, cicatrices de cesárea y episiorrafia.

Palabras clave: Carboxiterapia, restauración, microcirculación, oxigenación, ph, lubricación

Con este abordaje terapéutico mejoramos la microcirculación y oxigenación de los tejidos; restauramos el nivel de ph correcto con el consecuente aumento del número de Bacillus doderlein; mejoramos la lubricación; y aumentamos el espesor del epitelio, de manera que se controlan las infecciones genito urinarias, la secreción vaginal y la dispareunia.

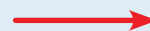
Esta técnica de bioestimulación está basada en los efectos descritos por Bohry Aldane. Utiliza un equipo que precalienta y controla el flujo de CO2 gaseoso, que es administrado en los tejidos pinchándolo con una aguja.

Los tratamientos se personalizan (flujo, volumen total y frecuencia). Habitualmente monitorizamos los resultados en la cuarta sesión, utilizando tiras de ph del contenido vaginal mediante exudados obtenidos con frotis, FSSI, FSDS, foto en 3D o cámara intravaginal en caso de que sea necesaria. Se ha seguido a las mujeres tratadas con carboxiterapia durante cinco años. Aunque referían diversas patologías, todas han experimentado mejorías.

Conclusión: La carboxiterapia sola o en sinergia con otras técnicas parece tener resultados positivos en el tratamiento de diferentes patologías vulvo vaginales, al igual que ya había sucedido con su uso en pie diabético, úlceras varicosas crónicas, enfermedad de Raynaud y cicatrices desde hace muchos años.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Clinical evidence of subcutaneous CO2 insufflations: a systematic review. Brockow T, Hausner T, Dillner A, Resch KL. Research Institute for Spa Therapies and Health Resort Science, Bad Elster, Germany. brockow.thomas@medkur.de
- 2. Carbon Dioxide Bath (Carbon Dioxide Spring) K.L. Schmidt (Center for Clinical Research in Rheumatology, Physical Medicine and Balneotherapy; Bad Nauheim, Germany) IntAngiol. 2002 Dec; 21(4):367-73.Links
- 3. Effect of artificial carbon dioxide foot bathing on critical limb ischemia (Fontaine IV) in peripheral arterial disease patients. Toriyama T, Kumada Y, Matsubara T, Murata A, Ogino A, Hayashi H, Nakashima H, Takahashi H, Matsuo H, Kawahara H. Division of Cardiology, Cardiovascular Center, Nagoya Kyoritsu Hospital, Japan.
- 4. Carbon dioxide-rich water bathing enhances collateral blood flow in ischemic hindlimb via mobilization of endothelial progenitor cells and activation of NO-cGMP system. Irie H, Tatsumi T, Takamiya M, Zen K, Takahashi T, Azuma A, Tateishi K, Nomura T, Hayashi H, Nakajima N, Okigaki M, Matsubara H. Department of Cardiovascular Medicine, Kyoto Prefectural University of Medicine, Kamigyo-Ku, Kyoto, Japan. Circulation. 2005 Mar 29; 111(12):1523-9.
- 5. Int J Low Extrem Wounds. 2004 Jun;3(2):103-6. Transdermal CO2 application in chronic wounds. Wollina U, Heinig B, Uhlemann C. Department of Dermatology, Hospital Dresden-Friedrichstadt, and Institute of Physical Therapy, University of Jena, Jena, Germany. wollina-uw@khdf.de
- 6. Vasa. 2005 May;34(2):93-100. Microcirculatory and clinical effects of serial percutaneous application of carbon dioxide in primary and secondary Raynaud's phenomenon. Schmidt J, Monnet P, Normand B, Fabry R. Thérapeutique, Faculté de Medecine, Clermont-Ferrand, France.
- 7. Invest Dermatol. 1989 Aug;93(2):259-62.Links Topical application of CO2 increases skin blood flow. Ito T, Moore JI, Koss MC.
- 8. Vasa Suppl. 1989;27:251-2 [CO2-induced increase in skin circulation and transcutaneous oxygen partial pressure of the top of the foot in patients with intermittent claudication. Hartmann B, Drews B, Kürten B, Bassenge E.



- 9. Carbon dioxide Therapy: Effects on Skin Irregularity and Its Use as a Complement to Liposuction Cesare Brandi¹, 3, Carlo D'Aniello¹, Luca Grimaldi¹, Elena Caiazzo¹ and Elisabetta Stanghellini². *Aesthetic Plastic Surgery* 101007/s00266-004-2068-z, 2004
- 10. Thermal treatment in arterial diseases : an expensive placebo or an effective therapy Fabry R, Dubost JJ, Schmidt J et al. *Thérapie*, 1995 Mar-Apr; 50(2): 113-22.
- 14. Carboxytherapy for gynoid lipodystrophy treatment: The Brazilian experience Valeria Campos, Leila Bloch, Tatiane Coelho *Journal American Academy Dermatology*, 2007.
- 11. Decrease in heart rates by artificial CO₂ hot spring bathing is inhibited by α 1-adrenoceptor blockade in anesthetized rats Masaaki Hashimoto and Noriyuki Yamamoto¹ *Articles in PresS. J Appl Physiol* (August 29, 2003). 10.1152/jappphysiol.00812.2003.
- 12. *Procedimientos Estéticos Minimamente Invasivos* Coordinator: Charles Yamaguchi. Santos Publishers Ltd. Book store. – 2006.ISBN: 857288598-6.
- 13. *Dermatología Estética* Editors: Maria Paulina Villarejo Kede and Oleg Sabatovich Editora Atheneu – 2003. CIP 03-4235.
- 14. Increase in Collagen Turnover Induced by Intradermal Injection of Carbon Dioxide in Rats Ferreira J, Haddad A, Tavares S. *Journal of Drugs in Dermatology* 2008.
- 15. Anglana.F. Lippa.P. *Terapia in patologia VulvovestiboloVaginale*, Acta médica 2012
- 16. Anglana.F. *Trattatodi patologia Vulvare*, Acta médica 2012, vol.1 cap.1 pág.31
- 16. Eliasj., Carbone A., Gaspar A., "Carboxytherapy local treatmentof vaginal mucosa atrophyorhipotrophyof vaginal mucosa atmenopauseandpostpartum."-*InternationalJournalofGinecology&Obstetric* 119(2012):S563-S564
- 17. Brandi C, D'Aniello C, et al: *CarbonDioxidetherapy in theTreatmentofLocalizedAdiposities: ClinicalStudyandHistopathologicalCorrelations*. *Aesth. Plast.Sur.* 25:170-174,2001

IVIS (síndrome de insuficiencia venosa ilíaca) en la mujer



Dr. Juan Guilleuma

Fundador y director de IVIS-Med (Madrid)

La obstrucción de la vena ilíaca común izquierda por la arteria ilíaca derecha, descrita por May Thurner en 1957, ha sido una patología infravalorada en el mundo de la cirugía vascular.

Razón para ello era la imposibilidad de diagnosticar esta patología con los medios diagnósticos que se empleaban. Tanto la ecografía transcutánea, como otras técnicas, angioTAC, angioRMN e incluso la flebografía, muestran un alto porcentaje de falsos negativos, por lo que las mayoría de las lesiones en el eje venoso ilíaco pasaban ignoradas.

Desde la aplicación los últimos años de la ecografía intravascular (IVUS) como técnica para estudiar el eje venoso ilíaco, existen numerosas referencias bibliográficas que certifican la existencia de un número importante de pacientes con esta patología que se benefician de su tratamiento.

Cuando en el año 2013 comenzamos a trabajar con el IVUS, nos planteamos si además de los cuadros de insuficiencia venosa de miembros inferiores (MMII) y el síndrome congestivo pélvico, podría existir alguna otra patología venosa pélvica que pudiera estar causada por estas lesiones del eje ilíaco. Así, repasando la anatomía venosa pélvica, encontramos que de los tres grupos de venas hemorroidales, superior, medio e inferior, sólo el superior drena al sistema venoso portal, mientras que el inferior drena al sistema venoso ilíaco. Además, está descrito en los textos de anatomía, que el grupo hemorroidal medio, que sólo une a los dos grupos anteriores, tiene un flujo mono direccional del grupo superior hacia el inferior.

Con esta base anatómica y mediante un estudio IVUS, decidimos realizar un estudio para evaluar la correlación anatómica entre patología hemorroidal y enfermedad estenótica de las venas ilíacas, demostrar la eficacia y la

seguridad del stenting de la vena ilíaca evaluado con IVUS y la mejoría clínica de los pacientes con hemorroides después de implante de stent en la vena ilíaca.

Así, desde noviembre de 2013 hasta junio de 2015 se trataron 17 pacientes con hemorroides de grado > 1, 5 hombres y 12 mujeres con edad media 53.6 años (rango 35-67).

Mediante técnica de Seldinger con anestesia local y sedación, se canalizaron ambas venas femorales y se realizó flebografía. Posteriormente se realizó ecografía intravenosa (IVUS). En aquellos pacientes en los que se detectó estenosis mayor del 30% del área del vaso en el sistema venoso ilíaco, se realizó angioplastia con stent. Todos los pacientes pudieron ser dados de alta en las cuatro horas siguientes al procedimiento, con tratamiento antiagregante.

Resultados

Se encontraron lesiones del sistema venoso ilíaco uni o bilateral mediante IVUS en 16 pacientes. Todas fueron tratadas satisfactoriamente mediante implante de wallstent de la zona estenótica, media de 2,37 stents por paciente (rango 1-4 stent). No hubo complicaciones perioperatorias excepto dolor abdominal transitorio.

El seguimiento medio fue 34 meses (22-46 meses) y no se perdieron pacientes durante el mismo. Todos los pacientes sintomáticos quedaron asintomáticos y los asintomáticos han permanecido así durante el seguimiento. Dos pacientes tuvieron complicaciones en el seguimiento: una trombosis venosa y una reestenosis del stent que requirió angioplastia con balón.

Conclusiones

La patología hemorroidal se asocia de forma altamente frecuente a lesiones del sistema venoso ilíaco que dificultan el drenaje de los plexos hemorroidales. Además dicha patología venosa obstructiva parece tener un papel fundamental en la etiopatogenia de las hemorroides, como demuestra la mejoría o desaparición de las mismas tras tratamiento endovascular con stent.

Desde nuestro punto de vista estos resultados, abren un nuevo enfoque para entender el “mundo” del sistema venoso infrarrenal. De nuestro estudio y otros en la literatura es muy probable que tarde o temprano se aceptará un nuevo síndrome: el síndrome de la insuficiencia venosa ilíaca (IVIS), que abarca diversas manifestaciones clínicas actuales como el síndrome congestivo pélvico, la dispauremia, menstruaciones dolorosas, hemorroides, varices de los miembros inferiores y el síndrome ortostático, como otros estudios han demostrado. Asimismo, se abre una puerta a reconocer el IVIS como factor patogénico de influencia variable en diversos cuadros clínico-estéticos mal definidos etiológicamente como el lipedema, el linfedema, las varículas y venas reticulares de los MMII, y cualquier otro cuadro que pueda estar influenciado por esta dificultad al drenaje venoso.

Cara a cara: complementos nutricionales. Cuándo, a quién y cómo

Dra. Emilce Insua

Directora del Centro Médico Pineal y de la Unidad de Medicina Estética Corporal de la Clínica Medivas (Madrid).

Los suplementos dietéticos abarcan una amplia variedad de productos, desde vitaminas, minerales y productos botánicos hasta probióticos, proteínas en polvo e isoflavonas. Con la excepción de la reciente legislación sobre medicamentos a base de plantas (que incluye plantas o sustancias vegetales como algas, hongos y líquenes) que pretende regular la fitoterapia, la mayoría de estas sustancias se comercializan de manera libre como complementos nutricionales o alimentarios, dado que no pueden legislarse como medicamentos ya que no disponen de estudios clínicos que validen su uso e indicaciones.

Durante las últimas décadas se han llevado a cabo estudios de alta calidad que evalúan los posibles beneficios para la salud de diferentes suplementos dietéticos con resultados decepcionantes en la mayoría de los casos, a pesar de los cuales su consumo no cesa de incrementarse especialmente en ámbitos como la medicina estética, el antienvejecimiento o como terapias alternativas en el cáncer.

Respecto de las utilidades de estas sustancias en pacientes oncológicos, The American Institute for Cancer Research (AICR) considera:

- Ingesta de soja: no ha quedado clara la evidencia de que la ingesta de soja pueda prevenir la aparición de cáncer de mama; algunos trabajos podrían relacionarla con mayor riesgo en pacientes con antece-

Mesa 5.



dentes de cáncer de mama con receptores hormonales positivos. La relación entre los fitoestrógenos provenientes de la soja y el cáncer de mama es muy compleja, si bien puede concluirse que la ingesta de tres raciones diarias de alimentos como soja, leche de soja o tofu no se relaciona con un mayor riesgo asociado al cáncer de mama. Sin embargo, se desaconseja la ingesta de complementos alimentarios con isoflavonas de soja.

- Vitaminas, minerales y antioxidantes: a pesar de un favorable efecto antioxidante, no hay estudios concluyentes que demuestren que la ingesta de sustancias como betacarotenos, vitamina D, vitamina C, calcio, folatos, complejos multivitamínicos, vitamina E y selenio prevengan la aparición de cáncer. Además, existen algunos riesgos por el uso indiscriminado de estas sustancias, así como estudios que relacionan el selenio con un incremento del riesgo de diabetes o la ingesta de vitamina E con un mayor riesgo de padecer cáncer de próstata.

La mayoría de la población tendría déficits subclínicos de vitaminas y minerales cuya corrección podría condicionar un incremento de la salud, si bien la mayoría de estos nutrientes podrían ser aportados por una dieta equilibrada.

En la presente mesa se plantea discutir los beneficios de los complementos nutricionales en la prevención y mantenimiento de la salud, sus indicaciones en los tratamientos de medicina estética (rejuvenecimiento cutáneo, adelgazamiento, contorno corporal y antienvjecimiento), así como valorar los riesgos de una ingesta crónica en pacientes con patologías concomitantes y los derivados de interacciones con medicamentos o hepatotoxicidad.

Mesa 6.

La rodilla estética



Dr. Julián Armando Martín Capilla

Especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica. Clínicas Mediestetic (Toledo)

Si hay una parte del cuerpo femenino que a priori pasaría inadvertida son las rodillas. Sin embargo, *celebrities* como **Demi Moore, Cher, Catherine Zeta Jones e incluso Angelina Jolie** son algunas de las que recurrieron al alisado de rodillas para lucir con libertad sus piernas en las diferentes alfombras rojas.

¿Por qué cambian las rodillas con los años? Cuando comienzan los cambios hormonales en la mujer propios de la edad, la piel se vuelve más seca y más fina. Esto hace que **la piel pierda tensión, aparezcan arrugas y cúmulos de grasa localizada**. La rodilla se vuelve blanda, sin tono y con pliegues.

Pero además, ¿qué hace que una rodilla sea estética?, ¿qué se considera una rodilla bonita?

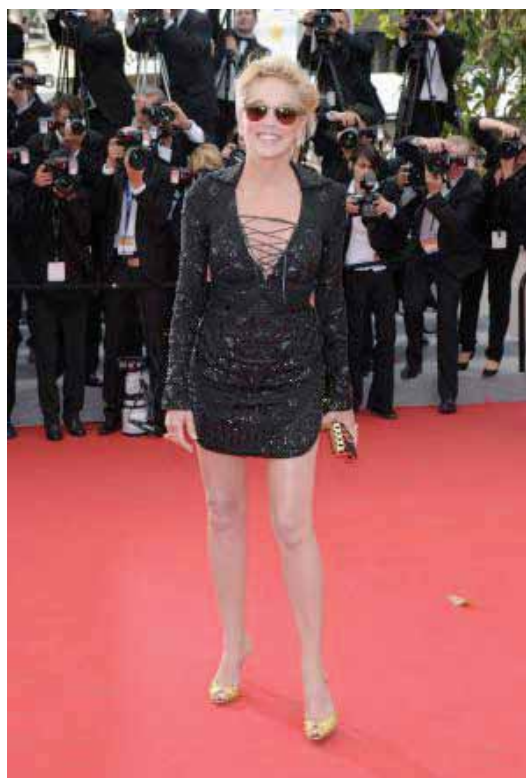
Probablemente todo empezó con esa moda que impuso Angelina Jolie cuando posó en la alfombra roja mostrando pierna en toda su longitud, rodilla al descubierto.

Son muchos los médicos que utilizan técnicas como la liposucción, tratamientos láser o de ultrasonidos con los que atacan los depósitos de grasa de las rodillas. Otros utilizan inyecciones de colágeno, o de ácido hialurónico, para acabar con las arrugas en estas articulaciones. Hay quien prefiere esculpir sus rodillas a base de ejercicios.

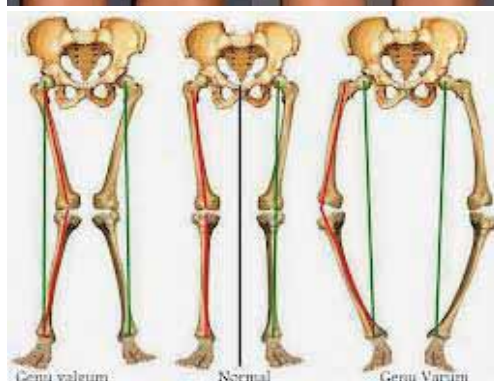
Pero éste no es mi trabajo. Hoy a tratar de otros tipos de alteraciones estéticas por la deformidad en esta articulación producidos por determinadas enfermedades, ya sean distróficas, displásicas o degenerativas. Desde el punto de vista de mi especialidad es decir, traumatología y cirugía ortopédica, porque en la mayoría de los casos, sin este abordaje, no puede haber un tratamiento médico-estético de éxito.

Los problemas estéticos de las rodillas

Los principales problemas estéticos de las rodillas están relacionados con la piel que las cubre, con su volumen y las deformidades en ejes:



- **Problemas de la calidad de la piel:**
 - Piel celulítica
 - Piel deslustrada, basta o con pliegues muy profundos (producida por el roce mecánico continuado o por problemas de sequedad de la piel)
- **Problemas de volumen:**
 - Por acúmulo de tejido graso en la cara interna y la cara anterior, o lo que se llama lipodistrofia grasa
- **Deformidades en ejes:**
 - Por artrosis, genu varo genu valgo, hiperlaxitud, etc.



Los diferentes tratamientos rehabilitadores, ortopédicos o quirúrgicos, dependerán del grado de deformidad, de la edad del sujeto y de la recuperación funcional.

Tratamiento combinado de rodilla con hilos de polidioxanona lisos y espiculados

Dr. Miguel Miñana

Director médico de la Clínica Esthetia (Valencia)



La polidioxanona es una sutura sintética, reabsorbible y monofilamentosa. En primer lugar identificamos las zonas de tensión y relajación en las rodillas. Las zonas de tensión siempre están en el área superior y las de relajación en tercio medio y zona inferior. Entendemos por zona puente, la unión de ambas áreas. Contamos con dos tipos de hilos de polidioxanona monofilamentosa: los lisos y los espiculados.

El plano de inserción de los lisos (pro) es la dermis y el mecanismo de acción es biológico, fundamentalmente por el estímulo de los fibroblastos que provocan una neocolagénesis tipo I y tipo III. El colágeno forma hasta el 90% de la piel, se organiza en grandes haces de fibras formando una estructura reticular en 3D (1,2). El fragmento estructural glicina-prolina-hidroxiprolina se denomina secuencia de colágeno (3). Tras insertar cada aguja se presiona levemente, se retira la aguja y el hilo queda insertado en la dermis.

Los hilos espiculados (premium) presentan espículas bidireccionales. El nivel de inserción es la hipodermis. El mecanismo de acción es mixto: biológico y mecánico. El efecto se observa de forma inmediata.

La reabsorción de la sutura de polidioxanona es completa a los 180 días. Diferentes estudios concluyen que mantiene el 75% de la fuerza de tensión a las dos semanas y el 25% a las seis semanas (4). A partir de la tercera semana podemos observar una reacción fibrótica alrededor del hilo insertado, que será responsable de mantener la fuerza de tensión, cuando el hilo de polidioxanona se haya sido reabsorbido completamente.

Conclusiones

No observamos efectos adversos. Como efectos secundarios más frecuentes tenemos edema, eritema y hematoma. La duración de los resultados observada oscila entre los 12 y los 18 meses y podemos insertar hilos en cualquier momento. Podemos concluir que los hilos de polidioxanona para indicación de lifting en la rodilla es un tratamiento seguro y efectivo sin efectos adversos, presentando efectos secundarios leves y con una duración de los resultados obtenidos superior a un año.

La combinación de hilos pro mono con premium mejora de forma espectacular los resultados. Los hilos premium son fáciles de insertar, porque están en el interior de la aguja guía. Su principal innovación es que son capaces de aproximar o alejar dos puntos marcados según la técnica utilizada.

Palabras clave: flacidez, polidioxanona, lifting no quirúrgico

BIBLIOGRAFÍA

1. Stephens P., Genever P. Non-epithelial oral mucosal progenitor cell populations. *Oral Dis.* 2007; 13, 1: 1–10.
2. Chang H., Chi-J T., Dudoit S. et al. Divercity, topographic differentiation, and positional memory in human fibroblasts. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2002; 99, 20: 12877–12882.
3. Lee D., Cho K. The effects of epidermal keratinocytes and dermal fibroblasts on the formation of cutaneous basement membrane in three-dimensional culture systems. *Arch Dermatol Res.* 2005; 296, 7: 296–302
4. Ramón Bartralot Soler. Materiales de sutura en Cirugía Dermatológica. *Piel* 2001; 16:113- 116

La rodilla perfecta

Dr. Moisés Rodríguez Abascal

Director médico de Clínica Estética Abascal (Sevilla) y profesor del Máster de Medicina Estética de la Universidad de Córdoba



Es una realidad que la rodilla es la zona de mayor impacto visual en nuestra pierna. Y desde los años 50, con el cambio de moda femenina, queda al descubierto. Aunque siempre ha sido un motivo de preocupación estética, es desde hace unos años, y porque aparecen en los medios de comunicación los tratamientos que se habían practicado algunas famosas, cuando se produce un aumento de la demanda de tratamientos para esta zona.



Figura 1

Si hacemos caso a los retoques fotográficos, la rodilla ideal es la inexistente, como la muñeca Barbie, lo podemos ver en la figura 1. Aunque desde el punto de vista profesional debemos considerar una rodilla perfecta aquella que deja ver los rasgos anatómicos subyacentes (plano muscular y plano óseo), sin distorsionarlos. Los problemas estéticos que nos podemos encontrar en esta zona son de diversa índole:

- **Problemas de alteración articular** (genu varo, valgo...) que se salen de nuestras posibilidades de tratamiento.
- **Problemas de calidad de la piel:** pigmentaciones, celulitis, sequedad, arrugas y flacidez, piel áspera con surcos, etc. Las características de la piel en la rodilla, gruesa, sometida a traumatismos con frecuencia, zona de flexión y extensión, hace que estos defectos aparezcan con frecuencia.

Podemos por tanto aplicar diversos tratamientos médico-estéticos tales como peelings, láser y luz pulsada, mesoterapia tradicional, silicio orgánico, presoterapia, ácido hialurónico, hidroxiapatita, hilos tensores, radiofrecuencia, criolipolisis, ultracavitación, carboxiterapia. Todos ellos presentan circunstancias específicas para tratar la zona de la rodilla.

- **Problemas de volumen:** es la alteración más frecuente y el único tratamiento definitivo es quirúrgico, la liposucción. Pero hay que hacer algunas consideraciones. Desde finales de los 70 cuando Illouz inicia la transformación de la lipectomía en lo que hoy es la liposucción, las zonas de rodilla y tobillo fueron consideradas de riesgo alto y beneficio moderado. Es cierto que es una zona que exige un mayor cuidado para conseguir resultados correctos, tiene una sola capa de grasa, un denso tejido fibroso y gran cantidad de vasos linfáticos; por ello es una zona proclive a las irregularidades postquirúrgicas de la piel e incluso tendente a hiperpigmentaciones debidas a hematomas.

Aunque no existe una diferencia en la técnica a utilizar por las características de la rodilla, el Dr. Chamosa describe seis zonas apropiadas para marcar el perfil del fémur, la rótula y la tibia (Fig 2), esas zonas son:

- 1 Zona suprapatelar
- 2 Zona lateral interna
- 3 Zona patelar

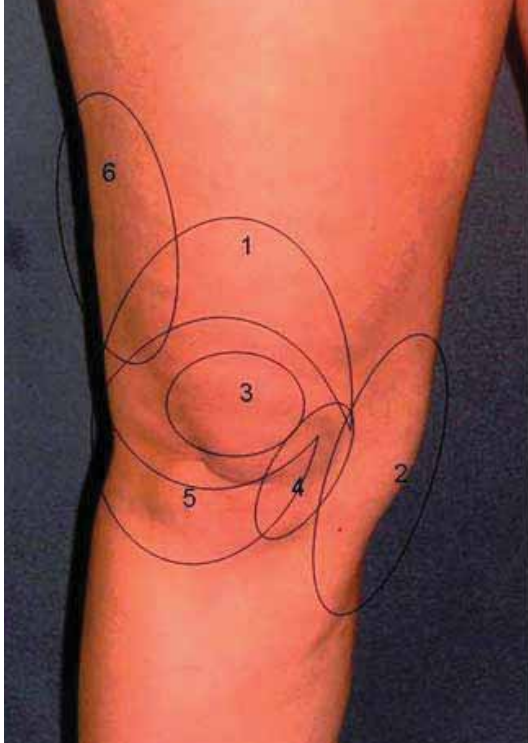


Figura 2

- 4 Zona lateropatelar
- 5 Zona infrapatelar
- 6 Zona lateral externa

La liposucción mecánica o la liposucción asistida por láser son las técnicas más demandadas. El resultado que debemos perseguir no es aspirar la mayor cantidad de grasa posible, sino ser capaces de convertir los excesos de convexidades, en algunas concavidades que muestren el relieve muscular y óseo.

