

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

## XII JORNADAS DE LA AMECLM

del 17 al 19 de octubre en el Palacio de Congresos de Albacete

*Tendiendo puentes: el futuro en nuestras manos*

Programa oficial

Curso de Flebología en la Práctica Clínica

Curso de Abordaje de la Región Periorcular

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](mailto:ameclm@ameclm.org)

## Comité científico

Prof. José Vicente Saz,  
rector de la Universidad de Alcalá

Dr. José Molina,  
presidente del Consejo Autonómico de Colegios de  
Médicos de Castilla-La Mancha

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

Prof. 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

Dr. José Serres,  
presidente de la SEMAL

## 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](mailto: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](mailto:ameclm@ameclm.org)  
ISSN Nº 2254-1152  
Depósito legal: AB-588-2012

## Maquetación e impresión:

Gráficas Albacete, S.L. Cervantes, 1  
Telf. y Fax 967 210 398. 02001 ALBACETE  
e-mail: [comercial@graficasalbacete.com](mailto:comercial@graficasalbacete.com) - [www.graficasalbacete.com](http://www.graficasalbacete.com)

## Tendiendo puentes

Se podría decir que la medicina estética en España se creó en 1985, con el nacimiento de la Sociedad Española de Medicina Estética (SEME). A pesar del tiempo transcurrido está viva, creciendo y estando más de actualidad que nunca, pero seguimos preguntándonos quién puede ser médico estético, seguimos ampliando conocimientos, habilidades y experiencias, pero más allá del Libro Blanco aprobado por la SEME, todavía no tenemos una respuesta clara. Perseguimos la acreditación y el reconocimiento institucional que siempre nos prometen, pero que no llega.

La Universidad española fue la primera en apostar decididamente por nosotros, proporcionándonos formación con los másteres que se pusieron en marcha. Sin embargo, estos títulos precisan una revisión para homogeneizar sus contenidos y habilidades, de manera que sean la base para conseguir ese reconocimiento oficial por el que llevamos tantos años luchando.

Por eso queremos que estas Jornadas sean un puente para todos los que creen en la medicina estética. Tenemos que construir caminos que unan a los Ministerios de Educación y de Sanidad, y que también se dirijan a los compañeros de tantas especialidades con los que compartimos un objetivo común: garantizar la salud y el bienestar de los pacientes que acuden a nuestras consultas.

En la XII edición de las Jornadas nos proponemos que esos puentes alcancen a los compañeros de atención primaria y de los servicios de urgencias, que ven y tratan a nuestros pacientes. Tienen que conocer nuestro trabajo y las posibles interacciones en diagnósticos y tratamientos, y por supuesto si es necesario ayudarnos cuando sea necesario o cuando la evolución de un paciente así lo demande.

Hemos preparado un espacio de debate y dos grandes cursos pre-jornadas. Son ponencias y ponentes que esperamos sean de máximo interés, Y un curso dirigido a el equipo multidisciplinar de nuestras consultas en colaboración con GEMEON (Grupo de Expertos en Medicina Estética Oncológica). Esperamos contar con muchas comunicaciones libres. Os animamos a todos a presentar casos, investigación, revisiones. El futuro de la Medicina Estética lo hacemos entre todos.



Estas Jornadas son especiales: celebramos elecciones y nos gustaría que participasen todos los socios de la AMECLM. La Asociación tiene que ser de todos y por eso nos gustaría conocer vuestras inquietudes, qué esperáis., que podemos hacer para mejorar... Podemos ser esa Asociación fuerte que, junto con la SEME, consiga una medicina estética de calidad, sin intrusos que la ningunean y estropean su imagen, que promueva la formación y la experiencia que todos deseamos.

Os esperamos a todos en estas Jornadas, en las que cada uno somos un eslabón fundamental. Estas son nuestras Jornadas.

Dra. Paloma Tejero  
Presidenta de la AMECLM

## SUMARIO

5

Reportaje sobre las Jornadas

8

Programa de las Jornadas

14

Salas y stands

15

Patrocinadores

16

Ponencias del Curso de Flebología

20

Ponencias del Curso de Región Periorcular

25

Ponencias de las IX Jornadas

70

Comunicaciones libres

76

Calendario de formación

78

Normas de publicación de artículos científicos

79

Socios admitidos, socios de honor  
y Junta Directiva

## TODO A PUNTO PARA LAS XII JORNADAS DE LA AMECLM EN ALBACETE

Los próximos días 17, 18 y 19 de octubre tendrán lugar en el Palacio de Congresos de Albacete las XII Jornadas de la Asociación de Medicina Estética de Castilla-La Mancha (AMECLM), de las que esperamos repetir el éxito y la gran acogida que ha tenido esta iniciativa formativa en pasadas ediciones.

Las Jornadas pretenden ser un repaso amplio sobre las principales novedades que han aparecido en el mundo de la medicina estética en los últimos meses, todo enfocado desde un punto de vista muy práctico y con demostraciones en directo, propósito que es muy valorado por los asistentes. Los temas se estructuran en torno a mesas de diálogo interactivas, donde, tras una breve exposición de los ponentes, los médicos y los integrantes de la mesa pueden intervenir para hacer sus preguntas y expresar sus dudas, con lo que resulta un formato formativo excelente.

También hay espacios *Cara a cara* de debate en los que, lejos de la fórmula más habitual, directamente los ponentes se interpelan sobre cuestiones prácticas concretas, a fin de contrastar puntos de vista y opiniones y tratar de alcanzar consensos sobre diagnósticos o tratamientos. De nuevo, el público tiene plena libertad para expresar sus opiniones o para aportar información pertinente al caso del que se esté hablando.

### Tender puentes hacia otros profesionales médicos

En esta ocasión, el lema de las Jornadas es "Tendiendo puentes: el futuro en nuestras manos". De esta manera, la AMECLM demanda la necesidad de incrementar la colaboración entre médicos estéticos y colegas de otras especialidades.

La Asociación subraya la conveniencia de que otros médicos que tratan a sus pacientes, como los de atención primaria y los de los servicios de urgencias, conozcan qué hace la medicina estética y qué tratamientos aplica, para que tengan conocimiento de posibles interacciones y sigan correctamente su evolución. Éste ha sido precisamente el mensaje que ha hecho público la AMECLM el pasado 6 de septiembre, Día Internacional de la Medicina Estética.

La Junta de Castilla-La Mancha ha reconocido recientemente el interés sanitario de las Jornadas, de las que también se ha solicitado acreditación oficial.

### Cursos Prejornadas: Flebología y Región Periorcular

El 17 de octubre, como preludeo al programa oficial de las XII Jornadas, se celebrarán simultáneamente dos cursos prejornadas: "Flebología en la Práctica: del Diagnóstico al Tratamiento" y "Abordaje de la Región Periorcular en Medicina Estética".

El primero es un curso sumamente atractivo, en el que se han equilibrado cuidadosamente las partes teóricas y prácticas. Habrá también coloquios y mesas de debate para tratar de alcanzar consensos y fomentar la interactividad con los alumnos. En la parte práctica, con pacientes reales y en directo, se realizarán exploraciones clínicas, ECO-Doppler, tratamientos de varices con láser y tratamientos esclerosantes.

El Curso de Flebología está coordinado por los Dres. Eduardo Gil y Emilce Insua. Sus docentes son los Dres. César Arroyo, Maya Gracia, Salvador Rodríguez, Agustín Arroyo, Dolores Ballesteros y Joaquín Gómez Caravaca.

Respecto al Curso de Región Periorcular, el planteamiento de nuevo será una pequeña parte teórica y muchas horas de demostraciones en directo. En la parte práctica, con pacientes reales, se realizarán tratamientos en las cejas, ecografías, endoliftings láser, abordajes con grasa, stretching, blanching, hidro-boosters y plasmigel.







Este Curso está coordinado por los Dras. Paloma Tejero y Carlota Hernández. Sus docentes son los Dres. Juan López, María Alarcón, Alicia Milotich, Juana Deltell, Cristina Albertos, Marta Serna, Fernando García Monforte, Marjorie Garcerant, Susana Bordegaray, Miguel Leclercq, César Hita y Enric Munt.

### ... y comienzan las Jornadas

La conferencia inaugural versará sobre la elegancia. Contaremos con un ponente de lujo para hablar de este tema, el Dr. Javier Anido, que ya nos ha visitado en otras ocasiones en las Jornadas y que siempre goza de gran predicamento entre los médicos estéticos.

La mesa 1, de acuerdo con el lema "Tendiendo puentes", será una sesión clínica con el título "El paciente estético acude a Urgencias". Intervendrán médicos de Urgencias muy reconocidos en Castilla-La Mancha: los Dres. Ximo Payá, Natividad Laín (presidenta del Colegio de Médicos de Toledo) y Lourdes Sáez. Se les presentará casos clínicos concretos para informar de cómo se trata a estos pacientes en estos servicios.

Medicina estética y piel es el tema de la mesa 2. Se hablará de manifestaciones cutáneas sistémicas, del blanqueamiento en el área genital y externa y del acné y sus secuelas. Los ponentes son los Dres. Lourdes Sáez, Abraham Benzaquén y Cristina Pérez.

La mesa 3 abordará los DBE (dispositivos basados en la energía) y cuenta con la inestimable colaboración de la Sociedad Española de Láser Médico Quirúrgico (SELMQ). Los temas: nuevos usos de la carboxiterapia, efectos secundarios de los láseres y fuentes lumínicas, el tratamiento de arrugas e incluso de los ronquidos con estos aparatos y las tecnologías plasma y LFU (low frequency ultrasound); que correrán a cargo de los Dres. Juan López, Diego del Ojo, Rafael Serena, Victoria Sunkel, Victoria Fernández Ochando y Abraham Benzaquén.

La grasa es un asunto recurrente en los foros de medicina estética, pero en esta ocasión se quiere ir más allá de los planteamientos habituales. Se hablará de los nuevos fármacos para el tratamiento no quirúrgico, de la obesidad en el paciente oncológico y de particularidades del tejido adiposo que van más allá de ser un simple reservorio de grasa. Contaremos con ponentes de la talla de las Dras. Carlota Hernández Sanz, Victoria Zamorano y la Profa. Victoria Cachofeiro. El formato será de debate, moderado por la Dra. Emilce Insua.

La mesa 5 también se plantea como un cara a cara. El tema a tratar: medicina estética en redes sociales. Como todos sabemos, las redes pueden ser una fantástica vía de comunicación con la sociedad, los pacientes y nuestros colegas, que bien utilizados pueden consolidarnos como excelentes profesionales médicos. Pero también encierran sus peligros si se usan de forma irreflexiva. Debatirán sobre todo ello los Dres. Hernán Pinto y Alberto Candau con D<sup>a</sup> Rosa Rodríguez Arias, letrada de la AMECLM.

También se abordarán los retos que plantean los pacientes jóvenes en las consultas de medicina estética: necesidades de los millennials, alopecia en mujeres jóvenes y factores psicológicos asociados, trastornos alimentarios y rinoplastia con ultrasonidos. Los ponentes serán los Dres. Luis de Sola, Henrique Machado, José María Loza, Eduardo Gil y Alberto Candau.

La mesa 7 es un recorrido de la historia de la medicina estética en España en los últimos meses, pero además se rendirá homenaje a la universidad, por el gran apoyo prestado al desarrollo de una formación específica para médicos estéticos con la creación de los másters. En primer lugar, intervendrán médicos con una larga trayectoria en este campo: los Dres. Manuel Sánchez, Justo Alcolea y José Folch, así como la Profa. Julia Buján.

En la parte del homenaje a la universidad, estarán los Profes. José Vicente Saz, José Ricardo Cabo, Petra Vega, Angustias Palomar, Jesús Fernández-Tresguerres, José Folch y Paloma Tejero.

La flacidez y sus problemas asociados son el planteamiento de la mesa 8. Primero se aclarará exactamente a qué nos referimos cuando hablamos de este término, pero también de cómo tratarla con biomecánica, plasma de helio y endolifting facial, con ponencias a cargo de los Dres. Emilce Insua, Eduardo de Frutos, Alejandro Acuña y Miguel Leclercq.

Por último, un clásico que siempre goza del favor de los asistentes: el simposio de toxina botulínica, moderado por el Dr. Fernando García Monforte, que nos informará sobre las nuevas toxinas. Este año se cuenta con la colaboración de la Sociedad Griega para el Estudio de la Toxina Botulínica en ORL, que envía a la Dra. Chrsanthi Karapantzou para hablar del tratamiento del bruxismo. Asimismo, el Dr. Diego del Ojo abordará las posibilidades que ofrece para la hiperhidrosis facial.

Como en todos los años, las Jornadas se aprovecharán para celebrar la Asamblea de Socios, que en esta ocasión tratarán sobre las Elecciones a Junta Directiva de la AMECLM para los cuatro próximos años. La única candidatura que se ha presentado es la encabezada por la Dra. Paloma Tejero como presidenta, cuyo equipo está al cargo de la Asociación desde su creación en 2008.

### Paciente oncológico

En cuanto a los Talleres Prácticos para el Equipo Multidisciplinar de la Consulta de Medicina Estética, este año tendrán una temática muy especial: El Paciente Oncológico en la Consulta de Medicina Estética: el Papel del Equipo Auxiliar, coincidiendo con el Día Mundial del Cáncer de Mama el 19 de octubre.

Como sabéis, en los últimos años estamos experimentando un incremento continuado de pacientes que sobreviven al cáncer, pero que además de superar la enfermedad quieren hacerlo con bienestar, calidad de vida y una imagen saludable. La demanda de tratamientos médico-estéticos específicos para ellos es también creciente, y los profesionales que ayudan a los médicos en las consultas deben estar preparados para atenderlos.

Colabora en esta actividad el Grupo Español de Medicina Estética Oncológica (GEMEON), con un programa de ponencias y talleres enfocados desde un punto de vista muy práctico.

### Albacete, marco de excepción para las Jornadas

Ésta será la cuarta vez que Albacete acoge las Jornadas de la AMECLM, debido a la comodidad que brinda el Palacio de Congresos de la ciudad, con amplios espacios para el desarrollo de las mismas. A eso se une su cercanía con el Hotel Beatriz, sólo a dos minutos andando, cruzando un amplio espacio peatonal. Todas estas circunstancias hacen de esta ciudad un destino sumamente atractivo para nosotros.



Tenemos que recordar además las buenas comunicaciones con las que cuenta Albacete, muy bien comunicada con líneas de ferrocarril de alta velocidad tanto con Madrid como con Valencia, lo que facilita mucho el desplazamiento de los congresistas. La AMECLM ha conseguido un descuento del 30% en los desplazamientos en tren, así como tarifas especiales de alojamiento en el Hotel Beatriz.

Todo está dispuesto para que comiencen este año las XII Jornadas. Esperamos que se repita o incluso se supere el alto nivel de ediciones anteriores. Muchas gracias a todos: ponentes, moderadores, inscritos, empresas del sector, instituciones y administraciones, sin cuyo apoyo este sueño no habría sido posible.

## **XII Jornadas de la Asociación de Medicina Estética de Castilla-La Mancha (AMECLM)**

*Tendiendo puentes: El futuro en nuestras manos*

**Palacio de Congresos de Albacete.** Avda. Autovía, 1. 02007- Albacete  
**17, 18 y 19 de octubre de 2019**



### **CURSOS PREJORNADAS:**

#### **Curso Prejornadas Flebología en la Práctica Clínica: del Diagnóstico al Tratamiento**

**Coordinadores:** Dres. Eduardo Gil y Emilce Insua

**JUEVES, 17 de octubre**

- **9:00-9:30.-** Entrega de documentación
- **9:30-11:30.-** Mesa 1.- Flebología estética. *Moderadora: Dra. Emilce Insua*
  - Varices y varicosidades con láser. ¿Cuándo? **Dr. César Arroyo**
  - Estado actual de la escleroterapia. **Dra. Maya Gracia**
  - Complicaciones estéticas del tratamiento esclerosante. **Dr. Salvador Rodríguez**
  - Técnicas endovasculares. **Dr. Agustín Arroyo**
  - Estado actual de la cirugía venosa. **Dra. Dolores Ballesteros**
  - Coloquio
- **11:30-12:00.-** Café
- **12:00-14:00.-** Mesa 2.- Mesa coloquio-discusión. *Moderador: Dr. Eduardo Gil*
  - Con la participación de los **Dres. Emilce Insua, Dolores Ballesteros, Maya Gracia, César Arroyo, Salvador Rodríguez y Agustín Arroyo**



- **14:00-16:00.-** Comida
- **16:00-18:00.-** TARDE PRÁCTICA, en directo, con pacientes reales
  - Exploración clínica del paciente. **Dra. Emilce Insua**
  - Eco-Doppler venoso de miembros inferiores: principios básicos y exploración del sistema venoso superficial. **Dr. Joaquín Gómez Caravaca**
  - Tratamiento de varices con láser. **Dr. César Arroyo**
- **18:00-18:15.-** Café
- **18:15-20:00.-** Tratamientos esclerosantes. **Dres. Maya Gracia y Salvador Rodríguez**

### **Curso Prejornadas de Abordaje Global de la Región Periorcular en Medicina Estética**

Coordinadoras: **Dras. Paloma Tejero y Carlota Hernández Sanz**

#### **JUEVES, 17 de octubre**

- **9:00-9:30.-** Entrega de documentación
- **9:30-10:00.-** Bases para el diagnóstico
  - Volumización de la región temporal: anatomía inteligente. **Dr. Juan López**
  - Diagnóstico diferencial de la ojera. **Dr. César Hita**
- **10:00-11:30.-** Sesión práctica: Tratamiento sistemático de la ojera.  
*Moderadora: Dra. Ana López Dosio*
  - Ácido hialurónico. **Dra. Alicia Milotich**
  - Peelings. **Dra. Juana Deltell**
  - Carboxiterapia y otros DBE. **Dr. Juan López**
- **11:30-12:00.-** Café
- **12:00-14:00.** Las cejas: enmarcando la mirada (taller práctico).
  - Técnica para la elevación de las cejas. **Dra. Cristina Albertos**
  - Abordaje con cánula de la región temporal. **Dra. Marta Serna**
  - Elevación de cejas con toxina botulínica. **Dr. Fernando García Monforte**
- **14:00-16:00.-** Comida
- **16:00-17:30.-** Ecografía. Taller práctico. **Dras. Marjorie Garcerant y Susana Bordegaray.** *Moderador: Dr. Isidoro Gómez Cavero*
- **17:30-18:00.-** Un paso más (talleres prácticos)

- Endolifting láser en el abordaje de la región periocular (vídeo comentado).

**Dr. Miguel Leclercq**

- Abordaje con grasa de la región periocular. **Dra. Marta Serna**

- **18:00-18:30.-** Café
- **18:30-19:30.-** Técnicas de stretching, blanching, hidro-boosters, Plasmigel, en el abordaje de la región periocular (taller práctico). **Dras. Carlota Hernández Sanz y Paloma Tejero.**
- **19:30-20:00.-** Coloquio

## **XII Jornadas de la Asociación de Medicina Estética de Castilla-La Mancha (AMECLM)**

### **VIERNES, 18 de octubre**

- **8:30-9:00.-** Entrega de documentación
- **9:00-11:00.-** Mesa 1. **SESIÓN CLÍNICA: EL PACIENTE ESTÉTICO ACUDE A URGENCIAS. La visión de nuestros compañeros (presentación de casos clínicos).** Con la participación de los **Dres. Joaquín Payá, Natividad Laín y Ricardo Juárez**
- **11:00-11:15.-** ACTO INAUGURAL, con la presencia del **Ilmo. Dr. D. José Molina**, presidente del Consejo Autonómico de Colegios de Médicos de Castilla-La Mancha.
- **11:15-11:45.-** CONFERENCIA INAUGURAL: **La elegancia en Medicina Estética.** **Dr. Javier Anido**
- **11:45-12:00.-** Coloquio
- **12:00-12:30.-** Café - Visita a los stands y a los pósters presentados
- **12:30-14:00.-** Mesa 2. **MEDICINA ESTÉTICA Y PIEL.**
  - Manifestaciones cutáneas de enfermedades sistémicas. **Dra. Lourdes Sáez**
  - Protocolo de blanqueamiento en área genital y perianal externa. **Dr. Abraham Benzaquén**
  - Acné y sus secuelas. **Dra. Cristina Pérez**
- **14:00-16:00.-** Comida
- **16:00-18:00.-** Mesa 3. **DBE (Dispositivos basados en la energía). QUÉ HAY DE NUEVO.** Con la participación de la **Sociedad Española de Láser Médico Quirúrgico (SELMQ).**
  - Carboxiterapia: nuevos usos y protocolos. **Dr. Juan López**
  - Cómo prevenir y tratar los efectos secundarios producidos por láser y fuentes lumínicas en dermatología. **Dr. Diego del Ojo**

- Láseres y fuentes de luz en el tratamiento de las arrugas de expresión facial. **Dr. Rafael Serena**
- Tecnología plasma: qué nos aporta. **Dra. Victoria Sunkel**
- Indicaciones en medicina estética de la tecnología Low Frequency Ultrasound (LFU). **Dr. Abraham Benzaquén**
- Mejoría del sueño y la calidad de vida con el tratamiento láser del ronquido. **Dra. Victoria Fernández Ochando**
- **18:00-18:30.-** Café
- **18:30-19:30.-** Mesa 4. **DEBATE: GRASA Y MÁS.**
  - Actualización terapéutica (fármacos) en el tratamiento no quirúrgico de las adiposidades localizadas. **Dra. Carlota Hernández Sanz**
  - Obesidad en el paciente oncológico. **Dra. Victoria Zamorano**
  - El tejido adiposo, más que un reservorio de grasa. **Dra. Victoria Cachofeiro**
- **19:30-20:00.-** Mesa 5. **CARA A CARA: MEDICINA ESTÉTICA EN REDES SOCIALES (adaptándonos a las nuevas normativas sobre publicidad médica).** Con la participación de los **Dres. Hernán Pinto y Alberto Candau y de D<sup>a</sup> Rosa Rodríguez Arias.**
- **20:00.- ASAMBLEA DE SOCIOS DE LA AMECLM. Elecciones**

#### **SABADO, 19 de octubre**

- **9:30-11:30.-** Mesa 6. **PACIENTE JOVEN.**
  - Medicina estética en la era milennial. **Dr. Luis de Sola**
  - Alopecia en mujer joven: Diagnóstico y tratamiento. **Dr. Henrique Machado**
  - Factores psicológicos asociados a alopecia areata. **Dr. José M<sup>a</sup> Loza**
  - Trastornos del comportamiento alimentario: a propósito de un caso. **Dr. Eduardo Gil**
  - Rinoplastia con ultrasonidos. Cuándo, cómo y quién. **Dr. Alberto Candau**
- Coloquio
- **11:30-12:00.-** Café
- **12:00-14:00.-** Mesa 7. **MÁS DE 20 AÑOS DE MEDICINA ESTÉTICA. Ayer y hoy en Medicina Estética.**
  - Utilización de la luz en medicina estética. **Dr. Justo Alcolea**
  - Técnicas que nunca mueren. **Dra. Petra Vega**
  - Mesoterapia. **Dr. José Folch**
  - Medicina regenerativa. Qué podemos esperar. **Profa. Julia Buján**

- Homenaje a la Universidad. Con la participación de los **Profes. Petra Vega, José Folch, Angustias Palomar, José Vicente Saz, Jesús Fernández-Tresguerres, José Ricardo Cabo y Paloma Tejero**

- **14:00-16:00.-** Comida
- **16:00-17:30.-** Mesa 8. **FLACIDEZ, UNA DEMANDA SIN RESOLVER.**
  - De qué hablamos cuando hablamos de flacidez. **Dra. Emilce Insua**
  - Biomecánica en el abordaje de la flacidez facial. **Dr. Eduardo de Frutos**
  - Tratamiento de flacidez cutánea con plasma de helio. **Dr. Alejandro Acuña**
  - Endolifting facial. **Dr. Miguel Leclercq**
- **17:30-19:00.-** Mesa 9. **SIMPOSIUM SOBRE TOXINA BOTULÍNICA.** Con la participación de la Sociedad Griega para el Estudio de la Toxina Botulínica en ORL
  - Abordaje integral del bruxismo. **Dra. Chrisanthi Karapantzou**
  - La toxina que viene. **Dr. Fernando García Monforte**
  - Cómo elegir la mejor toxina. **Dr. Fernando García Monforte**
  - Hiperhidrosis facial. **Dr. Diego del Ojo**
  - Coloquio

## Programa de Talleres

### VIERNES, 18 de octubre

- **9:00-10:00.- Comunicaciones Libres.**
  - Reacción tardía adversa por inyección facial con silicona. **Dres. Susan Díaz Reverand, Jesús Sastre, Ricardo Aguiló, Susana Bordegaray y Ana Capote**
  - Estudio comparativo de la voluminización malar vía vestíbulo bucal frente a la vía percutánea con ácido hialurónico. **Dres. Luis Oliva, Susana Bordegaray, Fernando García Monforte y Paloma Tejero**
  - Evidencia científica de la eficacia del tratamiento con plasma rico en plaquetas (PRP) en medicina estética. **Dra. Elvira Castellanos**
  - Tratamiento combinado de carboxiterapia e hialuronidasa en necrosis isquémica por infiltración de hialurónico. A propósito de un caso. **Dra. Cristina Núñez**
  - Fentanilo sublingual de acción rápida en tratamientos capilares. **Dres. José Luis Pérez Aguiar y Carmen M<sup>a</sup> Pérez Aguiar**
- **10:00-11:00.-** Neauvia, tecnología del siglo XXI aplicada a la medicina estética. **Dr. Sergio Fernández Mesa.** Patrocinado por **Neauvia**
- **11:00-12:00.-** Belotero® REVIVE. Concepto de tratamiento C3. Ponente: **Dra. Marjorie Garcerant.** Patrocinado por **Merz**



- **12:30-13:30.-** Tratamiento del tercio inferior facial. Diferencia en el abordaje del hombre y la mujer. Ponente: **Dra. Alicia Milotich**. Patrocinado por **Galderma**
- **16:00-17:00.-** Blanqueando la piel. Ponente: **Dra. Cristina Albertos**. Patrocinado por **Real Lasting**
- **17:00-18:00.-** Estado actual de la voluminización malar y mandibular. Aliaxin SV® (Superior Volume). El enfoque global a la restauración del volumen facial. **Dr. Moisés Rodríguez Abascal**. Patrocinado por **Sebbin**
- **18:30-19:30.-** Desde la voluminización hasta el contorno infraorbitario. Ponente: **Dr. José Manuel Fernández**. Patrocinado por **Teoxane**

### **SÁBADO, 19 de octubre**

- **10:30-11:30.-** Últimos estudios sobre el PDO como potenciador metabólico. Cómo optimizar su aplicación. Ponente: **Dr. Manuel Lozano**. Patrocinado por **Dérmica**
- **12:00-13:00.-** Hilos Aptos: presentación de Excellence Visage con ácido hialurónico. **Dr. Manuel Prieto**. Patrocinado por **Sellaesthetic**
- **13:00-14:00.-** U225: Máxima tecnología para aplicar mesoterapia. **Dr. Jean Paul Ben**. Patrocinado por **Sellaesthetic**

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

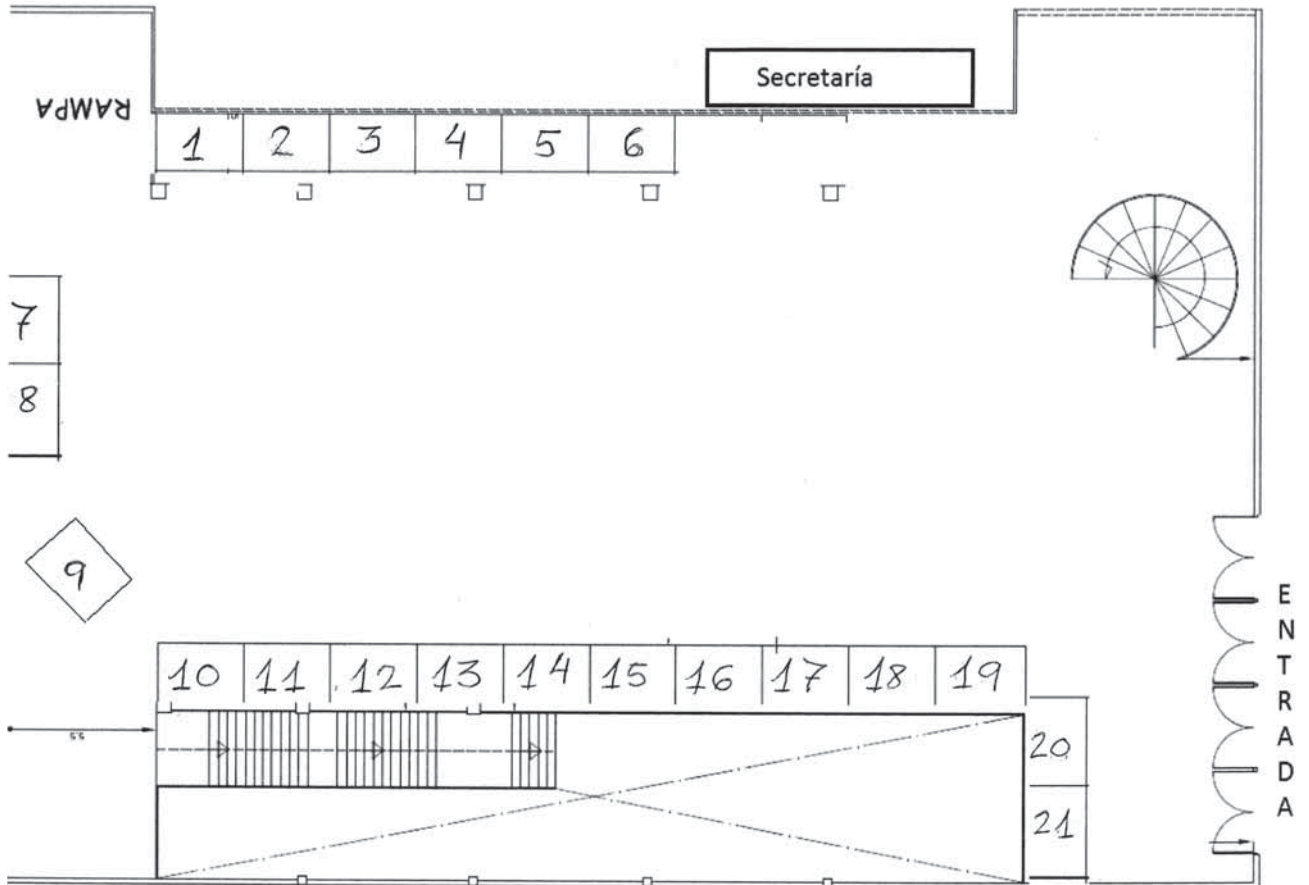
### **SÁBADO, 19 DE OCTUBRE**

El paciente oncológico en la consulta de medicina estética: La labor del equipo auxiliar

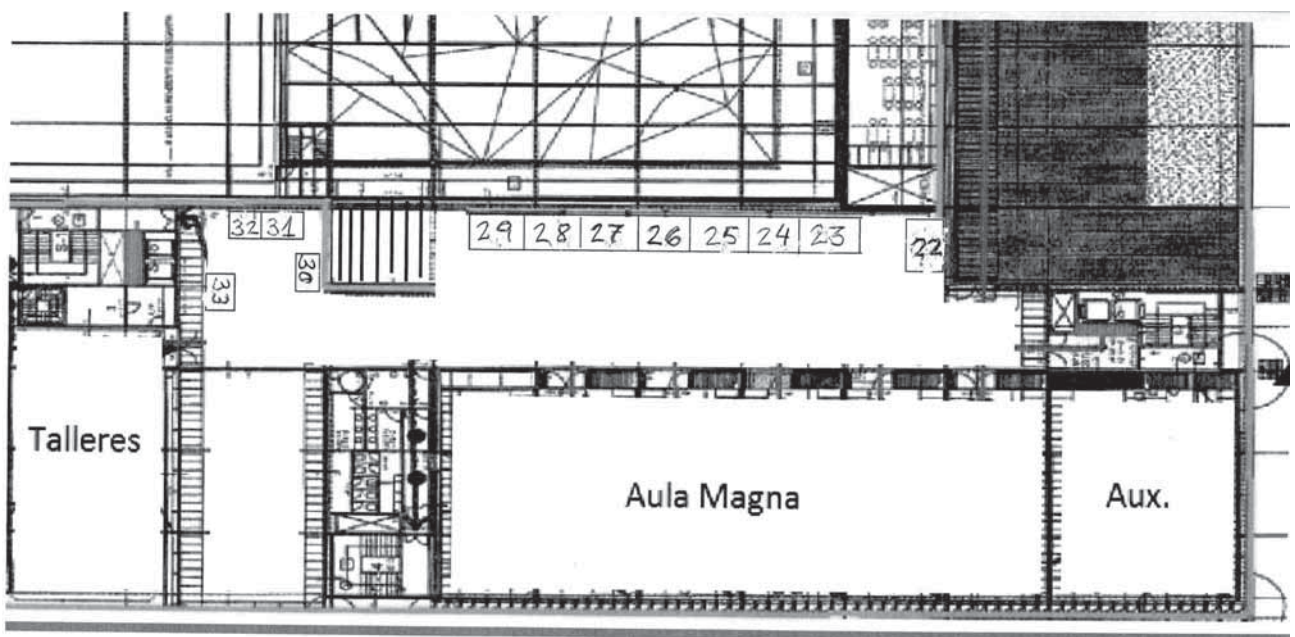
Con la Colaboración del **Grupo Español de Medicina Estética Oncológica (GEMEON)**

- **9:00-9:30.-** Presentación del curso: Dream Team Oncology. **Dras. Paloma Tejero y Margarita Esteban (vicepresidenta de GEMEON)**
- **9:30-10:30.-** Qué es el cáncer. Los procesos de la enfermedad. **Dra. Pilar Lacosta**
- **10:30-11:30.-** Abordaje de la fibrosis tardía. **Dra. Yolanda Albelda**
- **11:30-12:00.-** Café
- **12:30-13:00.-** Cosmética oncológica. Lo que todos debemos saber. **Dra. Sheila Mota**
- **13:00-13:30.-** La importancia de la fotoprotección. **Dra. Elena Fernández Martín**
- **13:30-14:00.-** Ginecoestética, ¿qué puede ofrecer a estas pacientes? **Dra. Victoria Martínez Morón**
- **14:00-16:00.-** Comida
- **16:00-17:30.-** Taller de visagismo: Diseño de reconstrucción de cejas. **Dra. Emma Iglesias y D<sup>a</sup> Milagros Esteban**
- **17:30-19:00.-** Taller de hidratación cutánea. **Dra. Juana Deltell**

# SALAS Y STANDS



## PLANTA 1



## PLANTA 2

PATROCINADOR PLATA



SELLAESTHETIC

EXPOSITORES

MERZ AESTHETICS



BTL AESTHETICS



## Estado actual de la escleroterapia



**Dra. Maya Gracia**

Clínicas Dra. Maya Gracia, Creu Blanca y Sagrada Familia (Barcelona)

El tratamiento de referencia para el tratamiento de las varices en C1 es la escleroterapia. El tratamiento en forma de espuma y la escleroterapia ecoguiada han hecho posible su utilización en todas las formas de IVC, y hoy en día la escleroterapia con espuma es considerada una alternativa a la cirugía y a las técnicas endovasculares.

Necesita una excelente formación en la técnica y en el manejo del Ecodoppler venoso. Actualmente el uso de la escleroterapia con espuma ecoguiada se ha perfeccionado en el uso en varices reticulares C1, pero esta técnica necesita un aprendizaje específico para minimizar los riesgos.

Gracias a los progresos del Ecodoppler, existen actualmente sondas de alta frecuencia que nos permiten visualizar venas de 1 mm o menos; esto permite realizar una cartografía de las venas reticulares patológicas y tratarlas directamente con punción ecoguiada, antes de tratar las telangiectasias.

Esta técnica combinada de Ecodoppler y microespuma permite mejorar el gesto terapéutico, así como disminuir el riesgo de sobredosis reduciendo de manera significativa los efectos secundarios, como la pigmentación y el matting.

Se necesitan estudios para valorar su seguridad y su superioridad respecto al uso en forma líquida.

### BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Rabe E., et al. Europeanguidelines for sclerotherapy in chronicvenousdisorders for sclerotherapy in chronicvenousdisorders. Phlebology 2014 Jul; 29 (6): 338-54.
- 2.- Coleridge Smith. ClinicalstudiesusingfoamSclerotherapy. EuropeanJournal of VacularSurgery 2006; 32: 577-583.
- 3.- Bradbury et al. Ultrasound – guidedfoamsclerotherapy is a safeandclinicallyeffectivetreatment for superficial venous reflux. Journal of vascular surgery .2010; 52: 939-945.
- 4.- JosninM., HamelDesnos C., Foamsclerotherapy for reticular veins and telangièctasis. Phlebologie 2018; 71(1):11-21

## Complicaciones estéticas del tratamiento esclerosante



**Dr. Salvador Rodriguez Scheid**

Gerente de Clínicas Variclinic (Cartagena, Murcia, Elche y Lorca)

Los tratamientos de varices con esclerosis química están, al día de hoy, muy extendidos y muy demandados por las pacientes, que quieren evitar tanto los síntomas como los indeseados efectos anti estéticos en las extremidades inferiores.

Cada vez más se realizan tratamientos de éste tipo en las clínicas de estética con muy buenos resultados, pero en ocasiones no todo sale como esperamos, y se debe recurrir a la labor del flebólogo para esclarecer que ha pasado y encaminar el resultado a buen fin.

Como en cualquier procedimiento médico, en el tratamiento esclerosante de varices pueden surgir algunos efectos secundarios indeseados que es necesario conocer, evitar y tratar si aparecen. Este tratamiento puede ser realizado en grandes troncos safenos para evitar la cirugía, en reticulares para eliminar los reservorios venosos, o en capilares venosos para acabar con esas zonas que son tan visibles.

Para prevenir este tipo de efectos es importante conocer la anatomía venosa de las extremidades inferiores y su posibles variantes, saber identificar los nuevos trayectos venosos de las recidivas, diferenciar los trayectos esclerosados de los no esclerosados, y sobre todo tener claro qué trayectos son insuficientes y tratarlos con la concentración y volumen de químico suficiente y necesaria.



La técnica en sí misma parece sencilla, pero esconde una gran cantidad de pequeños trucos que, sin su conocimiento, pueden hacer fracasar la resolución del procedimiento. Debemos conocer los grandes puntos de este tratamiento, que son **DÓNDE** pinchar, **CUÁNTO** pinchar, **QUÉ** pinchar. Para conseguir resultados debemos ser prudentes con ella, y solventar los síntomas derivados de la IVC, así como los inestetismos que tanto nos demandan nuestros pacientes.

Se analizarán las diferentes técnicas: multipunción con mínima inyección en trayectos reticulares y capilares, o monopunción con máxima inyección para grandes troncos safenos, técnica esta última eco guiada que se realizará en los talleres prácticos.

Se abordarán en esta ponencia los efectos secundarios no deseados más frecuentes en esta técnica: matting, pigmentación, flebitis química dolorosa, escara, inyección intra arterial y los pobres resultados. Igualmente se analizará el mal resultado para detectar el error, y posibles soluciones para solventarlo.

Se analizarán las situaciones más frecuentes en las que, desde el punto de vista de la medicina estética se deben considerar, como el saber distinguir qué tipo de tratamientos se escapan de la simple estética y pasan al campo de la Flebología; así mismo se hablará de las recomendaciones flebológicas más usuales para este tipo de pacientes.

## Técnicas endovasculares en C2

**Dr. Agustín Arroyo**

Director de la Clínica Medivás (Madrid) y jefe de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Vithas (Madrid)



Si bien C2 no forma parte de la flebología estética, ya que sus indicaciones de tratamiento obedecen a razones médicas, sí podemos decir que cada vez preocupa más el resultado cosmético de los procedimientos. Las técnicas endovasculares han llegado para quedarse. El aumento de la evidencia científica ha hecho que, por ejemplo, la ablación térmica, ya aparezca como técnica recomendada en algunas guías.

La ausencia de incisiones, una recuperación sociolaboral más rápida y la no hospitalización son algunas de las razones que justifican el crecimiento progresivo de las técnicas endovasculares. Hay técnicas basadas en la ablación térmica como el endoláser o la radiofrecuencia, técnicas basadas en la ablación química o mecánico-química, y técnicas basadas en el sellado con pegamento.

Dos conceptos son importantes:

1. Es imprescindible dominar más de una técnica para poder ofrecer la mejor opción en cada caso
2. No es necesario resolver todo el problema varicoso en una sola sesión

Resumiremos cada una de las técnicas existentes centrándonos en los últimos avances destacables.

## Estado actual de la cirugía venosa

**Dra. Dolores Ballesteros**

A.E.A. de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital de Albacete



Las varices suponen la patología vascular más frecuente en nuestro medio. Hasta el 60% de la población va a presentar algún síntoma o signo de enfermedad venosa crónica (EVC). Las guías actuales recomiendan un tratamiento precoz del reflujo venoso superficial por medio de cirugía abierta, endovenosa (radiofrecuencia, láser...), o escleroterapia. Esto pretende eliminar el reflujo, restablecer la normalidad hemodinámica, y extirpar las varices visibles para eliminar los síntomas, prevenir la recurrencia y minimizar las complicaciones de la enfermedad (como son las alteraciones cutáneas, la úlcera venosa y la enfermedad trombo-embólica venosa)<sup>1</sup>. A pesar de las innovaciones en el tratamiento mínimamente invasivo de las varices, el stripping continúa siendo la técnica "goldstandard", y si se realiza de forma correcta en ciertas circunstancias es preferible a las técnicas endovasculares (por ejemplo en safenas muy superficiales el stripping por invaginación puede dejar mejores resultados estéticos)<sup>2</sup>.

Durante más de 30 años, el "goldstandard" en la cirugía de varices ha incluido<sup>2,3</sup>:

- Mapeo ecográfico preoperatorio y marcado de la incisión (especialmente importante en las operaciones de vena safena externa, ya que podemos encontrar una amplia variedad de configuraciones en el confluente safenopoplíteo).

- Crosectomía y extracción de la vena safena, por invaginación, desde proximal hasta la fuente de reflujo distal.
- No se elimina la totalidad de la vena safena, evitando su extirpación a nivel maleolar con la finalidad de disminuir la lesión neurológica.
- Ligadura a plano de la unión safeno-femoral con sutura no absorbible. Ligadura de todas las ramas afluentes en la unión safeno-femoral para disminuir las recurrencias.
- La ligadura plana de la unión safeno-poplítea no siempre es posible, tampoco es esencial; sin embargo es deseable siempre que sea posible.

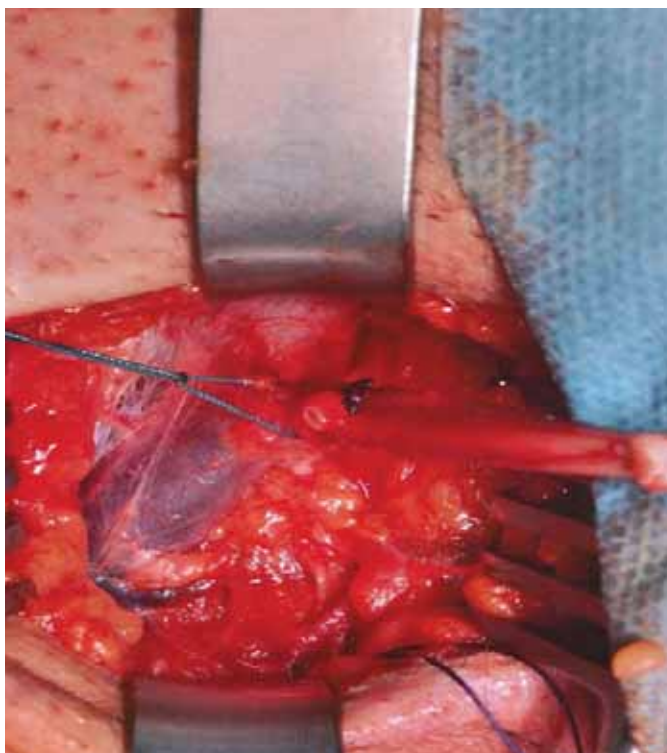


Figura 1: Crosectomía correcta de la unión safeno-femoral con ligadura a plano del cayado de la safena interna y de todas sus tributarias.

Las indicaciones para el tratamiento endovenoso de las varices son básicamente las mismas que para la cirugía venosa, es decir, principalmente la incompetencia de los ejes safenos (safena interna o externa), así como las venas accesorias (venas safenas accesorias anterior, posterior y superficial), largos tramos de venas tributarias rectas, varices recurrentes, y en algunos casos de venas perforantes incompetentes<sup>2</sup>. Las varices recurrentes con un muñón muy corto, así como ejes safenos con afluentes atípicos, no deben ser tratados con métodos endoluminales, excepto por expertos con amplia experiencia en técnicas endovenosas.

Hoy en día todas las intervenciones de cirugía de varices deberían realizarse en centros especializados. Estos centros deben disponer de especialistas con experiencia tanto en cirugía convencional como endoluminal<sup>2,3</sup>. Los pacientes deben ser advertidos honestamente de las ventajas y desventajas de cada procedimiento y firmar un consentimiento informado. Qué técnica se selecciona, y por qué, debe discutirse en detalle con el paciente.

La cirugía abierta sigue ofreciendo ciertas ventajas en algunas situaciones (por ejemplo: venas varicosas superficiales, venas muy tortuosas, circunvoluciones y variantes anatómicas en la unión safeno-poplítea); mientras que la cirugía endovenosa ofrece otras (por ejemplo: pacientes jóvenes y en activo que se pueden incorporar de forma inmediata a su actividad, pacientes muy añosos o pluri-patológicos, y los que reciben tratamiento anticoagulante)<sup>10,11</sup>.

La gran variedad de técnicas disponibles a día de hoy nos permite ofrecer al paciente el mejor tratamiento posible en función de las características de su patología, de la edad y comorbilidades del paciente, así como de sus preferencias. Para ello se debe conocer y manejar tanto la cirugía abierta como las técnicas endoluminales; asimismo resulta imprescindible un buen estudio mediante eco-doppler preoperatorio para conocer la anatomía y hemodinámica tanto del sistema venoso superficial como del profundo<sup>10,11</sup>.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Miquel C.; Rial R.; Ballesteros D.; Madrid C. Guía de Práctica Clínica en Enfermedad Venosa Crónica del Capítulo Española De Flebología y Linfología de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular. *Angiología* 2015; 68(1); 55-62.
2. Carroll C, Hummel S, Leaviss J, et al. Clinicaleffectiveness and costeffectivenessof minimallyinvasivetechniquetomanagevaricoseveins: a systematicreview and economicevaluation. *HealthTechnolAssess.* 2013;17(48):i-xvi, 1-141. PMID: 24176098; doi: 10.3310/hta17480.
3. Brar R, Nordon IM, Hinchliffe RJ, Loftus IM, Thompson MM. Surgicalmanagement of varicoseveins: meta-analysis. *Vascular.* 2010;18(4):205-2
4. Rigby KA, Palfreyman SJ, Beverley C, Michaels JA. Surgery versus sclerotherapyforthetreatment of varicoseveins. *CochraneDatabaseSyst Rev.* 2004;(4):CD004980.
5. Van Den Bos RR, Neumann M, De Roos KP, Nijsten T. Endovenous laser ablation-inducedcomplications: review of the literature and new cases. *DermatolSurg.* 2009;35(8):1206-14.
6. Pan Y, Zhao J, Mei J, Shao M, Zhang J. Comparison of endovenous laser ablation and highligation and strippingforvaricoseveintreatment:a meta-analysis. *Phlebology.* 2014;29(2):109-19.
7. Lynch NP, Clarke M, Fulton GJ. Surgicalmanagement of greatsaphenousveinvaricoseveins: A meta-analysis. *Vascular.* 2015;23(3):285-96.
8. Xenos ES, Bietz G, Minion DJ, et al. Endoluminalthermalablation versus stripping of thesaphenousvein: Meta-analysis of recurrence of reflux. *Int J Angiol.* 2009;18(2):75-8.
9. Balint R, Farics A, Parti K, et al. Whichendovenousablationmethoddoesoffer a betterlong-termtechnicalsuccess in thetreatment of theincompetentgreatsaphenousvein? Review. *Vascular.* 2016;24(6):649-57.
10. Nesbitt C, Bedenis R, Bhattacharya V, Stansby G. Endovenousablation(radiofrequency and laser) and foamsclerotherapy versus opensurgeryforgreatsaphenousvein varices. *Cochrane DatabaseSyst Rev.* 2014;(7):CD005624.
11. Leopardi D, Hoggan BL, Fitridge RA, Woodruff PW, Maddern GJ. Systematicreview of treatmentsforvaricoseveins. *Ann Vasc Surg.*2009;23(2):264-76.

## Diagnóstico diferencial de la ojera



### Dra. María Alarcón

Médico adjunto de Oftalmología en el Hospital Puerta de Hierro (Majadahonda - Madrid) y responsable de Cirugía Palpebral en Clínica Comyce (Albacete)

El término ojera hace referencia al oscurecimiento de la porción infraorbitaria de los párpados. Afecta a individuos de un rango de edad extenso, de ambos sexos y en todas las razas. Puede resultar un problema cosmético importante y muchos pacientes buscan solución estética a esta patología.

Aunque no causa morbilidad importante, sí que afecta a la calidad de vida de los pacientes desde el punto de vista médico. Existe poca investigación al respecto sobre las causas y posibles tratamientos.

El adecuado conocimiento de la anatomía facial es crucial para el diagnóstico correcto de la ojera. Varios aspectos anatómicos pueden condicionar la aparición de las ojeras:

- Las estructuras óseas y los ligamentos. Empeoran las sombras a nivel del surco nasoyugal
- Los tejidos blandos:
  - La prominencia del músculo orbicular y su vascularización. El aumento de la permeabilidad de la vascularización local que se relaciona con el envejecimiento contribuye a los cambios pigmentarios
  - La atrofia grasa subcutánea. Genera pérdida de volumen así como hipertrofia del músculo orbicular y pseudoherniación del tejido fibroadiposuborbicular
- El adelgazamiento de la piel del párpado con mínimo o ningún tejido celular subcutáneo

### Etiología

1. Pigmentación excesiva: melanocitosis dérmica, dermatitis de contacto o atópica
2. Piel delgada y traslúcida sobre el músculo orbicular
3. Laxitud de la piel y deformidad del surco nasoyugal (tear trough deformity)

### Tratamiento

El rejuvenecimiento infraorbitario puede requerir más de un tratamiento. Algunos autores han acuñado el acrónimo OCULAR como herramienta que resume los aspectos a tratar (Osseous, Color, Underlying anatomy, Laxity, Adipose and Rhythides).

1. Tratamientos tópicos y peelings químicos: hidroquinona, ácido azelaico, ácido kojico, Vitaminas E y C
2. Láseres y fototerapia
3. Radiofrecuencia. Más efectivo en tratar piel laxa y arrugas estáticas
4. Rellenos. Ácido hialurónico e hidroxiapatita colocados a través de diferentes vías
5. Rellenos con grasa autóloga
6. Toxina botulínica para el tratamiento de las arrugas dinámicas

## Tratamiento sistemático de la ojera con ácido hialurónico



### Dra. Alicia Milotich

Responsable de Medicina Estética del Hospital Casa de la Salud (Valencia)

La zona periorbitaria influye en la percepción de la belleza facial y constituye un área donde se refleja el estado de salud, de descanso y emocional de cada persona y suele ser una de las áreas donde los signos del envejecimiento se muestran en primer lugar debido a la calidad de la piel, la falta de tejido celular subcutáneo y a la aparición de cambios de textura, pérdida de volumen y color.

La región periorbitaria es el marco de nuestra mirada, nuestros ojos son el centro de atención de nuestras expresiones y estados de ánimo. Durante el envejecimiento los cambios que se producen en ésta área no suelen reflejar nuestro verdadero estado de ánimo. Podemos tener una apariencia de cansancio, de tristeza, demacrados, etc.



El conocimiento exhaustivo de la anatomía periorbitaria y las causas de envejecimiento de la zona nos ayudarán a indicar el tratamiento adecuado. El tratamiento del área periorbicular no es fácil y se recomienda la combinación de tratamientos y la personalización de los mismos. Las técnicas más comunes se basan en la combinación de toxina botulínica y rellenos, siendo el ácido hialurónico el relleno más utilizado debido a su seguridad y sus resultados naturales. Otras técnicas destacadas según las necesidades son los peelings, láseres ablativos y no ablativos, luz pulsada y por supuesto la cirugía (blefaroplastia).

No sólo es importante antes de realizar el tratamiento la elección del ácido hialurónico adecuado, valorando el tipo de G' (elasticidad) y viscosidad del producto, sino también hay que tener en cuenta el grado de profundidad del surco lagrimal o Tear Trough. Hirman clasifica en tres grados el Tear Trough:

- Tipo I: Presencia sutil o sombra en zona medial, suave transición párpado - mejilla
- Tipo II: Surco más marcado y lateralizado. Mayor transición párpado - mejilla
- Tipo III: Surco muy marcado, abarca todo el reborde orbitario. Separación notable entre el párpado y la mejilla

A los pacientes tipo I y II se les puede rellenar directamente la depresión y en ocasiones en el tipo II se puede complementar con soporte del tercio medio. En el tipo III el tratamiento del tercio medio es prioritario antes de tratar el Tear Trough.



Class II



Class I



Class III

Figuras: Adapted from: Hirmand, H. Anatomy and nonsurgical correction of the tear trough deformity. *PlastReconstrSurg* 2010; 125 (2):699-708.

## Técnica

El ácido hialurónico debe inyectarse profundo por debajo del músculo orbicular y suprapariosteal. Cantidades mínimas podrían ser inyectadas en los planos subdérmico y supramuscular para mejorar la calidad de la piel del párpado inferior, pero no es recomendable cuando no se observa tejido subcutáneo y si existe bajo soporte tisular. Las inyecciones pueden realizarse con aguja de 27G o cánula de 25G, ya que cánulas más finas pueden comportarse como agujas en esa zona.

El volumen total inyectado por cada lado periorbitario no debe superar los 0,2 - 0,5 cc. En la zona lateral existen microseptos por debajo del canto externo a nivel subcutáneo, por lo que la inyección superficial en este área

podría producir edema linfático pronunciado. La técnica más adecuada para el tratamiento del Tear Trough es la Técnica Hyalurostructure del Dr. Berros en Tear Trough tipo I y II; y en tipo III recomiendo la Técnica de Viaductos tipo I Dr. Javier Beut.

Complicaciones: equimosis, edema, irregularidades y efecto Tyndall (color azulado de la piel). Si persistieran se debe aplicar hialuronidasa.



#### BIBLIOGRAFÍA

Changes in Eyebrow Position and Shape with Aging Val Lambros, M.D.

Nonsurgical Lower Eyelid Lift

Lisa E. Airan, M.D., and Trevor M. Born, M.D.

Hyalurostructure Treatment: Superior Clinical Outcome through a New Protocol—A 4-Year Comparative Study of Two Methods for Tear Trough Treatment. Philippe Berros, M.D. Lilian Lax, M.D. Frédéric Bétis, Ph.

Oculofacial contour asymmetries: Management of combined treatment with hyalurostructure and botulinum toxin injections .F.Berros

The Hyaluronic Acid Push Technique for the Nasojugal Groove STEPHEN BOSNIAK, MD, NEIL S. SADICK, MD, FACP, FAACS, FAAD, FAAPH, y MARIAN CANTISANO-ZILKHA, MD, z IOANNIS P. GLAVAS, MD, y AND DEBORSHI ROY, MD

Quantitative Evaluation of Volume Augmentation in the Tear Trough with a Hyaluronic Acid-Based Filler: A Three-Dimensional Analysis. Quantitative Evaluation of Volume Augmentation in the Tear Trough with a Hyaluronic Acid-Based Filler: A Three-Dimensional Analysis

Deep-Fill Hyaluronic Acid for the Temporary Treatment of the Naso-Jugal Groove: A Report of 303 Consecutive Treatments

Kenneth D. Steinsapir, M.D., and Samantha M. G. Steinsapir

## Peeling químico periorbitario

### Dra. Juana Deltell

Directora médica de Clínica San & Del (Madrid).

Docente en Máster de Medicina Estética de las Universidades Complutense y Alcalá de Henares

Peeling químico, o quimio exfoliación, corresponde al término que define a las exfoliaciones que utilizan medios químicos o cáusticos para lograr la destrucción limitada y controlada de las capas de la piel (1). Desde hace años, los peelings nos han acompañado en las consultas de medicina estética como una herramienta más dentro de nuestro arsenal terapéutico para mejorar calidad de la piel, arrugas, discromías, reducir la laxitud, eliminar lesiones cutáneas benignas, así como las alteraciones que la contaminación o la exposición solar repetida son capaces de generar.



Estas exfoliaciones alcanzarán distintas profundidades en función del agente o combinaciones de agentes químicos seleccionados, pasando a clasificarse en función de ello en peeling superficial (actúan a nivel epidérmico, sin pasar membrana basal), medio (alcanza toda la epidermis, dermis papilar y dermis reticular superficial), o profundo (eliminan epidermis y alcanzan la dermis reticular media), contando además con diferentes mecanismos de actuación. Tras la aplicación del producto la profundidad de penetración se correlacionará con los resultados clínicos y dependerá de múltiples parámetros, que incluyen la concentración del agente, la disponibilidad de ácido libre, la lipofilia, la duración de la aplicación, el tipo de aplicador y las características de la piel, entre otros (2).

El peeling nunca es un acto aislado. Requiere un manejo integral de la piel (antes, durante y después del procedimiento) para obtener un resultado óptimo (2). Esta noción de manejo global está particularmente justificada en el área periorcular, pues es una piel más fina y delicada que la del resto de las zonas de la cara, con unas características particulares. En el procedimiento, como en cualquier otro que realicemos en medicina estética, es fundamental una completa historia clínica, un correcto diagnóstico, una adecuada selección del paciente y del agente o agentes a utilizar, y por supuesto una preparación y un tratamiento post-procedimiento adaptados al tipo de peeling y a las características de la piel de esa persona (3,4).

Histológicamente estos tratamientos, según su profundidad de actuación y el agente/s seleccionado/s, son capaces de conseguir después de una eliminación de la epidermis: una duradera estimulación de la formación de elastina y colágeno, bien sea de manera directa por estimulación del fibroblasto o bien por vías indirectas tras estimular la liberación de señalizadores celulares; aumento de glucosaminoglicanos; inducción de descamación y dispersión de melanina e inhibición de la tirosinasa, entre otros hallazgos (5).

No están exentos de efectos adversos, por lo que el médico que realice estos procedimientos debe conocerlos y estar capacitado para tratarlos en caso de que se presenten. Entre ellos podemos encontrar algunos *inmediatos* como eritema persistente, edema, prurito, irritación, quemazón o dolor; *tardíos* como hiperpigmentación, hipopigmentación, líneas de demarcación, vesículas, ampollas, costras, millium, erupción acneiforme o infecciones (reactivación herpética, bacteriana); y otros que, según Nikalji et al., etiquetaremos como *medios* y *profundos*: alteraciones de la cicatrización, arritmias cardíacas (fenol), edema laríngeo, exacerbación de dermatosis, síndrome de shock tóxico infeccioso y, en el caso particular del párpado inferior, puede haber ectropión al usar peeling medios y profundos (4).