En conclusión, la estética de la rodilla es cada día más demandada en nuestras consultas y contamos con un gran arsenal terapéutico para dar soluciones a los diversos problemas. Y aunque no supone un cambio drástico respecto a los tratamientos que practicamos en otras zonas, hay que tener en cuenta las características anatómicas y funcionales de esta región para conseguir resultados óptimos.

Recuerdo anatómico-embriionario de los labios

Mesa 7.

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 (Madrid)



La formación embrionaria del tercio inferior de la cara corresponde al proceso frontonasal, y a los procesos maxilares y mandibulares derivados del primer arco branquial. La formación del labio superior se origina de la fusión de los procesos maxilares con el segmento intermaxilar, derivado del proceso nasal medio. Por tanto en la organización del labio superior interviene tres procesos. La solución de continuidad entre los procesos maxilares y el segmento intermaxilar da lugar al denominado labio leporino. Sin embargo, en la formación del labio inferior solo intervienen en su organización los procesos mandibulares.

Anatómicamente los labios son dos repliegues musculomembranosos situados en la parte anterior de la cavidad bucal. Estos reproducen exactamente la dirección curvilínea de los arcos dentales, siendo cóncavos por detrás y convexos por delante. Casi verticales en la raza blanca y ligeramente oblicuos en la raza negra, ocasionado por un mayor desarrollo de los labios y del prognatismo alveolodentario. La constitución anatómica de los labios está formada por la piel, capa muscular, capa submucosa y capa mucosa.



La piel de los labios es gruesa y adherida a los fascículos musculares subyacentes. Abundantes en folículos pilosos y glándulas sebáceas. La capa muscular está constituida en su mayor parte por el músculo orbicular de los labios y el músculo compresor de los labios (Rectus-Labii de Krause), cuyas fibras se disponen de forma anteroposterior. La capa submucosa, situada entre la capa muscular y la mucosa, está formada por tejido conjuntivo laxo, con fibras elásticas finas. Contienen multitud de pequeñas glándulas. La capa mucosa reviste la cara posterior de los labios y su borde libre.

La vascularización de los labios corresponde a los ramos colaterales de la arteria facial, arteria labial superior y arteria labial inferior. La arteria labial inferior se origina de la facial a 1cm. (rango 0.9 – 1.2cm.) por encima de la comisura labial. La arteria labial superior se origina de la facial a 1cm. (rango 0.9 – 1.2cm.) por debajo de la comisura labial. La arteria del septo nasal se origina de la arteria labial superior a nivel del filtrum nasal.

Relleno labial. Elección de técnicas y materiales



Dr. Sergio Fernández Mesa
Director médico de Clínica Le Med (Madrid)

La preocupación por mejorar la apariencia de los labios ha sido una tónica habitual en todas las civilizaciones; ya en tiempo de los egipcios se usaba la pasta de bermellón con cera y grasa animal, así como el óxido de hierro con aceite de oliva y cera para embellecer los labios.

En nuestros días, los tratamientos de infiltración de ácido hialurónico se han convertido en procedimientos habituales en nuestra consulta y por ello también, en los últimos tiempos, se han visto aumentados los efectos secundarios, bien por exceso de producto o bien por embolización o compresión de la arteria labial produciendo casos de necrosis.

Por tanto, se hace indispensable el conocimiento de la anatomía de la región para elegir las técnicas más seguras que nos permitan obtener al mismo tiempo un buen resultado. El uso de cánula de 25 G y el tratamiento con aguja mediante infiltración perpendicular a la arteria puede ayudarnos a reducir considerablemente los efectos no deseados.

Mesa 8.

Lesiones palpebrales menores



Dr. Diego López Arango
Especialista en Oftalmología del Hospital Puerta de Hierro (Madrid) y responsable de la Unidad de Retina Médica y Rejuvenecimiento de la Clínica Aver (Madrid)

A nivel de los párpados podemos encontrar múltiples tipos de lesiones que derivan de la piel y que tendremos que tener en cuenta para poder decidir que lesiones tratar y cuáles derivar directamente al cirujano oftalmólogo. Y aunque hay muchas lesiones benignas, debemos tener la sospecha clínica de encontrar patologías tumorales como el carcinoma basocelular, células escamosas, lentigo maligno y melanoma, entre otras¹.

Podremos encontrar múltiples lesiones menores, tales como orzuelo, chalación, quistes de Mol y Zeis, hidrocistomas, siringomas, acné miliar, comedones, papiloma escamoso, etc.¹ La localización de dichas lesiones determinará los posibles abordajes, ya que siempre que afecte al borde palpebral debe ser derivado para un tratamiento microquirúrgico dada la posibilidad de complicaciones tras la cicatrización, puesto que puede desestructurar el párpado. Muchos de ellos requerirán extirpación convencional, sin embargo podemos realizar también exéresis con tecnología plasma con buenos resultados, incluso si la lesión es protruyente con una sola sesión suele ser suficiente².

Dos de las lesiones palpebrales menores más frecuentes son el orzuelo y el chalación, por lo que es importante tener claras sus características, ya que el diagnóstico es clínico y el tratamiento médico en su gran mayoría.

El **orzuelo** es una inflamación común del borde palpebral que se manifiesta como un forúnculo en el borde palpebral con eritema, edema y calor, ya que es usualmente causado por una infección estafilocócica^{3,4,5} [IMAGEN1]. Dicha inflamación puede ser interna si afecta las glándulas de meibomio, o externa si afecta las glándulas de Moll o Zeis⁶. En algunos casos drena espontáneamente y se autolimita, pero si compromete tejidos adyacentes puede desencadenar una celulitis periorbitaria. Cuando afecta las glándulas de meibomio se puede cronificar o desencadenar un chalación^{3,5}.

Aunque es una de las enfermedades más comunes que afecta a los párpados, es difícil saber su prevalencia e incidencia, dado que muchos no se reportan o los pacientes ni siquiera consultan y realizan tratamientos caseros. Es frecuente en pacientes jóvenes, pero puede afectar a cualquier edad y no distingue género o raza. Se asocia a blefaritis, rosácea, triquiasis y ectropión. Respecto a su tratamiento, las medidas locales de calor y masaje son efectivas y se pueden asociar a higiene palpebral, antibióticos y corticoides^{1,5}.

El **chalación** es una lesión inflamatoria granulomatosa crónica estéril causada por secreción sebácea retenida por las glándulas de Meibomio u otras glándulas sebáceas hacia el estroma adyacente. La histología muestra una reacción inflamatoria lipogranulomatosa con células epitelioides y células gigantes multinucleadas, entremezcladas con linfocitos y células plasmáticas y ocasionalmente, neutrófilos y eosinófilos^{1,5}. Se caracteriza por ser una lesión firme, redondeada e indolora en la lámina tarsal, y al revertir el párpado se puede observar un granuloma polipoide asociado [IMAGEN 2].

El tratamiento puede realizarse mediante drenaje quirúrgico de la glándula enquistada. También se puede inyectar diacetato de triamcinolona transconjuntival con una tasa de éxito aproximada del 80% tras una inyección, y en

los casos que no tengan respuesta puede administrarse una segunda inyección a las dos semanas. En casos de chalaciones recurrentes, especialmente en pacientes con rosácea de base, pueden ser necesarias las tetraciclinas orales como profilaxis⁵.



IMAGEN 1: Orzuelo



IMAGEN 2: Chalazión

Otra lesión de especial importancia a nivel palpebral es el **xantelasma**, que es el xantoma cutáneo más común que aparece en los párpados, con una prevalencia del 1.1% en mujeres y 0.3% en hombres⁷. La edad de aparición va de los 15 a los 73 años, con un pico de incidencia entre los 30 y 50 años. Es una lesión benigna que no produce alteración funcional pero sí un gran inestetismo⁸. Los xantomas son depósitos de colesterol que pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo asociados a hiperlipidemias primarias y secundarias.

Se caracterizan por ser placas amarillentas cerca del canto interno, pero también en el párpado superior y menos frecuente en el párpado inferior. Su distribución suele ser bilateral y simétrica, única o múltiple, nodular o plana, suave o calcárea^{1, 8}. Hay ciertas patologías que pueden desencadenarlas tales como la hiperlipidemia, la disfunción tiroidea y la diabetes mellitus, aunque también se han descrito en casos de eritrodermia o dermatitis de contacto con perfil lipídico normal^{9, 10}. En la histopatología se evidencian histiocitos con depósitos grasos intracelulares o células espumosas por encima de la dermis reticular o perivasculares y perianexales^{1, 12}.

Los pacientes con xantelasma se pueden clasificar en función del compromiso palpebral. El grado I son pacientes solo con lesiones en párpados superiores, el grado II son pacientes con lesiones con compromiso del canto medial, el grado III cuando hay lesiones mediales tanto en párpado superior como en el inferior, y el grado IV cuando hay un compromiso difuso que se extiende tanto medial como lateral y en párpados superiores e inferiores [IMAGEN 3]¹¹.

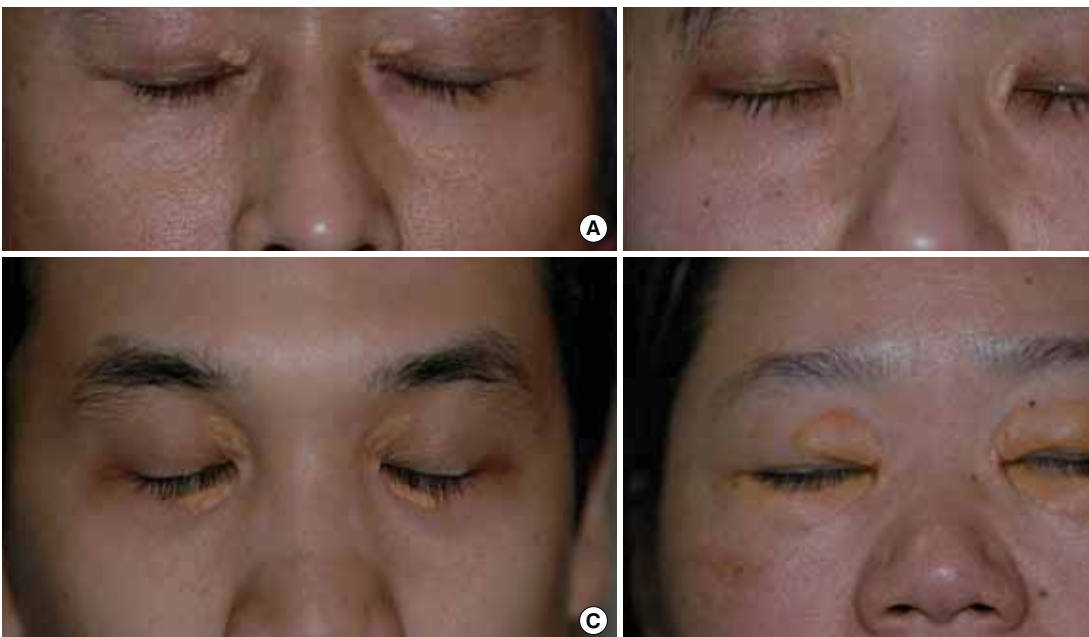


IMAGEN 3: Clasificación de xantelasmas según su localización¹¹

Su tratamiento es controvertido porque tiende a la recurrencia y ninguno produce resultados satisfactorios, especialmente en pacientes con mal control lipídico, por lo que es importante antes de plantearse un posible tratamiento realizar un control del perfil lipídico que incluya triglicéridos, colesterol total, LDL y HDL e incluso apolipoproteína B100 en caso de sospechar un componente familiar. Se debe realizar un manejo integral en el que se modifique el estilo de vida como ejercicio regular, dieta bajas en grasas e incluso iniciar tratamiento hipolipemiente, aunque este último tenga un papel limitado en el tratamiento del xantelasma^{1, 10, 11}.

Se han descrito varias técnicas para su eliminación, desde la escisión quirúrgica, el láser de CO2 o argón, el PLEXR y los peelings, siendo el más utilizado el ácido tricloroacético en diferentes concentraciones. Las recurrencias dependen del tipo de tratamiento realizado y de la profundidad del xantelasma. Se han descrito recurrencias del 40% tras una escisión quirúrgica primaria, 60% tras una escisión secundaria, y 80% si los cuatro párpados están comprometidos⁸. A continuación se describen las diferentes terapias utilizadas para el tratamiento del xantelasma con sus ventajas y desventajas:

Resección quirúrgica: Ha sido durante décadas el tratamiento de elección, sin embargo está contraindicado en casos de hiperlipoproteinemia familiar conocida, si afecta los cuatro párpados o en casos de más de una recurrencia. El método consiste en la exéresis cutánea de espesor completo con resección muscular. Se puede realizar escisión simple o asociarla a blefaroplastia y epicanthoplastia medial en lesiones grado I y II, en casos más avanzados puede ser necesario realizar flaps o injertos cutáneos. Su desventaja es la necesidad de anestesia local o sistémica, la aparición de cicatriz, la necesidad de injerto cutáneo y la posible aparición de ectropión cicatricial^{1, 8, 11, 12, 13, 14}.

Láser: El láser destruye las células espumosas perivasculares por la energía calórica que genera coagulación de los vasos sanguíneos, por lo que además previene la recurrencia al impedir de nuevo el paso de lípidos a los tejidos^{8, 15}.

Las posibles complicaciones incluyen eritema persistente, despigmentación superficial, cicatrices, quemaduras severas, ectropión transitorio o permanente, y lesión del globo ocular si no hay protección adecuada. Entre las ventajas encontramos que tiene mejor aceptación al prescindir de cirugía, mínima pérdida tisular, buen resultado cosmético y funcional, posibilidad de repetir en nuevos tratamientos y fácil de realizar con resultados rápidos. Como desventaja podemos resaltar el coste, los resultados impredecibles y la ausencia de muestra para estudio histopatológico⁸.

Se han utilizado varios tipos de láser con diversos resultados. Inicialmente se ha reportado el uso de luz de xenón, pero es un procedimiento complicado que requiere múltiples sesiones⁸. Los láser de dióxido de carbono y de argón tienen un buen resultado pero con alto riesgo de cicatriz, cambios pigmentarios y una alta tasa de recurrencia al año del procedimiento, especialmente con el láser de argón. El dióxido de carbono produce una mejor hemostasia y es más efectivo para lesiones más profundas^{16, 17}. El Er:YAG y el Q-switched Nd:YAG son menos eficaces y producen mayor edema, sangrado y costra^{18, 19, 20}.

Tecnología plasma: Es un dispositivo microquirúrgico manual que utiliza la diferencia de voltaje entre la piel tratada y el terminal, generando una diferencia eléctrica o arco voltaico que se traduce en calor, lo que causa una sublimación de la capa superficial de la piel sin transmisión a los tejidos adyacentes, preservando las capas inferiores y minimizando los daños potencialmente permanentes de los láseres convencionales. En estudios histológicos se ha demostrado que una vez se realiza el tratamiento hay pérdida de la epidermis por corneocitolisis sin afectar la membrana basal^{2, 21, 22}. En xantelasma se ha descrito uso con un anestésico en crema, con buenos resultados y sin necesidad de cirugía, sin embargo hay riesgo de discromias².

Radiofrecuencia: Es una técnica fácil, rápida, segura, económica y efectiva. La energía térmica induce una agitación iónica con vaporización tisular que conlleva a cambios fibróticos y reducción del volumen del tejido tras el periodo normal de cicatrización. Esta técnica trata las lesiones con un mínimo impacto en el tejido adyacente, por lo que es apropiado usarla en áreas delicadas como los párpados. Como efectos inmediatos y transitorios hay edema, eritema, dolor, prurito y quemazón. Las complicaciones son raras pero se han descrito alteraciones pigmentarias y ectropión^{8, 23}.

Ácido tricloroacético: Es una técnica asequible, barata, rápida y simple. Dependiendo del tipo de lesión varía la concentración a la cual se debe usar el TCA: si la lesión es papulonodular se necesitan concentraciones del 100%, para placas planas entre el 70 y el 100%, y en caso de lesiones maculares suele ser suficiente con concentraciones del 50%. Sin embargo, es difícil controlar la profundidad de la penetración tisular, por lo que el efecto terapéutico puede no ser satisfactorio. El efecto secundario más común es la hipopigmentación, pero también hiperpigmentación, irritación, dolor, cicatriz y atrofia^{8, 24, 25, 26}.

Criocirugía: Este procedimiento es seguro, efectivo, estéticamente aceptable y, aunque relativamente doloroso, tiene pocas complicaciones. Requiere múltiples sesiones con riesgo de hiperpigmentación postinflamatoria²⁷.

Sin lugar a duda hay múltiples opciones terapéuticas del xantelasma que han aparecido en las últimas décadas dada la creciente revolución tecnológica. Cada técnica tiene sus ventajas y desventajas, por lo que es importante conocer las diferentes opciones y, según la disponibilidad de éstas y de nuestra experiencia, ofrecer resultados realistas siendo sinceros con la expectativa del paciente. Sin embargo, hay algunas claves que pueden ayudarnos a elegir el tratamiento adecuado⁸:

Las lesiones limitadas a la dermis superficial, de menos de 5 mm, consistencia suave y de aparición menor de 1 año se benefician de láser, RF, TCA, plasma o crioterapia. En lesiones en dermis profunda y músculo, >5mm, consistencia dura y más de un año de evolución, especialmente si están asociadas a blefarocalasia, la mejor opción es la cirugía⁸.

Conclusiones

A nivel palpebral podemos encontrar diferentes tipos de lesiones menores, de las cuales la gran mayoría serán benignas. Sin embargo, debemos tener la sospecha de una lesión maligna o premaligna para derivar oportunamente para su tratamiento. Desde la medicina estética podemos encontrar diferentes técnicas que nos ayudarán a un enfoque terapéutico de las lesiones palpebrales, por lo que es importante tener conocimiento de cuáles son las diferentes lesiones que podemos encontrar y los procedimientos más oportunos para cada una de ellas.

Es importante además tener en cuenta que, si la lesión palpebral compromete el borde palpebral, es preferible derivar a un cirujano oftalmólogo para evitar complicaciones como la desestructuración o la malposición palpebral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bowling, B. Kanski Oftalmología Clínica. ELSEVIER. 8º edición.
2. Sotiris, TG et al. The gas ionization by plasma technology for noninvasive techniques in oculoplastic. *JOJ Ophthal.* 2017; 2(2)
3. Mueller JB, McStay CM. Ocular infection and inflammation. *Emergency Medicine Clinics of North America.* 2008; 26(1):57-72. [PubMed: 18249257]
4. Peralejo B, Beltrani V, Bielory L. Dermatologic and allergic conditions of the eyelid. *Immunology and Allergy Clinics of North America.* 2008; 28(1):137-68. [PubMed: 18282550]
5. Lindsley K, Nichols JJ, Dickersin K. Non-surgical interventions for acute internal hordeolum. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jan 9;1:CD007742. [PubMed: 28068454]
6. Wald ER. Periorbital and orbital infections. *Infectious Disease Clinics of North America.* 2004; 25(9):312-20.
7. Jonsson A, Sigisson N. Significance of xanthelasma palpebrarum in the normal population. *Lancet.* 1976;76:372.
8. Nair PA, Singhal R. Xanthelasma palpebrum – a brief review. *Clin Cosmet Invest Dermatol.* 2017 Dec 18;11:1-5. [PubMed: 29296091]
9. Gangopadhyay DN, Dey SK, Chandra M, Pal D, Chaudhary S. Serum lipid profile in xanthelasma. *Indian J Dermatol.* 1998;43:53-56.
10. Wang KY, Hsu KC, Liu WC, Yang KC, Chen LW. Relationship between xanthelasma palpebrum and hyperlipidemia. *Ann Plast Surg.* 2018 Feb;80(2S Suppl 1):S84-S86. [PubMed: 29424765]
11. Lee HY¹, Jin US, Minn KW, Park YO. Outcomes of surgical management of xanthelasma palpebrum. *Arch Plast Surg.* 2013 Jul;40(4):380-6. [PubMed: 23898435]
12. Mittelviefhaus H, Kreusser C, Bohringer D, Auw-Hädrich C. The underestimated depth of tissue invasion of xanthelasma: a histological study. *Klin Monbl Augenheilkd.* 2011;228(1):14-18.
13. Parkes ML, Waller TS. Xanthelasma palpebrarum ectropion. *Laryngo-scope.* 1994;1984:1238-1240
14. Eedy DJ. Treatment of xanthelasma by excision with secondary intention healing. *Clin Exp Dermatol.* 1996;21(4):273-275
15. Abdelkader M, Alashry SE. Argon laser versus erbium: YAG laser in the treatment of xanthelasma palpebrarum. *Saudi J Ophthalmol.* 2015;29(2):116-120.
16. Hintschich C. Argon laser coagulation von Xanthelasma [Argon laser coagulation of xanthelasma]. *Ophthalmologe.* 1995;92:885-891. German
17. Borelli C, Kaudewitz P. Xanthelasma palpebrarum: treatment with the erbium: YAG laser. *Lasers Surg Med.* 2001;29(3):260-264.
18. Fusade T. Treatment of xanthelasma palpebrarum by 1064-nm Q-switched Nd: YAG laser: a study of 11 cases. *Br J Dermatol.* 2008;158(1): 84-87.

19. Karsai S, Czarnecka A, Raulin C. Treatment of xanthelasma palpebrarum using a pulsed dye laser: a prospective clinical trial in 38 cases. *Dermatol Surg.* 2010;36(5):610–617.
20. Karsai S, Schmitt L, Raulin C. Is Q-switched neodymium-doped yttrium aluminum garnet laser an effective approach to treat xanthelasma palpebrarum? Results from a clinical study of 76 cases. *Dermatol Surg.* 2009;35(12):1962–1969.
21. Scarano A, Sinjari B, Carinci F. Skin lesions induced from the radiosurgical unit and voltaic dermoabrasion: a rabbit model. *European Journal of Inflammation* Vol. 9, no. 3 (S), 89-94 (2011)
22. Tsioumas S, Vlachodimitropoulos D, Goutas N. Clinical and histological presentation after Plexr application, needle shaping (vibrance) and O.F.F. Pinnacle Medicine & Medical sciences Vol. 2 (3), 2015
23. Mehmet Akdag. The effects of radiofrequency in xanthelasma of eyelid: case report. *J Int Dent Med Res.* 2013;6:128–131.
24. Haque MU, Ramesh V. Evaluation of three different strengths of trichloroacetic acid in xanthelasma palpebrarum. *J Dermatol Treat.* 2006;17(1):48–50.
25. Akhyani M, Daneshpazhooh M, Jafari AK, Naraghi ZS, Farahami F, Toosi S. Koebner phenomenon in xanthelasma after treatment with trichloroacetic acid. *Dermatol Online J.* 2006;12(2):12.
26. Haque MU, Ramesh V. Evaluation of three different strengths of trichloroacetic acid in xanthelasma palpebrarum. *J Dermatol Treat.* 2006;17(1):48-50.
27. Dewan SP, Kaur A, Gupta RK. Effectiveness of cryosurgery in xanthelasma palpebrarum. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 1995;61(1):4–7.
28. IMAGEN 1: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Stye02.jpg>
29. IMAGEN 2: www.theeyeppractice.com.au/optometrist-sydney/chalazion-the-red-lump-eye-disease

Reacciones adversas oftalmológicas asociadas al uso de materiales de relleno



Dr. Ignacio Tapias

Responsable de Cirugía Oculoplástica y Reconstructiva en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (Madrid)

Introducción

1. Uso de materiales de relleno en la región periorbitaria. Esta zona es susceptible a ser tratada con materiales de relleno para corregir inestetismos; o para tratar patologías y complicaciones oftalmológicas como las malposiciones palpebrales, ya sean retracciones o lagofthalmos, así como el enoftalmos en el contexto del síndrome anoftálmico.

2. Características particulares. La región periocular presenta todos los signos de envejecimiento de otras regiones faciales como la flacidez, la laxitud o la redistribución grasa. Además la piel de los párpados es especialmente fina y está muy expuesta, sobre todo la del párpado inferior, por lo que aparecen precozmente signos de fotoenvejecimiento.

Tiene una característica especial, que es la presencia del globo ocular junto a los anejos oculares. Finalmente otra de las características particulares es su intensa vascularización. Es la zona donde se producen las anastomosis de las ramas arteriales derivadas del sistema de la carótida interna vía la arteria oftálmica, y las ramas derivadas de los diferentes sistemas de la carótida externa.

3. Reacciones adversas secundarias al uso de materiales de relleno que afectan a la región periocular:

a) En primer lugar se pueden producir asimetrías por hiper o hipocorrecciones

b) Además, al inyectar cualquier material de relleno en la región periorbitaria, puede darse cualquiera de las reacciones adversas descritas en todas las regiones faciales

a) Reacciones inmediatas (en las 72 horas después de la inyección)

- Eritema transitorio
- Edema transitorio
- Induración transitoria
- Prurito transitorio
- Reacción alérgica a anestésicos (Lidocaina incorporada al relleno)

b) Reacciones subagudas

- Infecciones
- Cambios de coloración (blaqueamiento, color azulado)
- Síntomas locales persistentes (reacciones de hipersensibilidad):
 - Eritema
 - Edema
 - Prurito
 - Induración
 - Hiperpigmentación
 - Necrosis local
 - Reactivación de herpes
 - Infecciones locales

c) Reacciones tardías

d) Formaciones granulomatosas

e) Ulceraciones

f) Migraciones

g) Abscesos

c) Las reacciones adversas isquémicas tienen la particularidad de que pueden afectar:

- A nivel cutáneo como en cualquier otra región (síndrome de Nicolau), sobre todo en zonas con escasas colaterales

- Pero además pueden afectar a estructuras intraorbitarias como el globo ocular o los músculos intraoculares, o incluso a nivel cerebral habiéndose descrito casos de muerte

Estas reacciones adversas se pueden producir tras la administración de rellenos en cualquier región facial alejada de la periórbita; o tras la inyección de otros materiales, como son el PRP o los corticoides

d) Por último se han descrito complicaciones intraoculares anecdóticas, como es la introducción intraocular accidental de ácido hialurónico en la cámara anterior

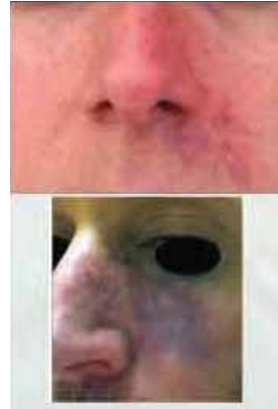
4. Reacciones adversas isquémicas con necrosis cutánea. No son muy frecuentes, pero tampoco son raras. Se estima una incidencia de 3 por cada 1.000 inyecciones. De hecho la FDA dedica íntegramente a este tema una de las comunicaciones de seguridad del 2015. Además estamos ante un posible sesgo de publicación.