Cuanto más profundo es el peeling habrá una mayor necesidad de preparación y cuidados posteriores de la piel, pues se incrementa el riesgo de posibles efectos adversos. En cualquier caso, nuestra experiencia clínica marcará la pauta; si ésta es escasa comenzaremos por los peelings más suaves, que repetiremos hasta alcanzar el efecto deseado, ya que la repetición generará un efecto aditivo, incrementándose los beneficios de forma progresiva (6).

No obstante, no podemos olvidar que el resultado de excelencia en el tratamiento de la zona periorcular generalmente se consigue con la combinación de diferentes procedimientos, que nos permitan abarcar todas las condiciones estéticas de la piel y las distintas estructuras que forman parte de esta zona, sin descuidar el ajuste de las expectativas del paciente (7)(3).

## BIBLIOGRAFÍA

1. O'Connor AA, Lowe PM, Shumack S, Lim AC. Chemical peels: A review of current practice. *Australas J Dermatol*. 2018;59(3):171–81.
2. Weissler JM, Carney MJ, Carreras Tartak JA, Bensimon RH, Percec I. The evolution of chemical peeling and modern-day applications. *Plast Reconstr Surg*. 2017;140(5):920–9.
3. Lipp M, Weiss E. Nonsurgical Treatments for Infraorbital Rejuvenation: A Review. *Dermatol Surg*. 2019;45(5):700–10.
4. Truchuelo M, Cerdá P, Fernández LF. Peeling químico, una herramienta útil en la consulta. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2017 May;108(4):315–22. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001731016303362>
5. Truchuelo M, Cerdá P, Fernández LF. Peeling químico, una herramienta útil en la consulta. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2017;108(4):315–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.09.014>
6. COLEMAN WP. The Art of Aesthetic Surgery: Principles and Techniques, 2nd Edition Edited by Foad Nahai. *Dermatologic Surg* [Internet]. 2011 Jun;37(7):1039. Available from: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00042728-201106280-00022>
7. Grajqevci-Kotori M, Kocinaj A. Exfoliative Skin-peeling, Benefits from This Procedure and Our Experience. *Med Arch (Sarajevo, Bosnia Herzegovina)*. 2015;69(6):414–6.

## El control de las cejas con toxina botulínica



### Dr. Fernando García Monforte

Formador en el uso estético de toxina botulínica a nivel facial. Presidente de la Asociación Canaria de Medicina Estética. Vocal de la Junta Directiva de la SEME

En este curso precongreso quiero enseñar a los asistentes el control de las cejas. Cómo se mueven, qué músculos actúan en su movimiento y cómo y dónde inyectar la toxina botulínica para poderlos controlar.

No es fácil, las cejas son una parte fundamental en la cara para la expresividad. Una modificación no controlada, una inyección realizada con un mal control en la profundidad, ángulo de incidencia, presión del émbolo de la jeringa o dosis incorrecta o incorrecta distancia a la ceja, puede producir una distorsión facial que aunque aparentemente es poco detectable, desencadena en el/la paciente un disconfort e insatisfacción con un resultado que hará que decida no volver a tratarse o aún peor, no volver a tratarse con nosotros.

Es por eso que la ceja precisa que el terapeuta sea muy preciso y meticuloso con el tratamiento con toxina botulínica; hay que marcar, fotografiar y controlar la aguja y la jeringa que estamos utilizando, la ceja no permite errores y lo peor de todo, suelen ser distintas la ceja derecha y la izquierda.

Esto significa que nuestra acción tiene que ser aún más meticulosa, de esta forma el resultado será gratificante tanto para el/la paciente como para nosotros, y así podremos seguir indagando y profundizando en las nuevas sorpresas que nos va enseñando el tratamiento con toxina botulínica por su previsibilidad de resultado en función de la precisión de nuestra mano.

## Endolifting láser en el abordaje de la región periorcular



### Dr. Miguel Leclercq

Docente hospitalario de la Universidad CEU-San Pablo. Formador de técnicas láser para Simove. Clínica PHI Aesthetic (Madrid)

El endolifting láser en el abordaje de la región periorcular, también llamado blefaroplastia inferior mediante lipoláser, es un procedimiento mínimamente invasivo cuyo fin es eliminar el exceso de grasa acumulado debajo de los párpados inferiores, así como el tejido graso subyacente. El endolifting láser en el abordaje de la región periorcular puede mejorar la piel flácida del párpado inferior y las bolsas.

Esta técnica debe ser diseñada individualmente para cada paciente, dependiendo de sus necesidades particulares. Se realiza de forma aislada para los párpados inferiores, o en combinación con otros procedimientos sobre la región periorcular, como son la toxina botulínica para las arrugas periorculares y/o rellenos para restaurar volúmenes perdidos en la zona malar.

Este procedimiento, además de reducir las bolsas bajo los ojos, va a tensar la piel del párpado inferior dando al paciente un aspecto más descansado y juvenil, sin modificar los rasgos del paciente ni la forma del ojo. En función del tamaño del inestetismo y de las expectativas del paciente, debe ser realizado entre una y tres sesiones, para así garantizar la seguridad del paciente y conseguir resultados óptimos sin llegar a la sobre corrección.

La reducción de las bolsas de grasa con esta técnica se va a conseguir mediante la exposición directa del tejido graso al calor emitido por la energía láser, lo que va a provocar una destrucción controlada de éste, que luego será reabsorbido por el organismo. Se realiza bajo anestesia local, introduciendo la fibra láser directamente en la bolsa de grasa. De esta manera vamos a conseguir eliminar los cúmulos de grasa sin necesidad de incisiones ni cirugía.

La mejoría de la flacidez de la piel del párpado inferior vamos a conseguirla mediante la retracción cutánea por el calor producido por el láser, que va a desencadenar cascadas metabólicas que van a provocar la reparación cutánea, y así tensar la piel del párpado.

Es una técnica mínimamente invasiva, destinada a reducir las bolsas palpebrales de grasa y tensar la piel mediante calor, y para ello utiliza un láser diodo que puede ser de 980 o de 1470 nm. Con una fibra óptica subcutánea mediante la cual se transmite la energía a los tejidos sin dejar cicatrices.

Se realiza bajo anestesia local, en consulta, de manera rápida y segura con una duración aproximada de 30 minutos. No es dolorosa y es muy bien tolerada por los pacientes, que en su mayoría no requieren baja social ni laboral; en algunos casos puede producir equimosis y un edema palpebral importante, aunque transitorio, de entre dos y siete días de duración. En todos los casos la recuperación es mucho más rápida y menos incómoda que el caso de la blefaroplastia inferior quirúrgica. Tras el procedimiento, a pesar de que la inflamación desaparece a los pocos días, los resultados definitivos son apreciables a partir de los 60 días tras el tratamiento.

A pesar de que esta técnica nos ofrece resultados espectaculares en su objetivo principal, que es la eliminación de las bolsas de grasa palpebrales, no elimina las arrugas periorculares ni la coloración oscura, así como tampoco levanta las cejas, por lo que se debe realizar en pacientes adecuadamente seleccionados y de ser necesario combinarla con otras técnicas de medicina estética.



## La elegancia

Conferencia  
inaugural

Dr. Javier Anido

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



La elegancia, concepto de difícil definición, y en esa dificultad radica su interés. La elegancia es intangible, inaprehensible, difícil de capturar. Una cualidad de la personalidad. Para Martí García, la elegancia es el perfume del espíritu, pasa en el interior del espíritu humano. Elegancia como concepto en medicina estética y como aspiración principal. Elegancia como objetivo. Existen cuatro características:

La primera nota: **LO ESTÉTICO**. Es lo bueno que existe en cada persona, entendido como el buen gusto y el estilo propio en el modo de presentarse. Lo estético tiene mucho que ver con el pudor, como actitud humana que defiende la intimidad personal. En este sentido se puede hacer una distinción entre lo que es atraer, seducir y provocar.

La segunda nota: **LA NATURALIDAD**. No hay elegancia verdadera si no es con la naturalidad que proviene a partes iguales de la espontaneidad y de la autenticidad; es decir, mostrarse uno tal cual es, de modo que lo que ven de nosotros responda a nuestro ser verdadero. La moderación y la mesura también forman parte de la naturalidad. Como todo en esta vida, los excesos no son elegantes, porque hacen que las cosas y los gestos no sean sinceros. La verdadera elegancia es siempre, por tanto, portadora de naturalidad. Actuar espontáneamente, con gusto y estilo personales muestra una elegancia que viene desde el fondo de la persona.

La tercera nota: **LA DISTINCIÓN**. Distinguido es lo que sobresale de la persona, lo que la eleva y lo que la hace señorial. Como vemos es todo lo opuesto a lo vulgar, a lo zafio, al desaliño y a la suciedad. Algunas personas tienen porte, andares, formas bien proporcionadas, hermosas. Estas personas, si tienen buen gusto y un toque de distinción, pueden llegar hasta un esplendor natural que a las demás les suele resultar inalcanzable. *“El bruto se cubre, el rico se adorna, el fatuo se disfraza, el elegante se viste”*, decía Honoré de Balzac.

Y la cuarta nota: **LA BELLEZA**. Es esencial recordar que la belleza significa en primer lugar armonía y proporción de las partes dentro del todo, sean las partes del cuerpo, del lenguaje o de la conducta. Pero además, como dice Aristóteles, *“a las obras bien hechas no se les puede quitar ni añadir, porque tanto el exceso como el defecto destruyen la perfección”*. Esto quiere decir que un sólo defecto estropea el conjunto, pues para que la belleza se haga presente en el aspecto exterior de la persona todo en él debe ser íntegro, acabado y bien proporcionado.

### La elegancia es una creación inadvertida

Pero, aunque la elegancia es una creación, se ha de presentar de manera que no parezca que lo es. *“La elegancia trabajada decía Balzac es a la verdadera elegancia lo que la peluca a los cabellos”*. La elegancia debe mantener siempre la apariencia de lo libre y suelto, pues se opone frontalmente a lo pesado y masivo.

Como la acción es fruto del pensamiento, todo lo que demostramos externamente, por tanto, explica lo que desde el interior proponemos.

Por esta causalidad, la elegancia no puede ser nunca tratada como algo frívolo o superfluo, porque en su concepto original, no radica en las formas, sino que está profundamente relacionada con el pensamiento y la conducta, por lo tanto, se alejan de lo frívolo.

Nuestras opiniones, criterios, gustos y preferencias son los que forman nuestro universo interior, lo que da argumentos y andamiaje a nuestro pensamiento; que luego, a través de lo que decimos y lo que expresamos transmitimos a los demás.

La cultura, y todo lo que es capaz de proponer y manifestar, es lo que moldea nuestros gustos estéticos. Por tanto, el gusto está sometido a través del proceso cultural a un acto de perfeccionamiento. No es estático, se transforma, muda y cambia. La elegancia relacionada también a través del gusto o la cultura participa por tanto de ese mismo dinamismo. Por eso cada época y generación tiene sus cánones de elegancia, y pensar que solo es elegante lo que reconocemos de nuestra época es faltar a un principio básico de la cultura, por tanto, del gusto y de la elegancia.

El arte no es arte cuando copia cosas del pasado. La elegancia que necesita elementos de sofisticación y de vanguardia no puede llamarse así cuando está anclada solamente en modelos anteriores.

La elegancia se sustenta sobre buenas disposiciones personales; es siempre individual. La elegancia es concreta, habla sobre los sujetos, por eso la elegancia de cada uno es irrepetible, individual. Ésa es la base fundamental de la elegancia.

La elegancia es un sello personal, por eso no existen prototipos que se puedan copiar totalmente, y aunque se haga así, nunca será suficiente porque podríamos adecuarnos a lo externo, pero nunca empaparnos de ese espíritu personal de donde mana la elegancia. Porque, aunque no queramos, la elegancia nace siempre de dentro a fuera.

¿Qué es la elegancia, qué representa una abstracción en un mundo como el de la medicina estética, regido por referencias matemáticas como la proporción áurea y la simetría? ¿Dónde se sitúa una aspiración como la elegancia, en los principios de la divina proporción de Luca Pacioli, o en paradigmas matemáticos de Euclides, que han regido las normas de la estética durante cientos de años y cambios sociales?

¿Es la elegancia sólo un complemento de la belleza, sacudido por los vientos de la moda y los convencionalismos sociales?, ¿o, como la belleza, participa de elementos universales y de categorías unívocas? ¿Tienen los profesionales de la medicina estética responsabilidad en la apreciación de la elegancia?, o mucho más complejo, ¿puede el profesional de la medicina estética influir con su trabajo, en la apreciación de una aptitud, de una abstracción que está más relacionada con los comportamientos y con criterios interiores, que con las medidas y las proporciones?

De que se puede ser elegante sin proporciones perfectas, la historia nos ha dado ejemplos muy relevantes; pero ¿puede la proporción y la simetría, la medida y los volúmenes correctos, intervenir en la apreciación de una cualidad del espíritu?

En un mundo de guapas y guapos, cuando la medicina estética haya llegado a todos y se universalice, la belleza dará paso a la elegancia y a un fenómeno más complejo, en el que los modales, las ideas, el inconformismo y la vanguardia aportaran ese perfume especial que la belleza necesita para ser elegante. ¿Cuál será entonces el objetivo de nuestro trabajo?

### BIBLIOGRAFÍA

NUCCIO, O., *La utilidad de lo inútil (Manifiesto)* Barcelona, 2013.

GADAMER, H.-G., *Estética y Hermenéutica*, Trad. Cast. Ángel Gabilondo, Madrid, 2018

BALZAC, H. DE, *Tratado de la vida elegante*, trad. Lluís María Todó.

KIERKEGAARD, S., *Diario de un seductor*, Alianza editorial.

SONTANG, S., *Cuestión de énfasis*, Ed. Contemporánea.

SCRUTON, R., *La belleza*, Ed. ELBA.

ALVAREZ-QUIÑONES SANZ, P., *Dandis, príncipes de la elegancia*.

CLARAMONTE, J., *Estética modal*, Ed. Tecnos.

PACIOLI, L., *La divina proporción*, Ed. Losada.

JERROLD, C., *Los bellos y los adonis*, Prologo de Luis Antonio de Villena, Ed. WunderKammer.

## Mesa 2. Medicina estética y piel

# Manifestaciones cutáneas de las enfermedades sistémicas

**Dra. Lourdes Sáez**

Jefe de Sección de Medicina Interna del Complejo Universitario de Albacete

La piel es el órgano más extenso del cuerpo humano y no es un órgano aislado sino que se relaciona con todos los órganos y sistemas del organismo. Un gran número de enfermedades sistémicas durante su evolución pueden presentar manifestaciones cutáneas, en ocasiones propias de la dolencia; aunque, en otras, pueden ser el único indicador de la presencia de una enfermedad interna asintomática. En algunos casos, estas lesiones son parte de la enfermedad y, en otros, consecuencia de ésta. Su reconocimiento es fundamental y su aparición debe alertar al médico, permitiendo realizar un diagnóstico adecuado.

El listado de enfermedades con afectación cutánea puede ser muy extenso por lo que, en esta charla, 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 Ulceras Paniculitis (eritema nodoso) Vesículas y ampollas Síndromes esclerodermiformes Eritemas, exantemas y pápulas Fotosensibilidad Alopecias Dermatitis
---

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. Lo característico es que no se producirán lesiones específicas de la piel, sino que el médico observará solamente lesiones de rascado. Comentaremos algunas de las patologías con afectación sistémica y manifestaciones cutáneas más frecuentes en adultos.

En relación a las enfermedades endocrinas, las más prevalentes son la diabetes y la patología tiroidea. La diabetes (DBT) puede determinar en la piel una multiplicidad de cuadros dermatológicos, fundamentalmente asociados a las alteraciones microvasculares; entre ellos la necrobiosislipóidica, nódulos pequeños rojizos que posteriormente se transforman en placas atróficas (amarillentas con borde eritematoso), se localizan más frecuentemente en piernas; el granuloma anular, pápulas redondeadas, de tamaño variable y consistencia firme, se localizan en dorso de manos, brazos y pies; y la dermatopatía diabética, atrofia circunscripta pretibial, son leves depresiones tibiales, de color marrón y epidermis atrófica. También son frecuentes la presencia de infecciones cutáneas tanto bacterianas como micóticas o la lipodistrofia insulínica, placas tróficas o hipertróficas en el sitio de aplicación o a distancia.

En cuanto a la patología tiroidea, en la consulta se puede sospechar la existencia de

una alteración tiroidea, ya sea por el motivo de consulta (ej. alopecia difusa o prurito sin lesiones) donde la manifestación cutánea es causada por la enfermedad tiroidea;

o porque existe una asociación de la dermatosis del paciente (p. ej., vitiligo, alopecia areata, onicosis) con enfermedades de la tiroides. Las manifestaciones cutáneas

que se deben reconocer aparecen en la Tabla II.

**TABLA II**

<b>Hipotiroidismo</b>	<b>Hipertiroidismo</b>
Piel fría, pálida, rugosa y seca. Alrededor de las órbitas la piel se encuentra edematosa. Rostro abotagado	Piel lisa, caliente y húmeda
Lengua gruesa	Eritema palmar
Alopecia difusa del cuero cabelludo	Onicosis
Pelo seco y uñas quebradizas	Cabello fino y quebradizo
Mixedema	Alopecia difusa
Lenta cicatrización de las heridas y tendencia a la piodermitis	Mixedema pretibial (nódulos que confluyen en placas rosadas o violáceas); se observa en la enfermedad de
	Graves-Basedow

La afectación cutánea asociada 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, hay que destacar:

- *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 entre la cuarta y la sexta década de la vida. (FOTO 1)

- *A poliposis*: **Síndrome de Gardner**: poliposadenomatosos. 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 oncodistrofia.

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**: Úlceras 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:

a. **Pioderma gangrenoso**: Clínicamente hay ulceraciones intensamente dolorosas, de crecimiento rápido, generalmente en miembros inferiores, 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)

b. **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 autoanticuerpos. 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 autoanticuerpos es la constante en todas ellas, pero con diferente expresión.

El sustrato patológico va desde 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 III:**

<b>EAS</b>	<b>Manifestación cutánea</b>
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.



FOTO 1: Pioderma en paciente con enfermedad de Crohn



FOTO 2: Livedoreticularis en paciente con vasculitis



FOTO 3: Vasculitis en paciente con lupus eritematoso sistémico



FOTO 4: Esclerodermia sistémica

## Protocolo de blanqueamiento en el área genital y perianal externa



**Dr. Abraham Benzaquén**

Director médico de Medicina Estética y Alopecia en Clínicas Benzaquén (Málaga, Marbella y Madrid).

En esta charla vamos a hablar sobre nuestra experiencia personal con un protocolo desarrollado por nosotros mismos, con el objetivo de conseguir un blanqueamiento en la zona perineal en conjunción con una regeneración y rejuvenecimiento de esa misma zona. Aunque han aparecido tratamientos con este objetivo desde tiempos inmemoriales, muchos de ellos caseros, es verdad que su eficacia hasta ahora ha sido muy pobre.

Mostraremos resultados de nuestro protocolo particular, en el cual hemos combinado la utilización de determinadas sustancias para realizar un peeling químico en conjunción con la microdermopunción eléctrica con la inserción de ingredientes activos. Podemos ver como los resultados son mucho mayores en la conjunción de estas dos técnicas, peeling y microdermopunción eléctrica, a diferencia de los resultados obtenidos por separado, es decir, los peelings químicos o la dermopunción aislados.



## Acné y secuelas

**Dra. Cristina Pérez Hortet**  
Complejo Hospitalario de Toledo



El acné es una enfermedad inflamatoria crónica de gran prevalencia mundial, que afecta aproximadamente al 85% de la población en algún momento de sus vidas, sobre todo entre los 15 y los 17 años, aunque es frecuente que persista hasta la edad adulta. En su patogénesis están implicados la hipersecreción sebácea por influencia hormonal de los andrógenos, la proliferación de propionibacteriumacnes, cambios en la microbiota cutánea y alteraciones en la inmunidad innata.

Las guías europeas de acné lo clasifican en cuatro grados:

1. Acné comedoniano
2. Acné papulopustuloso leve-moderado
3. Acné papulopustuloso grave, acné nodular moderado
4. Acné nodular grave, quístico o cicatricial

El tratamiento se basará en la gravedad del acné y la tipología del paciente:

1. Acné comedoniano. El tratamiento de elección son los retinoides tópicos o combinaciones de retinoides tópico con peróxido de benzoilo. El mantenimiento se realiza con retinoides tópicos o alfa hidroxiácidos.
2. Acné papulopustuloso leve-moderado. Como primera opción de tratamiento está la combinación de un retinoide tópico con peróxido de benzoilo. Las alternativas son otras combinaciones tópicas y antibioterapia oral un máximo de 3 meses. La terapia de mantenimiento se debe realizar con retinoides tópicos en monoterapia, en combinación o con alfa hidroxiácidos.
3. Acné papulopustuloso grave, acné nodular moderado. Se debe empezar tratando con antibióticos orales y asociación de retinoide tópico y peróxido de benzoilo. Y en determinados pacientes y como segunda opción la isotretinoína oral.
4. Acné nodular grave, quístico o cicatricial. La isotretinoína es el tratamiento de elección.

Hay que considerar la edad (la isotretinoína está contraindicada en menores de 12 años y las tetraciclinas orales en menores de 8 años), el compromiso psicológico (aumenta la gravedad), las comorbilidades (androgenismo), la persistencia (tratar con isotretinoína) y la gestación.

En la práctica clínica se utiliza la isotretinoína a dosis más bajas en casos menos graves con mejor tolerancia e igualmente eficaz si se mantiene más tiempo. El tratamiento de mantenimiento ha de realizarse con retinoides tópicos para disminuir el riesgo de recurrencia. La relación entre el uso de isotretinoína y la enfermedad inflamatoria intestinal no ha sido confirmada y la relación con la depresión es incierta, aunque son factores a considerar.

Los retinoides tienen un papel muy importante en el acné. Para la mayoría de los pacientes con acné comedoniano o inflamatorio, su combinación con peróxido de benzoilo es el tratamiento de elección. Esta combinación también es esencial en el acné de mujeres adultas, sobre todo cuando se presenta en el tercio inferior de la cara. Los antibióticos orales y tópicos no deberían usarse en monoterapia en el acné para evitar resistencias.

El ácido azelaico es un tratamiento útil para el acné en mujeres embarazadas y para aquéllas que asocian hiperpigmentaciones; en estos casos también se podría plantear una fórmula de Kligman modificada o combinaciones de peelings de ácido salicílico con retinoides tópicos, además de fotoprotección intensa entre otras medidas posibles.

Actualmente las terapias con luz y láser no deberían ser consideradas como tratamientos de primera línea en esta patología. Revisaremos estas terapias y los tratamientos emergentes.

Aproximadamente un 43 % de los pacientes con acné presentan cicatrices. Los tratamientos para las cicatrices dependerán del tipo de cicatriz y su severidad. Aunque existe una gran variedad de tratamientos, lo más recomendable es combinar diferentes alternativas terapéuticas, individualizando, siendo conscientes de los posibles efectos adversos y de los resultados esperables. Se repasarán las diferentes alternativas (subcisión, dermabrasión, microneedling, rellenos, peeling químicos, láseres).

## Láseres y fuentes de luz en el tratamiento de las arrugas de expresión facial

**Dr. Rafael Serena**

Director de Serena Clinic (Barcelona)

El rejuvenecimiento cutáneo mediante láser ablativo, conocido en el lenguaje médico anglosajón como resurfacing, consiste en eliminar la epidermis y las capas más superficiales de la dermis, para conseguir mediante la reepitalización del tejido una piel más tersa, joven y sin arrugas.

Los diferentes tipos de peelings químicos y la dermoabrasión nos han demostrado el comportamiento intrínseco de la piel y el manejo de la curación de la consecuente herida. El desarrollo del láser de dióxido de carbono alrededor de los 1970s y la aparición del láser de Erbium: Yag unos años más tarde, aportó una nueva técnica muy precisa y eficaz para rejuvenecer la piel, eliminar las lesiones cutáneas y disimular las cicatrices. Con el objetivo de minimizar el tiempo de recuperación, han aparecido diferentes tipos de láseres menos ablativos, semiablativos, fraccionados o incluso no ablativos, para conseguir también resultados muy positivos.

Para conseguir un resultado satisfactorio en cualquier tratamiento, y en particular en el rejuvenecimiento facial ablativo, es necesario como primer paso a seguir, realizar una exhaustiva historia clínica.

Existen muchos tipos de láseres ablativos y distintos combinados de forma simultánea. Los más importantes son los de dióxido de carbono y de Erbium: Yag, pero también podemos encontrar de Erbium: Glass y otros Erbium

### Mesa 3. DBE (Dispositivos Basados en la Energía)



con modulaciones especiales. También hay láseres fraccionados o con filtros particulares para mejorar el efecto térmico y conseguir una rápida recuperación, que podemos considerar como semiablativos, y otras fuentes de luz con el mismo propósito.

El láser ablativo es una de las técnicas más eficaces para eliminar las arrugas profundas faciales en medicina estética. La experiencia en la curación de las heridas mediante la reepitalización cutánea producida por un efecto fotoablativo, ha contribuido a definir mejor el control de la contracción y firmeza de la piel.

Al conocer mejor los efectos del láser sobre la piel, las nuevas generaciones de láseres serán aplicados de forma más segura y eficaz en nuestros pacientes.

## Tecnología plasma: ¿Qué nos aporta?

**Dra. Victoria Sunkel**

Responsable médico de Clínica Mediestetic Madrid.

Profesora de los Máster de Medicina Estética de las Universidades de Alcalá, Rey Juan Carlos y Complutense



El plasma se basa en un simple principio físico: a través de la aportación de energía se cambia el estado de la materia. De sólido a gaseoso. Si al gas se le aporta energía adicional, éste se ioniza, es decir, que por la mayor energía el gas se convierte en plasma, el así llamado “cuarto estado de la materia”. Fue descubierto en 1928 por Irving Langmuir. El plasma no es algo raro, al contrario, este se encuentra de forma natural, como por ejemplo en relámpagos o en las luces polares en el Ártico y la Antártida. Durante un eclipse de sol, el plasma se puede observar en la corona solar.

El principio utilizado es la ionización de los gases contenidos en el aire para obtener un pequeño arco eléctrico similar a un pequeño rayo, con el cual tratamos las áreas dérmicas y epidérmicas afectadas por problemas estéticos, sin transferir calor no deseado a las zonas circundantes y sin tocar la piel. El resultado dependerá, de la técnica utilizada (puntos o spray), del diseño de los puntos y de la intensidad del manípulo elegido, siendo siempre una quemadura controlada.

¿Por qué la tecnología plasma en el envejecimiento facial? Porque nuestros objetivos son obtener una piel lisa y tersa, no redundante, sin arrugas, lesiones dérmicas, ni cicatrices. El plasma es un gas ionizado altamente inestable; se pierden parte de los electrones de la última capa de átomos y de esta forma se alteran los átomos de las células sobre las que actúa, en el caso de la piel, los corneocitos, sublimándolos pasando de sólidos a gas.

Sublimamos las distintas capas de la epidermis hasta la lámina basal, no llegamos a la papila dérmica salvo que nosotros queramos actuar más en profundidad y eliminemos esa “costra de carbonización” que se produce por la “desintegración” de los queratinocitos, útil en algunas indicaciones clínicas, pero siempre sabiendo lo que hacemos y por qué.

Las ventajas se basan en su fácil manejabilidad y transporte, al no precisar gafas de protección ocular nos permite acceso a cualquier área facial y corporal, si la indicación es correcta y es bien utilizado tendremos pocos adversos. Inconvenientes: en tratamiento de áreas más extensas: párpado, labio, etc., hay un periodo post- tratamiento de ocho días con una limitación en la vida social y laboral. Es un aparato para extirpación de pequeñas lesiones en las cuales tendremos buen resultado, pero la potencia es limitada y el paciente puede necesitar varias sesiones.

Entre las indicaciones tenemos lesiones dérmicas benignas (verrugas, queratosis seborreicas, fibromas) eliminación de tatuajes (por acción mecánica, está indicado sólo en la eliminación de pequeños tatuajes en zonas pilosas como las cejas), eliminación de xantelasmas, tratamiento del acné (cauterización de lesiones activas y coadyuvante en el tratamiento de cicatrices), tratamiento de arrugas (peribucales, perioculares, arrugas finas en flacidez cutánea, etc.), o corrección de efectos adversos tras implante de materiales de relleno.

El sangrado en cualquiera de las técnicas realizadas es casi nulo, depende más del arrastre que hagamos con la gasa empapada en suero fisiológico que de la técnica en sí. El paciente no debe realizar ningún tratamiento posterior, aunque siempre es aconsejable la utilización de cosmética preventiva para evitar las posibles hiperpigmentaciones, y nosotros deberemos tomar la precaución de protegernos con mascarilla por la posibilidad de infección por virus.

Obviamente este equipo no hace nada que no pudiésemos realizar con un láser CO2 o un electrobisturí, las ventajas con respecto a estas técnicas son: la utilización en zonas poco accesibles, el daño térmico casi inexistente en el tejido circundante y la versatilidad en cuanto a variedad de tratamientos que podemos realizar con un aparato muy pequeño y de bajo coste en cuanto a fungible. Esta tecnología no es luz, por tanto, no tenemos que tener en cuenta ni longitud de onda, ni cromóforo, ni diana específica, tampoco coeficientes de absorción ni de



difracción. Se traduce en que podemos trabajar en cualquier tejido del organismo (mucosa, cartílago, zonas con pelo...) incluso en áreas de riesgo con láser, como párpados, cuello, manos, etc. limitando los riesgos, puesto que no produce daño térmico en los tejidos adyacentes. Podemos actuar en cualquier fototipo de piel, ya que es independiente de la melanina.