Síndrome de Nicolau. Está descrito en cualquier zona corporal y con inyecciones de diferentes sustancias o fármacos. La sucesión temporal de los signos y síntomas es la clave para el diagnóstico, ya que los signos aislados no son específicos:

- El dolor aparece en los primeros instantes
- En el primer minuto aparece la palidez o fase blanching
- Le sigue la fase de livedo reticularis durante unos minutos
- La fase azul se produce por acúmulo de sangre desoxigenada antes de la primera hora y puede confundirse con un hematoma.
- Después de varias horas comienza la fase de demarcación, apareciendo ya un margen hiperémico con ampollas después de tres días y necrosis franca a los seis días
- Finalmente, al cabo de unos días, aparece la fase de remodelación y reparación, que durará semanas.



DeLorenzi C. Complications of injectable fillers, part 2: vascular complications. *Aesthet Surg J.* 2014



Periorbital Injectables: Understanding and Avoiding Complications. Hwang CJ. *J Cutan Aesthet Surg.* 2016 Apr-Jun;9(2):73-9.



Management and prevention of adverse events in esthetic interventions]. Hartmann D, Heppt M, Gauglitz GG. *Hautarzt.* 2015 Oct;66(10):764-71. Review. German.



Choroidal vascular occlusion in a young male patient with sickle cell trait. Kotoula M, Papageorgiou E, Xanthou F, Kalampalikis S, Androudi S, Tsironi EE. *Int J Ophthalmol.* 2018 Mar 18;11(3):528-532.

5. Reacciones adversas con afectación oftalmológica. Las primeras publicaciones de casos de ceguera por embolismo fueron con la inyección de corticoides en 1962. El primer caso asociado a relleno no se publicó hasta 1988. Posteriormente se han ido publicando series de casos con mayor o menor nivel de evidencia científica hasta que en 2015 el grupo de Belezny realizó una revisión sistemática de casos hasta 2015.

Describe 98 casos publicados por diferentes especialistas (dermatólogos, oftalmólogos, cirujanos plásticos o médicos estéticos entre otros) de diferente origen, destacando Corea (n=58) y China (n=13). La mayoría se han publicado en los últimos cinco años, por lo que la incidencia está claramente en aumento.

Respecto a los materiales empleados, lo más frecuente es la asociación con grasa autóloga (47,9%), seguido de ácido hialurónico (23,5%), pero se describen con todo tipo de materiales de relleno.

Las zonas de inyección más frecuentemente asociadas con la afectación de la agudeza visual fueron la glabella (38,8%), frente (12,2%), región nasal (25,5%) y pliegues nasolabiales (13,3%)

Otras localizaciones de inyección fueron: fosa temporal, periocular, mejilla, párpados, labios y mentón.

Los síntomas y signos más frecuentes fueron la alteración de la visión con pérdida de agudeza visual y campo visual, el dolor ocular agudo, las alteraciones de la motilidad ocular intrínseca y extrínseca con exotropía, la ptosis, las náuseas y vómitos y la necrosis cutánea. Cabe destacar que en 23 de los 98 casos se asociaron alteraciones cerebrales clínicas y radiológicas, llegando a producirse la muerte de una de las pacientes. Las complicaciones más graves se asociaron más frecuentemente al empleo de grasa autóloga.

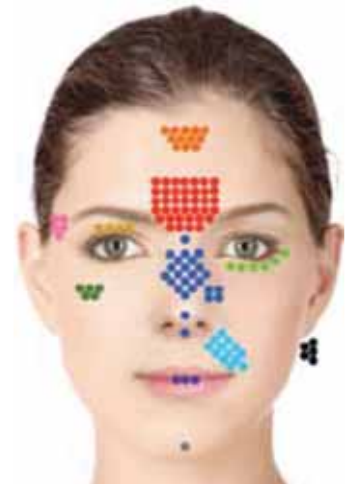
Objetivo

Revisión y actualización en el manejo de los fenómenos isquémicos y sus consecuencias cutáneas y oftalmológicas asociados al uso de fillers en medicina estética: fisiopatología y mecanismos de prevención; así como protocolos de tratamiento.

Material y métodos

- Complicaciones locales cutáneas: revisión clínica crítica no sistemática de la literatura, centrada en los últimos tres años (2014-2017) Pubmed (MEDLINE), Cochrane .

- Complicaciones oftalmológicas: revisión clínica sistemática de la literatura entre febrero de 2015 y abril de 2017 Pubmed (MEDLINE)



Avoiding and Treating Blindness From Fillers: A Review of the World Literature. Belezny K, Carruthers JD, Humphrey S, Jones D. *Dermatol Surg.* 2015 Oct;41(10):1097-117. Review

Cadena booleana: *(soft tissue augmentation OR filler OR injectable) AND (blindness OR ophthalmoplegia OR vision impairment OR retinal artery occlusion OR ophthalmic artery occlusion OR ciliary artery occlusion) NOT (ranibizumab OR anti-VEGF OR retinal gene therapy OR retinal degeneration OR contraceptive OR vaginismus OR age related macular degeneration OR diabetic macular oedema).*

Se obtienen 146 citaciones: 22 en 2017, 49 en 2016 y 75 en 2015, que se componen de artículos relacionados y revisión de referencias (artículos adicionales). Idiomas: inglés, alemán, francés o español.

No hay ningún trabajo prospectivo o con un nivel de evidencia superior al 4 o C: series de casos, case reports, opinión de expertos, revisiones de series de casos o investigación básica.

Discusión

1. Mecanismos fisiopatológicos. El único mecanismo que explica la isquemia ocular es la inyección intraarterial de material de relleno. Se produce una migración de forma retrógrada durante la inyección que cesa cuando se deja de hacer presión. En ese momento se reinstaurará la circulación arterial normal y el material de relleno migrará anterógradamente por las diferentes ramas arteriales, hasta que su tamaño sea lo suficientemente grande para ocluir el vaso. El relleno migrará por tanto por la arteria oftálmica en sentido retrógrado, pudiendo llegar incluso a la cerebral media y a continuación migrará anterógradamente ocluyendo las diferentes ramas.

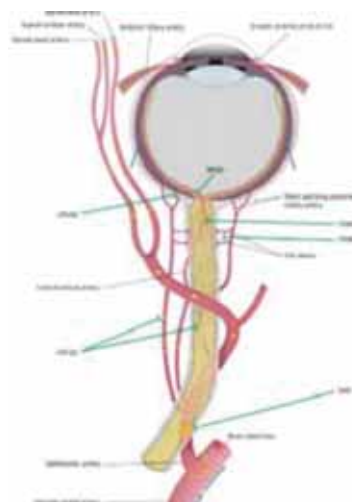
La clínica dependerá de las arterias obstruidas:

- Afectación del sistema nervioso central si se obstruyen ramas de la cerebral media
- Afectación de la visión (agudeza, campo visual o visión de los colores):
 - Por isquemia retiniana si se afecta la arteria central de la retina o sus ramas
 - Por isquemia del nervio óptico o de la coroides si se afectan las ramas ciliares posteriores
 - Por isquemia del polo anterior si se afectan las ciliares posteriores largas
 - Por isquemia de nervio óptico si se afectan los pequeños vasos que lo irrigan
- Alteración de la motilidad ocular si se afectan las ramas musculares
- Necrosis cutánea y palpebral si se afectan ramas terminales cutáneas
- Isquemia de todas las estructuras oculares si se obstruye la arteria oftálmica

Se describen patrones difusos en la arteria oftálmica, la arteria central de la retina y las arterias ciliares posteriores, con obstrucción generalizada. Y patrones localizados en la rama de arteria central de la retina, la obstrucción parcial de las ciliares posteriores y en la neuropatía óptica isquémica posterior.

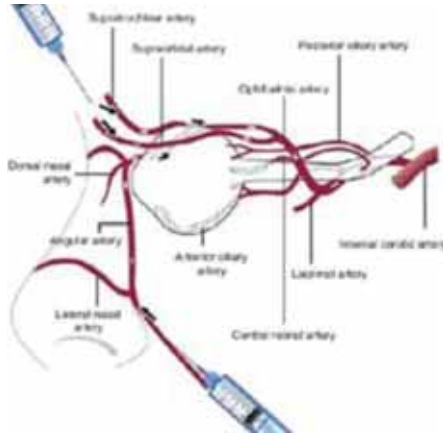


A case report of ophthalmic artery emboli secondary to Calcium Hydroxylapatite filler injection for nose augmentation- long-term outcome. Cohen E, Yatziv Y, Leibovitch I, Kesler A, Cnaan RB, Klein A, Goldenberg D, Habet-Wilner Z. BMC Ophthalmol. 2016 Jul 8;16:98

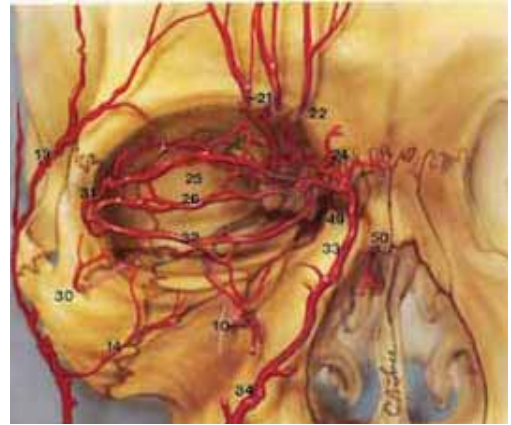


Park KH, Kim YK, Woo SJ, et al. Iatrogenic occlusion of the ophthalmic artery after cosmetic facial filler injections: a national survey by the Korean Retina Society. JAMA Ophthalmol. 2014; 132: 714– 23

La existencia de anastomosis entre las ramas terminales dependientes de la carótida externa (temporal superficial -ramas frontales, transversa de la cara, rama cigomáticoorbitaria-, maxilar -infraorbitaria- y facial -angular-), con ramas terminales de la arteria oftálmica (cigomáticofacial, cigomáticotemporal, supraorbitaria, supratrocLEAR, dorsal nasal) explica la aparición de estas complicaciones cuando se inyectan los materiales de relleno en lugares más alejados de la región facial.



Prevention and management of vision loss relating to facial filler injections. Loh KT, Chua JJ, Lee HM, Lim JT, Chuah G, Yim B, Puah BK. Singapore Med J. 2016 Aug;57(8):438-43



Surgical Anatomy of the Orbit. Barry MZ. Glenn WJ Raven Press

En cuanto a las necrosis cutáneas, el mecanismo es la inyección accidental intraarterial de material de relleno pero más frecuentemente con recorrido anterógrado. Además el mecanismo por compresión externa podría contribuir en casos de abundante material de relleno en regiones con escasa distensión y poca vascularización colateral, como es la nariz.

2. Prevención. A pesar de los diferentes tratamientos propuestos, el pronóstico de las complicaciones isquémicas oculares no es bueno, por lo que la prevención es el aspecto más importante.

Conocimiento de la anatomía: el principal de todos los mecanismos de prevención propuestos con el mayor nivel de evidencia y el mayor consenso en la literatura. Hay que conocer la anatomía vascular de cada una de las regiones faciales. Las regiones más peligrosas son la glabellar, la nasal y la frontal.

Glabela: evitar la arteria supraorbitaria en la escotadura supraorbitaria (a nivel de la línea vertical que pasa por el limbo esclerocorneal y que conecta a su vez con el paquete infraorbitario y el mentoniano) y la supratrocLEAR (más medialmente, superior a la tróclea a nivel de línea vertical que pasa por el canto interno palpebral). Hay muy poca variabilidad en cuanto a su localización y profundidad, siendo siempre profundas a nivel de la glabella para superficializarse en su ascenso por la frente.

Frente: rama de la supraorbitaria, la supratrocLEAR asciende superficialmente a partir de 2 cm del reborde orbitario llegando a anastomosarse lateralmente con ramas de la temporal superficial. Deberá hacerse una inyección profunda.

Nariz: evitar la arteria dorsal nasal y la lateral, que irrigan el dorso y la punta de la nariz y se anastomosan (uniendo el sistema de la carótida interna y de la carótida externa) en una rica red vascular a nivel del SMAS o superficial a él. Inyección profunda. Es una zona poco distensible, hay que poner poca cantidad.

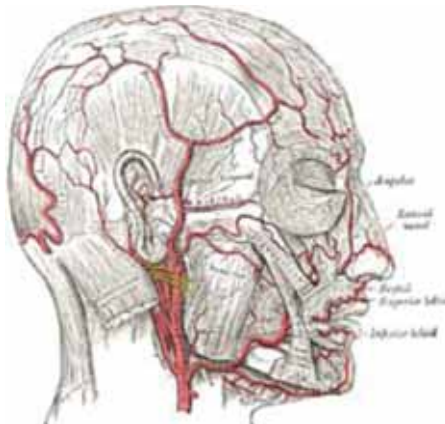
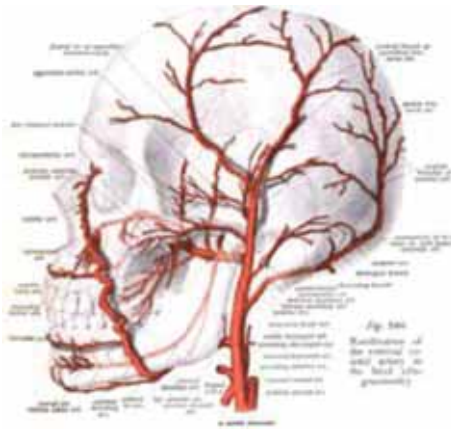
Pliegue nasolabial: evitar la arteria facial y sus ramas, localizadas en plano subcutáneo aunque gran variabilidad. Relleno dérmico o en plano profundo.

Región infraorbitaria: evitar la arteria infraorbitaria localizada a 8-10mm del reborde orbitario en la misma línea vertical del limbo esclerocorneal. En el temporal evitar otras ramas como la cigomáticofacial (procedente de la oftálmica) y la transversa de la cara que se origina desde la temporal superficial y es inferior al arco cigomático. Pinchar profundo para voluminizaciones.

Región temporal: evitar la temporal superficial que asciende a nivel de la fascia temporal superficial, y su rama cigomáticoorbitaria entre las dos fascias temporales a nivel del arco cigomático. La temporal profunda media (rama de la maxilar) que se hace profunda para atravesar la fascia temporal profunda y la arteria cigomáticotemporal (rama de la oftálmica) cerca del reborde orbitario temporal. También hay que evitar la vena temporal media en relación con la porción superior del arco cigomático. Depósito profundo para voluminizar con un margen de seguridad superior al arco cigomático.

Párpados: rica red vascular con anastomosis de diferentes ramas. Extremar la precaución.

Labios: evitar las arterias labiales en el espesor del músculo o entre músculo-mucosa depositando el relleno en un plano más superficial. También evitar la facial a nivel de las comisuras.



DeLorenzi C. Complications of injectable fillers, part 2: vascular complications. *Aesthet Surg J.* 2014

Material: se han descrito reacciones isquémicas con todos los materiales de relleno utilizados, pero la naturaleza de los mismos bien por su tamaño o por su capacidad trombogénica o inflamatoria puede aumentar el riesgo de producir un evento isquémico, como la grasa autóloga.

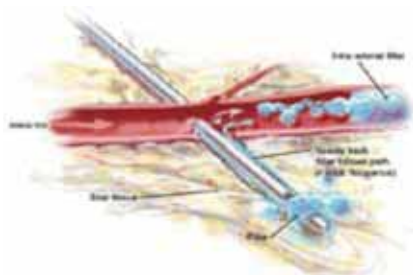
Volumen: la recomendación actual en la práctica clínica es usar una dosis máxima de 0,1 ml de relleno por inyección en cualquier área de la cara, y luego mover la punta de la aguja ligeramente antes de inyectar otro volumen similar.

Aspiración: no hay consenso, con estudios contradictorios.

Presión de inyección: el relleno debe ser inyectado a baja presión para evitar que se desplace a zonas indeseables. Para un mayor control de la inyección se recomienda hacerlo despacio y utilizando jeringas pequeñas de 1cc.

Asociar vasoconstrictor: podría evitar la probabilidad de una inyección intraarterial sin clara evidencia.

Fibrosis, cicatrices y rellenos previos: hay consenso en cuanto a un mayor riesgo. Por un lado, por la falta de distensión de los tejidos y la fijación de los vasos y por otro, por el mayor riesgo de crear canales intravasculares si se atraviesa un vaso arterial.



DeLorenzi C. New High Dose Pulsed Hyaluronidase Protocol for Hyaluronic Acid Filler Vascular Adverse Events. *Aesthet Surg J.* 2017

Cánulas: se han descrito casos, pero se podría disminuir el riesgo. No hay consenso en cuanto a la dirección con estudios contradictorios sobre si es mejor la entrada paralela al vaso o perpendicular. Deben evitarse las de pequeño calibre y deben ser de punta roma.

Agujas: no hay consenso en cuanto al tamaño de aguja ni en la dirección del pinchazo. Las de menor tamaño tienen más riesgo de atravesar en pequeño vaso pero las repercusiones serán menores. Las inyecciones perpendiculares tienen más riesgo de atravesar el vaso pero menor de quedarse en la luz del mismo.

Vigilancia: consenso en la importancia de que el médico sea consciente y vigile en todo momento la aparición y la secuencia de los signos y síntomas de insuficiencia vascular cutánea durante la inyección, recordando que los síntomas subjetivos como el dolor pueden estar enmascarados por el uso de anestésicos y las alteraciones en la piel pueden no ser específicas por el uso de vasoconstrictores. Los signos y síntomas oculares más frecuentes son el dolor ocular agudo en el momento de la inyección junto a la pérdida de agudeza visual acompañada de náuseas y vómitos.

3. Tratamiento de las necrosis cutáneas. No existe un consenso en cuanto al tratamiento a seguir ante un caso de complicación isquémica cutánea tras la inyección de material de relleno, a pesar de que se proponen protocolos. El nivel de evidencia y rigor científico de las publicaciones revisadas es escaso.

Sí hay consenso en la importancia del **diagnóstico precoz**, observando los síntomas de la llamada “embolia cutis medicamentosa” y su desarrollo en el tiempo. Ante la sospecha de un evento isquémico, se debe comenzar el tratamiento antes de las primeras 24 horas para evitar complicaciones.

Hialuronidasa. El tratamiento incluye la administración de hialuronidasa en el caso de necrosis por ácido hialurónico, acompañado o no de otros tratamientos adyuvantes. Es tan eficaz que en algunos de los protocolos descritos más recientes prescinden del uso de otros tratamientos adyuvantes. No se ha encontrado protocolos con celulasa.

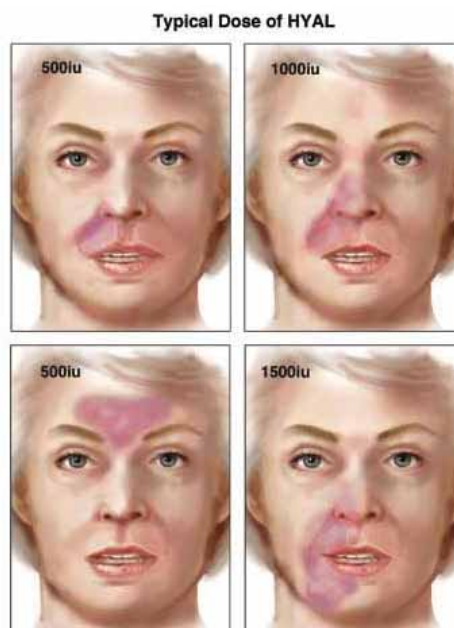
Es una enzima que depolimeriza el ácido hialurónico (AH) formado por polímeros de disacáridos (ácido Dglucurónico- N acetil Dglucosamina). La legislación en España define su utilización como tratamiento de las complicaciones de los rellenos con ácido hialurónico (efecto antiestético, efecto tyndall, isquemias urgentes, granulomas o edema por compresión), como off-label, permitido siempre y cuando busque el bienestar del paciente y se respeten su autonomía y sus intereses. Se obtiene con formulación magistral.

Tiene una vida media de 2,1+ - 0,2 minutos en la administración intravenosa por inactivación renal y hepática. Se postula que en la inyección dérmica el efecto cesa por la inactivación, por la dilución con los líquidos inflamatorios y por la difusión. La única complicación es la reacción alérgica con una incidencia de 1 por cada 2.000, siendo la mayoría de los casos reacciones locales. Se aconseja precaución en los pacientes con alergia al veneno de los himenópteros ya que el componente alérgico puede ser la hialuronidasa.

No hay consenso sobre la forma de administración de la hialuronidasa en las necrosis cutáneas, pero sí en cuanto a su administración local en lugar de intraarterial. El objetivo es inundar todo el tejido para que degrade los émbolos intravasculares atravesando la pared del vaso.

La tendencia en las publicaciones más recientes es administrar altas dosis, que consigan una adecuada concentración de hialuronidasa que atraviese la pared vascular. Hay que asegurarse de evitar la subdosificación, consiguiendo inundar todo el volumen de tejido isquémico con una concentración suficiente. Esta concentración debe permanecer el tiempo adecuado para ir dividiendo el hialurónico en fragmentos lo suficientemente pequeños para que puedan circular a través de los capilares y se solucione la isquemia. Los protocolos recientes aconsejan reevaluar clínicamente cada hora y administrar una nueva dosis de hialuronidasa de forma horaria, siendo anecdóticas las propuestas de la administración diaria.

Los dos protocolos recientes más completos difieren en cuanto a la dosis. El grupo de expertos de Cohen et al propone 200UI como mínimo cada 3-4 cm, sin especificar la concentración (emplean Vitrasa que se presenta con una concentración de 200UI/ml pero no contraindican su dilución). El grupo de Canadá con de DeLorenzi et al emplea hialuronidasa ovina a 150 UI /ml sin dilución y proponen dosificarla según la extensión de la isquemia cutánea, utilizando 450 UI -500UI por cada región. Describen unos resultados excelentes con recuperación total a los tres días sin necrosis, y por tanto sin cicatrices ni pigmentaciones residuales aún iniciándose el tratamiento después de 24-28 horas. Se ha demostrado que la dosis final también dependerá del tipo de ácido hialurónico empleado y su grado de reticulación.



DeLorenzi C. New High Dose Pulsed Hyaluronidase Protocol for Hyaluronic Acid Filler Vascular Adverse Events. Aesthet Surg J. 2017



Treatment of Hyaluronic Acid Filler-Induced Impending Necrosis With Hyaluronidase: Consensus Recommendations. Cohen JL, Biesman BS, Dayan SH, DeLorenzi C, Lambros VS, Nestor MS, Sadick N, Sykes J. *Aesthet Surg J.* 2015 Sep;35(7):844-9

Prueba de sensibilidad previa: hay consenso en todos los protocolos propuestos en no realizar la prueba de sensibilidad previa en estos casos de urgencia, pero sí es obligatorio que la consulta del médico estético disponga de todo el material necesario para tratar una reacción anafiláctica.

Dilución: sigue siendo controvertido el uso de lidocaína (para vasodilatar) y sobre todo de suero, ya que las concentraciones van a variar.

Si hay consenso en que es imprescindible que todo médico que realice tratamientos de relleno con ácido hialurónico disponga en su consulta de hialuronidasa. Preferiblemente sin el conservante tiomersal, ya que puede ser responsable de alergias

Tratamientos adyuvantes. En el caso de los otros materiales de relleno, únicamente se emplean tratamientos adyuvantes que incluyen medidas generales como el masaje local, la aplicación de compresas de agua caliente durante 5-10 minutos cada 30-60 minutos, la anticoagulación o antiagregación, o los masajes con nitroglicerina tópica para vasodilatar. Esta última medida es controvertida y no hay consenso entre las diferentes publicaciones, por su mala tolerancia y la posibilidad de empeoramiento clínico por migración del émbolo.

Otras medidas terapéuticas descritas sin evidencia clínica son el oxígeno hiperbárico, la infusión intravenosa de prostaglandina E1, la oxigenoterapia o el sildenafil. Finalmente, es de vital importancia los cuidados de la piel, empleando pomadas antibióticas para hidratar y prevenir la sobreinfección y desbridando los tejidos necróticos.

4. Tratamiento de la isquemia ocular. Existen múltiples publicaciones de revisión que sugieren protocolos de actuación o que describen su propio protocolo a partir de un caso clínico. Los tratamientos propuestos no tienen una evidencia científica constatada y no existe un protocolo uniforme. Se considera una emergencia, ya que los efectos secundarios a la hipoxia retiniana mantenida más de 90 minutos son irreversibles.

Es prioritario reconocer los signos y síntomas para establecer un diagnóstico inmediato. Una vez diagnosticado, es obligatorio dejar de inyectar y trasladar lo antes posible al paciente a un centro donde un oftalmólogo familiarizado con el tema pueda hacer un tratamiento rápido. Es aconsejable acompañar al paciente o en su lugar aportar un informe detallado con el tipo de material, la localización y la hora exacta de la inyección.