Comparándolo con el CO<sub>2</sub> o el erbio (con los que comparte indicaciones) éstos tienen como diana principal el agua, en lesiones dermatológicas actúan por evaporación, es decir, pasan de líquido a gas (agua a vapor). En algunas pieles con mucha capa córnea o lesiones dermatológicas muy queratósicas no pueden actuar o es demasiado el riesgo de daño térmico para que sean efectivos. El plasma actúa por sublimación y es independiente del agua que contenga la piel. Por supuesto, cada dispositivo tiene sus virtudes y limitaciones, en el rejuvenecimiento integral facial, por ejemplo, sería mejor utilizar un láser ya que esta tecnología no está indicada en resurfacing de áreas extensas.

Los efectos adversos que podemos encontrarnos con esta tecnología son, edema transitorio, hiper-hipopigmentación, cicatrices y edema persistente. Para conseguir buenos resultados es necesaria la correcta elección de pacientes tras un buen diagnóstico, así como una curva de aprendizaje por parte del médico.

## Eficacia y seguridad del tratamiento con LFU (ultrasonidos de baja frecuencia) de emisión para la reducción de la grasa localizada, celulitis y compactación del tejido



### Dr. Abraham Benzaquén

Director médico de Medicina Estética y Alopecia en Clínicas Benzaquén (Málaga y Madrid).

Docente en los másters de Medicina Estética de las Universidades de Córdoba, Rey Juan Carlos de Madrid y Alcalá de Henares

La tecnología LFU permite un nuevo tratamiento eficaz y seguro para reducir la grasa localizada, tanto blanda como fibrosa. Utiliza una nueva tecnología de emisión de US en forma de pirámide invertida. La principal innovación tecnológica radica en que los LFU emitidos son de baja frecuencia, propiedad que permite una acción más profunda. La energía de estos US es selectiva, incrementando el daño térmico sobre el tejido graso.

Posibilitan un impacto focalizado de los ultrasonidos, directamente sobre los adipocitos, con menos afectación sobre el resto de tejidos tratados. Una vez eliminados los adipocitos, prosigue una remodelación con una reducción del grosor del tejido graso subcutáneo. Los análisis del contenido graso en sangre después de los tratamientos son normales, sin alteraciones en las concentraciones de colesterol total, LDL, HDL o triglicéridos.

La tecnología permite dos modalidades diferentes y complementarias de tratamiento (modo estático y modo dinámico). El modo estático consigue una adipocitolisis efectiva de la grasa subcutánea, mientras que el modo dinámico ayuda a compactar y remodelar el tejido previamente lisado.

- **Objetivo inicial:** Verificar que los resultados clínicos eran seguros y no provocaban alteración alguna en los tejidos anexos
- **Objetivo ilusionante:** Correlacionar los resultados clínicos con el estudio radiológico
- **Gran sorpresa:** Se objetivó un descenso del tejido graso tratado de hasta 14 mm (en la sección)

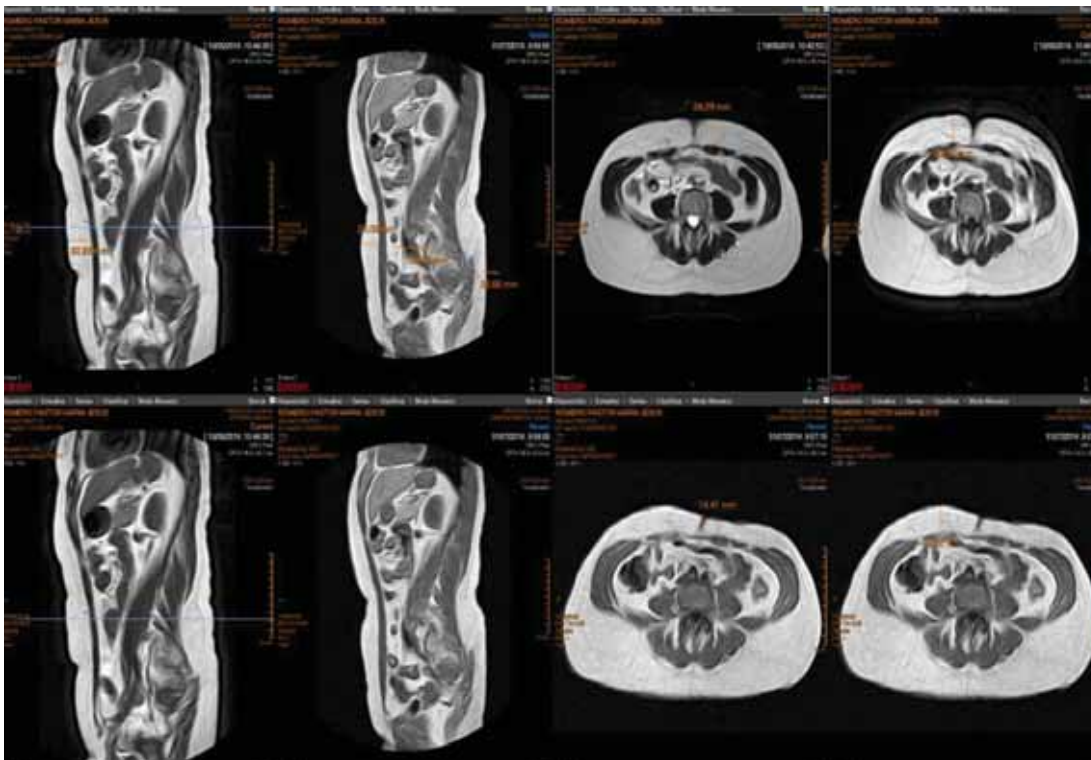
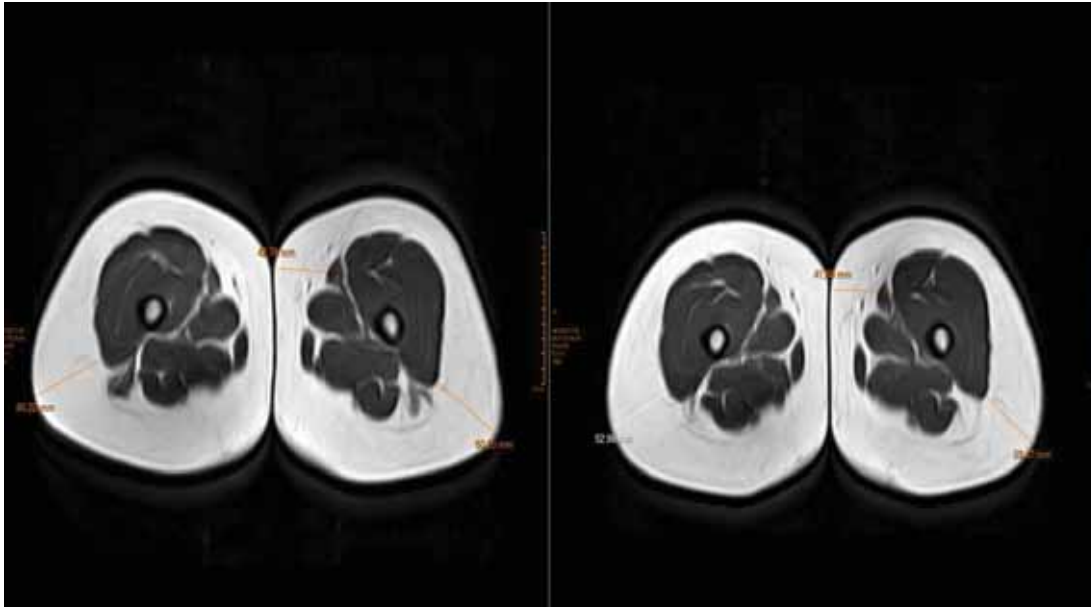
La resonancia magnética nuclear es la prueba de imagen más sensible para el estudio de la grasa, de tal suerte que la grasa es el tejido que más brilla en las secuencias T1 y se anula en las secuencias de supresión grasa (stir).





**Imágenes de Resonancia Magnética Nuclear (RMN)** correspondientes a la paciente de A: antes del tratamiento, B: un mes después de la tercera sesión de tratamiento. La reducción del espesor de la capa grasa (al mismo nivel de medición) fue de 30.89 mm a 24.09 mm.

Los cuatro casos investigados con RMN mostraron reducciones significativas del espesor de la capa grasa, con valores concordantes, aunque diferentes a los observados mediante plicometría, perímetros de circunferencias o ecografía.



### Conclusión

LFU es una tecnología de aplicación transcutánea para reducir el tejido graso subcutáneo, celulitis y compactación que ofrece excelentes resultados. Según mi experiencia, es una tecnología de primera elección para la eliminación de la grasa localizada sin cirugía.

El equipo de ultrasonidos con tecnología de baja frecuencia y alta intensidad consigue disminuir el panículo adiposo de la zona tratada sin afectación de los órganos y estructuras colindantes.

## Mejoría del sueño y la calidad de vida con tratamiento láser del ronquido



**Dra. Mª Victoria Fernández Ochando**

Directora médica de Clínica Doctora Fernández Ochando (Requena, Valencia)

**Abstract:** El ronquido se define como “la vibración de las estructuras respiratorias y el sonido resultante debido al movimiento obstruido del aire durante la respiración mientras dormimos”. El paciente roncador suele referir alteraciones del sueño, cefalea, somnolencia diurna, irritabilidad, falta de concentración, en ocasiones apnea obstructiva del sueño, incremento en el riesgo cardiovascular, descenso de la libido e incluso impotencia, entre otros síntomas. Esto incide claramente en el envejecimiento y la calidad de vida.

Además de otros tratamientos ampliamente conocidos, con láser Erbio-Yag podemos producir tensado por calentamiento térmico no ablativo de la úvula, paladar blando y tejidos circundantes, reduciendo las vibraciones y expandiendo la vía aérea.

**Objetivo:** Describir la evaluación diagnóstica, monitorización y el tratamiento con NightLase®, mostrando resultados sólo con láser y después de la combinación con pérdida de peso.

- Tipo de estudio: Descripción de un caso
- Indicaciones tratadas: Ronquido
- Equipos utilizados: XS Dynamis NightLase® Erbium-YAG Laser (Fotona, Eslovenia) pases por la úvula y el paladar blando durante 12-13 minutos con PS03-LA y 10 pases rápidos con R11.

No se necesitó aplicación del equipo de frío. El tratamiento fue grabado con una cámara frontal. Se tomaron fotografías clínicas antes y después del tratamiento y se monitorizó la evolución del paciente en su domicilio con la aplicación RoncoLab®

- Duración del seguimiento: 18 meses

**Resultados:** Paciente varón de 44 años que refiere cefaleas, insomnio con somnolencia diurna, irritabilidad, ánimo depresivo y sequedad de garganta. Exploración: Mallampati clase II. Sobrepeso. No SAHS.

Roncolab® mostraba 56% de media de ronquidos antes del tratamiento, 30% después de la 2ª sesión de láser y 20% después de perder además 8 kg. Todos los síntomas mejoraron desde la primera sesión.

La lidocaína tópica en spray antes del tratamiento produjo dificultad al tragar. La contracción mucosa se apreció inmediatamente después de la aplicación del láser sin evidencia de sangrado, inflamación severa, carbonización, necrosis ni otras complicaciones.

**Conclusión:** De acuerdo con la bibliografía, en mi experiencia el tratamiento con Nightlase® es fácil de realizar, mínimamente invasivo, seguro, eficaz, sin necesidad de anestesia, cirugía, aparatos domiciliarios o medicación. Mejora el sueño nocturno y la calidad de vida desde la primera sesión, mostrando mejores resultados después de 2-3 sesiones y recomendando pérdida de peso cuando sea necesario.

### BIBLIOGRAFÍA

1. NightLaseTM – a New Laser Treatment Method for the Reduction of Snoring and Sleep Apnea – a Pilot Study .David Dovsak,1 Jasmina Gabrijelcic,2 Zdenko Vizintin3 1DKC Dental and Surgery Center, Ljubljana, Slovenia 2University Clinic of Respiratory and Allergic Diseases Golnik, Golnik, Slovenia 3 Fotona d. d., Stegne 7, Ljubljana, Slovenia
2. NightLaseTM – Laser-Assisted Snoring and Apnea Reduction, 9 Months of Experience .Jugoslav Jovanovic General Dentistry Clinic “Dr. Jovanovic”, Hasana Husaidica 5, Kozarac, Republika Srpska, BIH. ISSN 1855-9913 . Journal of the Laser and Health Academy
3. NightLase Procedure – Laser Snoring and Sleep Apnea Reduction Treatment .Jaana Sippus LaserEdu, Hovioikeudenpuistikko 20 B, 65100 Vaasa, Finland Vol. 2015, No.1; [www.laserandhealth.com](http://www.laserandhealth.com).
4. Breakthrough Aesthetic Laser Applications of “Smooth Mode” in Dentistry Harvey S. Shiffman Boynton Laser Dental Center, Boynton Beach, Florida, USA  
Journal of the Laser and Health Academy Vol. 2015, OnlineFirst; [www.laserandhealth.com](http://www.laserandhealth.com)

5. Histological Effects of NightLase® in the Soft Palate of Rats: A Pilot Study

Tugba Unver<sup>1</sup>, Aslihan Usumez<sup>2\*</sup>, Emre Aytugur<sup>1</sup>, Tugçe Kıran<sup>3</sup> <sup>1</sup>Department of Oral and Maxillofacial Radiology, Faculty of Dentistry, Bezmialem Vakif University, Istanbul, Turkey <sup>2</sup>Department of Prosthodontics, Faculty of Dentistry, Bezmialem Vakif University, Istanbul, Turkey <sup>3</sup>Department of Pathology, Faculty of Medicine, Bezmialem Vakif University, Istanbul, Turkey

6. Luboshitzky, Rafael; Ariel Aviv; Aya Hefetz; Paula Herer; Zila Shen-Orr; Lena Lavie; Peretz Lavie (March 23, 2002). "Decreased Pituitary-Gonadal Secreti". *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. **87** (7): 3394–3398. doi:10.1210/jc.87.7.3394. PMID 12107256. Retrieved 2007-07-03. Decreased libido is frequently reported in male patients with obstructive sleep apnea (OSA). 21 75 78; e-mail: [asli\\_u@hotmail.com](mailto:asli_u@hotmail.com))

## Mesa de debate: abordaje de la obesidad

### Mesa 4. Grasa y más

**Dra. Emilce Insua**

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



Para entender los mecanismos relacionados con la adiposidad localizada y su tratamiento es fundamental hacer un recordatorio de la embriología, anatomía y fisiología del tejido adiposo.

En el ser humano la formación de tejido adiposo comienza en periodo embrionario y es en el periodo postnatal cuando tiene su expansión, que se mantiene durante toda la vida del individuo adulto. En el embrión se destacan dos áreas adiposas: occipucio-cuello-hombros y glúteos-caderas que se corresponderán con la diferenciación grasa sexual del adulto. En las mujeres jóvenes la distribución de la grasa predomina en las caderas (distribución ginoide) mientras que, en los hombres y la mujer postmenopáusica, la distribución de la grasa predomina en la región central (abdominal). Esta influencia del sexo sobre la distribución del tejido grasoso superficial es importante ya que son insignificantes hasta la adolescencia, pero después del desarrollo sexual, los varones acumulan más grasa subcutánea en el tronco que en las extremidades y las mujeres acumulan cantidades de grasa similares en el tronco y las extremidades hasta los 40 años aproximadamente; a partir de entonces el depósito de tejido adiposo en el tronco aumenta proporcionalmente más que el de las extremidades siendo más evidente a partir de la menopausia.

El tejido adiposo blanco que constituye el panículo adiposo superficial presenta dos capas bien diferenciadas que pueden valorarse mediante ecografía: la capa superficial o areolar y la capa profunda o esteatomérica que responden de manera diferente a estímulos lipolíticos mediados por hormonas o el sistema simpático (catecolaminas) según los sexos. La grasa profunda es la que suele aumentar en casos de obesidad, principalmente en las regiones periumbilical, paralumbar, glútea y caderas. El desarrollo hiperplásico de la grasa a nivel de glúteo femoral (esteatopigia), muslos, rodillas o infrapatelar, condiciona una distribución característica de la grasa que responde escasamente a la dieta, mientras que, en los depósitos de grasa a nivel abdominal el desarrollo es principalmente de tipo hipertrófico y responde bien a la dieta, pero se asocia con un mayor riesgo de complicaciones metabólicas.

A pesar de las exigencias de la moda del siglo XXI, la grasa constituye un carácter sexual secundario ya que por su ubicación debajo de la piel y distribución influenciada por el desarrollo embrionario y la influencia de las hormonas sexuales, da lugar a las diferencias entre el hombre y la mujer, siendo su porcentaje superior en la mujer (20-25%) que en el hombre (15-20%).

A la definición clásica de adiposidades localizadas como depósitos de tejido adiposo superficial normal en cara, tronco, abdomen o extremidades que no responden a la dieta ni al ejercicio físico, podríamos agregar: que pueden ocasionar alteraciones de la percepción corporal o de la autoestima de acuerdo con las exigencias de la moda o cánones culturales de la época.

Las características anatómicas y fisiológicas del tejido adiposo superficial justifican la resistencia de las adiposidades localizadas a la dieta y al ejercicio físico, por lo que deben ser tratadas con técnicas quirúrgicas o no quirúrgicas específicas.

Las técnicas de diagnóstico aplicadas al estudio del panículo adiposo superficial y del contorno corporal presentan limitaciones en cuanto a la reproducibilidad por lo que, de manera genérica, se aplican las técnicas básicas de

diagnóstico clínico, antropometría y estudios de composición corporal, pudiendo incorporarse algunas técnicas de diagnóstico por imagen no invasivas como la ecografía, la resonancia magnética o el DEXA®.

No estamos de acuerdo con la clasificación actual de las adiposidades localizadas ni del lipedema, ya que confunde condiciones fisiológicas como el fenotipo femenino relacionado con la adiposidad ginoide y las clasifica como adiposidades localizadas primarias; considera adiposidades secundarias las relacionadas con el sobrepeso/obesidad, en cuyo caso no deberíamos hablar de adiposidades localizadas sino de exceso de la grasa corporal total; e incluye como adiposidades patológicas las que podríamos considerar cuadros raros del tejido adiposo, como las lipodistrofias o las adiposidades iatrogénicas como el Cushing, que exceden el ámbito del tratamiento estético del contorno corporal.

En cuanto a los tratamientos, analizaremos los mecanismos de acción de los diferentes tratamientos físicos y farmacológicos para el tratamiento no quirúrgico de las adiposidades localizadas y el estado actual de los tratamientos quirúrgicos como la liposucción.

## Obesidad en el paciente oncológico



**Dra. Mª Victoria Zamorano**

Responsable de la Unidad de Medicina Estética Clínica Oncológica Dr Román y de Mediestic Valdemoro (Madrid)

La Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) asevera que el sobrepeso es responsable de al menos un 15% de las muertes en pacientes oncológicos. Asegura además que el 30% de las muertes por cáncer se podrían evitar con hábitos de vida saludables y que en el 4% de los hombres y el 7% de las mujeres su cáncer está muy influido por la obesidad (1).

Dentro de los mecanismos fisiológicos que relacionan la obesidad y el cáncer, se sabe que algunos tumores asociados a la obesidad tienen dependencia hormonal (mama, próstata, o endometrio), por lo cual se han relacionado diferentes perfiles de hormonas sexuales con la obesidad. El tejido adiposo (TA) produce distintas enzimas, como la 17  $\beta$ -hidroxiesteroide óxido-reductasa y la aromatasa dependiente del citocromo P-450. La aromatasa es la enzima responsable de transformar la androstendiona en estrona, con la particularidad de que la tasa de conversión se incrementa con la edad y con la obesidad; mientras que la enzima 17  $\beta$ -hidroxiesteroide óxido-reductasa realiza la conversión de androstendiona a testosterona. Ambas se relacionan con el desarrollo de cánceres ginecológicos.

Algunos autores han asociado a la obesidad con un estado inflamatorio subclínico y crónico, el cual se presenta como consecuencia del incremento de citosinas tales como el factor de necrosis tumoral (TNF $\alpha$ ), y diversas interleucinas (IL-1, IL-6, IL-18) y quimiocinas por el tejido adiposo. Por lo tanto, es de esperar que las personas obesas presenten con mayor frecuencia un estado inflamatorio crónico en un bajo grado (6), el cual también ha sido asociado como un factor de riesgo del desarrollo de cáncer. Algunos estudios que señalan que los procesos inflamatorios crónicos aumentan el riesgo de desarrollar cáncer de colon, hígado, vejiga y próstata (2).

El estado inflamatorio crónico promueve los procesos carcinogénicos, estimula el crecimiento de las células tumorales y facilita la inestabilidad de su genoma, favoreciendo así la progresión y la diseminación del tumor. Es por ello que es importante el tratamiento de la obesidad en la prevención del cáncer y en su progresión, en pacientes diagnosticados y tratados.

En la evaluación nutricional del paciente con cáncer se nos presentan diferentes retos; a pesar de los distintos y variados indicadores de evaluación del estado nutricional disponibles, aún no se cuenta con un "Gold Estándar" para el diagnóstico del estado nutricional de los pacientes con cáncer, situación que se asemeja a la de otros grupos de pacientes.

Los parámetros bioquímicos usados de rutina, si bien son buenos indicadores de condición nutricional en la población general, presentan en estos pacientes el inconveniente de ser modificados por factores propios de esta enfermedad, como el estado de inflamación sistémica que se produce en el cáncer.

En relación a los parámetros antropométricos, nuevamente nos encontramos con la presencia de factores propios de la enfermedad que afectan su capacidad de detectar malnutrición; un aumento de peso en base a un desequilibrio hídrico es un ejemplo de esto. El IMC por su parte no ha mostrado ser un buen indicador de desnutrición, ya que se ha visto que pacientes calificados como desnutridos por otros métodos de evaluación, son catalogados como normales por el IMC. La medición de pliegues, la bioimpedancia y la evaluación global subjetiva son la herramientas con las que contamos a la hora de definir un diagnóstico nutricional en el paciente oncológico (3).

En el presente y en el futuro es fundamental desarrollar estrategias, tanto individuales como colectivas, encaminadas a la pérdida de peso y su posterior mantenimiento. Así como se ha hecho con el tabaco, deberían tomarse medidas educativas y sociales para disminuir la incidencia de obesidad en nuestra población, puesto que tenemos el conocimiento de una mayor incidencia de cáncer y otras patologías relacionadas con la obesidad.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. SEEDO, El sobrepeso es responsable de al menos un 15% de las muertes en pacientes oncológicos <https://www.seedo.es/index.php/sobrepeso>
2. Zhang L, Fan XM. The pathological role of microRNAs and inflammation in colon carcinogenesis. Clin Res HepatolGastroenterol. 2015;39(2):174-9.
3. Valencia Erick, MarinAngelaGuías de Soporte metabólico y nutricional ASPEN 2017

## El tejido adiposo, más que un reservorio de grasa

**Dra. Victoria Cachofeiro**

Catedrática de Fisiología y directora del Grupo de Investigación de Fisiopatología Cardiometabólica de la Obesidad en la Universidad Complutense de Madrid



El tejido adiposo está compuesto por dos tipos que se diferencian en su morfología, distribución y función: el tejido adiposo blanco y el tejido adiposo marrón o pardo. El tejido adiposo blanco está distribuido por todo el organismo y en la actualidad ya no se considera sólo como un reservorio de energía, aislante térmico o amortiguador mecánico, sino que se reconoce como un órgano endocrino importante que participa en la homeostasis cardiovascular, la función neuroendocrina o la inmunitaria.

Esta función reguladora la ejerce a través de su actividad endocrina, que se manifiesta mediante la síntesis y la liberación de moléculas activas llamadas adipocinas de naturaleza y funciones muy variadas. Sus mayores depósitos se encuentran en la zona visceral o intraabdominal, siendo el patrón de secreción de adipocinas distinto en el tejido adiposo visceral que en el tejido adiposo subcutáneo, que además presenta un mayor potencial angiogénico que el subcutáneo y un perfil inflamatorio más marcado.

La obesidad favorece una expansión del tejido adiposo que además se asocia a cambios en su estructura. Este remodelado del tejido adiposo se caracteriza por la acumulación de células del sistema inmune, fibrosis y cambio en la producción de adipocinas, favoreciendo sobre todo las de naturaleza proinflamatoria. El desarrollo de la obesidad no sólo depende del balance entre la ingesta y el gasto energético, sino también del balance entre el tejido adiposo blanco, como principal reservorio energético, y el tejido adiposo marrón, especializado en el gasto energético en forma de termogénesis a través de la proteína mitocondrial desacoplante 1 (UCP1).

Originalmente, se pensó que el tejido adiposo marrón estaba presente sólo durante el período neonatal. Sin embargo, en los últimos años se ha demostrado que los adultos conservan algunos depósitos metabólicamente activos que responden al frío y a la activación simpática del sistema nervioso y que son UCP-1 positivos. Estos depósitos están localizados en la región cervical, supraclavicular, paravertebral, mediastinal, para-aórtica y suprarrenal. Además, se ha descrito la existencia de adipocitos similares a los marrones en el tejido adiposo blanco y son inducibles por lo que este proceso, que se denomina marronización, se considera potencialmente relevante en el control de la obesidad.

El tejido adiposo no sólo está constituido por adipocitos sino también por una fracción de células estromales: células de músculo liso vascular, células del endotelio, fibroblastos, monocitos, macrófagos, linfocitos pre adipocitos y células madre adultas del tejido adiposo, denominadas células troncales o mesenquimales que pueden ser obtenidas mediante cirugía y escisión directa, o lipoaspiración en tronco y extremidades. En los últimos años se ha demostrado que, mediante el empleo de inductores específicos en el laboratorio, estas células madre tienen la capacidad de diferenciarse en diferentes líneas celulares por lo que presentan un gran potencial en medicina regenerativa.





Dª Rosa Rodríguez Arias  
RY Abogados (Madrid)

## Medicina estética en redes sociales: adaptándonos a las nuevas normativas sobre publicidad médica

La revolución digital ha tenido un gran impacto en la profesión médica, no sólo en la relación entre compañeros y médico-paciente (ha aumentado el uso de smartphone y con ello mensajería instantánea: Whatsapp, Telegram, email... entre otros), sino también por la necesidad de dar visibilidad al trabajo del médico y de su clínica publicitándose a través de las redes sociales (Facebook, Instagram, etc.).

Por tanto, y dado que los médicos no pueden mantenerse alejados del uso de redes sociales y comunicaciones telemáticas, deben ser conscientes de los riesgos que ello implica y emplearlas cumpliendo con la normativa legal y deontológica existente en la materia.

Efectivamente, no debemos olvidar que en Internet la ley y las normas deontológicas también se aplican. Se verían especialmente implicadas la Constitución Española, que en su artículo 18 expresa “*se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen*”, el Código Penal (revelación de secretos), la normativa en materia de protección de datos, normativa sobre publicidad y la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente. A nivel deontológico debemos poner de manifiesto que ya en el Código de Deontología médica vigente, de julio del año 2011, se recogen artículos sobre secreto profesional, intimidad y publicidad que regulan la relación médico-redes sociales, además, en la edición provisional del Código Deontológico del año 2018 se incluye un capítulo completo denominado “Tecnologías de la información y de la comunicación”.

Con el objeto de fomentar un buen uso, la Organización Médica Colegial (OMC), elaboró un “Manual de Estilo para Médicos y Estudiantes de Medicina del Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de España. Ética y Redes Sociales”, que constituye una buena herramienta para el uso adecuado de las nuevas tecnologías y contiene las siguientes recomendaciones:

1. **Respetar la confidencialidad y el secreto médico.** Si se vierte información sobre un paciente en las redes sociales es imprescindible asegurarse que el paciente no es identificable de ninguna manera. Es preciso solicitar permiso al paciente antes de hacerle una foto y explicarle en términos que pueda entender cuál es el objetivo de esa fotografía y el uso que le daremos.
2. **Evitar el consejo médico directo a pacientes virtuales.** Debemos recordar que no existe la obligación de atender consultas médicas telemáticas (no es una situación de “buen samaritano”), pero sí que es adecuado y muy deseable redirigirles a una fuente fiable (página web o blog) donde puedan resolver sus dudas, o sugerirles que consulten con su propio médico o con un profesional sanitario de referencia.
3. **Mantener una imagen virtual profesional y adecuada.** Cuando un profesional elige libremente presentarse en las Redes sociales utilizando su título de médico o con uniforme de médico en su avatar, es importante que recuerde que de alguna manera está dando una imagen corporativa respecto a la profesión. Es por lo tanto aconsejable ajustarse a las expectativas existentes en la sociedad con respecto al ejercicio médico.
4. **Evitar que el uso de dispositivos tecnológicos desvíe nuestra atención durante la consulta directa con pacientes.** Evitar interrupciones, particularmente si pueden afectar a la intimidad y confidencialidad de datos.
5. **Mantener una actitud responsable sobre la información médica difundida en redes sociales.** La información médica difundida en redes sociales debe ser comprensible, veraz, ponderada y prudente. La competencia que nos da nuestra formación profesional hace que nuestras opiniones puedan considerarse como referente.
6. **Mantener el respeto en la interacción con compañeros o en los comentarios sobre ellos.** En caso de discrepancias sobre temas médicos o profesionales las redes sociales pueden ser un instrumento para el diálogo. En cualquier caso, se deben evitar las descalificaciones y las expresiones peyorativas sobre compañeros y otros profesionales sanitarios.
7. **Realizar un buen uso de la publicidad y del branding médico.** El prestigio profesional médico es el que fomenta las relaciones de confianza con los pacientes; por ello la publicidad médica, el marketing sanitario y el branding médico han de ser siempre objetivos, prudentes y veraces.

## Medicina estética en la era Millennial

Mesa 6.  
Paciente joven

Dr. Luis de Sola

Coordinador del Master Medicina Estética, Antienvjecimiento y Regenerativa de la Universidad Complutense de Madrid.  
Vocal de la Asociación de Medicina Estética de Madrid



La medicina estética es quizás una de las especialidades con mayor crecimiento y auge - en términos de acceso y consumo - desde hace pocas décadas. Desde que se cuentan con estadísticas mundiales recogidas por organismos oficiales como la ISAPS (International Society of Aesthetic Plastic Surgery) y la ASAPS (American Society for Aesthetic Plastic Surgery), se ha visto que el crecimiento acumulado de consumo mundial de procedimientos estéticos - tanto quirúrgicos como no quirúrgicos - en apenas 20 años ha superado el 430%.

Dichas estadísticas anuales se han mantenido relativamente constantes año tras año, mostrando una tendencia cada vez mayor al consumo de procedimientos estéticos de corte no quirúrgico. También ha sido curioso el dato de consumo de estos procedimientos al segmentarlos según sexo, encontrando que cada vez más hombres acceden a estos tratamientos, con un porcentaje que ha ido aumentando de 10% al 15% en pocos años.

Pero, ahondando un poco más, llama la atención el resultado de consumo de los distintos procedimientos estéticos al ser segmentados según grupo etario, encontrando que las franjas etarias con mayor consumo de intervenciones estéticas (quirúrgicas y no quirúrgicas) es la de pacientes entre 19 a 34 años y la de 35 a 50 años.

Históricamente, el campo de las intervenciones estéticas estaba orientado y enfocado hacia los pacientes mayores de 40 años. Sin embargo, con el advenimiento de las últimas estadísticas de consumo de intervenciones estéticas a nivel mundial está apareciendo una nueva tendencia de consumo que antes pasaba desapercibida: la de la generación Millennial. Los Millennials son una generación que puede representar un polo opuesto en el espectro cultural y de pensamiento en comparación a las generaciones predecesoras (*generación X, baby boomers*), pero comparten un rasgo en común y sorprendente: una capacidad de consumo que la revista Forbes ha valorado en 1,3 trillones \$ en los EE.UU. solamente. Eso puede extrapolarse actualmente en todo el mundo viendo la capacidad de gasto en el sector tecnológico, moda, e incluso en las consultas de medicina estética.

Los Millennials (generación nacida entre los años 1980 y 2000) son matemáticamente en la actualidad la población más numerosa del mundo, y están mostrando unos hábitos de consumo muchas veces difíciles de entender, por lo rápidamente cambiantes que pueden llegar a ser.

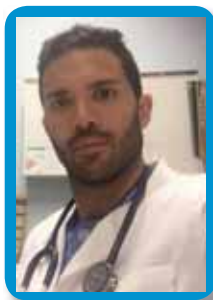
Es, por tal motivo, que en la presente ponencia se procederá a conceptualizar la medicina estética en el nuevo paciente Millennial y se explorarán las características que definen a esta generación y sus hábitos de consumo. Finalmente, se darán algunas pautas para mejorar la comunicación en miras a fidelizar esta generación de pacientes en las consultas de medicina estética manteniendo el rigor y las buenas prácticas.



### BIBLIOGRAFÍA

- 1) ISAPS 2017 Global Statistics on Aesthetic/Cosmetic procedures. [https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2019/03/ISAPS\\_2017\\_International\\_Study\\_Cosmetic\\_Procedures\\_NEW.pdf](https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2019/03/ISAPS_2017_International_Study_Cosmetic_Procedures_NEW.pdf)
- 2) ASAPS 2018 Cosmetic/Aesthetic Surgery National Data Bank Statistics. [https://www.surgery.org/sites/default/files/ASAPS-Stats2018\\_0.pdf](https://www.surgery.org/sites/default/files/ASAPS-Stats2018_0.pdf)
- 3) DEVANEY, Sharon: "Understanding the millennial generation". Journal of Financial Service Professionals. Nov 2015, 11-15.
- 4) GERARD, Nathan: "Millennial managers: exploring the next generation of talent". J in Lead in Health Serv. March 2018. [www.emeraldinsight.com/1751-1879.htm](http://www.emeraldinsight.com/1751-1879.htm)
- 5) MYERS, Karen: "Millennials in the workplace: a communication perspective on millennials- organizational relationship and performance". J Bus Psychol (2010) 25:225-238.

## Factores psicológicos asociados a alopecia areata



Dr. José Mª 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.

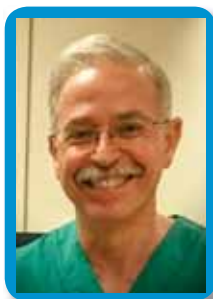
**Objetivo:** Determinar posible asociación entre factores psicológicos y alopecia areata.

**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.

## Anorexia nerviosa



Dr. Eduardo Gil  
Director médico de Clínica Comyce Albacete

Podemos definir la anorexia nerviosa (AN) como la pérdida de peso inducida y mantenida por el propio paciente. Es uno de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) más importantes, en tanto en cuanto, si no se consigue corregir llega a ocasionar la muerte del paciente por inanición.

Se considera un síndrome que incluye rechazo a mantener el peso corporal mínimo normal, miedo intenso a ganar peso, alteración significativa de la percepción corporal y aparición de amenorrea en el caso de mujeres. Los casos de AN en mujeres constituyen el 90% frente a hombres. Según algunos autores, en su aparición influyen tres tipos de factores:

- 1.- Factores biológicos: Genéticos, bioquímicos y estructurales todavía pendientes de análisis más concluyentes.
- 2.- Factores personales, personalidad previa: Personas ambiciosas, autoexigentes, trabajadoras y sobresalientes en los estudios. Existen unas profesiones consideradas de riesgo como son bailarinas, atletas, modelos, etc.
- 3.- Factores sociales: Presión social de culto al cuerpo y modelos que tienden a una delgadez poco realista.

Dentro de la AN podemos definir dos subtipos: AN restrictiva y AN compulsiva-purgativa. Casi todas comienzan siendo restrictivas: se disminuye paulatinamente la cantidad de comida, sobre todo de alimentos que, según las pacientes, más engordan como hidratos de carbono y grasas, llegando a dietas prácticamente de ayuno.

Una característica cada vez más constante en estos pacientes es la práctica de ejercicio abusivo con la exclusiva finalidad de conseguir eliminar de esta forma las calorías ingeridas; en casos extremos llegan incluso a permanecer despiertos y en pie toda la noche para mantener más activo su metabolismo basal. Son personalidades hiperactivas.

Los pacientes con AN siguen manteniendo la sensación de hambre, no pierden el apetito hasta el final; es frecuente que preparen comida para los demás aunque ellos no la prueben; en algunos casos mastican un bocado dos o tres veces antes de escupirlo.

El paso al segundo subtipo, AN compulsiva-purgativa es frecuente, pues en un momento determinado no pueden reprimir esa sensación de hambre y se dan un atracón para, a continuación, vomitar lo ingerido metiéndose los dedos en la boca o en otros casos ingerir diuréticos y/o laxantes para eliminar lo ingerido.

En todos los casos existe una distorsión de la imagen corporal, de todo su cuerpo o de alguna parte como las piernas, los muslos, etc. Esta distorsión las lleva además a una baja autoestima, síntomas de depresión y ansiedad combinadas con autoexigencia, sumisión y perfeccionismo excesivo.

Otros síntomas acompañantes, además de la mencionada amenorrea, pueden ser hipotensión, hipotermia, intolerancia al frío, sequedad de piel, anemia, atrofia mamaria y reducción del vello.

En los casos más extremos aparecerán los síntomas y signos propios de la intensa malnutrición con déficit de minerales y curiosamente niveles altos de Vitamina A y carotenos, posiblemente debido al importante consumo de hortalizas como medio de evitar el hambre. En cuanto al abuso de laxantes y diuréticos, la pérdida importante de minerales y electrolitos incrementa enormemente el riesgo de disfunción renal y cardíaca.

Como dijimos al principio, el cuadro puede desembocar, si no hay tratamiento, en la muerte del paciente, llegando a este extremo a suceder entre el 7 y el 15% de casos. En otro 20% el cuadro se cronifica.

El tratamiento puede realizarse de forma ambulatoria, en hospitales de día o en régimen de hospitalización. Siempre será un tratamiento multidisciplinar. Si es de forma ambulatoria se les exigirá un registro diario de la ingesta, de la hiperactividad y de si se han tomado laxantes y/o diuréticos. Se les prohibirá pesarse y el peso se les controlará en la consulta. No se tratará la amenorrea, pues en principio se corregirá sola si hay ganancia de peso.

Los factores que decidirán un ingreso hospitalario serán: fallo en el tratamiento ambulatorio, cronicidad, estado físico grave (desnutrición severa, complicaciones orgánicas, etc.) o necesidad de aislamiento familiar. Los objetivos del tratamiento serán:

- 1.- Normalización del peso y del estado nutricional. Dieta adecuada en régimen ambulatorio y, en régimen hospitalario, alimentación por sonda naso-gástrica. Se limitará la hiperactividad, incluso si es preciso con el empleo de fármacos tranquilizantes; las ganancias de peso se premiarán con visitas de familiares, horas de televisión, lecturas e incluso con salidas.
- 2.- Establecer líneas racionales de alimentación: dieta equilibrada, vigilar atracones y vómitos; en algunos casos pueden ser necesarios registros en busca de comida escondida, laxantes o diuréticos.
- 3.- Tratamiento de las complicaciones orgánicas que se hayan presentado tipo anemia, disproteinemias, etc.
- 4.- Tratamiento farmacológico orientado hacia el estado de ánimo y la autoestima: antidepresivos, ansiolíticos y en algunos casos tranquilizantes para corregir la hiperactividad.

## Rinoplastia con ultrasonidos: cuándo, cómo y quién

**Dr. Alberto Candau**

Presidente electo de la Sociedad Española de Cirugía Plástica Facial (SECPF).  
Docente en varios másters y posgrados universitarios



La rinoplastia constituye el cuarto procedimiento quirúrgico más realizado en el mundo y el procedimiento de cirugía estética facial más frecuente realizado en ambos sexos. Se estima que uno de cada 10.000 españoles se realizará a lo largo de su vida una rinoplastia. Las causas médicas por las que se acude a esta cirugía son diversas, destacando la presencia de giba dorsal prominente y las alteraciones en la posición de la punta como los motivos de consulta más frecuentes en las clínicas de cirugía estética facial. Otras especialidades hospitalarias en el ámbito de la sanidad pública también presentan motivos de consulta, como las dificultades en la respiración por alteración funcional nasal, las deformidades nasales postraumáticas y las laterorrinias congénitas.

La técnica clásica en la que todos los cirujanos nos hemos formado pivotaba en torno a la realización de las modificaciones en el hueso nasal, denominadas "osteotomías", mediante el uso de escoplos y martillos, tanto por vía endonasal como por vía percutánea. Dicha osteotomía y posterior fractura ósea se realizaba de forma "ciega" y sólo guiada con la palpación del cirujano. La curva de aprendizaje en ésta técnica era larga y compleja, generando la frustración en cirujanos noveles que tardaban en dominarla.

Pese a tener una amplia experiencia realizándola, para los cirujanos es una maniobra un tanto impredecible, dado que la línea de osteotomía podía ser modificada por factores como la angulación de la mano del cirujano, el grosor de los huesos nasales del paciente, o la fuerza con la que se realiza el martilleo. Además, la punta del escoplo con frecuencia generaba laceraciones en la mucosa nasal, que producían un sangrado profuso. El sangrado y la inestabilidad de las osteotomías generaban la necesidad de "ferulizar" tanto por fuera como por dentro las fosas nasales, con los clásicos tapones nasales que, ocupando todo el espacio disponible, impedían el sangrado durante las primeras semanas. Este sangrado, con el consecuente riesgo de ocupación de la vía aérea, así como el hecho de ser una técnica traumática, generaba la necesidad de una anestesia general para ser realizada de forma exitosa.

La recuperación tras una anestesia general, que actualmente es un procedimiento rutinario, seguro y con muy escasos riesgos, es vista por los pacientes como un freno a la hora de valorar su cambio de imagen como han demostrado varios estudios demográficos al respecto. La recuperación post anestesia general es el ítem peor valorado en una encuesta realizada a pacientes que se sometieron a diversos procedimientos de cirugía plástica, entre los que se encontraba la rinoplastia.

De tal modo, una tecnología como son los ultrasonidos, muy ampliamente utilizada en el ámbito sanitario desde la urología a la odontología, ha demostrado una gran utilidad a la hora de realizar este procedimiento. Su mecanismo físico es muy sencillo: el paso de corriente por unos sistemas genera una vibración. Este principio de “piezoelectricidad” genera una oscilación con una longitud de onda muy alta. Al poner en contacto un terminal con una vibración muy alta con un tejido elástico que no ofrece resistencia (como pudiera ser la piel o la mucosa), no genera resonancia ni vibración en las moléculas del tejido, por lo que la integridad del mismo se mantiene durante toda la exposición. Sin embargo, la vibración sobre un tejido duro que sí ofrece resistencia, como es el caso del hueso y parte del cartilago, genera una disrupción en las moléculas del tejido, motivando un desgaste que mantenido llega a cortarlo. El calor generado por esta fricción es controlado mediante un profuso sistema de irrigación continuo, haciendo que los tejidos blandos no se coagulen.

Una vez explicados los fundamentos científicos de la rinoplastia ultrasónica, es especialmente necesario resaltar que los resultados estéticos de un muy buen cirujano que opera rinoplastia con la técnica clásica pueden ser igualmente buenos a los de un muy buen cirujano que opera rinoplastia con la técnica ultrasónica. No considero en modo alguno que la realización de una rinoplastia ultrasónica ofrezca un resultado estéticamente mejor al paciente que la técnica clásica. Entonces, ¿dónde está la ventaja?

La recuperación que he visto a lo largo de estos seis últimos años en los que he realizado rinoplastia ultrasónica es entre tres y cuatro veces más rápida. Dicho de otro modo: lo que con la ultrasónica se necesita una semana en conseguir, se tarda un mes con la técnica clásica. La inflamación, el sangrado postoperatorio, las equimosis y hematomas subcutáneos, la fibrosis de tejidos blandos, la estabilidad de los fragmentos de osteotomía, la consolidación del callo de fractura, y la recuperación de la tan ansiada “vida normal” del paciente se consigue mucho más rápidamente que con la técnica clásica. Como cirujano he convivido con ambas técnicas durante un corto periodo de tiempo, hasta que he sido consciente en primera persona de la seguridad y fiabilidad de esta técnica. Desde que la realizo no he tenido llamadas intempestivas por complicaciones como el sangrado postoperatorio, o el colapso nasal por inestabilidad de los fragmentos de la osteotomía.

### ¿Cuándo?

La rinoplastia ultrasónica sigue los mismos principios diagnósticos y deontológicos que la rinoplastia clásica: se debe seleccionar cuidadosamente al paciente para evitar frustraciones tanto para el paciente como para el equipo médico. Salvo por causa que lo justifique, como por ejemplo el *bullying* escolar o por una deformidad nasal post fractura nasal, es preferible realizarla cuando el paciente ha cumplido 18 años. No hay límite de edad para realizarla, siendo la paciente más longeva operada por el autor de 72 años.

No existe una “estacionalidad” más apropiada para su realización. Habitualmente el verano suele ser la época del año donde el número de intervenciones de rinoplastia se realizan. A diferencia de lo que algunos pacientes pueden opinar, el sol y el calor no son en absoluto factores condicionantes para la recuperación de esta cirugía. Sí que es necesario que los pacientes puedan disfrutar de un periodo no inferior a una semana para recuperarse, siendo preferible que pudieran permanecer unos quince días sin necesidad de realizar esfuerzos físicos importantes. La posibilidad de reincorporarse a la vida laboral para trabajos que no requieran actividad física ni dependan de la imagen y aspecto externo suele ser en torno a una semana, coincidiendo con la retirada de puntos de sutura. En pacientes cuyas profesiones tienen una demanda estética elevada, puede ser necesario un periodo de unas 2-3 semanas para encontrar la recuperación completa.

### ¿Cómo?

Ya hemos explicado los fundamentos básicos de cómo se realiza la rinoplastia ultrasónica, así que vamos a centrar este apartado en los aspectos relacionados con otro aspecto importante en el desarrollo de la técnica, como es el régimen anestésico a emplear.

Yo defino la rinoplastia ultrasónica como un procedimiento a realizar bajo anestesia local y sedación ligera, a realizar en un quirófano con todas las garantías y prestaciones, y de carácter ambulatorio donde el paciente pueda abandonar la clínica a las pocas horas de terminar el procedimiento.

La anestesia local que se realiza viene precedida por una dosis ligera de midazolam intravenoso que actúa como ansiolítico. En ningún caso realizamos sedaciones mayores o con fármacos diferentes sin la presencia de un anestesiólogo. Empleamos cartuchos precargados de lidocaína y adrenalina, llamados “*carpules*”, muy ampliamente difundidos en el ámbito de la odontología y la cirugía maxilofacial. En una rinoplastia se inicia la anestesia bloqueando los troncos nerviosos infraorbitario, nasopalatino e infratroclear, para continuar realizando una infil-



tracción de la punta nasal, el dorso, la unión de los cuadrangulares con los alares, el reborde del cartílago alar y la zona de la osteotomía. El último paso en la anestesia es la infiltración del septo nasal.

## ¿Quién?

La pregunta puede ser ambigua, ya que podemos hablar sobre quién puede ser el paciente, con las características anatómicas que podemos tratar; o sobre quién es el cirujano capaz en nuestro país para realizar una rinoplastia ultrasónica.

En relación a la primera de estas cuestiones, los pacientes que pueden ser beneficiados de una rinoplastia ultrasónica son prácticamente el 100% de aquellos que pudieran beneficiarse de una rinoplastia convencional. Ya hemos descrito algunas de las deformidades nasales que son frecuentemente motivo de consulta. Sin embargo, dada la escasa agresividad del procedimiento, así como la posibilidad de ser realizada en régimen de anestesia local, permite ampliar la posibilidad de tratar pacientes reacios o con contraindicaciones a la anestesia general.

Con respecto a la segunda de estas cuestiones: la realización de una rinoplastia ultrasónica no está limitada a una especialidad concreta. Actualmente los mejores cirujanos en rinoplastia ultrasónica son otorrinos, cirujanos maxilofaciales y cirujanos plásticos, si bien la formación y el adiestramiento necesario para dominar ésta técnica hacen que el profesional que realiza esta técnica deba tener actividad en cirugía facial casi exclusiva.



Mesa 7.  
Más de 20 años  
de medicina  
estética



## Más de 20 años de medicina estética

**Dra. Paloma Tejero**

Presidenta de la AMECLM y director médico de Clínicas Mediesthetic (Toledo y Madrid)

La medicina estética es una actividad médica especializada que reúne los tres criterios que definen una especialidad médica: objetivo unificado, existencia de una base científica y técnica y demanda social (Libro Blanco de la SEME).

El primer compendio de medicina estética fue editado en 1987: "Manual Practique de Medecine Estetique", dirigido por los Dres. C. Bartoletti y J.J. Legrand con la colaboración de 30 especialistas.

Era el inicio de la búsqueda de una base científica consolidada. En 1991 la SEME organizó el primer Máster en Medicina Estética de España, con la dirección del Prof. Juan Ramón Zaragoza, que fue el embrión de lo que hoy hemos conseguido: una formación con respaldo universitario.

En España existen ocho universidades públicas (y alguna privada) que realizan másteres en medicina estética, y el número continúa ampliándose.

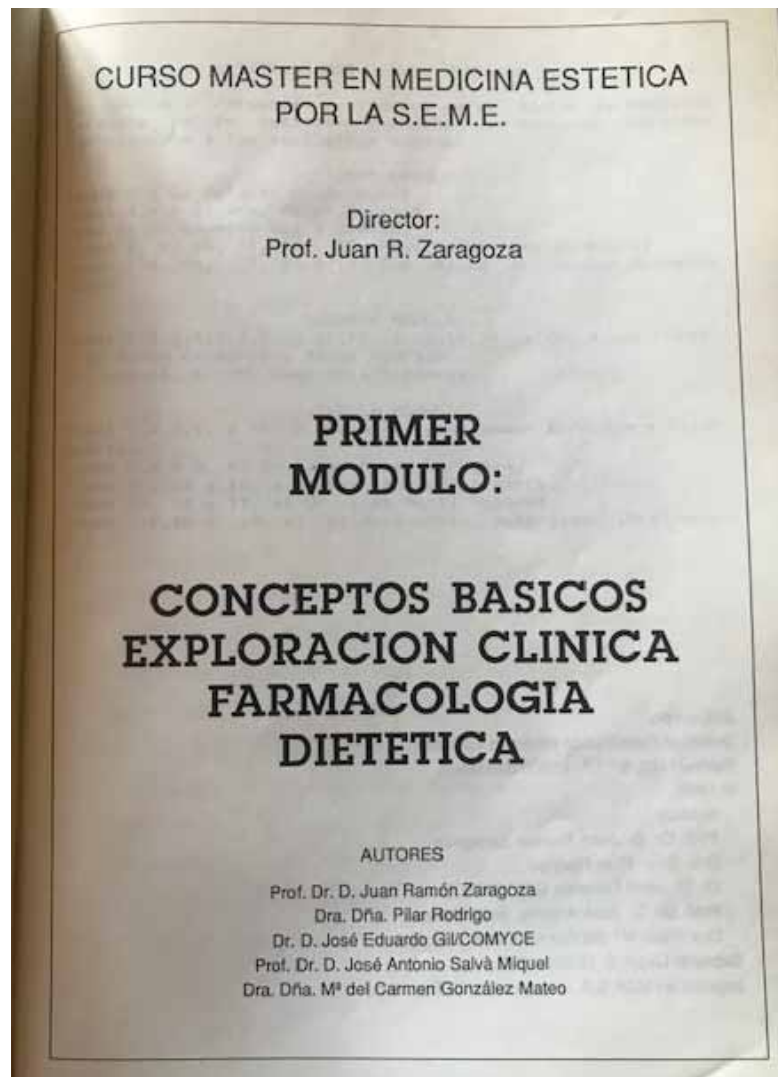
En 1997 la Universidad pública de las Islas Baleares organizó el primer Máster Universitario en Medicina Estética, bajo la dirección del Prof. Andreu Palou. Este título fue pionero en el mundo y tras él fueron sumándose Alcalá de Henares, Rey Juan Carlos, Complutense...

Era obligado rendir homenaje a la Universidad, a sus directores, profesores y alumnos, que han hecho posible que la medicina estética tenga una base científica universal y reconocida.

En estos más de 20 años esta disciplina ha evolucionado de forma imparable y seguirá haciéndolo. Pero hay técnicas que nunca mueren, aunque cambien y se adapten a los cambios que van sucediéndose, como el uso de la luz, la mesoterapia, y la medicina regenerativa, y que además son también la clave de la medicina estética del futuro.

En esta mesa, hablaremos de presente, y sobre todo de futuro. De dónde estamos y a dónde queremos ir. La Universidad también tiene que afrontar grandes retos:

¿Nuevos nombres en los estudios (bienestar, anti-envejecimiento, regenerativa...)?, ¿nuevos contenidos que precisan formación de profesores?, ¿reconocimiento institucional de los estudios, profesionalización...? ¿Unificación de contenidos?



Esta mesa es por lo tanto un homenaje a todos los profesores y alumnos que han hecho posible que la medicina estética consolide su base científica y su posicionamiento social, y también un espacio de debate y una propuesta de futuro.

## Aplicaciones de la luz en medicina estética

**Dr. Justo Alcolea**

Codirector del Máster de Medicina Estética de la Universidad de Barcelona. Director médico de Clínica Alcolea (Hospitalet de Llobregat, Barcelona)



Ha pasado poco más de un siglo desde la propuesta cuántica de Max Planck (1901), lo que haría posible, con el decidido apoyo de Albert Einstein (efecto fotoeléctrico, 1905; teoría cuántica de la radiación, 1917), que se iniciara la larga marcha hasta lo que se conoce como luz láser. Los primeros láseres eran ablativos y su emisión era continua. Las teorías de la fototermólisis selectiva, posteriormente ampliada, y la fototermólisis fraccional han contribuido de manera notable al mejor entendimiento de la interacción láser-tejido (1, 2, 3).

En la actualidad, los diodos emisores de luz y la luz intensa pulsada (LEDs e IPL según sus acrónimos en inglés) completan las posibilidades de tratamientos basados en la luz, como la fototerapia en el visible y el infrarrojo cercano, o la terapia fotodinámica (4, 5).

Los sistemas de aplicación basados en la luz multiplican las posibilidades de tratamiento que pueden ofrecerse a los potenciales pacientes. Pueden citarse, entre otros, el rejuvenecimiento cutáneo, la eliminación de lesiones vasculares o cutáneas, la liposucción láser-asistida, o el tratamiento de la onicomosis (6). Asimismo, caben mencionar aplicaciones que van más allá de los cromóforos bien conocidos (hemoglobina, melanina o agua), como las interacciones celulares y enzimáticas; sin duda, un campo apasionante (7).

No hay duda que la evolución de los láseres, hasta alcanzar la sofisticación de la emisión fraccionada en modo ablativo y no ablativo, seguirá en el futuro, pero lo más importante seguirá siendo el conocimiento exhaustivo de su particular modo de trabajo. La adecuada formación es lo que hace posible que las aplicaciones sean más seguras, el tiempo de recuperación más corto y la satisfacción del paciente sea más elevada.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson RR, Parrish JA. Selective photothermolysis: precise microsurgery by selective absorption of pulsed radiation. *Science*. 1983; 220(4596):524-7.
2. Altshuler GB, Anderson RR, Manstein D, Zenzie HH, Smirnov MZ. Extended theory of selective photothermolysis. *Lasers Surg Med*. 2001; 29(5):416-32.
3. Manstein D, Herron GS, Sink RK, Tanner H, Anderson RR. Fractional photothermolysis: a new concept for cutaneous remodeling using microscopic patterns of thermal injury. *Lasers Surg Med*. 2004; 34(5):426-38.
4. Calderhead RG, Vasily DB. Low Level Light Therapy with Light-Emitting Diodes for the Aging Face. *Clin-Plast Surg*. 2016; 43(3):541-50.
5. Martínez-Carpio P, Alcolea-López J, Vélez M. Efficacy of photodynamic therapy in the short and medium term in the treatment of actinic keratosis, Basal cell carcinoma, acne vulgaris and photoaging: results from four clinical trials. *Laser Ther*. 2012; 21(3):199-208.
6. Alcolea JM, Hernández E, Martínez-Carpio PA. Treatment of Chronic Lower Extremity Ulcers with A New Er:Yag Laser Technology. *Laser Ther*. 2017; 26(3):211-222.
7. Mordon S, Alcolea JM, Trelles MA. Tratamiento de las onicomosis con láser. *Revista Científica de SEME*. 2013; 39(1):32-42.

## Mesoterapia: más de 20 años de medicina estética

**Dr. José Folch**

Director de los Máster de Medicina Estética y de Cirugía Estética de la Universidad de Valencia. Clínica Dual (Valencia)



Desde que en 1952 el Dr. Pistor tratara por primera vez una crisis asmática con una inyección i.v. de procaína, las múltiples aplicaciones de la mesoterapia han sido utilizadas en diversos campos de la medicina, siendo de especial relevancia su aplicación en el campo de la traumatología y la reumatología. El Dr. Pistor era conocedor de esta forma de administración intradérmica de medicamentos ya que fue alumno del Dr. Lebel, que a su vez lo fue de Leriche.

A partir de los años 80 del siglo pasado comienzan las investigaciones para intentar explicar por qué la vía intradérmica aporta una revalorización de los medicamentos que se administran inyectados en la piel. El estudio de la farmacocinética de la vía ID comienza en Italia, en la Universidad de Perugia. Y tiene en el Dr. Kaplan con su "teoría unificada" la culminación.

En 1984 la Dra. Ana Lopez Barri con un grupo de jóvenes médicos funda la SEMM, la cual presidió durante 27 años aportando sus extensos conocimientos en dermatología aplicados a la Medicina Estética.

A lo largo de estos extensos 35 años la mesoterapia ha pasado por diferentes fases. Inicialmente acudíamos frecuentemente a Andorra o a Francia a suministrarnos de fármacos que los franceses e italianos tenían y nosotros carecíamos, y a su vez complementábamos con algunos que nosotros aún teníamos. Inyectábamos formulas con múltiples fármacos y a dosis importantes.

Con el paso de los años empezaron a desaparecer de la farmacopea española y francesa y tuvimos que recurrir a la fórmula magistral amparándonos en los desaparecidos generalmente por causa comercial, y en la aparición de la homeopatía inyectable (hoy medicina biológica) inicialmente con bastantes laboratorios ya desaparecidos (quedan sólo dos). Y pasamos a utilizar pocos fármacos y a microdosis.

En los últimos años han aparecido laboratorios que nos suministran medicamentos con marcado CE, basados en una sustancia de relleno a baja concentración que se acompaña de complejos vitamínicos, con minerales, oligoelementos y antioxidantes en diferentes presentaciones y con diferentes indicaciones. Nos ofrecen probablemente el abanico más amplio de opciones de nuestra historia junto a algún fármaco alopático en farmacia (con biotina, con ácido pantoténico, con triamcinolona...), las fórmulas magistrales aún vigentes y la medicina biológica. En cuanto a la inyección, también han aparecido múltiples equipos cada vez más sofisticados.

El futuro de la mesoterapia está en el rigor científico, tal como apuntan desde la Sociedad Italiana, hay que ser más rigurosos y establecer protocolos científicamente demostrados, y no basados en "a mí me funciona".