El médico estético comenzará a administrar las primeras medidas que incluyen el tratamiento de la isquemia cutánea si la hubiera, la administración de antiagregantes orales y la aplicación de masaje digital cada 5 minutos para tratar de disminuir la presión intraocular. Se realiza una presión suficiente para indentar el globo 2-3mm con el párpado cerrado y el paciente en decúbito supino durante 5-15 segundos, y a continuación se suelta.

En el caso de ácido hialurónico, es prioritaria la administración de hialuronidasa. No está claro el protocolo a seguir en cuanto a la vía de administración o a la dosis, por la falta de evidencia científica con un número muy escaso de casos publicados y resultados contradictorios.

Administración retrobulbar: para conseguir una penetración en la arteria oftálmica y sus ramas intraorbitarias, incluidas las ciliares posteriores y la arteria central de la retina excepto su trayecto intraocular. No se ha demostrado que la hialuronidasa atraviese la esclera. Se cita en todos los protocolos aunque la evidencia es mínima. Únicamente se han publicado tres trabajos con un total de seis pacientes. Los resultados de la serie más grande de cuatro pacientes no son alentadores, consiguiéndose la recanalización parcial de dos. Los tratamientos se instauraron tardíamente y a dosis variables.



Prevention and management of vision loss relating to facial filler injections Loh KT, Chua JJ, Lee HM, Lim JT, Chuah G, Yim B, Pua BK. *Singapore Med J.* 2016 Aug;57(8):438-43

Existe una nueva publicación controvertida reciente, donde se consigue recuperar la agudeza visual realizando un tratamiento local a nivel de la arteria infraorbitaria y el complejo supratroclear-supraorbitario seguido de una inyección retrobulbar, pero no aporta ningún dato de exploración oftalmológica previa al tratamiento, basando únicamente el diagnóstico en los síntomas subjetivos de pérdida de agudeza visual por parte de la paciente al inyectarle ácido hialurónico en la ojera.

Quedan por definir las dosis y la forma de administración, se sugiere una posible administración horaria a grandes dosis, como en los casos de isquemia localizada. La inyección se realiza por la piel y la localización es en la unión del tercio medio con el tercio externo del párpado inferior, a la altura del reborde orbitario (posición con menos estructuras vasculo nerviosas). Se utilizan agujas de 25 G con una longitud máxima de 31 mm, para no acercarnos al ápex orbitario donde la probabilidad de lesión del nervio óptico es mayor. Recomendamos extremar la precaución ante ojos con longitudes axiales altas de más de 25mm (miopes magnos con estafilomas posteriores). Con el paciente en decúbito supino, aconsejamos fijar la mirada en algún punto del techo para evitar que mueva el ojo. Comenzamos paralelos al suelo orbitario unos 15mm hasta superar el ecuador del globo ocular, para cambiar la dirección hacia medial y superior (hacia el ápex orbitario) para entrar en el espacio retrobulbar. El máximo volumen que se debería inyectar son 8 ml aspirando previamente.

Intravítrea: a pesar de que únicamente se plantea su uso en un trabajo, creemos que podría ser una alternativa en los casos de obstrucción de la arteria central de la retina o de sus ramas, ya que la inyección retrobulbar no tendría contacto con la arteria. La administración intravítrea de la hialuronidasa es un uso off-label ya conocido para las hemorragias vítreas.

Intrarterial mediante angiografía: es necesaria un equipo en un centro de referencia con un neurorradiólogo intervencionista, la serie de casos más grande es de cuatro, donde se consiguió una recanalización parcial de un solo paciente.

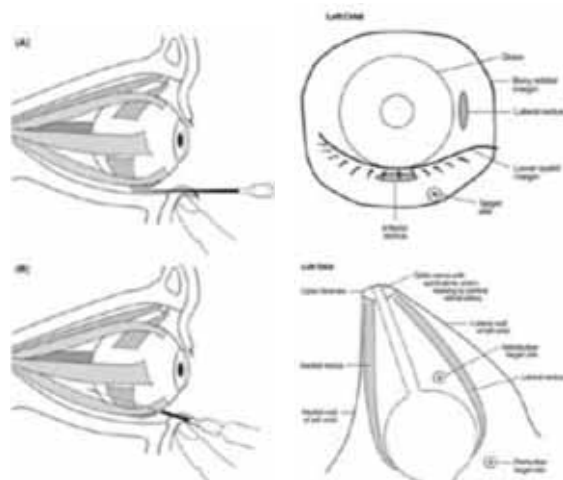
Otras: se han sugerido otras opciones como la inyección intraarterial de la arteria oftálmica previa disección orbitaria de la misma, algo totalmente desaconsejable por la premura de tiempo. También se ha propuesto la inyección peribulbar y la inyección intraarterial retrógrada a partir de las ramas supraorbitaria o supra troclear. Es totalmente improbable que la inyección de la vecindad pueda tener este efecto. Finalmente, estudios con animales de experimentación plantean un posible tratamiento con hialuronidasa más urokinasa intravenoso. Sería una posibilidad de tratamiento rápido y accesible para todos los médicos estéticos.

Una vez localizado el lugar de la obstrucción, se comienza con las medidas encaminadas a disminuir la presión ocular, que únicamente serán efectivas si la obstrucción es intraocular a nivel de la arteria central de la retina o sus ramas. Se pretende aumentar el flujo arteriolar y que los émbolos de la arteria central de la retina o sus ramas progresen de manera que el tejido retiniano isquémico sea menor.

Estas medidas incluyen los masajes digitales (ya iniciados en la consulta del médico estético) o con lente de contacto tipo Goldman durante 15 segundos cada 15 minutos La administración de medicación como hipotensores tópicos betabloqueantes que inhiben la secreción de humor acuoso, o también inhibidores de la anhidrasa carbónica o alfa agonistas.; acetazolamida 500mg oral o intravenosa o manitol iv al 20% en infusión lenta. La medida que más eficazmente disminuye la presión, y además de manera brusca, es la paracentesis de cámara anterior que deberá ser realizada por un oftalmólogo.

Las medidas de soporte sugeridas, a pesar de carecer de evidencia, son los corticoides orales o intravenosos para frenar la inflamación y el edema, los vasodilatadores (nitratos, Prostaglandina E1), los anticoagulantes, los neuroprotectores, la expansión de fluidos, antibióticos o la inhalación de carbogen (5% co2 mas o2). El tratamiento con oxígeno hiperbárico también está descrito, pero su uso actual es experimental y está limitado por la infraestructura requerida y el escaso tiempo disponible; se ha aplicado en dos casos con obstrucción de la arteria central de la retina sin ser efectivo. La fibrinólisis, si bien puede ser útil en el contexto de un tromboembolismo, en el caso de los materiales de relleno no es efectiva.

Es imprescindible realizar a todo paciente con afectación oftalmológica como complicación de la inyección de materiales de relleno, una exploración neurológica y una prueba de imagen que descarte una afectación del sistema nervioso central.



Retro or PeriBulbar Injection Techniques to Reverse Visual Loss After Filler Injections. Carruthers J, Fagien S, Dolman P. Dermatol Surg. 2015 Dec;41 Suppl 1:S354-7

Conclusiones

- La principal medida para evitar las complicaciones vasculares en el tratamiento estético con materiales de relleno y sus graves secuelas es un buen conocimiento de la anatomía y una buena técnica de inyección
- Es necesaria por tanto una formación adecuada de los profesionales que van ofrecer este tipo de tratamiento estético tanto teórica como práctica; así como una legislación estricta a la hora de otorgar las acreditaciones
- Todos los profesionales deben conocer y detectar precozmente estas complicaciones y estar preparados para administrar un tratamiento urgente. Deben disponer de hialuronidasa en la consulta y poder contactar de inmediato con un oftalmólogo que conozca la patología
- Los pacientes deben ser debidamente informados y debe quedar reflejado en el consentimiento informado
- Sería aconsejable una mayor difusión de los protocolos en la comunidad científica

BIBLIOGRAFÍA

Daniel Alcalá, Elena Martínez Guerra. Rellenos faciales: efectos adversos. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica* DCMQ36 Perla CoSMÉtiCa volumen 11 / Número 1 enero-marzo 2013 *dermatologíaCMQ*2013;11(1):36-4

Alcolea, J.M., Cornejo, P., Trelles, M.A. Perspectives on the use of soft tissue fillers from our experience. Part II *Cir.plást. iberolatinoam.*-Vol. 38 - Nº 1 Enero - Febrero - Marzo 2012 / Pag. 83-9

Haneke E. Managing Complications of Fillers: Rare and Not-So-Rare. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*. 2015;8(4):198-210. doi:10.4103/0974-2077.172191

An Overview of Vascular Adverse Events Associated With Facial Soft Tissue Fillers: Recognition, Prevention, and Treatment Elie M. Ferneini, DMD, MD, MHS, MBA,* and Antoine M. Ferneini, M

Rzany B, DeLorenzi C. Understanding, avoiding, and managing severe filler complications. *Plast Reconstr Surg*. 2015;136(5 Suppl):196S-203S.

Funt D, Pavicic T. Dermal fillers in aesthetics: An overview of adverse events and treatment approaches. *Plast Surg Nurs*. 2015;35:13-32.

Periorbital Injectables: Understanding and Avoiding Complications. Hwang CJ. *J Cutan Aesthet Surg*. 2016 Apr-Jun;9(2):73-9.

An Overview of Vascular Adverse Events Associated With Facial Soft Tissue Fillers: Recognition, Prevention, and Treatment Elie M. Ferneini, DMD, MD, MHS, MBA,* and Antoine M. Ferneini, M

Thaunat O, Thaler F, Loirat P, et al: Cerebral fat embolism induced by facial fat injection. *Plast Reconstr Surg* 113:2235, 2004

Kim EG, Eom TK, Kang SJ: Severe visual loss and cerebral infarction after injection of hyaluronic acid gel. *J Craniofac Surg* 25: 684, 2014

Ocular Pain and Impending Blindness During Facial Cosmetic Injections: Is Your Office Prepared? Prado G, Rodríguez-Feliz J. *Aesthetic Plast Surg*. 2017 Feb;41(1):199-203

Irreversible Blindness Following Periocular Autologous Platelet-Rich Plasma Skin Rejuvenation Treatment. Kalyam K, Kavoussi SC, Ehrlich M, Teng CC, Chadha N, Khodadadeh S, Liu J *Ophthalmol Plast Reconstr Surg*. 2017 May/June;33(3S Suppl 1):S12-S1

Temporary blindness after an anterior chamber cosmetic filler injection. Kim DY, Eom JS, Kim JY. *Aesthetic Plast Surg*. 2015 Jun;39(3):428-30

FDA Safety Communication. Unintentional injection of soft tissue filler into blood vessels in the face. 2015. Available at : <http://www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/ucm448255.htm>. Accessed May 28, 2015

Experience and Management of Intravascular Injection with Facial Fillers: Results of a Multinational Survey of Experienced Injectors. Goodman GJ, Roberts S, Callan P. *Aesthetic Plast Surg*. 2016 Aug;40(4):549-55. doi: 10.1007/s00266-016-0658-1. Epub 2016 Jun 10

Cohen JL. Understanding, avoiding, and managing dermal filler complications. *Dermatol Surg*. 2008;34(Suppl 1):S92-9.

Teimourian B. Blindness following fat injection. *Plast Reconstr Surg* 1988;82:361.

Lazzeri D, Agostini T, Figus M, et al. Blindness following cosmetic injections of the face. *Plast Reconstr Surg.* 2012; 129: 995–1012.

Park KH, Kim YK, Woo SJ, et al. Iatrogenic occlusion of the ophthalmic artery after cosmetic facial filler injections: a national survey by the Korean Retina Society. *JAMA Ophthalmol.* 2014; 132: 714– 23. [PubMed]

A Novel Hypothesis of Visual Loss Secondary to Cosmetic Facial Filler Injection. Li X, Du L, Lu JJ. *Ann Plast Surg.* 2015 Sep;75(3):258-60. doi: 10.1097/SAP.0000000000000572. Review. PMID:26207560

Complications of Fat Grafting: How They Occur and How to Find, Avoid, and Treat Them. Yoshimura K, Coleman SR. *Clin Plast Surg.* 2015 Jul;42(3):383-8, ix. doi: 10.1016/j.cps.2015.04.002. Epub 2015 May 16. Review. PMID:26116944

Avoiding and Treating Blindness From Fillers: A Review of the World Literature. Belezney K, Carruthers JD, Humphrey S, Jones D. *Dermatol Surg.* 2015 Oct;41(10):1097-117. Review

Avoiding and Treating Blindness From Fillers: A Review of the World Literature. Belezney K, Carruthers JD, Humphrey S, Jones D. *Dermatol Surg.* 2015 Oct;41(10):1097-117. Review

DeLorenzi C. New High Dose Pulsed Hyaluronidase Protocol for Hyaluronic Acid Filler Vascular Adverse Events. *Aesthet Surg J.* 2017

External Compression Versus Intravascular Injection: A Mechanistic Animal Model of Filler-Induced Tissue Ischemia.

Chang SH, Yousefi S, Qin J, Tarbet K, Dziennis S, Wang R, Chappell MC. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2016 Jul-Aug;32(4):261-6

DeLorenzi C. Complications of injectable fillers, part 2: vascular complications. *Aesthet Surg J.* 2014

McCleve DE, Goldstein JC. Blindness secondary to injections in the nose, mouth, and face: cause and prevention. *Ear Nose Throat J* 1994; 74:182–8.

Orbital Complication Following Calcium Hydroxylapatite Filler Injection. Dagi Glass LR, Choi CJ, Lee NG. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2017 May/Jun;33(3S Suppl 1):S16-S17 9

Verification of Embolic Channel Causing Blindness Following Filler Injection. Tansatit T, Moon HJ, Apinuntrum P, Phetudom T. *Aesthetic Plast Surg.* 2015 Feb;39(1):154-61.

Lazzeri D, Agostini T, Figus M, et al. Blindness following cosmetic injections of the face. *Plast Reconstr Surg.* 2012; 129: 995–1012.

A Novel Hypothesis of Visual Loss Secondary to Cosmetic Facial Filler Injection. Li X, Du L, Lu JJ. *Ann Plast Surg.* 2015 Sep;75(3):258-60. doi: 10.1097/SAP.0000000000000572. Review. PMID:26207560

Avoiding and Treating Blindness From Fillers: A Review of the World Literature. Belezney K, Carruthers JD, Humphrey S, Jones D. *Dermatol Surg.* 2015 Oct;41(10):1097-117. Review

DeLorenzi C. New High Dose Pulsed Hyaluronidase Protocol for Hyaluronic Acid Filler Vascular Adverse Events. *Aesthet Surg J.* 2017.

DeLorenzi C. Complications of injectable fillers, part 2: vascular complications. *Aesthet Surg J.* 2014 Prevention and management of vision loss relating to facial filler injections. Loh KT, Chua JJ, Lee HM, Lim JT, Chuah G, Yim B, Puah BK. *Singapore Med J.* 2016 Aug;57(8):438-43.

An Anatomical Analysis of the Supratrochlear Artery: Considerations in Facial Filler Injections and Preventing Vision Loss. Khan TT, Colon-Acevedo B, Mettu P, DeLorenzi C, Woodward JA. *Aesthet Surg J.* 2017 Feb;37(2):203-208.

A Dark Side of the Cannula Injections: How Arterial Wall Perforations and Emboli Occur. Tansatit T, Apinuntrum P, Phetudom T. *Aesthetic Plast Surg.* 2017 Feb;41(1):221-227

Experience and Management of Intravascular Injection with Facial Fillers: Results of a Multinational Survey of Experienced Injectors. Goodman GJ, Roberts S, Callan P. *Aesthetic Plast Surg.* 2016 Aug;40(4):549-55. doi: 10.1007/s00266-016-0658-1. Epub 2016 Jun 10

Funt D, Pavicic T. Dermal fillers in aesthetics: An overview of adverse events and treatment approaches. *Plast Surg Nurs.* 2015;35:13–32.

Periorbital Injectables: Understanding and Avoiding Complications. Hwang CJ. *J Cutan Aesthet Surg.* 2016 Apr-Jun;9(2):73-9.

Avoiding and Treating Blindness From Fillers: A Review of the World Literature. Belezney K, Carruthers JD, Humphrey S, Jones D. *Dermatol Surg.* 2015 Oct;41(10):1097-117. Review

DeLorenzi C. New High Dose Pulsed Hyaluronidase Protocol for Hyaluronic Acid Filler Vascular Adverse Events. *Aesthet Surg J*. 2017.

DeLorenzi C. Complications of injectable fillers, part 2: vascular complications. *Aesthet Surg J*. 2014

Prevention and management of vision loss relating to facial filler injections. Loh KT, Chua JJ, Lee HM, Lim JT, Chuah G, Yim B, Pua BK. *Singapore Med J*. 2016 Aug;57(8):438-43.

An Anatomical Analysis of the Supratrochlear Artery: Considerations in Facial Filler Injections and Preventing Vision Loss. Khan TT, Colon-Acevedo B, Mettu P, DeLorenzi C, Woodward JA. *Aesthet Surg J*. 2017 Feb;37(2):203-208.

Treatment of Hyaluronic Acid Filler-Induced Impending Necrosis With Hyaluronidase: Consensus Recommendations. Cohen JL, Biesman BS, Dayan SH, DeLorenzi C, Lambros VS, Nestor MS, Sadick N, Sykes J. *Aesthet Surg J*. 2015 Sep;35(7):844-9.

Kim YJ, Choi KS. Bilateral blindness after filler injection. *Plast Reconstr Surg*. 2013;131:298-299.

The role of hyaluronidase in the treatment of complications from hyaluronic acid dermal fillers. Cavallini M, Gazzola R, Metalla M, Vaienti L. *Aesthet Surg J*. 2013 Nov 1;33(8):1167-74.

Facial Filler Complications. Woodward J, Khan T, Martin J. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2015 Nov;23(4):447-58. doi: 10.1016/j.fsc.2015.07.006. Review

Use of hyaluronidase in patients with bee allergy. Keller EC, Kaminer MS, Dover JS. *Dermatol Surg*. 2014 Oct;40(10):1145-7.

Beleznay K, Humphrey S, Carruthers JD, Carruthers A. Vascular compromise from soft tissue augmentation: Experience with 12 cases and recommendations for optimal outcomes. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2014;7:37-43.

DeLorenzi C. Complications of injectable fillers, part I. *Aesthet Surg J* 2013;33:561-78

Rao V, Chi S, Woodward J. Reversing facial fillers: interactions between hyaluronidase and commercially available hyaluronic-acid based fillers. *J Drugs Dermatol* 2014;13(9):1053-6

Carruthers JD, Fagien S, Rohrich R, Weinkle S, et al. Blindness caused by cosmetic filler injection: a review of cause and therapy. *Plast Reconstr Surg* 2014;134:1197-201

Rethinking the Role of Nitroglycerin Ointment in Ischemic Vascular Filler Complications: An Animal Model With ICG Imaging. Hwang CJ, Morgan PV, Pimentel A, Sayre JW, Goldberg RA, Duckwiler G. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2016 Mar-Apr;32(2):118-22.

Management and prevention of adverse events in esthetic interventions]. Hartmann D, Heppt M, Gauglitz GG. *Hautarzt*. 2015 Oct;66(10):764-71. doi: 10.1007/s00105-015-3689-7. Review. German.

Periorbital Injectables: Understanding and Avoiding Complications. Hwang CJ. *J Cutan Aesthet Surg*. 2016 Apr-Jun;9(2):73-9.

Avoiding and Treating Blindness From Fillers: A Review of the World Literature. Beleznay K, Carruthers JD, Humphrey S, Jones D. *Dermatol Surg*. 2015 Oct;41(10):1097-117. Review

DeLorenzi C. New High Dose Pulsed Hyaluronidase Protocol for Hyaluronic Acid Filler Vascular Adverse Events. *Aesthet Surg J*. 2017.

DeLorenzi C. Complications of injectable fillers, part 2: vascular complications. *Aesthet Surg J*. 2014

Prevention and management of vision loss relating to facial filler injections. Loh KT, Chua JJ, Lee HM, Lim JT, Chuah G, Yim B, Pua BK. *Singapore Med J*. 2016 Aug;57(8):438-43.

An Anatomical Analysis of the Supratrochlear Artery: Considerations in Facial Filler Injections and Preventing Vision Loss. Khan TT, Colon-Acevedo B, Mettu P, DeLorenzi C, Woodward JA. *Aesthet Surg J*. 2017 Feb;37(2):203-208.

The role of hyaluronidase in the treatment of complications from hyaluronic acid dermal fillers. Cavallini M, Gazzola R, Metalla M, Vaienti L. *Aesthet Surg J*. 2013 Nov 1;33(8):1167-74.

Carruthers JD, Fagien S, Rohrich R, Weinkle S, et al. Blindness caused by cosmetic filler injection: a review of cause and therapy. *Plast Reconstr Surg* 2014;134:1197-201

Management and prevention of adverse events in esthetic interventions]. Hartmann D, Heppt M, Gauglitz GG. *Hautarzt*. 2015 Oct;66(10):764-71. doi: 10.1007/s00105-015-3689-7. Review. German.

Cosmetic complications: rare and serious events following botulinum toxin and soft tissue filler administration. Sorensen EP, Urman C. *J Drugs Dermatol*. 2015 May;14(5):486-91. Review

Ocular Complications Following Autologous Fat Injections into Facial Area: Case Report of a Recovery from Visual Loss After Ophthalmic Artery Occlusion and a Review of the Literature.Szantyr A, Orski M, Marchewka I, Szuta M, Orska M, Zapala J.Aesthetic Plast Surg. 2017 Feb 23 3bis

Ocular Pain and Impending Blindness During Facial Cosmetic Injections: Is Your Office Prepared?Prado G, Rodríguez-Feliz J.Aesthetic Plast Surg. 2017 Feb;41(1):199-203.

Efficacy of Retrobulbar Hyaluronidase Injection for Vision Loss Resulting from Hyaluronic Acid Filler Embolization.Zhu GZ, Sun ZS, Liao WX, Cai B, Chen CL, Zheng HH, Zeng L, Luo SK.Aesthet Surg J. 2017 Jan 20 7

Retro or PeriBulbar Injection Techniques to Reverse Visual Loss After Filler Injections.Carruthers J, Fagien S, Dolman P.Dermatol Surg. 2015 Dec;41 Suppl 1:S354-7

Retinal Branch Artery Embolization Following Hyaluronic Acid Injection: A Case Report. Chen W, Wu L, Jian XL, Zhang B, Li JY, Qin XL, Yu B.Aesthet Surg J. 2016 Jul;36(7):NP219-24 50

Posterior Ciliary Artery Occlusion Caused by Hyaluronic Acid Injections Into the Forehead: A Case Report. Hu XZ, Hu JY, Wu PS, Yu SB, Kikkawa DO, Lu W.Medicine (Baltimore).2016Mar;95(11):e3124.

Cerebral Angiographic Findings of Cosmetic Facial Filler-related Ophthalmic and Retinal Artery Occlusion. Kim YK, Jung C, Woo SJ, Park KH.J Korean Med Sci. 2015 Dec;30(12):1847-55. 29

Treating Filler Related Visual Loss.Steinsapir KD. Dermatol Surg. 2016 Apr;42(4):552-4

Bis Goodman GJ, Clague MD. A rethink on hyaluronidase injection, intra-arterial injection and blindness: is there another option for treatment of retinal artery embolism caused by intra-arterial injection of hyaluronic acid? Dermatol Surg 2016;42: 547-9

Choroid vascular occlusion and ischemic optic neuropathy after facial calcium hydroxyapatite injection- a case report.Chou CC, Chen HH, Tsai YY, Li YL, Lin HJ.BMC Surg. 2015 Mar 8;15:21. 42

Hyperbaric Oxygen Therapy to Avoid Blindness From Filler Injection.Hwang K.J Craniofac Surg. 2016 Nov;27(8):2154-2155. Review

Mesa 9.



Dra. Emilce Insua

Responsable del Área de Lipedema de la AEL. Directora del Centro Médico Pineal y de la Unidad de Medicina Estética Corporal de la Clínica Medivas (Madrid).

El lipedema es una alteración o trastorno de la distribución del tejido graso, poco conocido, que afecta casi exclusivamente a las mujeres e involucra fundamentalmente a las extremidades inferiores. Actualmente, los datos epidemiológicos son escasos y poco útiles para determinar la incidencia exacta del lipedema en la población general; su etiología y fisiopatología no están suficientemente aclaradas; el diagnóstico es fundamentalmente clínico, ya que se carece de pruebas diagnósticas específicas o que se soporten en una evidencia científica suficiente. No obstante, sus manifestaciones clínicas suponen un deterioro en la calidad de vida de las pacientes, debido al impacto físico, psicológico y social que conlleva.

Aproximadamente un 70% de los casos se asocian a dolor en las extremidades, por lo que suelen ser derivadas a unidades de flebología y linfología. Los tratamientos dirigidos al control del edema no suelen dar resultados satisfactorios en la reducción del volumen de los miembros.

A esto se suman los condicionantes de la moda del siglo XXI, donde los cuerpos estilizados son un reclamo para la mayoría de las mujeres, mientras que la realidad es que el sobrepeso y la obesidad aumentan de manera alarmante.

La presentación clínica y los síntomas asociados a lipedema llevan a las pacientes a recibir diagnósticos erróneos, confundiendo en muchos casos con linfedema, obesidad, lipodistrofias o insuficiencia venosa crónica, aplicándose tratamientos inadecuados e ineficaces y, en el mejor de los casos, tratamientos sintomáticos.

Dada la falta de unificación de criterios y la controversia a nivel nacional e internacional que rodea al lipedema, desde la Asociación Española de Linfedema y Lipedema (AEL) se convocó a un grupo multidisciplinar de trabajo, formado por profesionales sanitarios de distintas disciplinas implicadas en el diagnóstico y tratamiento de este trastorno, para realizar este Documento de Consenso cuya primera presentación se llevó a cabo en el Congreso de la SEME, el mes de febrero 2018. En el mismo, se llegaron a las siguientes conclusiones:

- La mayor parte de la bibliografía disponible en el lipedema proviene de especialistas vasculares, rehabilitadores, linfólogos, fisioterapeutas o unidades de tratamiento del linfedema, lo cual ocasiona un sesgo a la hora de conocer la verdadera incidencia del lipedema en la población general.
- La etiología y la fisiopatología del lipedema no están suficientemente aclaradas.
- El diagnóstico es fundamentalmente clínico, ya que se carece de pruebas diagnósticas específicas o que se soporten en una evidencia científica suficiente. No obstante, las técnicas de diagnóstico complementarias permiten establecer el grado y la severidad del lipedema mediante la cuantificación del tejido adiposo y la presencia o no de factores agravantes como obesidad, enfermedad venosa y/o linfática asociada.

Hasta la presentación del presente Documento de Consenso, en el mes de febrero del 2018 durante el 33^a Congreso de la SEME, el lipedema no es considerado como enfermedad por la OMS en el ICD 10, si bien está pendiente la publicación del ICD 11 durante el año 2018, para el cual fue propuesto incluir el "lipoedema", la hipertrofia grasa y la "celulitis" (PEFE) dentro de la patología del tejido graso.

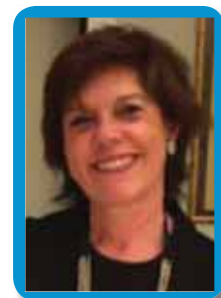
En la última década y ante la evidencia, mediante el uso de técnicas de diagnóstico por imagen no invasivas, del depósito de grasa a nivel de los miembros inferiores como característica principal del lipedema, comienzan a surgir publicaciones en el ámbito de la cirugía plástica que proponen como alternativa a las terapias conservadoras: el tratamiento quirúrgico del lipedema. Los trabajos más recientes muestran que la técnica es segura y puede ser indicada en pacientes seleccionados, pero hasta la fecha no se disponen de protocolos consensuados sobre requisitos y cuidados pre y postoperatorios, así como estudios controlados que validen las diferentes técnicas de liposucción propuestas. Por todo esto serán necesarios nuevos estudios que conduzcan a una Guía de Práctica clínica.

Se puede acceder al Documento de Consenso del Lipedema a través de la Página web de la AMECLM en el siguiente enlace: <http://ameclm.org/wp-content/uploads/2015/06/CONSENSO-LIPEDEMA.pdf>

Liposucción en el lipedema. Abordaje con fisioterapia en el pre y postoperatorio

D^a Paloma Domingo

Fisioterapeuta. Vicepresidenta de la Asociación Española de Linfedema y Lipedema y directora del Centro Vodder de Fisioterapia (Madrid)



La etiología y fisiopatología del lipedema no están suficientemente aclaradas, como ha quedado reflejado en el "Documento de consenso del lipedema". Sin embargo, es evidente que su clínica puede suponer un deterioro en la calidad de vida de las pacientes.

Además del aumento del volumen de los miembros inferiores, las pacientes se quejan de dolor ante pequeños estímulos tales como presión sobre la piel o la simple palpación del tejido adiposo subcutáneo. El abordaje del lipedema debido a su complejidad debe ser realizado desde un equipo inter y multidisciplinar.

Consideramos la fisioterapia y la terapia descongestiva compleja (TDC) como parte del tratamiento conservador cuyo objetivo es reducir el dolor, o el edema si existe. Y se aconseja realizar al menos seis meses antes de una liposucción para poder evaluar los resultados y la adherencia a los tratamientos. La indicación quirúrgica será cuando no hay resultados con el tratamiento conservador.

La terapia física compleja (TFC) o terapia descongestiva compleja (TDC; este término es el más empleado) o fisioterapia descongestiva compleja (FDC), consiste en un conjunto de terapias indicadas para el tratamiento de los edemas. Incluye el drenaje linfático manual (DLM), terapia de compresión y contención mediante prendas, vendajes o presoterapia neumática intermitente, cuidados posturales y ejercicios específicos, así como cuidados de la piel si coexiste linfedema para evitar sobre todo las infecciones.

Las técnicas de fisioterapia se muestran más eficaces en el tratamiento del dolor y en la disminución del edema. Si éste existe estará asociado a problema linfático, venoso. Cuando la terapia se aplica con el fin de disminuir el volumen de las piernas en pacientes que no tienen ningún componente asociado de edema, ésta suele fracasar. Por lo tanto el DLM no es el tratamiento de elección en un lipedema "puro", ya que la aplicación del mismo nunca disminuirá la grasa y no modificara el volumen o la forma de los miembros inferiores. Es en este supuesto donde está indicada la cirugía.

Previo al tratamiento quirúrgico, deben estar corregidos los factores agravantes asociados como el edema, la obesidad, el estilo de vida poco saludable o la falta de actividad física (Dadras, 2017).

El DLM es un tipo de masaje muy específico, que debe ser realizado por fisioterapeutas especializados y está diseñado para mejorar el drenaje fisiológico, estimulando la actividad de los vasos linfáticos y eliminando el exceso de líquido y macromoléculas de los tejidos (Torres M, 2006).

Otros efectos que podemos atribuir al DLM son la reducción de la inflamación y el alivio de los síntomas como el dolor. Además, posee un efecto de regulación del sistema nervioso autónomo, generando una disminución en la actividad del sistema nervioso simpático y aumentando en consecuencia el parasimpático. Mediante este efecto, logramos sensación de bienestar en el paciente porque se relaja, disminuye el estrés, la ansiedad y la frecuencia cardíaca y respiratoria (Williams AF, 2002, Williams A, 2010).

Por los efectos descritos anteriormente, el DLM combinado con la terapia compresiva es útil en el lipedema para el abordaje del dolor y cuando se asocia a otras patologías como linfedema, edema ortostático o insuficiencia venosa. Incluso algunas pacientes sienten beneficios psicológicos producidos por la relajación y refieren mejoría en su calidad de vida y sobre la mejora de la función física (Nivel 4c) (Haesler E, 2016).

Son contraindicaciones del DLM: infecciones agudas, descompensación de una insuficiencia cardíaca congestiva y sospecha de enfermedad oncológica. En el postoperatorio no hay consenso sobre cuándo comenzar el tratamiento con drenaje linfático. Los cuidados postoperatorios deben planificarse de manera individualizada por el cirujano y el fisioterapeuta.

El miedo a producir seromas o adherencias no deseables con los tratamientos precoces no es posible si la técnica de drenaje que se aplica es la terapia intermitente de compresión, descrita en el Método Godoy que en ningún caso moviliza la piel, no se produce tracción, pero si reduce el dolor, mejora el edema postquirúrgico y ayuda en la reabsorción de los hematomas.

Por lo tanto, si la terapia linfática se aplica correctamente se puede hacer DLM desde las primeras 48 horas. La formación especializada de los fisioterapeutas para trabajar en estos equipos es imprescindible. Son necesarios más estudios (ECA) para poder evaluar los resultados de los tratamientos con DLM en el pre y postoperatorio. La paciente llevara las prendas de compresión 24 horas/día las primeras semanas y las cambiará a los seis meses.

BIBLIOGRAFÍA

Dadras M, Mallinger PJ, Corterier CC, Theodosiadi S, Ghods M. Liposuction in the Treatment of Lipedema: A Longitudinal Study. Arch Plast Surg [Internet]. 2017 jul;44(4):324-331

Haesler E. Evidence Summary: Single modality treatment of lymphoedema: Manual lymphatic drainage. Wound and Research. 2015;14(2):116-118

Torres M. Drenaje linfático manual. En: Torres M, Salvat I, editores. Guía de masoterapia para fisioterapeutas. Madrid: MedicaPanamericana; 2006. p. 239-67

Weiss JM, Spray BJ. The effect of complete decongestive therapy on the quality of life of patients with peripheral lymphedema. Lymphology [Internet]. 2002;35(2):46-58.

Williams A. Manual lymphatic drainage: exploring the history and evidence base. Br J Community Nurs 2010;15:Sup3, S18-S24 Available from: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/pdfplus/10.12968/bjcn.2010.15.Sup3.47365>

Fármacos lipolíticos, adipocitolíticos y apoptóticos. ¿Dónde estamos?

Dra. Carlota Hernández Sanz

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

La obesidad afecta ya al 35,5% de los varones y al 40,8% de las mujeres mayores de 60 años. Los niños y adolescentes con obesidad se han multiplicado por 10 en los últimos 40 años. Según la OMS, las muertes relacionadas con la obesidad y el sobrepeso suman 2,8 millones de personas al año.



Y la obesidad y el sobrepeso que se habían relacionado con el cáncer de colon, recto, esófago, riñón, mama y endometrio, recientemente y tras la revisión de un grupo de 21 expertos internacionales, de más de 1000 estudios publicados, se han vinculado con 8 nuevos tipos de cáncer: estómago, hígado, páncreas, ovario, tiroides, meningioma y mieloma múltiple.

Estamos ante un pandemia global y no es de extrañar que cada día sean más los pacientes que acuden a nuestras consultas, demandando tratamientos que les ayuden a reducir el exceso de grasa corporal. Disponemos de diferentes estrategias terapéuticas eficaces y seguras para ayudarles.

El tratamiento nutricional y la pauta de actividad física son dos de los pilares fundamentales para hacer frente a esta enfermedad. Sin embargo, en ocasiones se hace necesario recurrir al tratamiento farmacológico para completar un trípode terapéutico más eficaz. La OMS recomienda el uso de dichos fármacos en pacientes con obesidad (IMC > 30) y/o en aquellos afectados de sobrepeso (IMC > 25) con factores de riesgo asociados.

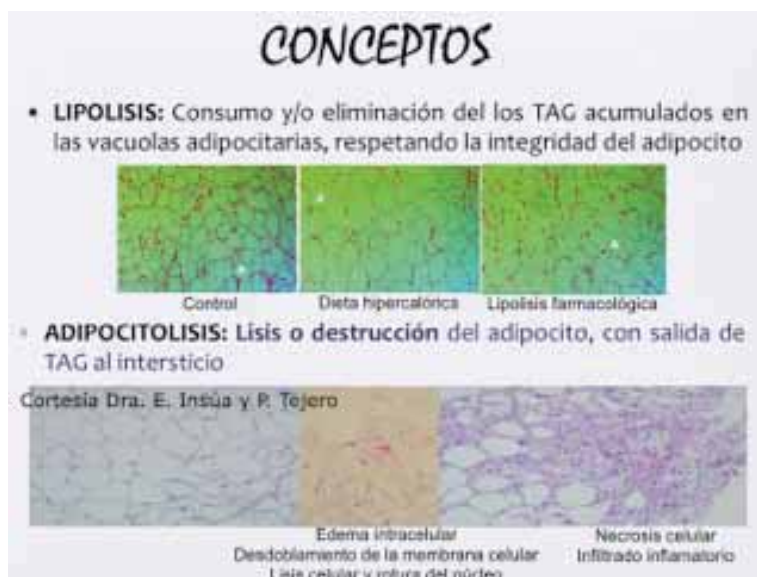
En la actualidad nuestro arsenal terapéutico es limitado, por lo que combinamos fármacos clásicos para el **tratamiento de la obesidad** como el Orlistat, con otros que han demostrado su eficacia como co-adyuvantes en el control del peso tales como la Liraglutida, la Naltroxona, el Bupropion, la Metformina, el Topiramato o los IRSS, muchos de los cuales empleamos de forma off-label, al no tener como indicación principal la obesidad.

Cada uno de ellos se caracteriza por un mecanismo de acción particular:

1. Orlistat 120mg, 60 mg (Xenical®, Alli®): estimula la pérdida de peso, mejora el perfil lipídico y disminuye el riesgo de DM2
 2. Naltroxona/Bupropion 8/90 mg (Misymba®): disminuye el apetito, incrementa el gasto energético y bloquea los atracones porque mantiene estables los niveles de dopamina
 3. Metformina 850 mg (Diamben®): disminuye la apetencia por los hidratos, mejora el perfil de resistencia a la insulina y se ha demostrado especialmente eficaz en pacientes afectadas de ovario poliquístico
 4. Topiramato 25, 50 mg (Topamax®): ayuda a controlar los atracones, al incidir sobre la conducta compulsiva
 5. Fluoxetina 10, 20 mg: contribuye a disminuir la ansiedad y el apetito asociado a la misma
- Todos ellos administrados vía oral.

6. Liraglutida 3mg (Victoza®): análogo GLP1 que disminuye el apetito y aumenta la sensación de saciedad
- Este último administrado vía subcutánea.

Y estas estrategias pueden ser complementadas por tratamientos médico-estéticos de **remodelación corporal**, con fármacos y dispositivos médicos que administraremos de forma localizada, intradérmica o subcutánea profunda. Conviene distinguir y clasificar según su acción terapéutica entre:



- **LIPOLISIS:** **Consumo** y/o eliminación de los TAG acumulados en las vacuolas adipocitarias, respetando la integridad del adipocito. Dentro del grupo de fármacos y dispositivos médicos inyectables de clase 3 que estimulan la lipólisis fisiológica, tenemos disponibles:

1. Biorreguladores. Grapithes Injeel, Lymphomyosot, Silicea Injeel, ...
2. Conjonctyl®. Silicio orgánico
3. Mesohyal®. Artichoke, Carnitine, Melilot, Silicon, DMAE
4. Rrs Cellutrix®. AH + antioxidantes + flavonoides + cafeína + carnitina + oligoelementos + vitaminas
5. Alidya®. 9 aminoácidos + quelante + bicarbonato + manitol + NaCl + vitamina C ascorbato
6. Prostrolane®. AH+ 4 péptidos biomiméticos lipolíticos

Serán administrados vía mesoterapéutica o subcutánea profunda, según la indicación específica del fabricante, y obtendrán una disminución del volumen del adipocito en la zona tratada. Son bien tolerados y no requieren cuidados especiales tras su aplicación.

- **ADIPOCITOLISIS: Lisis o destrucción** del adipocito, con salida de TAG al intersticio, necrosis celular, infiltrado inflamatorio y fibrosis residual. Actualmente solo podemos emplear este tipo de fármacos en el tratamiento de la grasa pre-platimal. Y podemos distinguir tres principios activos con esta acción terapéutica:
 1. Lipostabil® *No comercializado ni autorizado en España*. Solución que contenía: fosfatidilcolina + ácido. desoxicólico
 2. Aqualyx® (solución de Mototese) *Pendiente de renovación del mercado CE*. Polímero de galactosa + desoxicolato de sodio al 8,5%
 3. Belkira®. Es un fármaco que contiene ácido desoxicólico (ATX-101) libre 10mg/ml

La técnica de administración es particular y característica de cada uno de ellos: intralipoterapia para Aqualyx y EASI para Belkira. Y ambas requieren un entrenamiento específico para evitar complicaciones. Los efectos secundarios asociados a este tipo de tratamientos (eritema, edema, hematomas, dolor, etc.) van a necesitar implementar una serie de medidas post-tratamiento para minimizar las molestias en los pacientes tratados. Y los resultados obtenidos mediante la disminución del número de adipocitos en la zona tratada perdurarán en el tiempo.

INYECTABLES para la PAPADA

AQUALYX®	BELKIRA®	PROSTROLANE®
		
INTRALIPOTERAPIA Infiltración retrógrada, lenta y en abanico Evitando efecto bala Con aguja de 27G-30mm Con Lidocaina 2% sin vasoconstrictor 4-8 inyecciones 5-8 semanas	EASI Planillo de marcado (puntos/cm) Depósitos perpendiculares de 0,2-0,3 mm Con aguja de 30G-30mm Sin Lidocaina/ Lidocaina 2% preta 4ml (20 puntos) - 10 ml (50 puntos)	INFILTRACIÓN SUBCUTÁNEA Depositos perpendiculares de 0,2 ml/punto Con aguja de 30G-20mm 4ml (20 puntos) / sesión 4 sesiones 15 días
Dra. Carlota Hernández Sanz		

- **APOPTOSIS: Muerte celular programada**, estimulada por estímulos externos, mediante la activación de caspasas y nucleasas y con formación de cuerpos apoptóticos. Este proceso puede ser activado gracias a:

Hidrolipoclasia con suero hipoosmolar (suero de Cecarelli): 19cc SF +0 ,5cc Lido + 0,5cc NaHCO3-

La elección de uno u otro principio activo, así como la combinación entre ellos, va a depender del objetivo a alcanzar. Elegir y explicar con detalle los resultados esperables y los efectos secundarios asociados es responsabilidad del médico especialista.

Recomendaciones off-label de la toxina botulínica

Mesa 10.

Dra. Ana Belén Puentes

Área de Medicina Física y Rehabilitación del Complejo Hospitalario de Toledo



Históricamente la toxina botulínica tipo A (TBA) es conocida por su acción anticolinérgica que modula las fibras nerviosas eferentes, produciendo un efecto motor en el músculo (relajación muscular). Más recientemente se ha conocido el efecto sensorial que produce la TBA actuando sobre las fibras nerviosas aferentes (efecto analgésico). El mecanismo de acción sobre este efecto aún es desconocido, aunque se han propuesto varias teorías (1-3). Esta acción dual (analgésica y relajación muscular) y los escasos efectos secundarios de la TBA, han impulsado a los profesionales sanitarios a aumentar las indicaciones no incluidas en la ficha técnica del producto, para el tratamiento de diferentes patologías, como se muestra a continuación.

Efecto motor. Para conseguir la relajación muscular, clásicamente la TBA se ha administrado intramuscularmente en el tratamiento de la espasticidad. Cada vez son más los estudios que aprovechan este efecto motor para tratar otras patologías, incluso utilizando otras vías de administración, como la intradérmica. A continuación, se indican algunas de estas patologías:

1. Parálisis facial. La TBA es uno de los medicamentos más conocidos para conseguir resultados estéticos faciales, disminuyendo las arrugas. Aprovechando este mismo efecto motor es también conocido su uso en pacientes con secuelas de una parálisis facial periférica, para mejorar la asimetría facial y los efectos secundarios psicológicos y sociales que conlleva la patología.
2. Calidad de la cicatriz. Recientemente ha aumentado el interés de la TBA para el manejo de las cicatrices visibles, como las faciales. Algunos investigadores infiltran precozmente a nivel intramuscular o intradérmica, cercano o subyacente a las cicatrices tras una cirugía o traumatismo, para disminuir las fuerzas mecánicas de la musculatura y mejorar la calidad de ésta y los resultados cosméticos, disminuyendo las cicatrices hipertróficas y queloides (4,5).
3. Otros. Se han publicado varios trabajos que infiltran TBA en espasmos, temblor o distonías, o en el tratamiento de la patología de la articulación temporomandibular o bruxismo (6,7).

Efecto sensorial. Para conseguir la disminución del dolor, no existen guías clínicas sobre la vía de administración de la TBA (2,3,8).

1. Dolor neuropático o mixto. Existen múltiples estudios sobre la aplicación de la TBA para el tratamiento del dolor neuropático o mixto. Se administra habitualmente sobre las capas más superficiales (subcutánea o intradérmica) en el área de dolor, porque parece que tiene un efecto más directo sobre las neuronas sensoriales, pero también se han utilizado otras vías. Existen varios trabajos publicados sobre el uso de TBA en neuropatías periférica (neuralgia postherpética, neuralgia trigeminal, polineuropatía diabética) o centrales (dolor en el síndrome de lesión medular o post-ictus) con respuestas satisfactorias. También se ha infiltrado en el dolor post-radioterapia y postcirugía (cicatrices dolorosas, dolor tras toracotomía, mastectomía o tras amputación, etc.) (5,9-13).
2. Dolor nociceptivo. La TBA está siendo utilizada dentro del arsenal terapéutico de las algias del aparato locomotor (dolor miofascial, tendinopatía y entesopatías, dolor articular, etc.) a través de diferentes vías (subcutánea, transdérmica, intramuscular, en puntos gatillo, en el nervio, o cerca de éste o intrarticuladamente) según la patología o zona a tratar (14,15).

Otros efectos. Otras patologías que están siendo tratadas con la TBA son: psoriasis, síndrome de Raynaud, hidrosadenitis supurativa, hiperhidrosis palmar, sialorrea, eritema y enrojecimiento facial, rinitis, etc. (5,7,16).

Aunque el uso de la TBA está revolucionando el tratamiento de diferentes patologías, los estudios aún son escasos y parece tener eficacia limitada en algunas patologías. En el futuro serían necesario continuar diseñando trabajos de investigación rigurosos para mostrar la potencia y eficacia de la TBA para cada una de las indicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Francisco GE, Tan H, Green M. Do botulinum toxins have a role in the management of neuropathic pain?: a focused review. *Am J Phys Med Rehabil.* octubre de 2012;91(10):899-909.
2. Intiso D, Basciani M, Santamato A, Intiso M, Di Rienzo F. Botulinum Toxin Type A for the Treatment of Neuropathic Pain in Neuro-Rehabilitation. *Toxins.* 30 de junio de 2015;7(7):2454-80.
3. Fabregat G, De Andrés J, Villanueva-Pérez VL, Asensio-Samper JM. Subcutaneous and perineural botulinum toxin type a for neuropathic pain: a descriptive review. *Clin J Pain.* noviembre de 2013;29(11):1006-12.

4. Lee SH, Min HJ, Kim YW, Cheon YW. The Efficacy and Safety of Early Postoperative Botulinum Toxin A Injection for Facial Scars. *Aesthetic Plast Surg.* abril de 2018;42(2):530-7.
5. Campanati A, Martina E, Giuliadori K, Consales V, Bobyr I, Offidani A. Botulinum Toxin Off-Label Use in Dermatology: A Review. *Skin Appendage Disord.* marzo de 2017;3(1):39-66.
6. O'Donnell CJ. Pectoral muscle spasms after mastectomy successfully treated with botulinum toxin injections. *PM R.* agosto de 2011;3(8):781-2.
7. Noland ME, Lalonde DH, Yee GJ, Rohrich RJ. Current Uses of Botulinum Neurotoxins in Plastic Surgery. *Plast Reconstr Surg.* septiembre de 2016;138(3):519e-30e.
8. Park J, Park HJ. Botulinum Toxin for the Treatment of Neuropathic Pain. *Toxins Basel.* 24 de agosto de 2017;9(9).
9. Uyesugi B, Lippincott B, Dave S. Treatment of a painful keloid with botulinum toxin type A. *Am J Phys Med Rehabil.* febrero de 2010;89(2):153-5.
10. Fabregat G, Asensio-Samper JM, Palmisani S, Villanueva-Pérez VL, De Andrés J. Subcutaneous botulinum toxin for chronic post-thoracotomy pain. *Pain Pract Off J World Inst Pain.* marzo de 2013;13(3):231-4.
11. Rostami R, Mittal SO, Radmand R, Jabbari B. Incobotulinum Toxin-A Improves Post-Surgical and Post-Radiation Pain in Cancer Patients. *Toxins.* 13 de enero de 2016;8(1).
12. Lu X, Chen G, Ren P, Yang Y, Fan F. Progress on Botulinum Toxin Type A-Induced Pain Relief in the Field of Plastics. *J Craniofac Surg.* noviembre de 2017;28(8):2045-52.
13. Winocour S, Murad MH, Bidgoli-Moghaddam M, Jacobson SR, Bite U, Saint-Cyr M, et al. A systematic review of the use of Botulinum toxin type A with subpectoral breast implants. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg JPRAS.* enero de 2014;67(1):34-41.
14. Godoy IRB, Donahue DM, Torriani M. Botulinum Toxin Injections in Musculoskeletal Disorders. *Semin Musculoskelet Radiol.* noviembre de 2016;20(5):441-52.
15. Pullman SL, Greene P, Fahh S, Pedersen SF. Approach to the treatment of limb disorders with botulinum toxin A. Experience with 187 patients. *Arch Neurol.* julio de 1996;53(7):617-24.
16. Awan KH. The therapeutic usage of botulinum toxin (Botox) in non-cosmetic head and neck conditions - An evidence based review. *Saudi Pharm J SPJ Off Publ Saudi Pharm Soc.* enero de 2017;25(1):18-24.

Abordaje de mandíbula y cuello con toxina botulínica. La toxina botulínica en el paciente de más de 65 años



Dr. Fernando García Monforte

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

La toxina botulínica sigue sorprendiéndome cada vez que tengo acceso a nuevos estudios sobre su uso. Tras 22 años de uso continuado por mi parte y muchos pacientes tratados, puedo decir que cada vez que realizo un tratamiento con toxina botulínica en una cara que pueda tener cierta complejidad, esperar el resultado real, no el que preveo, es toda una aventura, un nuevo reto personal. Los resultados son previsible, basándome en los resultados ya obtenidos en casos anteriores, pero como todos sabemos cada paciente es diferente, su respuesta es diferente y pequeñas variaciones en la zona de inyección pueden producir grandes variaciones en el resultado. Cada paciente por eso es un reto, la mayoría de las veces previsible, por la experiencia, pero en algunas ocasiones... ¡sorpresa!, un párpado se abre más que otro, una comisura queda horizontal y la otra sube y mantiene una sonrisa, y múltiples posibilidades dependiendo de lo complicada que sea la zona que tratemos y la edad y condiciones previas del paciente.

Acabo de leer en "The British Journal of Dermatology" un trabajo sobre nuevas opciones terapéuticas con toxina botulínica. En realidad, no son nuevas, ya estaban probadas, pero aún no sabíamos por qué obteníamos los resultados que podíamos observar. En el trabajo se viene a explicar por qué ocurren algunas cosas con la toxina que hasta ahora no teníamos tan claras, nos explica como la toxina es capaz de responder en zonas donde su acción

no va a ser sobre células neuronales, es sobre células no neuronales que por similitud de receptores proteicos son capaces de responder al tratamiento. El trabajo de S.A. Grandy y C.B. Zachary se llama "Los efectos no neuronales y no musculares de la toxina botulínica (una oportunidad de una molécula mortal para tratar la enfermedad en la piel y más allá)", nos revela como la toxina botulínica, a través de receptores similares en la piel, tiene efectos antiinflamatorios que pueden llegar a ser beneficiosos en enfermedades crónicas e incluso en ciertos cánceres, pero además confirma que el uso continuado de esta sustancia en la piel, por este efecto modulador de los procesos inflamatorios, tiene efectos reales sobre el envejecimiento de la misma, de forma real y medible. Esto ya lo habíamos observado en nuestros pacientes, pero aquí nos explica el cómo y por qué y esto no lo sabíamos.