---

## Medicina Estética en España: más de 20 años en la Universidad



**Dra. Petra Vega**

Presidenta de la Sociedad Española de Medicina Estética (SEME) y director médico de la Clínica Vega (Madrid y Terrassa)

Si bien el nacimiento de la ME (Medicina Estética) en España se inicia en 1984, con la creación de la SEME, podemos considerar que el renacimiento y sobre todo el posicionamiento de la ME, tiene lugar en 1998, cuando la ME entra en la Universidad Española (y por primera vez en el mundo en una universidad), y lo hace por la puerta grande, en la Universidad de Les Illes Balears, de la mano de un reconocido investigador y científico español, el profesor Andreu Palou. Todo esto fue posible gracias al esfuerzo, tenacidad y sobre todo confianza de otros tres científicos españoles, los profesores Juan Ramón Zaragoza, Pilar Rodrigo y Jose Ricardo Cabo. Gracias a su visión de que sólo una formación universitaria validaría lo que ya en ese momento era una realidad social y una actividad médica y económica emergente, la ME ha alcanzado en España las cotas de seriedad, prestigio e implementación social de las que goza actualmente.

Muchas otras universidades se sumaron a esta formación, actualmente contamos con más de 18 universidades que imparten formación de posgrado en ME, a los que acuden médicos de todas las especialidades. Por eso a día de hoy la medicina estética ya está interiorizada por parte de la ciudadanía como una especialidad médica más, sin embargo, todavía nos quedan grandes retos que conseguir, el primero y más importante que este reconocimiento social se vea refrendado por las administraciones públicas en forma de especialidad oficial, y crear una gran base bibliográfica que la sustente científicamente.

Ambas cosas solo pueden conseguirse de la mano de la universidad, así estos 20 años solo son el principio del largo camino que debemos recorrer, la universidad y la ME, a fin de que España siga siendo referencia formativa y clínica de la ME mundial.



## De qué hablamos cuando hablamos de flacidez

### Mesa 8. Flacidez

**Dra. Emilce Insua**

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



La flacidez es el principal reto diagnóstico y terapéutico de la medicina estética tanto a nivel facial como corporal, ya que en la misma intervienen múltiples factores etiopatogénicos y la genética parece ocupar un papel importante.

Es fundamental diferenciar entre flacidez cutánea y muscular. La primera engloba una serie de cambios propios del envejecimiento cutáneo que consisten en la pérdida o degeneración de las fibras elásticas y colágenas de la dermis. Afecta principalmente a la cara, los brazos, los muslos, las rodillas, el abdomen y los glúteos. Puede asociarse a flacidez muscular de la cual hay que diferenciarla, si bien podemos encontrar flacidez cutánea asociada a la degeneración muscular, resorción ósea y disminución de panículo adiposo especialmente en las zonas declives.

En su génesis participan: factores genéticos propios o alteraciones genéticas con afectación del colágeno como el síndrome de Ehler-Danlos, cambios degenerativos de la piel relacionados con el envejecimiento (foto y cronoenvejecimiento), nutrición deficiente en proteínas, oscilaciones importantes y repetidas en el peso, embarazo, colagenopatías que cursan con hiperlaxitud, menopausia precoz y medicamentos como la corticoterapia prolongada.

El análisis histológico de la piel durante el envejecimiento evidencia una disminución del número y tamaño de los fibroblastos dérmicos. Como consecuencia, se produce una menor producción de matriz extracelular que incluye colágeno, elastina y glucosaminoglicanos.

El envejecimiento de la piel implica también menor síntesis de procolágeno tipo I y III, lo que provoca el adelgazamiento y fragilidad de la misma. También se altera la estructura de las fibras elásticas por el aumento de la actividad de las metaloproteinasas de la matriz (colagenasa y elastasa). Como consecuencia de estos cambios, la elasticidad cutánea disminuye en un 2-5% por década, y esta pérdida de elasticidad hace que la piel sea más propensa a la acción de la gravedad.

La flacidez muscular puede ser ocasionada por alteraciones del tono muscular que pueden responder a una causa patológica, como las de origen neurológico (central o periférico), o a alteraciones metabólicas. De manera fisiológica puede acompañar a otros cambios del envejecimiento como la sarcopenia, especialmente en la mujer menopáusica, afectando glúteos y extremidades; asociarse a una pérdida del tono muscular por sedentarismo; o a nivel de la pared abdominal en el post parto inmediato.

Las técnicas de diagnóstico aplicadas al estudio de la flacidez tienen grandes limitaciones, por lo que es fundamental un exhaustivo interrogatorio y examen físico. La historia clínica debe incluir una anamnesis amplia con datos sobre la historia ponderal, el patrón de alimentación y los hábitos de vida, la toma de fármacos, la presencia de antecedentes familiares de obesidad y/o comorbilidades asociadas, así como datos del nivel de actividad física diaria. Se debe descartar la existencia de comorbilidades asociadas que puedan contraindicar determinados tratamientos físicos del contorno corporal, como la existencia de marcapasos cardíaco. Además de una historia clínica completa, los otros factores importantes a considerar son la edad, el sexo y especialmente en mujeres los factores hormonales ya que la pubertad, el embarazo y la menopausia junto con las alteraciones nutricionales y la inactividad física contribuyen a importantes variaciones en el nivel de masa magra y masa grasa a lo largo de la vida. Se deben reconocer y explorar los cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento y la evolución del cuadro que es motivo de consulta. A partir de los 40 años, la piel pierde no sólo elasticidad sino también su soporte músculo-esquelético-adiposo lo que, sumado el efecto de la gravedad, hace que aparezca como flácida. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, pero ante sospechas de patologías del colágeno o neurológicas se deben pedir estudios complementarios específicos.

No existen clasificaciones validadas para la flacidez cutánea y muscular a nivel corporal, por lo que su diagnóstico y percepción de mejoría o falta de respuesta a los tratamientos es bastante subjetiva; en estos casos sugerimos complementar la percepción de la respuesta al tratamiento mediante el uso de una escala visual al estilo escala de Likert.

Respecto de los tratamientos, se analizarán las técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas para el tratamiento de la flacidez a nivel corporal.



## Endolifting facial mediante lipoláser como herramienta contra la flacidez



### Dr. Miguel Leclercq

Docente hospitalario de la Universidad CEU-San Pablo. Formador de técnicas láser para Simove. Clínica PHI Aesthetic (Madrid)

El endolifting mediante lipoláser es un procedimiento cuyo fin es reducir la flacidez cutánea, tensar y reafirmar la piel. A su vez elimina tejido graso acumulado en la zona a tratar, mejorando globalmente el aspecto del paciente. En este caso nos vamos a centrar en el manejo de la flacidez facial.

El endolifting mediante lipoláser puede mejorar la piel flácida y descolgada. Aunque puede modificar los volúmenes faciales, no alterará los rasgos raciales o étnicos.

Esta técnica debe adaptarse individualmente para cada paciente, dependiendo de sus necesidades particulares. Se puede realizar de forma aislada para una o varias zonas, o en combinación con otros procedimientos para optimizar los resultados. No puede detener el proceso de envejecimiento, pero puede, sin embargo, disminuir el aspecto de piel flácida y cúmulos de grasa en la región tratada.

La mejora de la flacidez con esta técnica se va a conseguir mediante varios mecanismos, uno de los más importantes es la retracción por calor; las altas temperaturas transmitidas directamente por la fibra láser bajo la piel van a provocar una desnaturalización de las proteínas y esto a su vez mediante mecanismos de reparación tisular, va a generar una fibrosis controlada con la consecuente retracción cutánea. Otro mecanismo mediado por calor de esta técnica es la activación de las proteínas de choque térmico, que van desencadenar cascadas metabólicas para reparar el colágeno dañado y generar nuevas fibras de colágeno. La acción mecánica del paso reiterado de la fibra láser entre la piel y el tejido graso subyacente también va a colaborar en los mecanismos de reparación cutánea. De esta manera vamos a conseguir que mediante varios mecanismos físicos y bioquímicos que la piel se retraiga y combatir la flacidez.

Es una técnica mínimamente invasiva destinada tensar la piel mediante calor, y para ello se utiliza un láser diodo que puede ser de 980 o de 1470 nm., con una fibra óptica subcutánea mediante la cual se transmite la energía a los tejidos y que se introduce en el organismo a través de minúsculas incisiones submilimétricas que no dejan cicatrices. Esto se puede realizar bajo anestesia tumescente, local o troncular. Se realiza en consulta de manera rápida con una duración de entre 30 y 45 minutos sin necesidad de quirófano. No es dolorosa, es muy bien tolerada por los pacientes y no requiere baja social ni laboral. Tras el procedimiento los pacientes pueden presentar una ligera inflamación cutánea que suele durar muy pocos días, tras lo cual empiezan los mecanismos de regeneración cutánea y podemos ver los resultados máximos entre los 30 y 60 días tras el tratamiento.

Es una técnica muy segura para el paciente con excelentes resultados visibles, ya que además de combatir la flacidez, mejora la calidad de la piel, reduce las arrugas finas, sólo requiere una sesión, mejora globalmente el aspecto del paciente tratado y los resultados son duraderos en el tiempo; además de ser muy rentable para el médico, ya que tiene un bajo coste y un margen de beneficio económico importante.

Cuando se realiza esta técnica correctamente los riesgos son mínimos, y para ello debemos conocer las zonas peligrosas de la anatomía facial; en esta técnica en concreto nos referimos a los vasos sanguíneos y nervios superficiales, por lo que debemos conocer dónde podemos aplicar esta técnica y qué regiones anatómicas debemos evitar.

La mayoría de las posibles complicaciones se pueden prevenir haciendo una buena historia clínica con una anamnesis detallada, para así hacer una correcta elección del paciente y aplicar la técnica según las particularidades anatómicas, los inestetismos y los antecedentes médicos del paciente a tratar.

En resumen, el endolifting láser es una técnica sencilla, rápida, con resultados espectaculares, gran satisfacción para el paciente y alta rentabilidad para el médico.

## Las toxinas botulínicas de uso estético que vienen

### Dr. Fernando García Monforte

Formador en el uso estético de toxina botulínica a nivel facial. Presidente de la Asociación Canaria de Medicina Estética. Vocal de la Junta Directiva de la SEME

Por indicación de mi querida amiga la Dra. Paloma Tejero en estas Jornadas, que cada vez son más interesantes, hablaré de toxina botulínica, como de costumbre, cosa que siempre me ilusiona mucho. En esta ocasión hablaré de las nuevas toxinas, hablaré de las que venimos utilizando hace años y de las que vienen. Sí, ¡es cierto!, la toxina botulínica tiene aún muchas cosas interesantes que enseñarnos.

### Mesa 9. Simposium sobre toxina botulínica



Nuevas toxinas, ¡que ilusión!, las sorpresas con las actuales no acaban y ahora aparecen nuevas para seguir sorprendiéndonos. Con las toxinas actuales encontramos nuevas indicaciones “off label” como el tratamiento de la psoriasis, la rosácea, el párkinson o el cáncer de próstata y muchas cosas más que sería largo relatar, ¿y con las nuevas? Más duración, menos errores para el terapeuta al venir ya diluidas, menor duración (3-4 semanas) con un inicio de la acción a las 12 horas de ser inyectada.

La verdad es que siendo el medicamento más productivo que existe, por la cantidad de indicaciones que tiene y el medicamento más ilusionante que yo he probado, por la cantidad de sorpresas que nos depara, sigue estando en la cúspide de la farmacopea útil en medicina estética.

Intentaré en el ratito del que dispongo hablar de las toxinas, y debatir tanto con los otros ponentes como con los asistentes sobre este tema tan sorprendente y tan útil para nuestra profesión.

## Manejo del bruxismo con toxina botulínica

**Dra. Chrisanthi Karapantzou**

Presidenta de la Sociedad Griega para el Estudio y Uso de Toxina Botulínica en ORL



El bruxismo es un desorden estereotipado del movimiento, caracterizado por apretar y rechinar los dientes, que fue descrito por primera vez por Marie Pietkiewicz en 1907 como *la bruxomanie*. Esta disfunción sucede sin un propósito funcional y se considera que su etiología es multifactorial.

Se le ha asociado con factores anatómico-periféricos que afectan la oclusión dental, pero sus causas principales comprenden los neurotransmisores cerebrales, los ganglios basales y, más frecuentemente, parámetros psicosociales, como el estrés y la ansiedad.

El bruxismo se puede dividir en categorías, según se produzca durante el sueño o mientras el paciente esté plenamente despierto. Este comportamiento oromandibular tiene un ratio de prevalencia del 8-20% de la población adulta, aunque afecta sobre todo a las mujeres.

Sin duda, este problema tiene un efecto negativo en la calidad de vida de los pacientes. Puede ser la causa de problemas dentales (con arreglos dentales frecuentes) y de dolor en las regiones mandibular y orofacial. Su diagnóstico se basa en indicadores clínicos y anamnésticos específicos. Respecto al tratamiento, se fundamenta en intervenciones farmacológicas oclusales, el apoyo psicológico y cambios en el estilo de vida.

Su manejo terapéutico con inyecciones de toxina botulínica en los músculos de la masticación se ha estudiado intensivamente en los últimos años; ha resultado ser una alternativa segura, mínimamente invasiva y efectiva. Es esencial seleccionar los pacientes cuidadosamente para un tratamiento exitoso del bruxismo, además de utilizar las técnicas de inyección adecuadas y escoger correctamente las dosis necesarias.

## Neauvia, tecnología del siglo XXI aplicada a la medicina estética

**Dr. Sergio Fernández Mesa**

Director médico de Clínica Le Med (Madrid)

Talleres



La compañía Neauvia presenta una nueva generación de rellenos faciales de ácido hialurónico, basado en una tecnología de reticulación con PEG que consigue un perfil de alta seguridad y tolerancia.

Los rellenos faciales de Neauvia son biomiméticos. Se basan en una combinación específica de ácido hialurónico y PEG para diferentes indicaciones y planos de inyección, con excelentes ventajas de longevidad y seguridad. Las razones para la pegilación (es decir, el enlace covalente de PEG) de péptidos son numerosas:

- El PEG es 30 veces menos tóxico que el BDDE
- Protección de epítomos antigénicos e inmunogénicos
- Sin reacción inmunológica
- Previene el reconocimiento y la degradación por enzimas proteolíticas
- Efecto duradero: reduce la acción de las enzimas proteolíticas (por ejemplo, hialuronidasa), aumentando la duración del relleno

Los hidrogeles de HA-PEG presentan un módulo elástico similar al del tejido del sistema nervioso central y muestran una inflamación mínima y una degradación completa. Pruebas morfológicas han demostrado que los rellenos faciales de Neauvia tienen una excelente biointegración, puesto que el PEG es capaz de anular completamente la respuesta inmunológica y las células llegan del flujo sanguíneo (proteínas plasmáticas como la albúmina) para adherirse al biomaterial. Además es biomimético, por lo que no hay agrupación de proteínas plasmáticas, no hay formación de FBGC y por lo tanto no hay granulomas.

Dentro de la gama de productos Neauvia, está Stimulate con un 1% de hidroxiapatita cálcica. ELPEG genera una estructura de matriz tridimensional capaz de alojar moléculas de CaHA de pequeño tamaño. El resultado es una distribución aleatoria en la matriz con efecto duradero y la liberación gradual de las microesferas de CaHA.

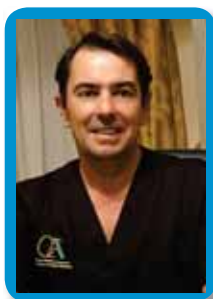
En otros productos que podemos encontrar en el mercado, las moléculas de CaHA de gran tamaño tienen a agruparse, con el problema de formar macromoléculas de CaHA mayores que los fagocitos, lo que aumenta el riesgo de granulomas. En cambio, el tamaño de las micro esferas de CaHA en Neauvia es el óptimo para favorecer una fagocitosis efectiva y segura.

La gama de rellenos faciales reticulados con polietilenglicol (PEG) en lugar de BDDE, diseñados con tecnología de máximo nivel, dota a estos productos un perfil de alta seguridad y tolerancia. Cada uno de los rellenos faciales ha sido diseñado meticulosamente para brindar una reología específica para un tratamiento más preciso según las necesidades más exigentes de la estética. Cuentan con una novedosa geometría química y la tecnología polimérica, que permite la integración de los rellenos faciales con los planos anatómicos.

Neauvia también ofrece una variedad de medical devices para el mercado estético y quirúrgico. Estas tecnologías de equipos médicos se caracterizan por el uso de una ingeniería médica avanzada, con un diseño moderno y elegante en los campos relacionados como la electrocirugía, el tratamiento de radiofrecuencias, el termolifting, la fotobioestimulación de la piel y la cosmetología.

---

## Estado actual de la voluminización malar y mandibular. Aliaxin SV<sup>®</sup> (Superior Volume). El enfoque global a la restauración del volumen facial



**Dr. Moisés Rodríguez Abascal**

Docente de los Máster de Medicina Estética y de Técnicas Avanzadas en Medicina Estética de las Universidades de Córdoba y Pablo de Olavide (Sevilla). Director de la Clínica Abascal (Sevilla)

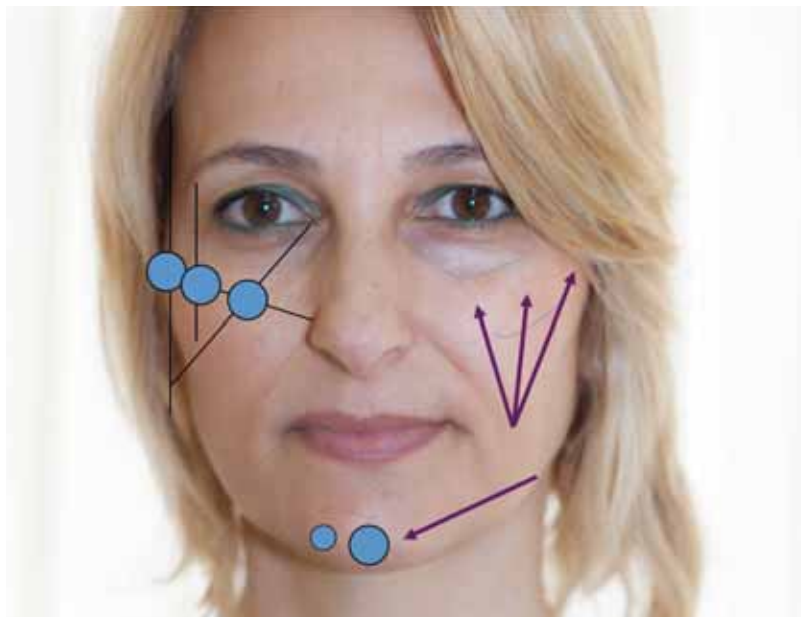
Es evidente que las últimas dos décadas han supuesto un cambio radical en la medicina estética, no sólo en cuanto aumento de la demanda, tanto en hombres como en mujeres, sino también en la búsqueda de la naturalidad. A nivel facial, sin duda, las técnicas de aumento de hoy superan con creces las “modas” anteriores. Desde principios de siglo, la búsqueda de materiales más seguros, eficaces y duraderos continúa desarrollándose para el tratamiento de los defectos de contorno. Las últimas décadas de investigación científica han conducido no sólo a mejorar los materiales, sino a aportarnos un conjunto de herramientas en nuestras técnicas que son fiables, reproducibles y mínimamente invasivas.

Al mirar a una persona, nuestra atención se centra inevitablemente en los ojos, los labios, etc. Sin embargo, éstos son simplemente los adornos del marco facial subyacente. Lo que determina la apariencia física facial de una persona es el contorno volumétrico. La piel es el lienzo de la cara. Cuando se distribuye sobre el marco facial, de forma suave y con un contorno atractivo, presenta una apariencia juvenil y estéticamente agradable. A medida que pasan los años, este lienzo se vuelve áspero y arrugado, ya que perdemos volumen en los tejidos blandos subyacentes y se produce una atrofia ósea debido al proceso de envejecimiento.

Cuando aumentamos estratégicamente la arquitectura ósea subyacente del rostro envejecido, podemos lograr un cambio radical en el rostro. Dicho de otra manera, el equilibrio en el volumen facial es lo que le da a la cara su máxima armonía, que en definitiva es lo que percibimos como belleza.

En el rostro podemos hablar de tres grandes promontorios faciales. En orden de importancia, son la nariz, las eminencias cigomático-malares y la línea de la mandíbula. Al alterar las interrelaciones de estos tres principales promontorios, podremos crear o restaurar de forma única la armonía, el equilibrio y la belleza faciales. Por ley matemática, la disminución o mejora de cualquiera de los tres promontorios afecta directa e inversamente a la importancia estética de los otros.

El tercio medio es uno de los puntos más importantes cuando utilizamos rellenos faciales en el rejuvenecimiento estético. En contraste con la zona temporal, por ejemplo, donde los límites del aumento son bastante claros debido a su anatomía, el tercio medio no tiene unos límites definidos.

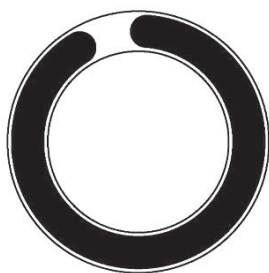


En cualquier región facial, la evaluación adecuada y el plan de tratamiento son fundamentales para la creación de una apariencia natural, juvenil y más atractiva. Sin embargo, si hay una región de la cara difícil de evaluar

y tratar, esa es la línea mandibular, ya que existen muchas variables estructurales involucradas, como: posición y prominencia del ángulo mandibular, longitud de la mandíbula, grosor de la piel y tejido subcutáneo, altura, proyección y ancho de la barbilla, y ángulo cervicomenta.

Por todo esto proponemos puntos de volumización reproducibles para la técnica vertical de depósito supraperiostico. Y también puntos de entrada y trayectorias para la técnica con cánula, que desarrollaremos durante la práctica.

## Aliaxin® SV



COHESIVITY



FLOW



LIFT



SCULPT

Adapted with permission from: Sundaram H, Cassuto D, Gavard Molliard S (publication in preparation)

Y para ello contamos con un nuevo producto. Recientemente Aliaxin ha completado su gama con el lanzamiento de Superior Volume (ALIAxin SV®), que por sus características reológicas lo hacen idóneo para una marcada volumización. A su extraordinaria cohesividad y gran elasticidad (G'), se le suman una correcta maleabilidad y es suficientemente fluido para poder utilizarlo con aguja de calibre 27G.

Además de ello, y al igual que el resto de la gama Aliaxin, presenta una menor capacidad inflamatoria y una excelente integración en el tejido.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Wilson AJ, Taglienti AJ, Chang CS, et al. Current applications of facial volumization with fillers. *Plast Reconstr Surg*. 2016;137:872e-889e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000002238>
2. Braz A, Humphrey S, Weinkle S, et al. Lower face: clinical anatomy and regional approaches with injectable fillers. *Plast Reconstr Surg*. 2015;136:235S-257S. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000001836>
3. Shamban, Ava et al. "A Novel and More Aesthetic Injection Pattern for Malar Cheek Volume Restoration." *Aesthetic Plastic Surgery* 42 (2017): 197-200. <https://doi.org/10.1007/s00266-017-0981-1>
4. La Gatta A, Salzillo R, Catalano C, et al. (2019) Hyaluronan-based hydrogels as dermal fillers: The biophysical properties that translate into a "volumetric" effect. *PLoS ONE* 14(6): e0218287. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218287>

## Hilos Aptos para el rejuvenecimiento facial y corporal



**Dr. Manuel Prieto**

Director de la Clínica Cisem (Sevilla) y profesor del Máster de Cirugía Estética de la Universidad Rey Juan Carlos (Madrid)

El proceso de envejecimiento, que empieza a hacerse visible a partir de los 30 – 35 años, modifica la forma de la cara invirtiendo el llamado “triángulo de la belleza”, haciendo que el contorno facial se haga más voluminoso en el reborde inferior. Junto con la flacidez de los tejidos empiezan a aparecer los primeros surcos y arrugas.

El lifting mediante hilos ofrece a nuestra imagen un pequeño paso atrás en el tiempo. Conocidos en toda Europa como hilos rusos, el lifting facial no invasivo con los hilos Aptos es un método de rejuvenecimiento facial desarrollado hace 20 años por los cirujanos plásticos georgianos Dres. Sulamanidze, y actualmente renovado y mejorado. De hecho, es la base de todas las técnicas de hilos de tracción que existen en la actualidad. Es una técnica mínimamente invasiva con un período de recuperación corto que permite “quitar” unos cuantos años de encima, sin las desventajas del lifting quirúrgico clásico.

Los hilos, casi todos espiculados, se componen de materiales biodegradables como la caprolactona y el ácido L-poliláctico, con un diseño especial para la función a que serán sometidos. Las últimas versiones incorporan una cubierta de ácido hialurónico que añade un plus de resultados al obtener una hidratación extra de los tejidos. Se insertan en la grasa subdérmica y con las maniobras adecuadas ejercen la tracción hacia arriba y atrás de los tejidos faciales.

Existen diferentes tipos de hilos con diferentes tipos de agujas y disposiciones de las espículas, para ser utilizados de la manera más apropiada en cada caso. Es decir, en función del “problema estético” utilizaremos un tipo diferente de hilo o la combinación de ellos.

El procedimiento es corto, no tardándose más de 30 – 40 minutos. No hay cicatrices ni puntos de sutura y solo se genera una pequeña inflamación propia de cualquier acto levemente invasivo. Puede tratarse más de un área a la vez o tratar cada área facial en diferentes sesiones. Asimismo, pueden colocarse hilos adicionales en cualquier momento para aumentar los resultados paulatinamente. El paciente se va a su casa sin vendaje alguno siguiendo las indicaciones que se le prescriben.

El resultado tiene dos fases: Un resultado inmediato, producto de la elevación de los tejidos, y un resultado adicional a largo plazo producto de la fibrosis y la estimulación de colágeno que el hilo produce en los tejidos.

Los hilos se degradan totalmente en un plazo de entre 18 y 24 meses, dependiendo del tipo de material utilizado, y el paciente puede repetirse el tratamiento en función de su velocidad de envejecimiento aproximadamente al año y medio o dos años. Es adecuado para aquellos pacientes que han empezado a presentar signos de descolgamiento facial y que desean rejuvenecer su rostro bien activamente o bien preventivamente. No es aconsejable en pacientes con piel extremadamente delgada o con exceso de piel, así como en los casos contrarios donde pueda encontrarse un exceso de grasa facial con pieles extremadamente pesadas.

En los tratamientos corporales, los hilos están indicados en la flaccidez ligera a moderada de la piel de cara interna de brazos, abdomen, cara anterior e interna de muslos, y en aquellas zonas donde el componente flaccidez se corresponda al problema estético. No están indicados cuando el paciente presenta exceso franco de piel en la zona, o se trate de zonas pesadas por exceso de grasa, por ejemplo.





## U225: Máxima tecnología para aplicar mesoterapia

Dr. Jean Paul Ben

Cofundado del Needle Concept y fabricante de Magic Needle & U225 Inyector



El Meso inyector U225 nació en 1990 y ha tenido numerosas mejoras a lo largo de estos últimos años, sobre todo en el año 2003. Con el fin de responder a las profundas aspiraciones de los usuarios, fue necesario definir los criterios esenciales que permiten ofrecer una satisfacción plena, así como una eficiencia incomparable. Estos criterios son: ausencia de dolor, precisión, seguridad y fiabilidad.

En 2005 el nuevo U225 integra un nuevo kit de uso así como una opción micro needling, lo que permite obtener cadencias de 425 a 450 de micro inyecciones por minuto de una forma indolora.

En 2006 se realiza un test de validación que permite situar la eficacia de la mesoterapia en el tejido vivo según los distintos mecanismos de inyección propuestos por la U225 (estudio realizado en laboratorio, observado y analizado en microscopio por el Dr. Boisnic – dermatólogo en Paris. Estudio publicado en la revista de la SFME).

Se trataron varios trozos de piel humana mantenidos vivos durante 21 días de acuerdo con el siguiente protocolo:

- Después del análisis del porcentaje de fibras elásticas, de colágeno, de la concentración de proteínas en el colágeno y del recuento celular, una piel de referencia se separa y no se trata
- El conjunto de pieles fueron irradiadas con ultra violeta A y B
- En consecuencia, podríamos observar si hay mejora después del tratamiento de mesoterapia y compararlo con la piel de referencia no tratada
- Fueron estudiados cuatro elementos: el índice mitótico, la concentración de fibras elásticas, la concentración de colágeno, así como las proteínas en el colágeno
- Fue utilizado un cocktail de vitaminas + minerales + ácido hialurónico no reticulado

Para distinguir los modos de inyección, las muestras tratadas fueron divididas en cuatro partes:

- 1ª zona tratada por inyección simple repetida (equivalente al tradicional barrido o punto por punto)
- 2ª zona tratada por inyección « micro-needling = de 425 a 450 golpes/minuto
- 3ª zona tratada primero por raspado (punto por punto) + Micro-needling en 2 etapas sucesivas
- 4ª zona: inyección en micro-needling, pero con sérum fisiológico (placebo)

El objetivo de esta comparación fue situar el aporte de las altas tasas de la pistola U225 con relación a la inyección llamada clásica (barrido). Además, se realizó una sola sesión de inyección y la observación de resultados en microscopio fue hecha 15 días después. El análisis de resultados, expresados en porcentaje, revela:

1/ Por el índice mitótico (observado 3 días después) el barrido (inyección punto por punto) obtiene el mejor resultado. Comparado con la estimulación obtenida por la exposición de ultra violeta y la inyección de placebo, el índice obtenido por inyección punto por punto de cócteles es ¡tres veces superior!

2/ Observación de resultados sobre la concentración de fibras elásticas : solo la proposición de la 3ª zona tratada por los 2 métodos sucesivos – punto por punto + micro needle - permite una mejora significativa comparada con la piel de referencia

3/ Excelente resultado sobre el colágeno y sobre la concentración de proteínas

### Conclusión del estudio

Método de inyección más eficaz: punto por punto + micro-needling. Lo que podría llevar a utilizar este protocolo en todos los tratamientos de la piel: cara, cuello, escote, dorso de las manos, alopecia...

El Prof. Magallon de Marsella realizó un estudio en 140 pacientes para medir el espesor de la piel en el conjunto del cuerpo. Este estudio fue retomado y completado por el Dr. Mickels (Ginebra), lo que nos lleva a considerar inyectar a una profundidad no superior a 2 mm en la cara y disminuir de acuerdo con áreas específicas.