Voy a hablar en este Simposium sobre movimiento facial, en particular movimiento del tercio inferior de la cara. Sabemos que la toxina botulínica cuando la inyectamos correctamente actúa sobre el músculo, en este caso músculo de la mímica facial. Relajaremos un músculo que por su condición de músculo facial se inserta en la piel; la relajación de este músculo provocará un resultado en el movimiento de la zona en la que está y en la zona cercana por el mecanismo de acción reacción, al relajar una zona la cercana se contraerá. Hablamos de la relación mecánica entre tercio inferior de la cara y cuello. La relación entre tercio inferior de la cara y cuello en personas jóvenes, de menos de 45 años tiene una repercusión poco visible, pero en mayores, sobre todo en mayores de 65 años sí la tiene, porque la relajación de la piel y la aparición de marcas de edad son más ostensibles.

Revisaremos el tratamiento en pacientes mayores, precauciones y características específicas del tratamiento con toxina botulínica de las personas de más edad, que ya son parte de nuestros pacientes habituales. Cada opción terapéutica con toxina botulínica es un nuevo reto, poderlo demostrar y difundir lo es más y eso es lo que voy a intentar transmitir este día.

Nueva suplementación micronutricional para el abordaje del melasma

Dr. Carlos Jarne

Director médico de Clínica Toscana (Barcelona)

Talleres



El melasma es un trastorno adquirido de hiperpigmentación, caracterizado por manchas oscuras de disposición simétrica y bordes irregulares, que aparece en rostro, cuello y antebrazos, en áreas ricas en glándulas sebáceas, de predisposición genética y con factores desencadenantes como la radiación UV (UVA y UVB, pero ¡también la luz visible!), las hormonas sexuales femeninas, el embarazo, los procesos inflamatorios (acné, etc.), ciertos medicamentos, etc., que estimulan la melanogénesis y la proliferación de melanocitos.

Es un desorden común que afecta a millones de personas a nivel mundial (prevalencia entre el 1,8 y el 40% en función de las poblaciones estudiadas), con un importante impacto negativo sobre su calidad de vida, ya que afecta a su bienestar psicológico y social.

Se inicia en adultos jóvenes sobre todo con fototipos de piel III y IV de Fitzpatrick que viven en zonas de intensa exposición a la radiación UV (las poblaciones afroamericana, asiática e hispana son las más susceptibles). Es mucho más frecuente en mujeres: más del 40% de las mujeres presentarán un melasma después del embarazo y antes de la menopausia, y el 25% de las que toman anticonceptivos orales.

Es un proceso muy complejo que se desarrolla como una enfermedad del fotoenvejecimiento cutáneo. No es una simple alteración de los melanocitos, otros actores también están implicados: queratinocitos, fibroblastos, células endoteliales (producen endotelina-1, potente activador de la melanogénesis, hoy considerado factor clave), sebocitos, y la alteración de la membrana basal.

Por ello, además de la adecuada fotoprotección, el abordaje del melasma suele asociar terapias combinadas (entre otras, agentes tópicos despigmentantes, y láser/luz pulsada, con el riesgo de hiperpigmentación postinflamatoria en fototipos altos que comportan).

Desde esta perspectiva se presenta DERMOVANCE M para el abordaje micronutricional y fitoterápico específico del melasma. Su formulación persigue cubrir los siguientes objetivos:

- Disminuir y prevenir el daño inducido por la luz ultravioleta
- Proteger el endotelio vascular para minimizar la producción de endotelina-1, factor clave en la génesis del melasma
- Limitar la inflamación al inhibir la ciclooxigenasa-2
- Disminuir la producción de radicales libres y aumentar los sistemas enzimáticos antioxidantes endógenos (SOD, GPX y catalasa)
- Inhibir la tirosinasa y la melanogénesis, y prevenir la oxidación de la melanina

Así, este suplemento micronutricional actúa de modo sinérgico con el resto de abordajes habituales del melasma, potenciando los efectos de éstos e intentando prevenir y tratar una eventual hiperpigmentación postinflamatoria. No obstante, por sí mismo constituye una excelente herramienta para el abordaje y prevención del melasma, especialmente en pacientes que rechazan otros tipos de tratamiento.

Taller de Equipo Multidisciplinar



El paciente de edad avanzada. Características especiales

Dra. Sheila Mota

Médico estético en Comyce Albacete, Mediestetic Toledo y Clínica Cellosa

El envejecimiento supone una disminución de la capacidad de reserva de los órganos y sistemas. Es un proceso natural que dura toda la vida y está determinado por factores genéticos y ambientales que inciden de manera diferente según la edad del individuo. Hoy día se observa en el mundo un incremento cada vez más acentuado en la población de adultos mayores, lo cual supone una elevación en la demanda de servicios médico sociales y, por qué no, también de servicios médicos estéticos. Los estudios demográficos revelan que para el año 1960, en España se estimaba una población mayor de 80 años de 0,4 millones y para el 2015, de 2,7 millones.

La piel es el primer órgano en envejecer y, por ser visible, es un buen indicador de la edad biológica del individuo, aunque esta no siempre se corresponda con su edad cronológica. Esto es así porque en ella se reflejan las alteraciones que existen en el organismo que, con el paso de los años, van produciendo cambios irreversibles en su estructura y funcionamiento. El envejecimiento cutáneo se debe a dos grupos de factores, endógenos y exógenos.

- **Envejecimiento endógeno:** Es la consecuencia del proceso natural del paso del tiempo y está relacionado con los cambios hormonales, el mapa genético de cada individuo, la disminución de la circulación sanguínea en la zona (con la consecuente reducción del aporte de nutrientes y mayor acumulación de sustancias tóxicas), entre otros. Este envejecimiento viene determinado por la presencia de arrugas finas, laxitud cutánea, atrofia, aumento en la incidencia de tumores benignos y disminución de las fibras elásticas de la piel.
- **Envejecimiento exógeno:** Es consecuencia de la acción de los factores externos sobre la piel; condiciones atmosféricas como la exposición solar que acelera el envejecimiento de la piel, debido a que las radiaciones ultravioletas favorecen la aparición de radicales libres, los cuales provocan una serie de cambios a lo largo del tiempo, como distribución irregular de melanocitos, atrofia e hiperplasia epidérmica, elastosis de la dermis y disminución de colágeno y tortuosidad de los vasos dérmicos por vasodilatación. Un 90% de las alteraciones cutáneas en los ancianos se deben al fotoenvejecimiento. Por otro lado se encuentra la contaminación ambiental, el tabaco y el alcohol, los cuales también juegan un papel importante ya que provocan degradación de las fibras elásticas de la piel y disminución en la síntesis de colágeno. Otro factor que puede influir es una alimentación pobre en antioxidantes y ácidos grasos esenciales.

Todos estos cambios y sus consecuencias confieren a la piel un aspecto peculiar que se denomina «piel senil». Se trata de una piel más seca y escamosa, fina, transparente y de color amarillento, debido a las alteraciones degenerativas. El encanecimiento del cabello es otro signo de envejecimiento.

La apariencia de la cara y el cuello normalmente cambia con la edad. La pérdida del tono muscular y el adelgazamiento de la piel le dan a la cara una apariencia flácida o caída. En algunas personas, la papada caída pueden crear la apariencia de un “doble mentón”.

Los dientes faltantes y las encías retraídas cambian la apariencia de la boca, haciendo que los labios puedan lucir arrugados. La pérdida de masa ósea en la mandíbula reduce el tamaño de la parte inferior del rostro y hace que la frente, la nariz y la boca sean más pronunciadas.

La forma del cuerpo también cambia de manera natural con la edad. Estos cambios no se pueden evitar, pero las elecciones del estilo de vida pueden frenar o acelerar el proceso.

La cantidad de grasa corporal aumenta de manera constante después de los 30 años. Las personas mayores pueden tener casi un tercio más de grasa, comparado con la que tenían cuando eran más jóvenes. El tejido graso se acumula hacia el centro del cuerpo, incluso alrededor de los órganos internos. Sin embargo, la capa de grasa por debajo de la piel se vuelve más pequeña. La tendencia a bajar de estatura se produce en todas las razas y en ambos sexos.

Se pierde masa o densidad ósea conforme se envejece, especialmente las mujeres después de la menopausia. Los huesos pierden calcio y otros minerales. El tronco se vuelve más corto a medida que los discos pierden líquido en forma gradual y se hacen más delgados.

El sistema inmunitario se vuelve más lento para responder aumentando el riesgo de enfermarse. La capacidad del sistema inmunitario para detectar y corregir defectos celulares también disminuye, lo que puede ocasionar un mayor riesgo de cáncer.

La cantidad de las hormonas reguladoras permanece casi igual, pero la respuesta por parte de los órganos endocrinos puede cambiar a medida que envejecemos. En términos generales, con la edad algunas hormonas disminuyen, otras permanecen sin cambios y algunas aumentan. Entre las que usualmente disminuyen están: aldosterona, calcitonina, hormona del crecimiento y renina. En las mujeres, los niveles de estrógeno y prolactina generalmente disminuyen de manera considerable. Las hormonas que normalmente permanecen invariables o que sólo disminuyen ligeramente son: cortisol, epinefrina, insulina y hormonas tiroideas T3 y T4. Los niveles de testosterona disminuyen gradualmente a medida que los hombres envejecen. Entre las hormonas que se pueden incrementar están: hormona foliculoestimulante (FSH), hormona luteinizante (LH), norepinefrina y hormona paratiroidea.

Prevención y tratamiento

Dado que la mayoría de los cambios de la piel están relacionados con la exposición al sol, la prevención es un proceso de toda la vida, el cual incluye evitar quemaduras solares, usar un protector solar de alto factor de protección incluso en el invierno, usar prendas de vestir protectoras y un sombrero cuando sea necesario. La buena nutrición y el consumo de líquidos suficientes también son de gran ayuda. Los objetivos que debe cumplir el tratamiento para el envejecimiento cutáneo son:

- Correcta hidratación de la piel por medio de sustancias hidratantes para que se mantenga elástica, flexible y suave
- Regeneración epidérmica y dérmica mediante sustancias regeneradoras
- Neutralización de los radicales libres que aceleran el envejecimiento mediante sustancias antioxidantes
- Fotoprotección de la piel para evitar el deterioro y el desarrollo de manchas que ocasionan las radiaciones solares

El estilo de vida también juega un papel preponderante en el envejecimiento, por lo que para reducir los cambios en el cuerpo relacionados con la edad, se pueden emplear las siguientes medidas:

- Hacer ejercicio con regularidad
- Consumir una dieta saludable que incluya frutas y verduras, granos enteros y la cantidad correcta de grasas sanas
- Reducir el consumo de alcohol
- Evitar los productos del tabaco y las drogas ilícitas

Para disminuir los riesgos del envejecimiento del sistema inmunitario:

- Es recomendable aplicar las vacunas contra la gripe y la neumonía y cualquier otra vacuna que se recomiende
- Hacer mucho ejercicio ya que el ejercicio ayuda a reforzar el sistema inmunitario
- Comer alimentos saludables, porque una buena nutrición mantiene un sistema inmunitario fuerte
- Emplear medidas de seguridad para evitar caídas y lesiones, ya que un sistema inmunitario débil puede demorar la recuperación

El ejercicio es una de las mejores maneras de retardar o evitar los problemas musculares, articulares y óseos que se presentan a lo largo de la vida. Un programa de ejercicio moderado puede mantener la fuerza, el equilibrio y la flexibilidad. El ejercicio ayuda a que los huesos permanezcan fuertes. Consumir suplementos que contengan HMB (Hidroximetilbutirato) también puede ayudar a mantener una mejor masa muscular, disminuyendo así la sarcopenia del envejeciente.

Es importante llevar una dieta bien equilibrada con suficiente calcio. Las mujeres necesitan ingerir una cantidad adecuada de calcio y vitamina D a medida que envejecen. Las mujeres posmenopáusicas y los hombres de más de 70 años deben tomar suplementos de calcio y de vitamina D diariamente.

BIBLIOGRAFÍA

Andueza S. Envejecimiento cutáneo: productos «antiaging». *Rev Dermatol.* 2011.

Gaztelu V, Rueda J, Botella R. Prevención de dermatitis en pacientes con incontinencia. 2011. *Diariomedico.com.* (disponible en: <http://merck.com/mrkshared/mm-geriatrics>)

Iglesias L. Tratado de Dermatología. Segunda Edición. Madrid: McGraw- Hill, 2004; pp. 13-23.

Lucero MJ. La Piel Senil. En: Herrera Carranza J, Montero Torrejón JC. Atención Farmacéutica en Geriatria. Madrid: Elsevier, 2005.

Riera M. Cosmética facial. En: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, eds. *Atención Farmacéutica en Dermofarmacia.* Módulo I. Manual de Formación Continuada. Madrid: BGA Asesores, 2008; pp. 213-219.

Soto R. Dermatitis más frecuentes en adultos mayores. *Dermatología*. 2009; 8: 21-25.

Shah K, Villareal DT. Obesity. In: Fillit HM, Rockword K, Young J, eds. *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine*. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017:chap 80.

Walston JD. Common clinical sequelae of aging. In: Goldman L, Schafer AI, eds. *Goldman's Cecil Medicine*. 25th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 25.

NIH, Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/004014.htm>

Concepto de calidad de vida. Objetivos en el paciente oncológico y con enfermedad crónica desde el punto de vista del área de la estética y el bienestar



Dra. Juana Deltell

Directora médica de la Clínica San & Del (Madrid) y tutora de pasantías de los Másteres de Medicina Estética de la Universidad Complutense y de Alcalá

Con el paso del tiempo el concepto de calidad de vida ha ido evolucionando y cobrando relevancia en el mundo de la salud; su definición se ha convertido en una tarea compleja debido a la multiplicidad de factores que la determinan, elementos que la integran y efectos que produce en diferentes esferas de la vida de los individuos¹. Desde la esfera de la salud la OMS la define como: **"Un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad"**².

A la hora de actuar para mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer y/o patologías crónicas las respuestas sintomáticas o las tasas de supervivencia ya no son suficientes, según la definición anterior la terapia de un paciente debe ser evaluada y orientada para intentar obtener de la forma más probable una vida digna de ser vivida, tanto en términos sociales, psicológicos como físicos³.

Es claro que la relación calidad de vida-salud es recíproca: no sólo los procesos de salud, influyen en la calidad de vida, sino que la calidad de vida influye en los niveles de salud¹, por ello en los pacientes con enfermedades crónicas y/o cáncer debe ser un asunto relevante, y es desde ese punto donde los **cuidados continuos**, entendidos como aquéllos cuya finalidad es optimizar el confort, funcionalidad y soporte social de este tipo de pacientes^{4,5,6}, deben responder a una visión integradora, siendo el objetivo fundamental la promoción del máximo bienestar del paciente ya que, no sólo mejorará su calidad de vida, sino que podrá conseguir una mayor supervivencia y un mejor tratamiento de sus enfermedades en general⁷.

En la atención a los pacientes oncológicos y con enfermedades crónicas debemos identificar los problemas de salud específicos y afrontarlos de forma estructurada⁸, pero sin olvidar considerar la calidad de vida como un conjunto en el que las aportaciones de numerosos profesionales tienen cabida; el mundo de la estética y el bienestar no debe quedarse al margen, ya que es una necesidad que manifiestan los pacientes de forma clara. Las encuestas^{9,10} realizadas a pacientes dan solidez a esta afirmación: mejorar, recuperar o potenciar la percepción de la imagen corporal es un objetivo que debe incorporarse a los planes de acción terapéutica.

Son muchas las alteraciones estéticas que podemos abarcar, desde un envejecimiento prematuro por el estrés propio de la enfermedad y sus tratamientos, hasta la implementación de hábitos nutricionales saludables en el contexto de planes de adelgazamiento, pasando por mejora de cicatrices, reducción de la sequedad y el prurito, eliminación de telangiectasias y otros muchos inestetismos y síntomas, que al ser tratados contribuirán a incrementar la calidad de vida de nuestros pacientes a través de una mejora de la percepción de su imagen corporal y de su autoestima.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Victoria CR, Rodríguez G. Calidad de vida en enfermos crónicos. *Rev Habanera Ciencias Médicas*. 2007;6(4):1-9.

2.- OMS (Organización Mundial de la Salud). ¿Cómo define la OMS la salud? [Internet]. Preguntas frecuentes. 2018. Available from: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.

- 3.- Bungay K, Boyer JG, Steinwald AB, Ware JE. Health-Related Quality of Life: An Overview. En: Bootman JL, Townsend RJ, McGhan WF. Principles of Pharmacoeconomics 2nd edition. Cincinnati: Harvey Whitney Books Company, 1996.
- 4.- N.I. Cherny, R. Catane, P.A. Kosmidis and Members of the ESMO Palliative Care Working Group.
- 5.- ESMO Policy on Supportive and Palliative Care. Annals of Oncology 14: 1335-1337, 2003
- 6.- Camps Herrero Joan Carulla Torrent, Ana M^a Casas Fdez de Tejerina, Manuel González Barón, Jaime Sanz-Ortiz Vicente Valentín C. Manual SEOM de cuidados continuos. 2011; Available from: <http://www.siamisderechos.org/banco/todo/ATT1337027494.pdf>.
- 7.- Sociedad Española de Oncología Médica SEOM. Cuidados continuos. Colección Oncovida [Internet]. Available from: <https://www.pfizer.es/docs/pdf/salud/ONCOVIDA7.pdf>
- 8.- Cherny NI, Catane R. Attitudes of medical oncologists toward palliative care for patients with advanced and incurable cancer: report on a survey by the European Society of Medical Oncology Task Force on Palliative and Supportive Care. Cancer Control. 2001;1:32-5
- 9.- GEPAC (Grupo Español de Pacientes de Cáncer). Informe sobre las necesidades de supervivientes de cáncer GEPAC. 2012. p. 75.
- 10.- 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.

Gestión de emociones en la consulta de medicina estética: de la cita al tratamiento

D^a M^a José Acevedo

Coach integral. Periodista. Especialista en Neurocomunicación. Podcaster (Toledo)



El ser humano es cuerpo, mente y emoción. Cuando alguno de estos tres elementos no funciona bien, se produce un desequilibrio en la persona que se puede manifestar de múltiples formas. Las emociones son estados afectivos que experimentamos, reacciones subjetivas que fluyen y contribuyen a nuestra propia supervivencia. Cuando las retenemos, desde la razón, las bloqueamos y aparecen circunstancias que afectan a la salud física.

Existen muchas clasificaciones para hablar de emociones y sean éstas más o menos extensas, podemos hablar de cinco emociones básicas: miedo, tristeza, rabia, ternura y alegría. Todas ellas nos transmiten un mensaje. Las emociones tienen una función adaptativa de nuestro organismo a todo lo que nos rodea. Durante mucho tiempo se les ha dado poca importancia, dando más relevancia a la parte más racional del ser humano, olvidando que éstas son estados afectivos que indican estados internos personales, sueños, necesidades y objetivos.

Cada uno de nosotros experimentamos una misma emoción de forma muy distinta, dependiendo de nuestra propia experiencia y carácter. Como personas y, en este caso, profesionales de la medicina estética, que trabajan con otros seres humanos, es fundamental conocerlas y saber gestionarlas, desde uno mismo y para el otro (en este caso, paciente) desde el respeto, la confianza, el compromiso y la integridad.

Algunos fármacos que pueden tomar mis pacientes y debo conocer

Dra. M^a Teresa Gil

Médico residente en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete y máster en Medicina Estética por la Universidad de Alcalá de Henares



Es bien conocida la presencia de múltiples interacciones farmacológicas que se pueden encontrar entre distintos tratamientos, algunas de ellas pueden tener graves consecuencias y debemos conocerlas, así como realizar una buena anamnesis para poder predecirlas y evitarlas. Existen también interacciones o contraindicaciones entre fármacos y los distintos tratamientos médico estéticos que debemos evitar o prevenir antes de realizar nuestros tratamientos. En esta la charla nos centraremos en dos de los efectos más comunes, como son la fotosensibilidad y el riesgo de sangrado.

Fotosensibilidad

Se trata de una reacción desencadenada en la piel por una respuesta exagerada de nuestro organismo hacia las radiaciones ultravioletas o visibles a dosis que normalmente son inocuas; la reacción puede aparecer desde pocos minutos después hasta días después de la exposición. El desencadenante puede ser un agente endógeno, donde la molécula que inicia la respuesta es del propio organismo por alguna patología (lupus, porfirias...) o un agente exógeno, y este es el terreno de los fármacos y productos químicos, ya sean por vía tópica o sistémica. Según el mecanismo fisiopatológico implicado, podemos dividir las reacciones en dos grupos: fototoxicidad y fotoalergia.

Fototoxicidad o fototoxia: Se produce cuando una sustancia química absorbe una determinada longitud de onda de la radiación incidente y transfiere la energía captada a las células dañando las estructuras cutáneas, actuando sobre el ADN y/o las membranas celulares. Por lo tanto, no es necesario que el fármaco sensibilizante esté alterado para que aparezca la reacción. Representa la mayoría de las reacciones de fotosensibilidad y es más frecuente que ocurra por la administración sistémica, aunque también se puede producir tras la administración tópica. Puede producirse en cualquier individuo y dependerá de la dosis del fotosensibilizante y de la intensidad de la radiación. Habitualmente aparece un eritema solar, pudiendo provocar también vesículas o ampollas en zonas fotoexpuestas. Suele revertir a los 2-7 días tras suspender el fármaco.

Fotoalergia: Es una reacción de fotosensibilidad en la que participa el sistema inmunitario, requiere por tanto una exposición previa al agente fotosensibilizante. Se produce porque el fármaco se transforma, por efecto de la radiación ultravioleta, en un hapteno que al combinarse con las proteínas de la piel forma un nuevo antígeno y desencadena la reacción inmunológica. Además, una vez desarrollada la fotoalergia frente a un medicamento, pueden producirse reacciones cruzadas con otros estructuralmente similares. A diferencia de la fototoxia, la intensidad de la reacción es independiente de la concentración del fotosensibilizante y de la cantidad de radiación recibida. El cuadro clínico se manifiesta con la aparición de erupciones eritematosas, dermatitis eczematosas, vasodilatación y edema, que suelen extenderse a zonas no fotoexpuestas.

En la práctica el diagnóstico diferencial entre una reacción fototóxica y una fotoalérgica es difícil, porque los síntomas y signos clínicos pueden superponerse y además algunos fármacos pueden dar lugar a ambos tipos de reacción.

En relación con la medicina estética es importante reconocer que distintos aparatos como el láser, la luz pulsada, etc., pueden actuar como la radiación que interfiere sobre los fármacos que crónicamente puede estar tomando el paciente, y que lo predispone a esa fotosensibilidad, o que distintos tratamientos agresivos que realizamos sobre la superficie cutánea o peeling, que contienen principios activos, pueden actuar como fotosensibilizante hacia la radiación solar a la que se expondrá nuestro paciente tras el tratamiento.

Fármacos anticoagulantes

En los pacientes con dicumarínicos (Sintrom®) están totalmente contraindicadas las inyecciones IM por riesgo de hemorragia en el músculo y complicaciones posteriores. No hay problema para aplicar inyecciones subcutáneas e intravenosas.

Fármacos antiagregantes

En el caso de los antiagregantes, dos de los más utilizados son el ácido acetil salicílico (AAS) y el clopidogrel o ticagrelol.

AAS: Muchos de nuestros pacientes se encuentran en tratamiento con AAS por prevención primaria, lo que significa que el tratamiento se da de forma profiláctica para prevenir un suceso que aún no ha ocurrido, pero que por las características y antecedentes del paciente, se considera en riesgo de desarrollar. No existen estudios que demuestren un aumento del riesgo de trombosis cuando se suspende para realizar una intervención quirúrgica mayor o menor. En prevención secundaria, el paciente recibe tratamiento después de haber padecido una patología (IAM, TEP...) para intentar evitar un segundo episodio. El riesgo global de trombosis al retirar los antiagregantes es el doble del riesgo de sangrado si se mantiene. En cirugías menores, el aumento de sangrado se controla con medidas hemostáticas y no conlleva un aumento de mortalidad. Si es necesario retirarlo, se hará 5 días antes y se reintroduce unas 12 ó 24 horas después con dosis de carga 300 mg.

Clopidogrel: No se recomienda suspender su tratamiento si no existe riesgo elevado de sangrado. En caso de que el paciente se encuentre doblemente antiagregado, es necesario posponer la intervención quirúrgica a no ser que fuese imprescindible.

El objetivo de esta charla será valorar distintos fármacos que habitualmente utilizan nuestros pacientes y que pueden presentar estos efectos adversos.

Blefaroplastia: la importancia de los cuidados pre y post intervención

Dres. Verónica López Couso y Diego López Arango

Introducción: La blefaroplastia es el tercer procedimiento quirúrgico más demandado por las mujeres y el segundo entre los hombres. Presenta un aumento de la demanda día a día por los buenos resultados y la perfección de las técnicas. Se trata de una intervención que nos permite corregir la caída de los párpados superiores y eliminar las bolsas inferiores de los ojos, adquiriendo una mirada y un aspecto más juvenil y armonioso.

Objetivo, material y métodos: Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en pubmed con los términos “blepharoplasty”, “post blepharoplasty cares”, “postblepharoplastyinstructions”, “blepharoplastyfollow up”, “preconsiderations in a blepharoplasty”, “after-care and recoveryblepharoplasty”. Se seleccionaron un total de 138 artículos de los últimos 10 años basados en estudios realizados en humanos sobre cuidados pre y post blefaroplastia, para realizar un protocolo fácil y comprensible en el que, de forma global, podamos abordar de la mejor manera a nuestro paciente tanto en la recuperación como si existen complicaciones.