A la vista del vídeo, es necesaria una buena práctica del equipo U225. Se constata:

- Ausencia TOTAL de DOLOR – sin crema anestésica
- Gran precisión
- Sin hematoma y sin equimosis
- Sin sangrado

El equipo U225 se ha convertido en una referencia mundial en mesoterapia y en la inyección de PRP ( plasma rico en plaquetas).

## Taller de Equipo Multidisciplinar



## GEMEON: Grupo de Expertos en Medicina Estética Oncológica

**Dra. Margarita Esteban**  
Vicepresidenta de GEMEON

GEMEON es un grupo de profesionales de la salud con la vocación de colaborar con los diferentes colectivos que tienen como núcleo integrador al paciente oncológico. Su labor se centra en mejorar la vida de las personas y en ser punto de unión y refrendo, asesores y divulgadores de los temas relacionados con la atención médico estética y tratamientos para mejorar la calidad de vida de pacientes oncológicos.

Otra de las misiones que tiene GEMEON es la formación de todos los profesionales que entran en contacto con el paciente oncológico, ya sean sanitarios (médicos, cirujanos, auxiliares, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales) o no, así como asesoramiento en nuestra materia mediante cursos monográficos o formando parte formando parte de sus programas.

En cuanto al paciente, sus objetivos son:

- Buscar la mayor calidad de vida posible a lo largo de todo el proceso que implica padecer cáncer
- Control de los efectos adversos relacionados con la imagen
- Apoyo psicoemocional
- Tratamiento de las secuelas que el proceso oncológico ha producido

GEMEON surge tras la primera promoción del Máster de Calidad de Vida y Cuidados Médico-Estéticos del Paciente Oncológico de la Universidad de Alcalá de Henares (UAH), como un medio para tender puentes entre los diferentes profesionales que colaboran en la prevención, el tratamiento o la recuperación del paciente oncológico, y buscan, en definitiva, su bienestar.

## ¿Qué es el cáncer? Los procesos de la enfermedad

**Dra. Pilar Lacosta**  
Máster en Medicina Estética, Calidad de Vida del Paciente Oncológico y Medicina Naturista.  
Miembro de la Junta Directiva de GEMEON



Según la OMS, el **cáncer** es un proceso de crecimiento y diseminación **incontrolados** de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo.

La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) ha publicado las últimas estimaciones sobre la carga epidemiológica mundial de cáncer durante 2018: ha habido 9,6 millones de muertes por cáncer y el número de nuevos casos ha aumentado en 18,1 millones, según un comunicado emitido por la Organización Mundial de la Salud. Se estima que la cantidad total de personas que están vivas a los cinco años del diagnóstico de cáncer es de 43,8 millones. En 2018, en España, aparecieron alrededor de **270.000 casos nuevos** según cifras de la Asociación Española contra el Cáncer.

Actualmente el armamento terapéutico se basa en cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, terapia dirigida y la novedosa inmunoterapia, consiguiendo grandes éxitos en cuanto a la curación y supervivencia de

estos pacientes. Pero a la vista del aumento tanto en la incidencia como en la supervivencia de la enfermedad, no se debería dejar de lado la necesidad de mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Son variadas las definiciones sobre lo que es **calidad de vida**, afortunadamente cada vez existe un mayor consenso sobre la misma, aunque bajo mi punto de vista se definiría como la evaluación subjetiva por parte del paciente de su estado tanto físico, como psicológico, como social.

Sinceramente creo que las únicas personas que pueden valorar realmente su calidad de vida son aquéllas que se enfrentan a la enfermedad, y que el planteamiento del tratamiento del cáncer debería dar la misma importancia a la cantidad que a la calidad de vida.

La medicina estética tiene como función mejorar la percepción de la propia imagen corporal, tener un aspecto acorde a nuestro espíritu. Hacer sentir al paciente mejor, dar ese empujoncito que a veces todos necesitamos para mejorar nuestra autoestima. Verse "bien" genera emociones positivas y mejora la calidad de vida del paciente. Hasta hace poco se podía ver como algo frívolo, cuando realmente puede ser de gran ayuda para los pacientes. Los tratamientos oncológicos pueden provocar alteraciones dermatológicas que llegan a afectar en distinto grado el aspecto físico de una persona. Alteraciones que se pueden medir en cambios estéticos, pero que también inciden en la dimensión emocional del paciente. Abarca muchas terapias, pero en esta enfermedad se centra en la nutrición tanto macro como micronutrición, así como en la hidratación y regeneración de la piel, la restauración de volúmenes faciales, el tratamiento de cicatrices y de cualquier alteración dermatológica que se produzca en el paciente como efecto secundario de las terapias utilizadas para combatir la enfermedad.

Objetivo: Embellecer sin agredir, conociendo los beneficios y limitaciones de los tratamientos todo desde la salud. Es la encargada de proporcionar los cuidados adecuados a la piel del paciente antes, durante y después de la enfermedad, procurando evitar y sanar en la medida de lo posible todos aquellos trastornos estéticos que puedan aparecer. Sentirse bien por dentro y por fuera, ésa es la clave. Añadamos años a la vida sin olvidar añadir vida a esos años.

## Abordaje de la fibrosis tardía

**Dra. Nuria Ugarte**

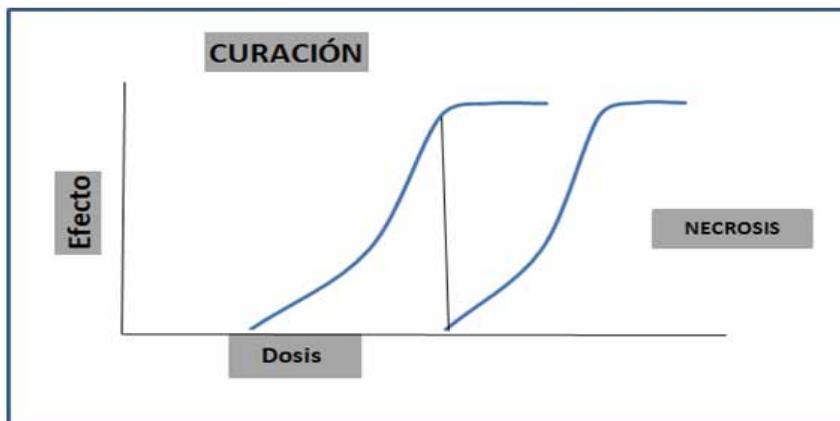
Directora de la Clínica Dra. Nuria Ugarte (Logroño)



La radioterapia es un tratamiento oncológico que utiliza radiaciones ionizantes para destruir las células tumorales. El objetivo de la radioterapia es lograr un mayor control locorregional y supervivencia global (1), y es necesario evaluar el impacto que producen estos tratamientos en la calidad de vida del paciente y las posibles repercusiones que se pueden asociar (2).

Las radiaciones presentan unos efectos secundarios que estarán en relación con el volumen irradiado, con la dosis recibida y su fraccionamiento, con tratamientos concomitantes (cirugía o quimioterapia) y con la susceptibilidad del paciente.

Relación Dosis/ Efecto



La piel es el órgano de mayor tamaño del organismo, siendo una de sus funciones la de hacer de barrera contra agresiones externas, por lo que las radiaciones ionizantes tendrán que atravesarla para llegar a la zona diana del tumor (5).

La radioterapia produce alteraciones en el ADN celular y puede provar reacciones adversas en la piel durante o tras el tratamiento. La toxicidad cutánea radioinducida se denomina *radiodermatitis*. Es la consecuencia del daño sobre las estructuras de la piel; la radiación interfiere en la maduración, reproducción y repoblación de estas células.

**La toxicidad aguda** es la que aparece durante el tratamiento entre la primera y segunda semana y suele desaparecer a las dos o tres semanas finalizado el mismo. Se observa normalmente en aquellos tejidos de rápida proliferación (piel y anejos, mucosa digestiva y genital, médula ósea...). En la *radiodermatitis aguda* podemos observar eritema, edema, descamación, vesículas y en ocasiones úlceras.

**La toxicidad crónica** es la que ocurre a partir de los 90 días de finalizar la radioterapia. Si la dosis recibida es alta, se producirán fibrosis, edema y muerte celular. La reducción de capilares ocasiona hipoplasia y atrofia en el tejido celular. La fibrosis es uno de los principales cambios que produce la radioterapia. Todo ello ocasiona alteraciones importantes a nivel tisular (1, 3, 4). Está mediada por la liberación de citoquinas proinflamatorias por las células endoteliales, parenquimatosas y del estroma que están incluidas en el tejido y van a facilitar el desarrollo de fibrosis intersticial. En la *radiodermatitis crónica* pueden aparecer algunos cambios en la piel dependiendo del grado.

#### CLASIFICACIÓN DE LA TOXICIDAD

RTOG/EORTC Group Radiation Therapy Oncology/European Organization for Research an treatment of Cancer. • CTCAE/NIC (V4) Common Terminology Criteria for Adverse Events

#### GRADOS DE RADIODERMITIS CRÓNICA

<b>GRADO 1</b>	<b>Atrofia leve, fibrosis leve, hiperpigmentación, pérdida de grasa subcutánea</b>
<b>GRADO 2</b>	Atrofia parcheada, telangiectasias moderadas, fibrosis moderada
<b>GRADO 3</b>	Atrofia marcada y telangiectasias gruesas, induración severa, pérdida de tejido celular subcutáneo
<b>GRADO 4</b>	Ulceración, necrosis.

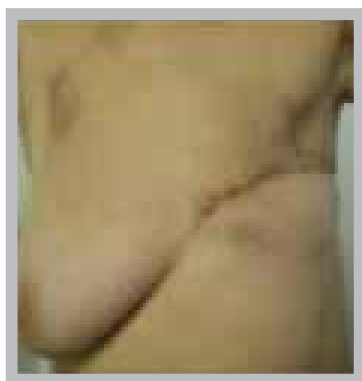
El tratamiento de la fibrosis tardía se debe de realizar de forma individualizada en cada paciente oncológico y con un enfoque multidisciplinar.

La piel puede quedar más fina, atrófica y con mayor sensibilidad a traumatismos químicos, mecánicos y a la exposición solar tras la administración del tratamiento con radioterapia. Por ello, en la consulta de medicina estética debemos realizar un abordaje desde la prevención siempre que sea posible, con recomendaciones generales, unas pautas de aseo diario correctas (gel con pH neutro, no cepillos, ni esponjas, ni productos irritantes), así como evitar el daño mecánico (ejemplo, cuchillas de afeitarse y exfoliantes cutáneos). Debemos recomendar cremas hidratantes específicas, no irritantes, para el cuidado de la piel radiada, para que la hidratación de la zona sea óptima mejorando su calidad y el bienestar del paciente. Le aconsejaremos que no exponga dicha zona al sol de forma directa, así como realizar la aplicación de una fotoprotección correcta.

Para el tratamiento del tejido conjuntivo podremos valorar la utilización del tratamiento de LPG Endermologie, que es una tecnología patentada para dicho tratamiento y producirá una estimulación celular, de forma no agresiva y natural. Mediante la mecano-estimulación, podemos conseguir tratar los posibles efectos secundarios de la cirugía y la radioterapia: hematomas, edemas, irregularidades en la superficie de la piel, cicatrices y fibrosis.

Entre algunas de las aplicaciones médico-quirúrgicas de la LPG Endermologie en oncología tenemos:

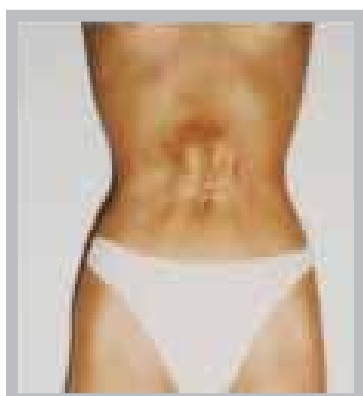
- Paciente oncológico: permite tratar el linfedema secundario, tratamiento pre y posterior a la cirugía para la cicatriz, mejora de los problemas de movilidad a causa de cicatrices e injertos, mejora la calidad de la piel.
- Tratamiento de la fibrosis y adherencias: mejora los signos clínicos de la patología del tejido conjuntivo como el endurecimiento y la esclerosis, el dolor y la inflamación, fibrosis post-radiación o post-administración medicamentosa vía parenteral.



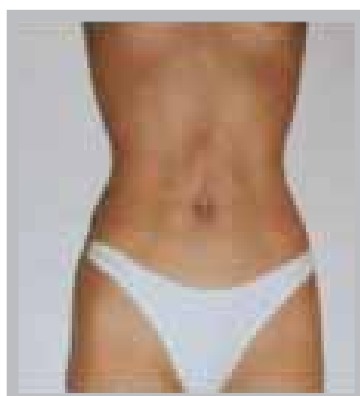
Antes



Después de 12 sesiones de LPG  
(12 semanas de tratamiento)



Antes

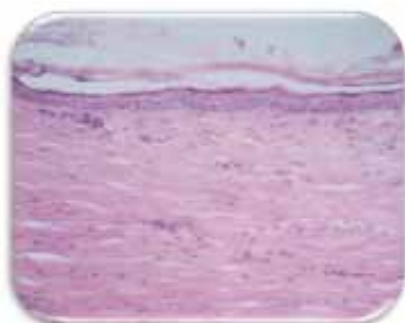


Después de 22 sesiones de LPG  
(8 semanas de tratamiento)

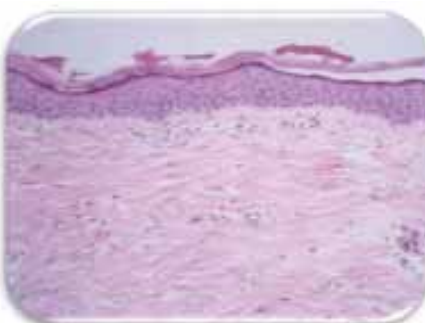
### Material y método

El equipo LPG Endermologie (Cellu M6 LPG Systems) es un equipo que tiene un cabezal móvil robotizado con dos rodillos motorizados que realizan un masaje activo sobre la piel basado en una succión entre los rodillos, que la pellizcan, y un desplazamiento horizontal de los mismos en dos sentidos. El roll in permite un tratamiento de drenaje y estimulación cutánea y el roll out una remodelación cutánea. Según paciente, patología, calidad de la piel y tolerancia, se personalizará dentro del programa de salud la modalidad de tratamiento más correcta, pudiendo ir modificando la intensidad del programa a medida que la tolerancia al tratamiento vaya mejorando así como la elasticidad cutánea.

Prueba de redensificación de la piel. Evidencia científica.



Zona sin tratar



Después de 10 sesiones:

- Aumento de la longitud dermo-epidérmica
- Mejora del espesor de la dermis
- Reestructuración de la dermis papilar

PETRICIG, P., BECCHETTI E., BARILE A., BECCHETTI A., DOMINICI C., Studio istologico del tessuto cutaneo e sottocutaneo dopo trattamento con técnica LPG (endermologie) XXI° Italian Congress of Aesthetic



#### Conclusiones generales:

- Debemos realizar estudios y seguimiento de los pacientes. Un abordaje multidisciplinar con escucha activa.
- Los efectos secundarios tras los tratamientos oncológicos (cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia) son un problema real, muchas veces no lo suficientemente valorados.
- Debemos informar al paciente de las posibles toxicidades que el tratamiento le puede ocasionar a largo plazo, así como su prevención cuando sea posible.
- Las secuelas de los largos supervivientes deben ser contempladas y desarrollar planes integrales de asistencia.
- Las complicaciones tardías debidas al tratamiento radioterápico han de irse valorando en las revisiones de control del paciente oncológico ya que si son diagnosticadas de forma precoz podrán ser tratadas antes, y gracias a ello, podremos evitar secuelas mayores.
- Hoy en día los nuevos tratamientos de radioterapia cada vez son más precisos, haciendo que se disminuyan las dosis que llegan a los tejidos sanos. De esta manera, se reducen las toxicidades, tanto agudas como a largo plazo.
- La pentoxifilina con vitamina E ha sido uno de los tratamientos más estudiados.
- Los cuidados dermatológicos específicos para pieles radiadas junto con pautas de ejercicios específicas e individualizadas en el paciente oncológico, pueden ayudar en el tratamiento de la fibrosis.
- A nivel clínico el tratamiento de Endermologie, LPG nos puede ayudar a conseguir una disminución del dolor, prurito, eritema, así como una sensación de disminución de la induración de la piel aportando todo ello un beneficio al bienestar del paciente que había recibido tratamiento de radioterapia.
- La radiodermatitis crónica tras una radioterapia es actualmente un efecto secundario poco frecuente, gracias a los avances tecnológicos de hoy en día. No hay un tratamiento bien establecido para su manejo, pero su abordaje debe de ser multidisciplinar por los distintos especialistas.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Ferrer E, Algara M, Rubio A, Valls A. Complicaciones y secuelas de la radioterapia en el tratamiento de los tumores de la esfera orofaríngea, su profilaxis y tratamiento. Archivos de Odonto-Estomatología 1989; 5: 9,
2. Overgaard J, Sandhansen H, Overgaard M, Bastholt L, Specht L, Evenson J, et al. Conventional radiotherapy as primary treatment of squamous cell carcinoma of the head and neck. A randomised multicentre study of 5 versus 6 fractions per week. International Journal of Radiation Oncology Biology Physics 1997; 39 (Supl. 2): 188.
3. Servei de Radioterapia de l'IMAS. Hospital de l'Esperanza. Guía de Radioterapia. Barcelona: CSB, 1999.
4. Trotti A, Byhardt R, Stetz J, Gwede C, Corn B, Fu K, et al. Common toxicity criteria: version 2.0. an improved reference for grading the acute effects of cancer treatment: impact on radiotherapy. International Journal of Radiation Oncology Biology Physics 2000; 47: 13-7.
5. Stone H, Coleman N, Anscher M, McBride W. Effects of radiation on normal tissue: consequences and mechanism. Lancet Oncol. 2003; 4:529-536.
6. Vázquez-Doval FJ. Efectos de los Rayos X sobre la piel. En: Bork K, Braüninger W. Atlas de Dermatología práctica-patologías más frecuentes. 1ª ed. española. Barcelona: EDIMSA, 2001. p. 27.
7. Boström A, Lindman H, Swartling C, Berne B, Bergh B. Potent corticosteroid cream (mometasone furoate) significantly reduces acute radiation dermatitis: results from a double-blind, randomized study. Radiotherapy and Oncology 2001; 59 (3): 257-65.
8. Ruiz V, Algara M, Foro P, Reig A, Valls A. Eficacia de la orgoteína en el tratamiento de la fibrosis y xerostomía radioinducidas. Oncología, 1995; 18 (2): 60-4.
9. Miralles L, Casado E. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la toxicidad crónica por la radioterapia. Medicine 2001; 57: 3071-4.

10. García Berrocal MI. Necrosis epidérmica tóxica tras radioterapia. *Oncología* 2001; 24: 49-50.
11. Jung H, Beck-Bonhold HP, Svoboda VH, Alberti W, Hermann T. Quantification of late complications after radiation therapy. *Radiother Oncol* 2001; 61: 233-46.
12. Valls A, Algara M. *Radiobiología*. Madrid: Eurobook, 1994.
13. Radiation therapy and you. Disponible: <http://www.cancer.gov>
14. Greenberg DB, Sawicka J, Einsenthal S, Ross D. Fatigue syndrome due to localized radiation. *Journal of Pain and Symptom Management* 1992; 7: 38-45.
15. Spittle MT. Radiotherapy and reactions to ionizing radiation. En: Champion RH, Burton JL, Ebling FJC. *Textbook of Dermatology*. 5ª ed. Oxford: Blackwell Scientific, 1992. p. 3089.
16. Camidge R, Price A. Characterizing the phenomenon of radiation recall dermatitis. *Radiotherapy and Oncology* 2001; 59: 237-45.
17. Rubin P, Constine LS, Williams P. Late effects of cancer treatment: Radiation and drug toxicity. En: Perez CA, Brady W. *Principles and Practice of Radiation Oncology*. 3ª ed. Philadelphia: Lippincott Raven Publishers, 1997. p. 155-201.
18. Symons RP. Recent advances: Radiotherapy. *BMJ* 2001; 323: 1107-10.
19. Pou M, Almendáriz A, Peñalva G, Casermeiro JM. El síndrome axillary-web: frecuente, pero infradiagnosticado. *Rehabilitación*. 2011; 46(2): 175-178.
20. Gil MS, López ME, Crespo MP, De Miguel C. Vendaje en el linfedema. *Rehabilitación* 2010; 44(1): 54-57.
21. Ojeda JA, Pearrocha GM, Lorenzo CM, Labraca NS, Martínez IM, Martínez AM. Fisioterapia en el linfedema tras cáncer de mama y reconstrucción mamaria. *Fisioterapia*. 2009; 31(2): 6571.
22. Ylamos C, Montesinos F, Eguino A, Fernández B, González A, García M, et al. Impacto del linfedema en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*. 2007; 4(1): 143-163.

#### ESTUDIOS Y PUBLICACIONES

Los principales estudios científicos LPG ENDERMOLOGIE:

1. *Plast. Reconstr. Surg.* 2001 Jul., 108 (1); 233-40
2. *Plast Reconstr Surg.* 1999 Sep; 104 (4):1110-4; discussion 1115-7
3. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2004 Sep; 18 (5): 527-30.
4. *Dermo Cosmetologia Anno II*, nº1 – Gennaio/Marzo 2003; p.9-15
6. *Journal des Plaies et Cicatrisations (JPC)* nº5, Dec. 1996, p.42-46
7. *Groupe de Réflexion en Chirurgie Dermatologique* 1996, p.27-29
8. *Rencontre en Rééducation* nº10; *La raider articulaire* 1995, p.184-189

## Cosmética oncológica. Lo que todos debemos saber

**Dra. Sheila Mota**

Médico estético en Mediestic Toledo, Comyce Albacete y Cellosa Torrejón



La dermocosmética se podría definir como una mezcla de cosmético y principio activo, cuya finalidad es mejorar la calidad de piel, previniendo y tratando inestetismos. Es una gran aliada para combatir los efectos adversos provocados por las terapias antineoplásicas; utilizadas de una forma protocolizada, puede ayudar no sólo a mejorar las secuelas de las mismas, sino también a prevenirlas.

Pero ¿pueden los pacientes oncológicos utilizar cualquier tipo de dermocosmético? La respuesta es NO, porque los dermocosméticos destinados a este tipo de pacientes, cuya barrera cutánea se encuentra alterada, deben de

cumplir una serie de requisitos, con la finalidad de no empeorar la condición del paciente oncológico, debido a su excesiva sensibilidad.

Los criterios que debe cumplir un dermocosmético para que su uso sea apto en pacientes oncológicos son los siguientes:

- Hipoalergénicos
- Formulaciones con un elevado porcentaje de ingredientes naturales de elevada pureza
- Sin sustancias irritantes
- Sin 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 (alfahidroxiácidos)
- Sin alcohol
- Sin disruptores hormonales
- Libre de parabenos
- Sin perfumes
- Testado dermatológicamente en pieles con la función de barrera alterada

Conociendo ya los criterios que deben cumplir los dermocosméticos aptos para los pacientes oncológicos, debemos poder identificar qué cosméticos del mercado serían los adecuados para nuestros pacientes y en qué momento utilizarlos. Para prevenir efectos no deseados como la xerosis, las sobreinfecciones cutáneas, las fisuras y las hiperpigmentaciones, debemos indicar limpiadores sintéticos (Syndet) sin jabón, cremas hidratantes emolientes y protección solar, para usar diariamente. Para camuflar las lesiones como la pérdida de las cejas y pestañas, así como hiperpigmentaciones, se podrá recomendar maquillaje corrector; para tratar los efectos adversos presentados en las uñas, se recomendarán lacas de uñas especiales, cuya función será hidratante y reparadora; para el cuero cabelludo, se utilizarán champús para cuero cabelludo delicado, sin sulfatos. En caso de presentarse grietas, fisuras y excesiva sequedad, serán útiles las cremas reparadoras a base de sucralfato y sulfato de zinc.

Realizar un protocolo dermocosmético para nuestros pacientes oncológicos, preferiblemente antes de empezar con las terapias antineoplásicas, puede marcar una gran diferencia en el desarrollo y evolución de los efectos adversos provocados por estas terapias, y es necesario tener en cuenta, además, que las lesiones pueden ir evolucionando, por lo cual en cada fase, antes, durante y después del tratamiento oncológico debemos valorar la necesidad del paciente en cada una de ellas.

---

## La importancia de la fotoprotección

**Dra. Elena Fernández Martín**  
Directora de la Clínica Ortega y Gasset (Madrid)

El paciente oncológico tiene posibilidades añadidas de ser vulnerable al sol, mayores que los factores de predisposición de la población general (fototipos claros, presencia de nevus, antecedentes de cáncer cutáneo, trabajadores en exteriores, deportistas y edad), debido a que la radiación solar puede agravar los efectos colaterales derivados de la medicación antineoplásica, como son la fotosensibilización, alteraciones de la pigmentación, erupciones acneiformes, otras dermatosis y el riesgo de desarrollar tumores cutáneos inducidos. El seguimiento dermatológico en estos pacientes a largo plazo es prioritario, así como una educación en fotoprotección crónica adaptada (1). Además, la luz solar suprime la respuesta inmune y los tratamientos pueden reducir los mecanismos defensivos naturales de la piel (engrosamiento de la epidermis y la dermis, síntesis de melanina, activación de moléculas antioxidantes, sistemas de reparación del DNA y síntesis de citocinas), alterando la barrera cutánea (xerosis, eritema y radiodermatitis) y haciéndoles aún más susceptibles a la fotocarcinogénesis.



Se considera que la conducta de la persona con respecto al sol es la causa principal de aumento de la tasa de cáncer de piel en las últimas décadas. Por ese motivo y dada la causa de vulnerabilidad añadida del paciente oncológico al sol, éste necesita información en fotoprotección y debe ser prioritaria antes del inicio del tratamiento.

Se ha comprobado que la adhesión a las pautas de fotoprotección no se realiza correctamente, incluso en pacientes oncológicos (2), y que la adhesión a las medidas de fotoprotección disminuyen con el tiempo, por lo que se necesita un refuerzo en recordar las medidas adecuadas pasado un tiempo, sobre todo coincidiendo con la recuperación (3). La información personalizada y relevante ha demostrado que aumenta la adhesión (4), y debe ser clara (5,6) evitando el malentendido y confusión entre los usuarios de protección solar (7). Con este fin es probable que la educación sea la intervención más eficaz para adoptar medidas de fotoprotección eficaces (8).

La fotoprotección moderna actual para la población general y que adaptamos específicamente hacia el paciente oncológico, se basa en tres pilares básicos por orden de importancia: primero, evitación de la exposición y prevención de quemadura solar; segundo, vestimenta (ropa y sombrero y gafas); y tercero, el uso de fotoprotección tópica y oral.

La guía de recomendación en foto-protección tiene como pilares básicos:



#### Línea de fotoprotección primaria: evitar la exposición solar

Se debe evitar el bronceado, según la IARC (International Agency for Research on Cancer) una piel bronceada es un signo de daño solar. La hora de más intensidad de luz abarca las horas centrales del día (10.00-11.00 a 16.00 h), evitar la exposición al sol durante las mismas es la medida más consensuada por la mayoría de las instituciones sanitarias para la población general. La OMS aconseja informar sobre el conocimiento del índice UV (advierte de la fuerza del sol según la hora del día, época del año, latitud, altitud, reflexión superficial, nubes, incluso contaminación ambiental) como instrumento educativo para informar sobre la protección solar y los riesgos de la radiación UV para la salud (quemaduras solares, cáncer y envejecimiento de la piel, o alteraciones oculares y del sistema inmunitario), así como para adoptar las medidas más adecuadas de protección en cada momento, cambiar las actitudes y el comportamiento de las personas, especialmente vulnerables, con respecto a la exposición a la radiación UV. Lo informan muchos medios a través de las Agencias de Meteorología.

No se pueden recomendar dosis de exposición solar máxima en pacientes con fotosensibilidad, ni se debe informar de los tiempos de exposición sin quemadura. Nunca debe utilizarse la crema de protección solar para prolongar la duración de la exposición al sol.

La mayoría de los tratamientos antineoplásicos presentan reacciones de fotosensibilidad, por lo que la educación en fotoprotección solar en estos pacientes debe ser prioritaria antes de la iniciación del tratamiento y han de considerar que exponerse a la luz también incluye las exposiciones indirectas (días nublados, sombra, bajo una sombrilla, a través de los cristales, bajo el agua) y reflejadas en determinadas superficies naturales (arena, nieve, agua, hierba), pues estas reacciones de fotosensibilidad están mediadas tanto por UVB como UVA, filtradas a través de las nubes y los cristales. La medicación puede ser sensibilizante y producir reacciones con muy poca cantidad de luz.

Los cambios pigmentarios producidos por los tratamientos antineoplásicos se pueden acentuar con el sol, la prevención debe cubrir UVA, espectro visible e infrarrojo. Estará prohibida la exposición a camas de bronceado, según la 4ª edición del Código Europeo contra el Cáncer.