Resultados: Tras analizar los artículos vemos que en cuanto a los cuidados pre operatorios, lo más importante es una buena valoración por parte del oftalmólogo, un buen cuidado de la piel de los ojos y facial, la retirada de medicación que pueda complicar la cirugía, analgesia según el paciente preoperatoria y una buena antisepsia. Con respecto a los cuidados postcirugía, además de los bien conocidos (gafas oscuras, hielo local, higiene postural y visual), analizamos en detalle el empleo de técnicas como PRP post cirugía, cremas que contengan lactoferrina liposomada o hamamelis virginiana entre otros que ayudan a la cicatrización, coloración, edema y mejoría de la piel de los párpados post cirugía.

Conclusiones: Presentamos un trabajo resumen con evidencia científica de las mejores técnicas para los cuidados pre y post blefaroplastia, para que nuestro paciente obtenga los mejores resultados a la hora de someterse a dicha intervención.

Dermocosmética en el paciente oncológico

Dras. Sheila Mota y Greci Almonte

Introducción. Durante los últimos años las terapias contra el cáncer (quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia y terapias dirigidas) han logrado mejorar la evolución de la enfermedad, así como la supervivencia de este colectivo; pero a pesar de su efectividad y seguridad, estas terapias desencadenan un gran número de efectos adversos en la piel y las faneras, conocidos también como efectos esperados de las terapias antineoplásicas, que provocan una disminución importante de la calidad de vida y el bienestar del paciente oncológico, que en ocasiones pueden resultar tan graves que requieran reducir la dosis de las terapias o hasta incluso interrumpirlas, resultando esto perjudicial para el curso de la enfermedad (1). Estos efectos se deben posiblemente a la falta de especificidad de las terapias antineoplásicas, que atacan indiscriminadamente a las células malignas y a las de rápida proliferación, como lo son las células de la piel (2).

Planteamiento del problema. Las terapias contra el cáncer siguen teniendo el inconveniente de producir efectos adversos dermatológicos importantes, que pueden mermar en gran manera la calidad de vida, el bienestar y la autoestima del paciente oncológico, aunándose esta problemática a su enfermedad de base. Por ello, se ha intentado buscar vías por las que estos efectos adversos puedan ser prevenidos o tratados, dando paso a que muchos laboratorios se hayan motivado a sacar al mercado líneas dermocosméticas que puedan paliar o mejorar estos EAD, algunas totalmente nuevas y específicas para estos pacientes, otras han sido adaptadas y otras, por su composición, han sido clasificadas como aptas para este colectivo.

Pero, ¿realmente cumplen estas líneas dermocosméticas los criterios para ser utilizadas en pacientes oncológicos, cuya piel tiene unas características especiales? ¿En qué momento? ¿Cómo las utilizaremos?

Objetivos

- Definir los criterios que debe cumplir un producto cosmético para su uso en pacientes oncológicos.
- Describir un protocolo de su uso de productos dermocosméticos para la prevención y tratamiento de los efectos adversos dermatológicos de las terapias antineoplásicas.

- Identificar y analizar las líneas de cuidado de la piel existentes en el mercado actual para pacientes oncológicos.
- Determinar si las marcas dermocosméticas cumplen los criterios para su uso en pacientes oncológicos.
- Analizar los INCI's de los productos estudiados para determinar la existencia o no de ingredientes no recomendados en un dermocosmético para el paciente oncológico, así como identificar los activos naturales de cada producto.
- Elaborar una guía dermocosmética para el personal sanitario que trabaja con este colectivo para facilitar la recomendación de los productos dermocosméticos, de acuerdo a la necesidad de cada paciente y al efecto adverso presentado.

Material y método / Plan de trabajo

Tipo de estudio: Se trata de un estudio comparativo descriptivo de líneas dermocosméticas aptas para pacientes oncológicos de venta en el mercado actual. Se tomaron para el estudio doce líneas dermocosméticas, de las cuales se valoraron las características que debe cumplir un dermocosmético para su uso oncológico. El estudio basa la comparación en los ingredientes de los productos dermocosméticos (activos, excipientes y aditivos).

Ámbito del estudio: La recolección de los datos se llevó a cabo a través de la comunicación directa con los laboratorios y a través de Internet en las tiendas online para pacientes oncológicos como Oncovital y Oncoestética.

Universo: El universo estuvo constituido por productos de doce líneas dermocosméticas de venta en el mercado actual, con indicación para pacientes oncológicos.

Muestra: La muestra estuvo representada por 149 productos aptos para ser utilizados en pacientes oncológicos, de las doce líneas dermocosméticas seleccionadas.

Criterios de inclusión: Productos dermocosméticos con indicación para su uso en paciente oncológico.

Criterios de exclusión: Productos dermocosméticos que no tenían indicación para su uso en paciente oncológico, aunque perteneciesen a las líneas dermocosméticas del estudio.

Conflictos de intereses: Las autoras no presentan ningún conflicto de intereses.

Instrumentos de recolección de la información: Los instrumentos utilizados para la recolección, procesamiento y análisis de los datos fueron tablas de contenido, que recogían las variables a analizar en este estudio.

Procedimiento: Tras una extensa búsqueda bibliográfica sobre temas relacionados con la dermocosmética oncológica y su utilidad para el tratamiento y prevención de los efectos adversos provocados por las terapias antineoplásicas, se procedió a la búsqueda de los dermocosméticos aptos para su uso en pacientes oncológicos, contactando con los laboratorios directamente y a través de páginas webs, para posteriormente realizar la comparación y análisis de acuerdo a los ingredientes que los componen (activos, excipientes y aditivos), realizando una búsqueda de los INCI's en tres bases de datos (Environmental Working Group, Skin Deep; La verité sur les cosmetiques; CosIng de la European Commission), basadas en estudios que proporcionan información actualizada sobre productos de cuidado personal y sus ingredientes a partir de la literatura científica publicada, para complementar los datos incompletos de las empresas. Después de recabada la información sobre los ingredientes que componen a cada uno de los productos de este estudio, se realizó el análisis de los datos obtenidos a través de tablas y gráficos.

Desarrollo del trabajo, resultados y discusión

Para que un dermocosmético pueda ser utilizado por un paciente cuya piel tiene una serie de características especiales, como ocurre con la del paciente oncológico, debe cumplir como mínimo el binomio Inocuidad y Eficacia, al cual le sumamos una serie de criterios que veremos a continuación (12).

1. Criterios que debe cumplir un producto cosmético para su uso en pacientes oncológicos (6,7):

- Hipoalergénicos
- Formulaciones con un elevado porcentaje de ingredientes naturales de elevada pureza
- Sin sustancias irritantes (Tolueno) ni conservantes
- Ph > 5,5
- Los limpiadores deben ser Syndet (synthetic detergent)
- Los emolientes deben ser sintéticos, con aceites vegetales

- Gelificantes naturales del tipo de Xantan Gum
- Sin AHA's
- Sin alcohol
- Sin disruptores hormonales
- Libre de parabenos
- Sin perfumes
- Testado dermatológicamente

2. Protocolo de su uso de productos dermocosméticos para la prevención y tratamiento de los efectos adversos dermatológicos de las terapias antineoplásicas.

Algoritmo de cuidado dermocosmético para pacientes oncológicos:

- Grado 0: Medidas preventivas y soporte educacional. Iniciar diariamente con hidratación y fotoprotección.
- Grado 1: Dermocosméticos adyuvantes específicos. Higiene + Hidratación + Protección solar + Camuflaje.
- Grado 2: Dermocosméticos específicos adyuvantes + tratamiento farmacológico: Higiene + Hidratación + Fotoprotección + Camuflaje + Reparadores + Interconsulta con dermatología.
- Grado 3: Dermocosméticos específicos adyuvantes + tratamiento farmacológico: Higiene + Hidratación + Fotoprotección + Camuflaje + Reparadores + Corticoides tópicos + Interconsulta con dermatología.
- Grado 4: Dermocosméticos específicos adyuvantes + tratamiento farmacológico: Higiene + Hidratación + Fotoprotección + Camuflaje + Reparadores + terapia sistémica + Interconsulta con dermatología.

Dreno et al " Algorithm for dermocosmetic use in the management of cutaneous side-effects associated with targeted therapy in Oncology". Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology 2013. 27, 1071-1080.

3. Líneas de cuidado de la piel existentes en el mercado actual para pacientes oncológicos. Se analizaron un total de 149 productos de 12 líneas dermocosméticas y se dividió su estudio en función de su uso (higiene, hidratación, fotoprotección, mucosa oral, cuidado íntimo, uñas, manos y pies, cabello, reparación y maquillaje corrector). De las doce líneas, tres de ellas fueron excluidas (María D'Uol, La Bioesthetique Botanique, Kemon Actyva), lo que redujo a 118 el número de productos dermocosméticos analizados. El resto de las líneas dermocosméticas que componen el estudio son La Roche Posay, Rilastil-Cumlaude, Sativa Cosmeclinik, Onc Dermology, Evaux/Evolife, Bioderma, Avene, Naqua y Tectum.

INDICACION	NUMERO DE PRODUCTOS (%)
Higiene	17 (14,40%)
Hidratación	25 (21,18%)
Fotoprotección	16 (13,55%)
Cuidado de la mucosa oral	7 (5,93%)
Cuidado de las uñas	3 (2,54%)
Cuidado de manos y pies	5 (4,23%)
Cuidado íntimo	14 (11,86%)
Reparación	17 (14,40%)
Cuidado del cabello	1 (0,84%)
Maquillaje corrector	13 (11,01%)

4. Relación de las marcas dermocosméticas y los criterios de los INCI que deben cumplir para su uso en pacientes oncológicos. En la tabla siguiente se analizan los distintos productos en relación a si cumplen con los criterios establecidos de no contener alcohol, perfumes o aromas, ingredientes no recomendados, así como la cantidad total de ingredientes y cuántos de ellos son activos naturales. Pudimos evidenciar que 58 (49,15%) de ellos tienen en sus formulaciones algunos ingredientes no recomendados, 32 (27,11%) contienen aromas o perfumes, y 38 (32,20%) contienen alcohol.

De los 58 productos que contienen uno o mas ingredientes no recomendados 41 (34,74%) contienen menos de 3 INR y 17 (14,40%) contienen 3 o más.

Productos con 3 o mas ingredientes no recomendados.

Todos los productos han sido testados dermatológicamente.

4.1 Relación por líneas dermocosméticas con la cantidad de componentes no recomendados y con la cantidad de activos naturales. Dentro de los criterios para un producto cosmético apto para paciente oncológico, se nos informa que debe contener activos vegetales de alta pureza, así como que debe tener la menor cantidad de ingredientes posibles y que deben de ser de los mas inocuos (no irritantes, no alergizantes, no disruptores hormonales, etc.) En la siguiente tabla podemos observar las cantidades que pudimos encontrar de manera global en las marcas estudiadas.

Laboratorio	No. De ingredientes no recomendados	Activos vegetales	Total de productos estudiados
La Roche Posay	35	38	21
Rilastil-Cumlaude	31	141	27
Cosmeclinik	10	93	12
Grupo Tegor	0	70	7
Bioderma	15	54	10
Evolife/ Evaux	3	9	5
Naqua	10	14	7
Avene	5	49	20
Tectum	3	48	7
Total			118

Tabla 3. Relación por líneas dermocosméticas con la cantidad de componentes no recomendados y con la cantidad de activos vegetales.

Representación gráfica de las líneas dermocosméticas y su cantidad de activos vegetales y de ingredientes no recomendados.

En el análisis de los productos se encontraron 20 ingredientes no recomendados y/o con restricciones de acuerdo a las diferentes bases de datos de ingredientes cosméticos consultadas. Se encontraron 92 ingredientes activos de origen natural en los 118 productos dermocosméticos analizados.

Conclusiones

De acuerdo a la literatura consultada y a la medicina basada en la evidencia, se concluye que el su uso de protocolos dermocosméticos tiene una gran utilidad para la prevención y el tratamiento de los EAD de las terapias contra el cáncer.

Observamos que un alto porcentaje de los productos no cumplen cabalmente con todos los criterios exigidos para que un dermocosmético sea apto para su uso en paciente oncológico; un **27,11 %** de los 118 productos que conformaron finalmente el estudio, contienen aromas o perfumes, un **32,20 %** contiene algún tipo de alcohol aunque clasificados dentro de los menos irritantes y un **49,15%** presenta uno o varios ingredientes no recomendados (INR), los cuales de acuerdo a las bases de datos consultadas tienen algún riesgo de toxicidad o restricciones de cantidad, dato que se desconoce, debido a que la cantidad exacta que posee cada producto es de conocimiento exclusivo de cada laboratorio.

Se observaron 20 ingredientes no recomendados (INR) en los INCI's de los productos analizados, los cuales según las bases de datos de ingredientes cosméticos consultadas pueden presentar riesgo de toxicidad, irritación, disrupción endocrina/hormonal, bioacumulación y cambios bioquímicos, superadas las cantidades recomendadas descritas por el CosIng, pero que según otros autores estos riesgos son independientes de la misma.

Dentro de los activos naturales (AN) encontrados en esta análisis, 4 de los 92 presentan según las bases de datos un riesgo moderado de alergias, toxicidad, irritación o bioacumulación; los 88 restantes son de bajo riesgo para estas afecciones y no tienen ninguna restricción de concentración.

En vista de los resultados de este estudio, es necesario que sean analizadas de manera más rigurosa las formulaciones dermocosméticas no solo para su uso oncológico, sino para su uso de la población en general.

Es necesario también que en el momento de utilizar los dermocosméticos para prevenir y tratar los EAD de las terapias antineoplásicas seamos conscientes del producto que estamos recomendando, conocedores de sus componentes y de los resultados que podemos esperar, así como ir valorando de manera individual la evolución de estas lesiones con el su uso de los mismos.

Por último, se enfatiza también la necesidad de una guía dermocosmética que ayude a todos los profesionales que estén en contacto con este colectivo de pacientes a de manera práctica, proponer soluciones o prevenir este tipo de efectos adversos que afectan a la gran mayoría de los pacientes oncológicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández, A; Zarzuelo, A.; Sánchez, A. "Cuidados de la piel del paciente oncológico". Farma Journal, vol 2, num 2(2017). Pp. 127-137
2. Bensadoun, R.J. "Daily baseline skin care in the prevention, treatment, and supportive care of skin toxicity in oncology patients: recommendations from a multinational expert panel". Cancer Management and Research. 2013. 401- 408
3. B. Dreno, R.J. Bensadoun, P. Humbert, J. Krutmann, T. Luger, R. Triller, A. Rougier, S. Seité, " Algorithmfordermocosmetic use in themanagementofcutaneous side-effects associatedwithtargetedtherapy in Oncology". Journal ofthe European Academy ofDermatologyandVenereology 2013. 27, 1071-1080
4. Sibaud, V.; Delord J.P.; Robert, C. "Dermatología de los tratamientos contra el cáncer. Guía práctica". Editions Privat 2015. Toulouse.
5. Seskimo Group. Grupo español para el cuidado de la piel en oncología. "La importancia del cuidado de tu piel". La Roche Posay.
6. Mota, A. "Pautas dermocosméticas en el paciente oncológico" . I jornada de actualización en medicina estética Oncológica del Grupo de Expertos en Medicina Estética Oncológica, GEMEON. Junio 2018.
7. Suñer, E. "Criterios de cosmética Oncológica". Master de Calidad de Vida y cuidados médico estético del paciente oncológico. Abril 2018.
8. Environmental Working Group. EWG's Skin Deep Cosmetics Database. <https://www.ewg.org/skindeep/>
9. La Verité Sur Les Cosmétiques. <https://laveritesurlescosmetiques.com/>
10. Growth. Internal market, industry, entrepreneurship, SMEs Cosmetics ingredients database. <http://ec.europa.eu/growth/tools-databases/cosing/index.cfm>
11. Somoza García, M. P. "La importancia de la estética en pacientes oncológicos". Publicado por canal Salud, 2015. Obtenido de: <https://www.salud.mapfre.es/cuerpo-y-mente/belleza-y-salud/la-importancia-de-la-estetica-en-pacientes-oncologicos>
12. Tresguerres, J.A.F.; Insua, E.; Castaño, P; Tejero, P. "Medicina Estética y Antienvjecimiento". Editorial Médica Panamericana, Primera Edición, 2012. Madrid, España. Cap 8, pág 73
13. <https://www.eau-thermale-avene.es/lexico/definicion-dermocosmetico>
14. Prieto, L. "La importancia de la dermocosmética para los pacientes oncológicos". La Roche Posay, Julio 2017.

Caso clínico. Reacción de hipersensibilidad tardía

Dra. Raquel Fernández de Castro

Resumen

La hipersensibilidad es un proceso conocido de reacción inflamatoria mediada por las células o de tipo IV. Se inicia por linfocitos T específicos sensibilizados. Incluye dos tipos de respuestas: las reacciones de hipersensibilidad retardada iniciadas por linfocitos T CD4+ y las reacciones de citotoxicidad directa mediadas por linfocitos T CD8+ . Como en todas las reacciones de hipersensibilidad, los mecanismos inmunes generan injuria tisular. Los linfocitos T que causan la injuria pueden ser autorreactivos o específicos para antígenos extraños. El daño tisular mediado por los linfocitos T puede también acompañar a respuestas inmunes protectoras frente a microorganismos persistentes, en especial intracelulares, como micobacterias y hongos.

Reacciones de hipersensibilidad retardada

Se conocen como reacciones de hipersensibilidad retardada (HSR) porque se manifiestan por una respuesta inmune característica a las 24-48 horas después del contacto con el antígeno en individuos previamente sensibilizados. Estas reacciones son desencadenadas por linfocitos T CD4+ de la subpoblación Th1 y en ocasiones linfocitos T CD8+. Los dos tipos celulares secretan citoquinas que activan a los macrófagos, células finales de la reacción de HSR. La injuria tisular es consecuencia de los productos de los macrófagos activados, entre los que se destacan enzimas hidrolíticas, intermediarios reactivos del oxígeno, óxido nítrico y citoquinas proinflamatorias.

Ejemplos de reacciones de hipersensibilidad retardada

Síndrome	Antígeno	Ruta de presentación	Células implicadas	Consecuencias
Dermatitis por contacto alérgica	Haptenos: pequeñas moléculas reactivas Metales: níquel, cobalto	Toman contacto y penetran fácilmente la piel intacta Se unen covalentemente a proteínas propias formando complejos hapteno-carrier inmunogénicos	Células de Langerhans presentan complejos hapteno-péptidos en MHC de clase II Activación de Th1 sensibilizados Activación de queratinocitos Reclutamiento y activación de macrófagos	Reacción epidérmica localizada: infiltrado celular, eritema, vesículas
Hipersensibilidad de tipo tuberculínico	Proteínas de micobacterias Proteínas de venenos de insectos	Inyección intradérmica	APC presentan y activan Th1 memoria Reclutamiento y activación de macrófagos	Reacción dérmica: infiltrado celular, eritema e induración de la piel
Hipersensibilidad de tipo granulomatosa	Ag persistentes de naturaleza infecciosa o no infecciosa	Dependiente del parénquima afectado	APC presentan y activan Th1 memoria Reclutamiento y activación crónica de macrófagos Desarrollo de células epitelioides	Formación de granulomas Fibrosis

Hoy en día que el ácido hialurónico (AH) es de los rellenos reabsorbibles más utilizados para el aumento de volumen, y su utilización es muy segura. Su número de complicaciones o efectos adversos es mínimo, pero sí que existe. En este caso tenemos una paciente que ha presentado una reacción tardía de 3 meses posterior a haberse infiltrado el AH con una evolución favorable antes de y con un resultado óptimo. El tema aquí es que al final las reacciones inflamatorias inmune mediadas por nuestro sistema están muy individualizadas. Lo bueno es que en este caso la paciente no presenta después del manejo ninguna secuela ni daño permanente gracias al antídoto del AH. Por qué la reacción, pues es algo que quiero comentar y he buscado en distintas publicaciones donde algunos pacientes han tenido secuelas permanentes y han necesitado manejo con antibioterapia, pero en este caso no ha sido necesario.

El ácido hialurónico es un biopolímero natural no alergénico que posee una estructura molecular muy estable, por lo que se le considera el relleno facial de elección, es altamente hidrosoluble; produce un gel cuya viscosidad depende del pH del compuesto, el tamaño de sus cadenas y sus propiedades químicas. Su efecto cosmético promedio es de 6 meses, el mercado ofrece dos tipos de AH derivado de animales o sintético. El relleno facial debe inyectarse en el espesor de la dermis y en ocasiones, más profundamente.

Es importante señalar que parte de los efectos adversos precipitados por AH son inherentes al proceso de producción y la formulación utilizada. Recordamos que el AH pueden contener distintas concentraciones de proteínas inmunogénicas de diversos pesos moleculares, las cuales estimulan la síntesis de interleucina 12 y factor de necrosis tumoral alfa en los monocitos humanos; otros autores han sugerido que el uso de desoxirribonucleasa reduce la inducción de dichas citocinas proinflamatorias.

De dónde provienen mis dudas. La paciente no tiene antecedentes de interés, solo que para la menopausia y síndrome de climatérico lleva usando hormonoterapia desde hace 5 años o más y se ha infiltrado AH en las articulaciones para su artrosis la rodilla y rizartrosis en las manos. Sin presentar ninguna reacción de interés. Otro detalle importante es que la paciente anteriormente ya se había realizado tratamientos con Ellansé hace más de 1 año. **¿La causa? Es lo que tenemos que investigar**

Recordemos que anteriormente los rellenos más populares provenían del colágeno. Hoy en día contamos con más de 285 AH en el mercado, donde aproximadamente 5 son los únicos aprobados por la FDA. Sabemos que los productos de ácido hialurónico están obtenidos por distintos procesos biológicos, incluyendo la alteración del mismo material, entre ellos con las cadenas Crosslinking que influye directamente en la vida media del AH, y así evitar respuestas inmunes y exhibir una respuesta favorable de longevidad.

Resumen del caso

Paciente de 53 años de edad, sin antecedentes de interés, sin patología solo con hormonoterapia de hace más de 5 años, tras tratamiento con AH en pómulos, labios, y ojeras con Stylage, presenta 3 meses más tarde una reacción de hipersensibilidad o una reacción cruzada en todas las zonas donde se ha infiltrado el relleno.

Al palpar la zona de los surcos nasogenianos, los pómulos y los labios, se siente perfectamente una zona petrosa, indurada, sin eritema, sin signos de infección, más bien reacción de rechazo. En el labio no se palpa granuloma ni nada encapsulado, sino toda la zona completa indurada.

En la parte infraocular, infraorbitaria en ambos ojos, presenta edema. En esa visita, se le revisa la HC, se le pregunta si ha estado tomando medicamentos, algún cambio en la alimentación, estrés, o algo distinto. La paciente niega cualquier modificación. Por tanto en ese momento se le realiza infiltración por toda la cara en todas las zonas donde se infiltró el AH hialurónico. A la vez se le infiltra Urbason IM, y el mismo corticoide diluido con lidocaína en las zonas de la cara con sospecha de mayor inflamación.

Historia clínica

Paciente de 54 años de edad sin antecedentes de interés. Ya conocida en nuestra consulta pues en el año 2017 se realiza tratamiento del óvalo facial con Ellansé, y Botox sin presentar signos de interés. En enero de 2018, se realiza tratamiento del óvalo facial, para SNG, ojeras y perfilado de labios con S-tylage L y Stylage Lips para ojeras, con un resultado excepcional.

Tres meses después del tratamiento nuestra paciente acude a urgencias por presentar un cuadro de edema en zona infraorbitaria, con apenas visibilidad del campo visual, edema en labios y retención importante en la zona donde se ha infiltrado el AH. Se palpa zona petrosa al palpar en el área de los pómulos, al igual que los surcos nasogenianos y los labios, también mencionar el importante edema en zona de los ojos.

Realizamos la infiltración de hialuronidasa diluida en 5 ml para toda la zona donde puse el AH con infiltración de Urbason 60 mg IM, posteriormente también combiné un poco del Urbason para infiltrar también la zona facial de manera subcutánea para bajar lo mas pronto posible el edema.

La paciente niega ingesta de medicamentos o toma de algún producto que pueda exacerbar dicho cuadro, solo la hormonoterapia que lleva tratándose desde hace 5 años aproximadamente. Hay una mejoría evidente a las 24-72 horas, la paciente está contenta. Pauto deflazacort oral y control a la siguiente semana.

La paciente a los 10 días vuelve a presentar cuadro de edema por la mañana, aumentamos la dosis de deflazacort oral a 40-60 con protector de estómago esperando a los 15 días para la siguiente sesión de hialuronidasa.

Efectivamente la paciente al acudir a la consulta está mejor, pero refiere cuadro matinal de edema sobre todo en zona de las ojeras, por tanto enfatizo con la hialuronidasa y masajes de drenaje en la zona ocular. Recomendando

masaje ocular dos veces al día con gasa fría y la corticoterapia oral. Se me ocurre pautarle tratamiento oral de una enzima que ayuda a la regeneración del sistema inmune.

Al mes de tratamiento de Urbason infiltrado en dos sesiones con corticoterapia oral con alta dosis, y hialuronidasa infiltrada 3 viales aproximadamente, la paciente presenta ya mejora del cuadro de probable hipersensibilidad. Se le había notificado el caso al laboratorio en París. Después de meses de control, decidimos citar a la paciente, que vuelve en perfecto estado sin los rellenos. Causas:

- ¿Posible interacción del AH con el Ellansé?
- ¿Algún resto de partícula del Ellansé que haya podido reaccionar con el AH?
- ¿Problema con el lote del AH?
- ¿Trastorno de hipersensibilidad tardía?
- ¿Contaminación del producto?

La paciente ya se había infiltrado AH en la rodillas hace mas de 3 años y nunca había presentado problemas. Antecedentes: Menopausia en hormonoterapia y artrosis degenerativa, donde se infiltra AH en las manos y en la rodilla para aliviar los síntomas.

Clínica de los efectos adversos ante los rellenos

Tardíos:

- a) Infecciones de predominio micobacteriano: eritema, edema, dolor, nódulos y respuesta inflamatoria sistémica
- b) Inflamación granulomatosa, que puede abarcar desde cambios histológicos subclínicos hasta nódulos desfiguradores
- c) Necrosis local, sobre todo en el área de la glabella
- d) Necrosis tisular por oclusión vascular
- e) Cambios de coloración en la piel:
 - Eritema o enrojecimiento
 - Hiperpigmentación o coloración amoratada

Tratamiento al efecto adverso

- 3 semanas de corticoterapia con descenso paulatino. Dosis dependiendo del peso de la paciente, pero empezamos a 30 MG V/O luego tuve que aumentar y ya en la última semana se disminuye 1/4 del comprimido cada 3 días
- Protección de estómago con Omeprazol 20 MG V/O
- 2 veces infiltración de Urbason 40 MG IM, las sesiones espaciadas al menos 3 semanas.
- 3 sesiones continuas a la semana de hialuronidasa en las zonas infiltradas con buena respuesta.
- Mientras la paciente se tomaba la coenzima oral, que ayudó bastante a controlar la respuesta inmunitaria.
- Control semanal

Al final se cita a la paciente al mes de haber terminado y controlar todo, y a los dos meses se encuentra en perfecto estado y le pauto vitaminas para aumentar el sistema inmune. Estuve considerando pautar antibioterapia post corticoide, pero lo que hice fue controlarla semanalmente con exploración clínica y al final no le pauté antibioterapia.

Discusión

El relleno de AH es de los productos con mayor utilización en el mercado hoy en día y con unas características especiales para evitar a largo plazo efectos adversos indeseados. A mi pesar, es muy probable una reacción inmune mediada retardada de hipersensibilidad granulomatosa a cuerpo extraño.

¿Infección?, ¿biofilms? A mi parecer los riesgos de diseminación o contaminación del producto pueden ocurrir, pero la paciente clínicamente no presenta lesiones eritematosas, ni hipertermia, reacciones pustulosas ni dolor, solo de manera global presentaba sensación petrosa en todas las zonas infiltradas donde la paciente negaba completamente dolor y era más interno.

Se han visto casos similares de pacientes cuando han tenido un cuadro clínico con Einstein Barr virus o cruce de interacción con la aminopenicilina con cuadro de faringoamigdalitis presentando posteriormente exantema maculopapular. Por lo visto es un riesgo el uso de tratamiento con antibioterapia con penicilina o cefalosporinas, que pueden inducir una reacción de hipersensibilidad con la infiltración a de AH, en este caso más bien por los linfocitos T vía CD44.

Conclusión

Creo que es fundamental tener claro el tipo de hialurónico que vamos utilizar en nuestros pacientes teniendo en cuenta lo más importante: su historia clínica muy meticulosamente con los antecedentes autoinmunes y los medicamentos tanto usados de manera crónica o anteriormente al tratamiento, como los antecedentes patológicos y familiares. Es importante no sólo explicar muy bien al paciente unas expectativas realistas, sino también tener muy en cuenta las características moleculares de nuestros AH en la zona que vamos utilizar, teniendo en cuenta su reticulación y densidad, al igual que los tratamientos previos, sabiendo las posibles reacciones cruzadas si existen tratamientos con otro tipo de fillers. La paciente debe tener en cuenta todos estos factores.

Otro detalle importante es siempre intentar tener respuesta ante cualquier complicación, Tenemos que estar preparados profesionalmente ante un posible efecto adverso, que nos va a pasar en alguna etapa de nuestra vida como médicos estéticos.

El tratamiento en estas reacciones adversas requiere la utilización de corticoides locales o sistémicos, considerando a la vez las sesiones con hialuronidas. También se puede emplear inyecciones intralesiones de triamcinolona o de otros corticoides de depósito.

		Reversible			
	Irreversible	Synthetic		Natural Source	
Major component	Polymethylmethacrylate (PMMA)	Hydroxylapatite	Poly-L-lactic acid (PLLA) ^c	Hyaluronic acid	Collagen
Year first approved	2006	2006	2004	2003	1981
Brand name	Artefill (Suneva Medical, San Diego, California)	Radiesse (Merz Aesthetics, San Mateo, California)	Sculptra (Valeant, Bridgewater, New Jersey)	Restylane, Perlane (Q-Med [Uppsala, Sweden]/Valeant [Bridgewater, New Jersey])	Zyderm, Zyplast (Allergan)
				Hylaform, Hyalform Plus (Genzyme Biosurgery, Ridgefield, New Jersey)	Cosmoder, Cosmoplast (Allergan)
				Juvéderm30, Juvéderm30HV, Juvéderm24HV (Allergan, Irvine, California)	Evolence (ColBar Life Science, Mattawan, Michigan)
				Eleveess (Anika Therapeutics, Bedford, Massachusetts)	

BIBLIOGRAFÍA

Hypersensitivity reaction to hyaluronic acid with negative skin testing.

Patel VJ1, Bruck MC, Katz BE.

PMID: 16651928 DOI: 10.1097/01.prs.0000209926.79944.36

Journal of the American Academy of Dermatology. 55(1):128-131, JUL 2006

PMID: 16781306

Issn Print: 0190-9622. Publication Date: 2006/07/01

Hypersensitivity reaction to nonanimal stabilized hyaluronic acid

Seth L. Matarasso; Robert Her-wick

Cutaneous granulomatous reaction to injectable hyaluronic acid gel.

Ghislanzoni M1, Bianchi F, Barbareschi M, Alessi E.

Two cases of delayed granulomatous reactions to the cosmetic filler Dermalive, a hyaluronic acid and acrylic hydrogel. [Br J Dermatol. 2006]

PMID: 16536824 DOI: 10.1111/j.1365-2133.2005.07074.x

Hypersensitivity reaction to hyaluronic acid with negative skin testing.

Patel VJ1, Bruck MC, Katz BE. PMID: 16651928 DOI: 10.1097/01.prs.0000209926.79944.36

Immunological reaction after facial hyaluronic acid injection

Antoine Homsy,^a Eva Meia Rüegg,^a Peter Jandus,^b Brigitte Pittet-Cuénod,^a and Ali Modarressia.

Aesthet Surg J. 2013 May;33(4):561-75. doi: 10.1177/1090820X13484492.

Complications of injectable fillers, part I. DeLorenzi C1.

"Hyaluronic acid: the scientific and clinical evidence".

Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery 2007; 60: 110-119. 5. Zimmermann, Ute S, Clerici Thierry J.

"The Histological Aspects of Fillers Complications".

Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery 2004; 23: 241-250. 6. Narins RS, Brandt F, Leyden J, et al.

"A randomized, double-blind, multicenter comparison of the efficacy and tolerability of Restylane versus Zyplast for the correction of nasolabial folds".

Dermatol Surg 2003; 29: 588-595. 7. Manna F, Dentini M, Desideri P, de Pita O, Mortilla E, Maras B.

"Comparative chemical evaluation of two commercially available derivatives of hyaluronic acid (hylaform from rooster combs and restylane from streptococcus) used for soft tissue augmentation".

J Eur Acad Dermatol Venereol 1999; 13: 183-192. 8. Filion MC, Phillips NC.

"Pro-inflammatory activity of contaminating DNA in hyaluronic acid preparations". J Pharm Pharmacol 2001; 53: 555-561. 9. Lupton JR, Alster TS. "Cutaneous hypersensitivity reaction to injectable hyaluronic acid gel". Dermatol Surg 2000; 26: 135-137. 10. Klein AW.

"Granulomatous foreign body reaction against hyaluronic acid".

Dermatol Surg 2004; 30 (7): 1070. 11. Elson ML.

"The role of skin testing in the use of collagen injectable materials".

J Dermatol Surg Oncol 1989; 15: 301-303. 12. Klein AW, Rish DC.

Factores psicológicos asociados a alopecia areata

Dr. José M^a Loza

Introducción: La alopecia areata es una enfermedad inflamatoria crónica, de etiología multifactorial que afecta al folículo piloso. Diversos estudios y observaciones clínicas sugieren que en su inicio y curso evolutivo pueden influir diversos factores psicológicos.

Objetivo: Determinar posible asociación entre factores psicológicos y alopecia areata.

Material y método: Estudio transversal comparativo pareado por sexo y edad realizado en pacientes mayores de 18 años de edad, entre un grupo con alopecia areata, de no más de 6 meses de evolución, y otro sin esta patología. Se aplicó la Escala de Depresión de Hamilton, la Escala de Ansiedad de Hamilton, la Escala de Reajuste Social y el Cuestionario de Apgar familiar.

Resultados: El tiempo promedio de evolución de la alopecia areata fue de 6+/-3 meses y la extensión de 5+/-3 centímetro, predominando en cuero cabelludo y la forma de placas múltiples. Se comprobaron como factores de riesgo aspectos psicológicos como: síntomas depresivos (OR 12.7 IC 95% 3.4-47.5 p=0.0002), síntomas de ansiedad (OR 11 IC 95% 3.2-38.2 p=0.0002), eventos estresantes de la vida (OR 1.1 IC95% 3.1-10.1 p=0.0335) y la disfunción familiar (OR 2.2 IC95% 0.6-7.6 p=0.2223).

Conclusiones: Los pacientes con alopecia areata tienen factores psicopatológicos asociados con la enfermedad: depresión, ansiedad, situaciones estresantes de la vida y disfunción familiar.

Calidad de vida y cuidados continuos en paciente oncológico con enfermedad avanzada

Dras. Marina Montero, Guacimara García, Paloma Tejero y Carmen Yélamos

Resumen

El cáncer es un problema sanitario de primera magnitud a nivel mundial, debido a su elevada incidencia y mortalidad. En la última década, el mayor conocimiento de la carcinogénesis asociado a la mejor investigación básica-aplicada, así como a la aparición de tratamientos específicos, han supuesto una mejoría en el pronóstico de los pacientes con un aumento de su supervivencia. A pesar de esto, la Organización Mundial de la Salud estima que para el año 2020 habrá 20 millones de personas con cáncer de las que el 55% morirán por dicha enfermedad (100.000 pacientes en España y 11 millones de pacientes en todo el mundo). Para estos pacientes en los que la curación no es posible, el objetivo es cronificar la enfermedad con tratamientos que garanticen la calidad de vida.

El compromiso de la medicina de curar al paciente, no debe excluir el de cuidarlo durante toda la enfermedad. Los últimos avances en oncología han puesto a disposición del paciente y del médico un amplio arsenal de medios técnicos y científicos, incluso para las fases más avanzadas de la enfermedad, consiguiendo en ocasiones que los tratamientos crónicos alcancen estabilizaciones prolongadas. El concepto de "cuidados continuos" surge de la necesidad de integrar los tratamientos específicos crónicos que controlan la evolución de la enfermedad a unos tratamientos de soporte que minimicen la toxicidad, que mejoren el estatus general, nutricional, psicológico, social, espiritual y por qué no, de imagen corporal.

Es importante distinguir el término de paciente paliativo (aquel que sigue un tratamiento paliativo activo) de paciente con enfermedad terminal. Ambas tienen en común ser una enfermedad avanzada, metastásica e incurable, presentar síntomas múltiples o cambiantes y ocasionar un gran impacto emocional tanto en el paciente como en la familia. Sin embargo, se diferencian en que el paciente terminal presenta una falta razonable de respuesta al tratamiento y un pronóstico de vida inferior a seis meses, mientras que el paciente paliativo en tratamiento crónico con buena respuesta puede llegar a vivir (en algunos casos) años.

Entre las distintas estrategias paliativas para el paciente oncológico encontramos cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia, terapia biológica e inmunoterapia. Como efectos adversos pueden surgir desde toxi-

idad digestiva, hematológica, neurológica, renal, vesical, cardíaca, pulmonar, cutánea, disfunción gonadal y vida sexual, entre otros, con distinta graduación según la severidad de sus síntomas. Conocer cómo los efectos secundarios interfieren en la calidad de vida de nuestros pacientes, conocer su manejo y nuestras limitaciones puede contribuir a una evolución más favorable de la enfermedad y a mejorar el bienestar global de los pacientes.

En cuanto a la aplicación de tratamientos específicos de medicina estética en pacientes con enfermedad avanzada y tratamiento crónico, no hay estudios que garanticen su utilización. Con el objetivo de buscar el bienestar del paciente y mejorar su calidad de vida, extrapolando los datos de pacientes "curados" se podría consensuar cada caso de forma individual, informando correctamente al paciente, atendiendo sus preferencias y en el contexto de un equipo multidisciplinar.

Propósito de la investigación: El objetivo del trabajo es definir las necesidades de los pacientes oncológicos avanzados desde un punto de vista integral, aproximándonos al tratamiento de la enfermedad en sí y a los síntomas que de ellos se deriva.

Materiales y método: Se ha realizado búsquedas en bases de datos (PUB-Med, Uptodate...) y guías clínicas (ASCO, ESMO, SEOM).

Desarrollo del trabajo y discusión: Se ha realizado una revisión de los tratamientos oncológicos específicos indicados para pacientes con cáncer avanzado, así como de los efectos adversos que más prevalentemente aparecen e interfieren en la evolución de nuestros pacientes. Por último, se ha realizado una aproximación de los tratamientos específicos de medicina estética en pacientes con cáncer avanzado.

Conclusiones

Las cifras del cáncer revelan un aumento cada vez mayor de las tasas de supervivencia, pero desafortunadamente un número importante de pacientes va a convivir con tratamiento crónico y con enfermedad metastásica hasta el final de su vida. Los pacientes oncológicos en cualquier fase de la enfermedad precisan de una mayor atención médica, en especial aquellos que conviven sintomáticos día a día con la enfermedad, sin posibilidad de curación, pero sí de hacerla crónica. En estos tiempos en los que existe una revolución oncológica con nuevos tratamientos que consiguen supervivencias cada vez más prolongadas, conocer el manejo de los efectos adversos contribuirá a un mejor control sintomático. Desde las unidades médicas, con el soporte de la medicina estética, debemos establecer estrategias que proporcionen al paciente los cuidados de soporte que necesitan para poder cumplimentar las terapias específicas con el objetivo de conseguir una evolución más favorable y así contribuir al bienestar global de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Las cifras del cáncer en España 2014. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).2014. www.seom.org
2. GLOBOCAN 2012: EstimatedCancerIncidence, Mortality and PrevalenceWorldwid in 2012. ARCI: OMS; Accesible en: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>
3. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JWW, Comber H et al. Cance-rincidence and mortalitypatterns in Europe: estimatesfor40 countries in 2012. Eur J Cancer. 2013 Apr;49(6):1374-403.
4. Calidad de vida en oncologíaclínica.FerriolsLisart, R; FerriolsLisart, F;AlósAlmiñana, M; Magraner Gil, J. Hospital General. Castellón. Hospital Clínico Universitario. Valencia. FarmHosp 1995; 19 (6): 315-322
5. Manual de Sociedad Española Oncología Médica Cuidados Continuos. SEOM. www.seom.org
6. Cherny NI, Catane R. Palliative medicine and the medical oncologist. Defi- ningthepurview of care. HematOncolClin North Am 1996; 10: 1-20.), global perspective. WorldHealthOrganization. Ginebra. J painSymptomManage 2002; 24 (2):91-6 20.
7. Guía clínica Sociedad Española de Cuidados Paliativos. SECPAL. www.secpal.com

EVALUACIÓN DEL ESTADO DE ANSIEDAD ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO FACIAL CON TOXINA BOTULÍNICA. ESTUDIO PRELIMINAR

M Mosquera González^{1,4}, MV Zamorano Triviño², P Lacosta Esclapez³, M Alonso García⁴, M Gil Conesa⁴
1 Clínicas Menéndez Pelayo. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. 2 Clínica Mediestetetic Valdemoro. Universidad de Alcalá. Madrid. 3 Clínica del Dr.Granado. Pozuelo de Alarcón. Madrid. 4 Unidad de Medicina Preventiva. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Resumen

El tratamiento con toxina botulínica influye sobre el estado de ánimo de los pacientes reduciendo el rasgo de ansiedad habitual, mientras que no afecta al estado emocional transitorio de ansiedad.

Propósito de la investigación

El objetivo de este estudio fue evaluar las diferencias en el nivel de ansiedad en un grupo de pacientes que se habían sometido a un tratamiento con toxina botulínica en tercio superior por razones cosméticas antes y después del tratamiento, bajo la hipótesis de que el tratamiento reduce la tensión muscular con repercusión sobre el estado anímico disminuyendo el estado/rasgo de ansiedad del paciente.

Material y Métodos

La ansiedad es uno de los principales problemas de salud de la sociedad actual. El objetivo del cuestionario STAI es evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad, cada una de ellas con 20 cuestiones:

Ansiedad como estado (A/E): evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo.

Ansiedad como rasgo (A/R): señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.



Se realiza estudio descriptivo transversal preliminar en el que se seleccionaron consecutivamente 10 pacientes que habían solicitado tratamiento con toxina botulínica por razones estéticas. Después de ser informados del propósito del estudio y de dar su consentimiento por escrito, los pacientes participaron en un examen psicológico llevado a cabo en dos tiempos (T1, día del tratamiento con toxina; T2, 15-20 días después en la consulta de evaluación/retoque). En cada una de estas etapas, la evaluación psicológica consistió en una entrevista clínica y cuestionarios de Ansiedad Estado-Rasgo STAI.

Se realiza un análisis descriptivo de las variables utilizando la media y la desviación estándar (DE). Se analizan las diferencias mediante el test no paramétrico de Wilcoxon (variable ordinal en 2 grupos y con datos apareados antes-después). Los datos se trataron con Access y SPSS versión 23.

Resultados

La edad media de los pacientes fue de 47,2 años (DE: 6,3 años), siendo el 90% mujeres. Los resultados mostraron que los pacientes mejoraron entre T1 y T2 en términos de rasgo de ansiedad de 21,9 puntos (DE: 3,5) a 18,1 puntos (DE: 2,5), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$) mientras que en el estado de ansiedad previo (24,8 puntos, DE: 4,2) al post-tratamiento (24,7 puntos, DE: 3,9) no hubo diferencias ($p > 0,05$).



Conclusiones

Este estudio preliminar demuestra la importancia de evaluar el tratamiento médico-estético en términos de dimensiones psicológicas, encontrando una reducción en el rasgo de ansiedad, como propensión ansiosa estable, tras el tratamiento con toxina botulínica mientras que no se encontraron diferencias en el estado emocional transitorio de ansiedad.

Bibliografía

1. Spielberger C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene. Manual for the State/Trait Anxiety Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press. 1970.
2. Spielberger C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo. Madrid: TEA. 1982
3. Guillén-Riquelme A, Buela-Casal G. Meta-analysis of group comparison and meta-analysis of reliability generalization of the State-Trait Anxiety Inventory Questionnaire (STAI). Rev Esp Salud Publica. 2014 Jan-Feb;88 (1):101-12.



JUSTIFICACIÓN

- Las varices tienen una gran prevalencia en la población, 25-30% mujeres y 10-40% hombres, y un 71% de población con más de 16 años presentan algún signo de IVC, con un coste sanitario elevado, 600-900 mill €/año Europa.
- El tamoxifeno es uno de los fármacos más utilizados en el campo del cáncer de mama, y se le atribuye, entre otros efectos secundarios, la capacidad de inducir trombosis venosas profundas y embolismos pulmonares. Además, 1 de cada 8 mujeres sufrirá en el mundo un cáncer de mama.

MATERIAL Y METODO DE TRABAJO

Revisión bibliográfica sobre la esclerosis de varices en pacientes tratados con tamoxifeno.
 *Esta metodología se diseñó según el establecido en el protocolo de realización de revisiones de COCHRANE (Higgins y Green, 2011).
 *Igualmente se ajustó a las recomendaciones establecidas por el Comité Internacional de Directores de Revistas Biomédicas (ICMJE).

CEAP

Clasificación CEAP de la EVC
 Clínica Etiología Anatomía Raro fisiología

- Clínica
- Clase 0: No signos visibles
- Clase 1: Telangiectasias o v. reticulares
- Clase 2: Varices
- Clase 3: Signos dermaticos
- Clase 4: Úlcera eczematosa
- Clase 5: Úlcera activa = Asintomático o Sintomático
- Clase 6: Úlcera activa = Asintomático o Sintomático

• Fisiología: Competencia Primaria, Secundaria
 • Anatomía: Superficial y/o Profunda (D)/V/o Perforantes
 • Raro fisiológico: Reflujo y/o Obstrucción

ESCLEROSIS DE VARICES EN PACIENTES TRATADAS CON TAMOXIFENO VISION DE FUTURO



Hsu A., Belkin E., Han S., Pellish R., Trombosis de la vena porta asociada a tamoxifeno que causa sangrado varicoso esofágico severo. Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU. 2015. Cited in PubMed: PMID 26315359.

NO, NO, NO

Las referencias bibliográficas hacen referencia al cuidado de no realizar concomitantemente el tratamiento de esclerosis de varices y el tratamiento con tamoxifeno para el cáncer de mama.

- SIN CEAP?
- CI -- RELATIVA O ABSOLUTA?
- OTRAS CAUSAS?
- POCA LITERATURA.



ESCALA ECOG



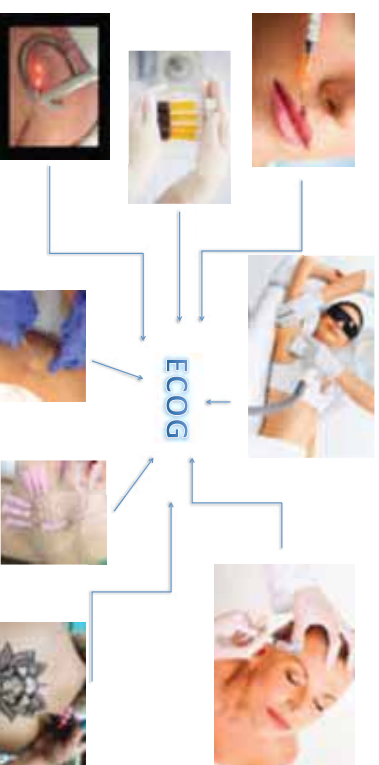
La escala ECOG es una forma práctica de medir la calidad de vida de un paciente exclusivamente con cáncer oncológico, cuyas expectativas de vida cambian en el transcurso de meses, semanas e incluso días.

Fue diseñada por el Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) de Estados Unidos y validada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se publicó en 1982 por Oken et al. También se llama a la escala ECOG, escala WHO o Zubrod score.

La principal función de esta escala es la de objetivar la calidad de vida del paciente o "performance status".

La escala ECOG valorará la evolución de las capacidades del paciente en su vida diaria manteniendo al máximo su autonomía. Este dato es muy importante cuando se plantea un tratamiento, ya que de esta escala dependerá el protocolo terapéutico y el pronóstico de la enfermedad. La escala ECOG se puntúa de 0 a 5 y sus valores son:

- ECOG 0** El paciente se encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria.
- ECOG 1** El paciente presenta síntomas que le impiden realizar trabajos arduos, aunque se desempeña normalmente en sus actividades cotidianas y en trabajos ligeros. El paciente sólo permanece en la cama durante las horas de sueño nocturno.
- ECOG 2** El paciente no es capaz de desempeñar ningún trabajo, se encuentra con síntomas que le obligan a permanecer en la cama durante varias horas al día, además de las de la noche, pero que no superan el 50% del día. El individuo satisface la mayoría de sus necesidades personales solo.
- ECOG 3** El paciente necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria como por ejemplo el vestirse.
- ECOG 4** El paciente permanece encamado el 100% del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria, como por ejemplo la higiene corporal, la movilización en la cama e incluso la alimentación.
- ECOG 5** Fallecido.



JORNADAS Y CURSOS ORGANIZADOS POR LA AMECLM EN 2018-2019

Curso Prejornadas de Flebitis Estética. 17 de octubre de 2019. Ciudad Real

XII JORNADAS DE LA AMECLM. 18-19 de octubre de 2019. Ciudad Real

Curso de Derecho Sanitario. En preparación

Efectos Adversos de los Materiales de Relleno (3ª Edición).

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

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

Información sobre Cursos de la AMECLM:

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

Correo electrónico: ameclm@ameclm.org

CURSOS Y CONGRESOS DE OTRAS ASOCIACIONES

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://confitera.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/>

Jornadas Hispalenses de Medicina Estética

<http://jornadashispalensesestetica.es/>

Jornadas Gallegas de Medicina Estética

<http://www.asmega.es/evento/viii-jornadas-gallegas-de-medicina-estetica-2018/>

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

Máster en Trasplante y Medicina Capilar de la Universidad de Alcalá

<http://www.iium.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, Antienvjecimiento y del Bienestar de la Universidad de Alcalá

<https://www.formacionmbl.com/>

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

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

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

SOCIOS ADMITIDOS EN EL ÚLTIMO AÑO

- Nº 103- Dra. Ximena Sandra Ríos Claros
- Nº 104- Dr. Salvador Rodríguez Scheid
- nº 105- Dr. Daniel Ricardo Pampín Ozán
- nº 106- Dra. M^a José Nadal Blanco
- nº 107- Dr. Carlos Gómez González
- nº 108- Dra. Luz Belén Zambrano Centeno
- nº 109- Dra. M^a Carmen Martínez Caballero
- nº 110- Dra. Ana Sánchez Domínguez

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



XII Jornadas de la AMECLM

17, 18 y 19 de Octubre de 2019

Hotel Doña Carlota CIUDAD REAL



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



**Curso Prejornadas de la AMECLM
Curso de Flebología Estética**

17 de octubre de 2019

Hotel Doña Carlota CIUDAD REAL