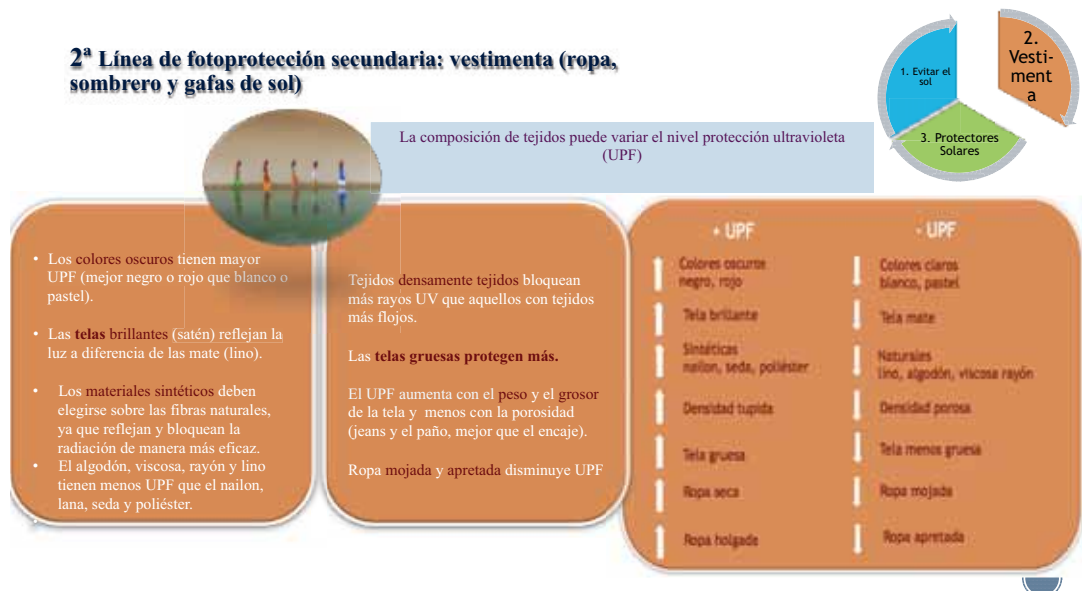
## Línea de fotoprotección secundaria: vestimenta (ropa, sombrero y gafas de sol)

Cubrir el cuerpo (ropa) y cabeza (sombrero y gafas de sol) es la segunda línea de fotoprotección, después de haber evitado la exposición al sol. Sin embargo, no todas las telas proporcionan la misma protección contra el sol. Para determinar con precisión los niveles de eficacia de diferentes tejidos protectores del sol, se utiliza el factor de protección ultravioleta (UPF) que mide los niveles de radiación bloqueada de UVA y UVB. Cuanto mayor sea la UPF, mayor será la protección contra rayos UV. En pacientes con fotosensibilidad se recomienda ropa con UPF mayor de 40.

Skin Cancer Foundation (SKF) recomienda utilizar ropas y tejidos con entramado de punto apretado, no ceñir la ropa, mejor fibras sintética o semisintéticas (poliéster, rayón) y brillantes, colores oscuros y con etiqueta FPU (factor de protección ultravioleta). Y advierten que los tejidos húmedos abren los espacios entre las fibras reduciendo la protección y disminuyendo el UPF.

Se recomiendan los sombreros de ala ancha, de más de 7,5 cm., no sólo para la protección de la cabeza, sino también para la piel de la frente, los ojos, las mejillas, la nariz y parte superior de los hombros; y gafas para proteger la piel alrededor de los ojos, párpados y ojos. Los cristales deben absorber casi el 100% de la radiación UV hasta los 400 nm, y para una adicional protección de la retina, debe reducir la transmisión de luz azul y violeta. Para proteger de UVA, el cristal necesita incorporar películas plásticas de cobre, níquel y zinc (gafa oscura tintada).

### 2ª Línea de fotoprotección secundaria: vestimenta (ropa, sombrero y gafas de sol)



## Línea de fotoprotección terciaria: fotoprotección tópica y oral

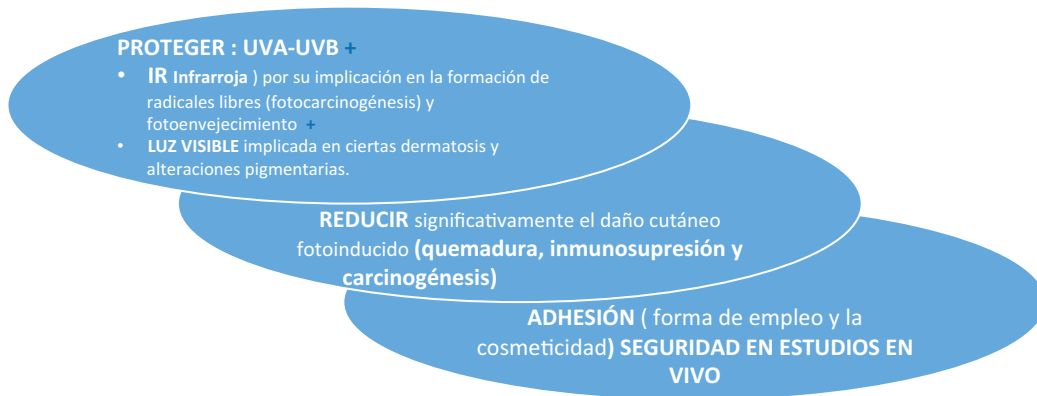
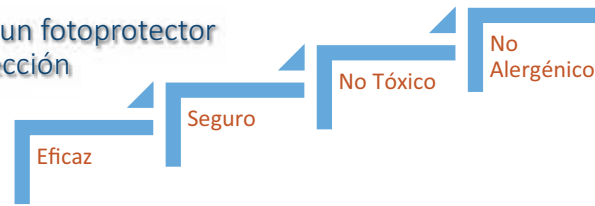
En general los pacientes oncológicos van a tolerar mal los fotoprotectores tópicos, por lo que hay que hacer más hincapié en las líneas de fotoprotección primaria y secundaria, sobre todo cuando existen fotosensibilidad y alteraciones cutáneas (9).

En paciente oncológico se deberá recomendar el SPF (índice de protección solar) más alto 50+, teniendo en cuenta que la fotosensibilidad reduce la DEM (dosis eritematogena mínima) (10, 1). Debe cubrir adecuadamente el espectro UVA (I y II), causante de la mayor parte de los mecanismos de fotosensibilización (11, 12), proteger de la radiación infrarroja (IR) por su implicación en la formación de radicales libres (fotocarcinogénesis) y fotoenvejecimiento (13, 10, 12, 9) y proteger de luz visible implicada en ciertas dermatosis y alteraciones pigmentarias (14, 9). Debe haber sido demostrada su seguridad en estudios en vivo, especialmente para pacientes vulnerables (15).

Los filtros recomendados son preferiblemente físicos inorgánicos (16), evitando nanopartículas en la piel con barrera cutánea alterada (12,11), con garantía de no absorbilidad (10, 17) y fotoestabilidad (las formas nano deben ir recubiertas) (18, 11, 12), resistentes al agua, sudor y rozamiento, y de textura adecuada (emulsiones: loción, leche o emulsión fluida, o crema) que generen adherencia (19, 12, 16, 20). Los filtros químicos pueden ser peor tolerados, su mayor problema es la fotodegradabilidad y la posibilidad de producir irritación y fototoxicidad variable, presentando un mayor riesgo de causar reacciones de contacto comparado con las pantallas minerales (13, 10, 21), por lo que existe riesgo de intolerancia especialmente en pieles sensibilizadas tras la quimioterapia y/o radioterapia. También existen preocupaciones sobre el efecto endocrino de los filtros UV que incluyen efectos estrogénicos. Aunque se necesitan cantidades elevadas, se cuestionan sus efectos a dosis bajas durante mucho tiempo (11, 16, 22), y se requieren estudios a largo plazo (13, 14). Se debe hacer un seguimiento de los productos aconsejados.



**Características que debe reunir un fotoprotector  
Nuevas estrategias en fotoprotección**

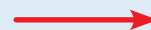


La alteración de la barrera cutánea y la xerosis va a condicionar que la composición de los fotoprotectores tópicos eviten el alcohol, perfumes, conservantes y filtros irritantes o sensibilizantes (1, 24).

El modo de empleo incluye la aplicación de una cantidad generosa aceptable, que no haga perder la adherencia, 30 minutos antes de la exposición para los filtros químicos, y se repetirá la aplicación cada 1-2 horas. Se debe instruir a leer las etiquetas para vigilar la fecha de caducidad y la forma de aplicación (19).

**BIBLIOGRAFÍA**

- (1) Sibaud V, Delord J-P, Robert C. Dermatología de los tratamientos contra el cáncer. Guía práctica. EditionsPrivat. 2015.
- (2) Bowen D, Jabson J, Haddock N, Hay J, Edwards K. Skincarebehaviorsamong melanoma survivors. 2012 Dec;21(12):1285–1291 Disponible en: DOI: 10.1002/pon.2017.
- (3) Levy-ShragaY, Cohen R, Ben Ami M, Yeshayahu Y, Temam V, Modan-Moses D. SunExposure and ProtectionHabits in PediatricPatientswith a History of Malignancy. Plus one. 2015 sep;10(9) Disponible en: DOI:10.1371/journal.pone.0137453
- (4) Robinson JK, Friedewald J, Gordon EJ. Perceptions of Risk of DevelopingSkinCancerforDiverseAudiences: EnhancingRelevance of SunProtectionto Reduce theRisk. J CancerEduc. 2016 March;31(1):153–157. Disponible en: doi: [10.1007/s13187-015-0885-1](https://doi.org/10.1007/s13187-015-0885-1)
- (5) Lin JS, Eder M, Weinmann S. BehavioralCounselingtoPreventSkinCancer: A SystematicReviewforthe U.S. PreventiveServicesTaskForce. Ann InternMed.2011;154(3):190-201.
- (6) Van der RheeHj, de Vries E. Coebergh JW. Doessunprevenbt cáncer? A systematicreview. Eur J Cancer. 2006 Sep; 42 (14):2222-32.
- (7) Thomas M, et al. Physiciansinvolved in thecare of patientswithhighrisk of skincancersshould be trainedregardingsunprotectionmeasures: evidencefrom a crosssectionalstudy JEADV.211;25(1):19-23 disponible en DOI: 10.1111/j.1468-3083.2010.03673.x
- (8) Olsen CM et al. Cancers in Australia attributabletoexposureto solar ultravioletradiation and preventedby regular sunscreen use. Aust N Z J Public Health. 2015 Oct;39(5):471-6. Disponible en: doi: 10.1111/1753-6405.12470.
- (9) Lim HW, et al. Currentchallenges in photoprotection. J Am Acad Dermatol.2017;76(3S1):S91-9.
- (10) Carrascosa JM. El futuro se hace presente en fotoprotección solar. ElsevierPiel. 2011;26(7):311–314.
- (11) Surber C, Ulrich C, HinrichsB, Stockfleth E. Photoprotection in immunocompetent and immunocompromisedpeople. 2012;167(s2):85-93.



- (12) Stiefel C, Schwack W. Photoprotection in changing times – UV filter efficacy and safety, sensitization processes and regulatory aspects. *Int J Cosmet Sci.* 2015;37(1):2–30. Disponible en: doi: 10.1111/ics.12165 Review Article
- (13) Skotarczak K, Osmola-Mankowska A, Lodyga M, Polanska A, Mazur M, Admski Z. Photoprotection: facts and controversies. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2015 Jan;19(1):98–112.
- (14) Slominski AT, et al. Señalización de la vitamina D y melanoma: papel de la vitamina D y sus receptores en la progresión y el manejo del melanoma. *Lab Invest.* 2017 Feb;97(6):706–724. Disponible en: doi: 10.1038 / labinvest.2017.3.
- (15) Valenzuela Landaeta K, Espinoza Piombo M. Estrés oxidativo, carcinogénesis cutánea por radiación solar y quimioprotección con polifenoles. *Piel Elsevier Doyma.* 2012; 27(8): 446–452. Disponible en: Doi:10.1016/j.piel.2011.11.015
- (16) Carvalhi UM. Official publication of the Brazilian Society of Dermatology. *An Bras Dermatol.* 2014;89(6s1):01–74.
- (17) Simonsen AB et al. Photosensitivity in atopic dermatitis complicated by contact allergy to common sunscreen ingredients. *Contact Dermatitis.* 2016. 74(1):56–8. Disponible en: doi:10.1111/cod.12477
- (18) Wolpowitz D, MD, PhD, Gilchrist B, MD. The vitamin D questions: How much do you need and how should you get it?. *J Am Acad Dermatol* 2006;54(2):301–17.
- (19) Gilaberte Y, Coscojuela C, Sáenz de Santamaría M<sup>a</sup> C, González S. Fotoprotección. *Actas Dermosifiliogr* 2003;94(5):271–93 .
- (20) Valentine J, Belum VR, Duran J, Ciccolini K, Schindler K, Wu S, Lacouture ME . Incidence and risk of xerosis with targeted anticancer therapies.
- (21) Rodriguez J, Maibach HI. Percutaneous penetration and pharmacodynamics: Wash-in and wash-off of sunscreen and insect repellent. 2016;27(1):11–8.
- (22) Gaspar LR, Tharman J, Maia Campos PM, Liebsch M. Skin phototoxicity of cosmetic formulations containing photounstable and photostable UV-filters and vitamin A palmitate. *Toxicol In Vitro.* 2013 Feb;27(1):418–25. Disponible en: doi: 10.1016/j.tiv.2012.08.006.
- (23) Iannacone Mr, Hughes MC, Green AC. Effects of sunscreen on skin cancer and photoaging. *Photodermatol Photoimmunol Photomed.* 2014;30(2–3): 55–61
- (24) Gilaberte Y, González S. Novedades en fotoprotección. *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101(8):659–672

## Ginecoestética, ¿qué se puede ofrecer a la paciente oncológica?



### Dra. Victoria Martínez Morón

Especialista en Ginecología y Obstetricia del Hospital de Guadalajara.  
Secretaría general de la Sociedad de Ginecología Estética, Regenerativa y Funcional

La ginecoestética se postula como una nueva demanda en la población general, y por lo tanto no debemos descartar a la paciente oncológica de sus indicaciones. Es verdad que en este tipo de pacientes tiene que ver principalmente con la funcionalidad y la sexualidad más que con la estética en sí, ya que pasa por norma general a un segundo plano.

De todos es conocido que hasta un 25% de las pacientes oncológicas están por debajo de los 40 años, y que tras el tratamiento oncológico el 42% de las pacientes entran en fallo ovárico por la toxicidad de la quimioterapia, o de la radioterapia, o por la castración quirúrgica, con todo lo que esto ello conlleva a nivel de la sexualidad y de la funcionalidad genital. Por lo tanto, debemos ser conscientes de que estamos lidiando muchas de las veces con pacientes muy jóvenes con altas tasas de supervivencia, en las que la degeneración del tejido genital se puede cronificar y no recuperarse si no asesoramos a la paciente activamente. Las causas de afectación de los tejidos del aparato genital externo son tres:

1.- La castración química o quirúrgica produce una privación hormonal inmediata que conduce directamente a todos los efectos producidos a nivel genital por el hipostrogenismo, tales como la sequedad, tirantez, falta de lubricación etc. Esto, sumado a la disminución del deseo sexual agravado por el estado depresivo y los problemas de autoestima que las suele acompañar, puede conducir a una disfunción sexual de la cual también deberíamos estar pendientes.

2.- El segundo caso en el que tenemos que incidir es en las secuelas postquirúrgicas. Las secuelas postquirúrgicas de causa oncológica a nivel vulvar se consideran lesiones de tipo estético y también funcional. Las pacientes no suelen reparar en las consecuencias a este nivel, pero vuelvo a insistir en nuestro papel preventivo y de asesoramiento para preservar la calidad de vida de la paciente sobre todo a nivel de su sexualidad futura.

3.- De todos es sabido los efectos colaterales y adversos que tiene un tratamiento oncológico quimioterápico, y de la misma manera que cuidamos los tejidos del resto del sistema, deberíamos ser especialmente sensibles con los tejidos genitales, que tienen unas connotaciones sexuales importantes y que su afectación empeora la calidad de vida de la paciente claramente.

El tratamiento de estas pacientes desde el punto de vista de la ginecoestética debe ir dirigido a los tratamientos regenerativos tales como láser ginecológico, radiofrecuencia, PRP, etc. Antes de plantearnos un tratamiento de este tipo debemos hacer consideraciones muy personalizadas y asesoradas pertinentemente, ya que a pesar de que estas pacientes están directamente expuestas a la atrofia y degeneración de los tejidos genitales, por los motivos anteriormente mencionados, también están condicionadas y preocupadas casi exclusivamente por su supervivencia a cualquier precio y esto significa que el acceso a los síntomas que hoy nos ocupan es difícil.

Reconozco que se torna una tarea de lo más ardua, ya que ni las pacientes, ni su entorno, ni su pareja, ni los propios médicos especialistas que las controlan están predispuestos ni receptivos con esos temas, pero desde este tipo de foros debemos insistir en el tratamiento holístico, y por supuesto que esto incluye el área ginecológica.

## Diseño de reconstrucción de cejas

**Dra. Emma Iglesias**

Directora médica de Svenson y profesora colaboradora en la Universidad San Pablo-CEU



Las cejas son un elemento fundamental en la expresión facial, ayudándonos a transmitir infinidad de emociones: sorpresa, enfado, etc. Influyen en la percepción del rostro de una persona, por eso su ausencia condiciona aspectos estéticos y psicológicos en las personas con alopecia o cicatrices a este nivel.

Son múltiples las causas que puede originar la pérdida parcial o total de las cejas: congénita, alopecia areata, disfunciones hormonales, infecciones, causas traumáticas como quemaduras, cicatrices o depilación, displasias pilosas o alopecias medicamentosas.

El pelo que las configura tiene unas características especiales: es complejo, toma diferentes direcciones y su posición y forma son muy diferentes en hombres y mujeres, pero también entre personas del mismo sexo.

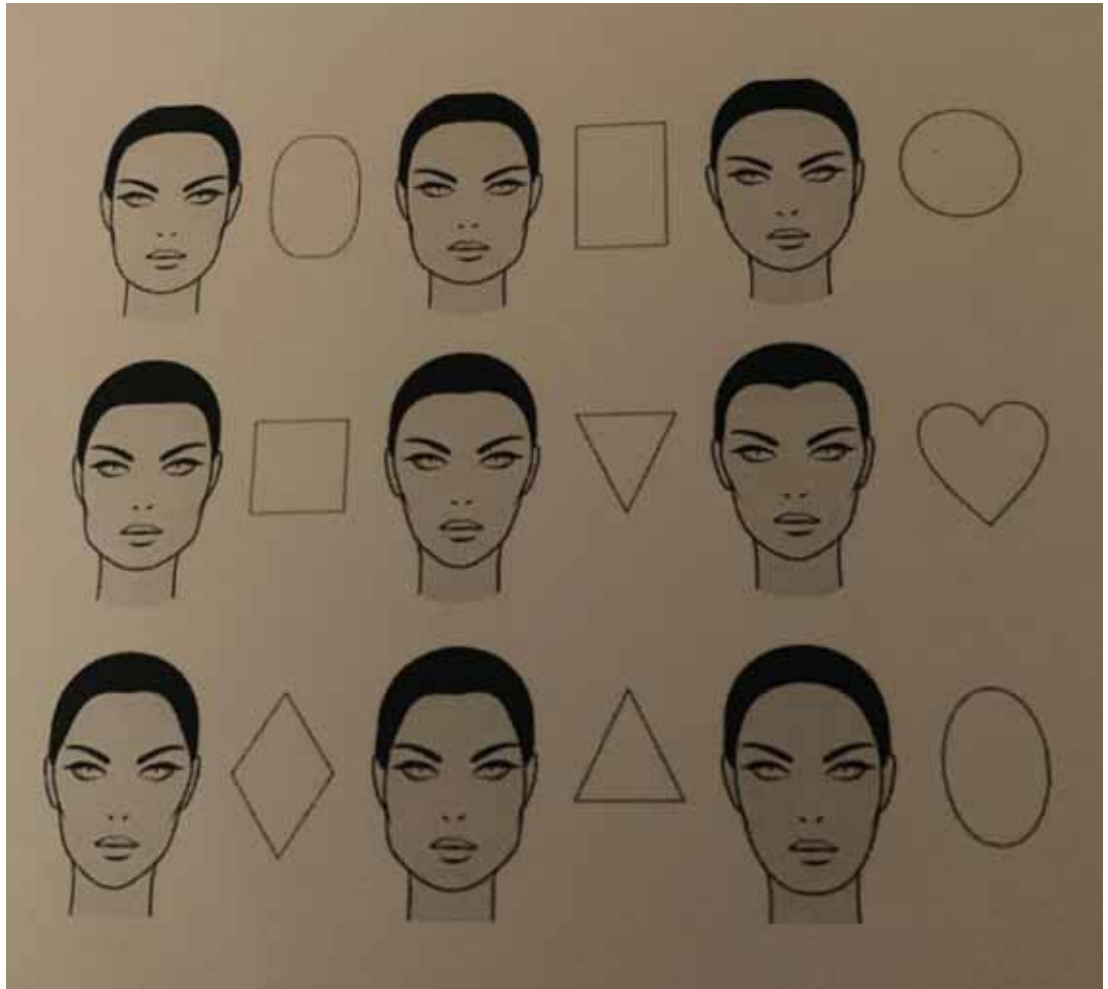
Por todas estas características la reconstrucción de la ceja es tremendamente compleja. Las opciones reconstructivas de la ceja abarcan: opciones quirúrgicas (injertos, colgajos, trasplante de unidades foliculares) u opciones estéticas como la micropigmentación o el microblading.

El diseño de las cejas es el elemento clave en cualquiera de las diferentes opciones reconstructivas. Debemos valorar no sólo la zona de la ceja, sino todas las características del rostro del paciente en un plano tanto horizontal como vertical, así como el óvalo facial.

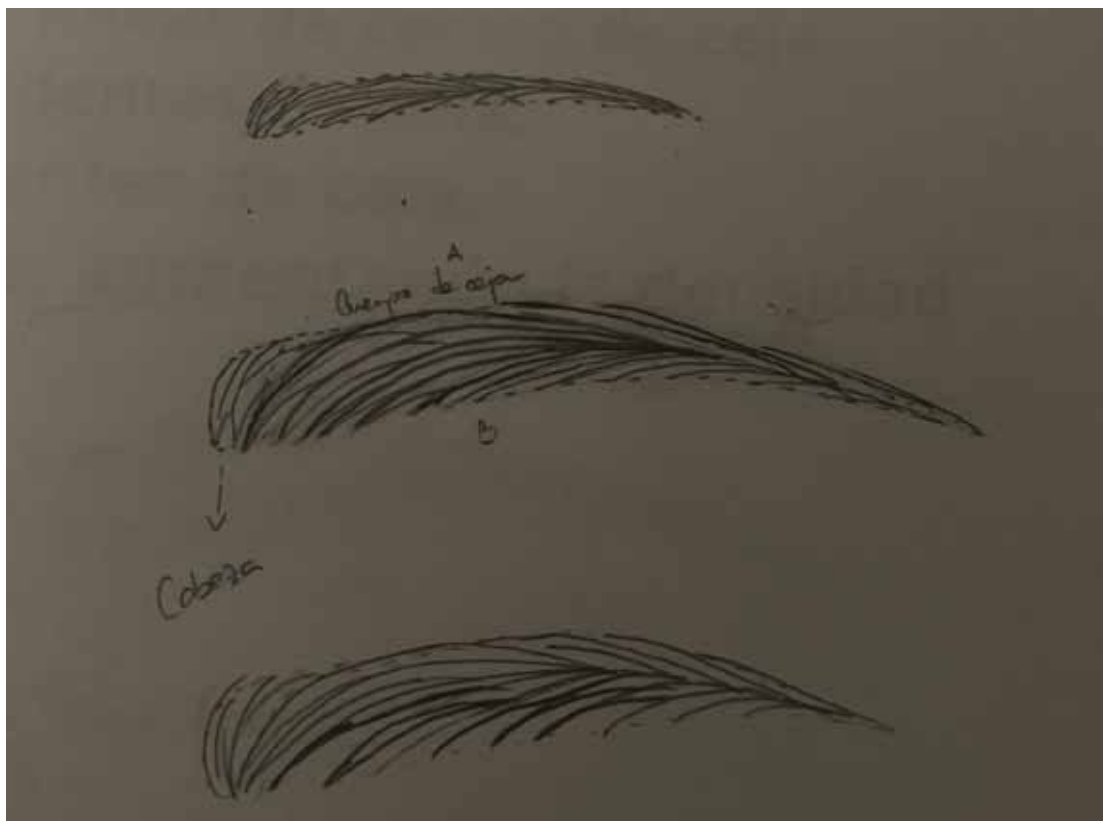
El siguiente punto es la valoración de la estructura de la ceja, que se divide en tres partes: cabeza, punto alto y cola. Se debe conseguir desarrollar una ceja equilibrada respetando las proporciones de cada una de las partes, así como la distancia entre el principio de la ceja y el ojo y la nariz y las medidas asociadas al propio eje de la ceja.

En relación a su forma, es importante tener en cuenta los factores previamente expuestos, así como el óvalo del rostro. En el caso de la micropigmentación o microblading también será importante la elección del color.

La línea y dirección de la ceja condiciona la percepción del rostro y de los ojos: unas cejas descendentes producen una expresión triste; en cambio unas ascendentes agrandan el ojo. La reconstrucción de la ceja es un proceso complejo y delicado, que requiere su manejo por manos expertas para obtener unos resultados satisfactorios.



Fotografía 1.  
Tipos de óvalo facial



Fotografía 2.  
Diseño de una ceja para microblading.

## Hidratación en el paciente oncológico

**Dra. Juana Deltell**

Directora médica de Clínica San & Del (Madrid).

Docente en Máster de Medicina Estética de las Universidades Complutense y Alcalá de Henares



El paciente oncológico, por las características de su enfermedad y por los efectos adversos de los propios tratamientos, experimenta sequedad a diferentes niveles: piel, mucosa oral, mucosa vaginal, ojos, etc. (1). Esta sequedad, en el caso de la piel, generará picor y quemazón favoreciendo el rascado para aliviar dichos síntomas, aumentando con ello el riesgo de lesiones cutáneas, que podrán llegar a infectarse si el estado inmunológico del paciente está comprometido. Tampoco debemos olvidar que la piel nos ayuda a interrelacionar con el medio que nos rodea; en la época en la que vivimos la imagen corporal tiene una especial importancia y, en el caso de pacientes oncológicos, ésta puede ser un fiel reflejo de la afectación directa o indirecta de la propia enfermedad y los tratamientos, ocasionando una verdadera limitación en sus actividades diarias y de relación social (2).

En el caso de las mucosas, y en función de la intensidad de los síntomas, podrán verse alteradas la masticación, la deglución, la fonación o el sentido del gusto, pudiendo relacionarse con la aparición de mucositis, gingivitis, infecciones por hongos, fisuras en labios, halitosis añadido a un mayor riesgo de faringitis, laringitis, dispepsia o estreñimiento (3).

Para reducir el impacto de los tratamientos y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes deberemos cuidar la piel y las mucosas incluso desde antes de comenzar los mismos. Existen consensos de actuación con recomendaciones básicas al respecto procedentes de diversas asociaciones de oncología (SEOM, SEOR, ASCO), así como diferentes propuestas de protocolo de actuación de varios autores para tratar de prevenir o minimizar la aparición de los efectos adversos anteriormente mencionados (4-8); en todos ellos el uso de productos hidratantes es una constante desde antes de iniciar el tratamiento, e incluso en presencia de toxicidades de consideración. Otro cosmético que no podemos olvidar por ser de uso diario son los limpiadores, que también pueden propiciar o empeorar la sequedad (9).

Los profesionales que atiendan al paciente oncológico en el cuidado de su piel y mucosas deberán adquirir los conocimientos suficientes para poder: hacer una correcta recomendación; saber detectar los síntomas de manera precoz; conocer los diferentes cosméticos disponibles en el mercado y la idoneidad de éstos para ser usados en pacientes que, probablemente, presentarán una mayor sensibilidad e incluso una barrera cutánea alterada; y por supuesto, saber detectar aquellos signos que nos indicarán cuándo debemos derivar al paciente a un especialista o consultar con su oncólogo.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Sibaud V, Delord J-P, Robert C. Dermatología de los tratamientos contra el cáncer. Guía práctica. Editions P. 31080 Toulouse Cedex 6; 2015. 231 p.
2. Lee J, Lim J, Park JS, Kim M, Kim TY, Kim TM, et al. The impact of skin problems on the quality of life in patients treated with anticancer agents: A cross-sectional study. *Cancer Res Treat.* 2018;50(4):1186-93.
3. Vigaros E, Epstein JB, Sibaud V. Oral mucosal changes induced by anticancer targeted therapies and immune checkpoint inhibitors. *Support Care Cancer.* 2017;25(5):1713-39.
4. Bensadoun RJ, Humbert P, Krutman J, Luger T, Triller R, Rougier A, et al. Daily baseline skin care in the prevention, treatment, and supportive care of skin toxicity in oncology patients: Recommendations from a multinational expert panel. *Cancer Manag Res.* 2013;5(1):401-8.
5. Lacouture ME. Skin care for cancer patients. *Clin Adv Hematol Oncol* [Internet]. 2012 Nov;10(11):748-50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23271263>
6. Lin TK, Zhong L, Santiago JL. Anti-inflammatory and skin barrier repair effects of topical application of some plant oils. *Int J Mol Sci.* 2018;19(1).
7. Lacouture M, Sibaud V. Toxic Side Effects of Targeted Therapies and Immunotherapies Affecting the Skin, Oral Mucosa, Hair, and Nails. *Am J Clin Dermatol* [Internet]. 2018;19(s1):31-9. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40257-018-0384-3>
8. Lüftner D, Dell'acqua V, Selle F, Khalil A, Leonardi MC, Tomás ADLT, et al. Evaluation of supportive and barrier-protective skin care products in the daily prevention and treatment of cutaneous toxicity during systemic chemotherapy. *Onco Targets Ther.* 2018;11:5865-72.
9. Draelos ZD. The science behind skin care: Cleansers. *J Cosmet Dermatol.* 2018;17(1):8-14.



# Reacción adversa tardía por inyección facial con silicona

Dres. Susan Díaz, Jesús Sastre, Ricardo Aguiló, Susana Bordegaray y Ana Capote

## Introducción

Actualmente las sustancias de relleno facial o “fillers” son la forma más popular de rellenar arrugas y surcos causados por el envejecimiento (1). Dependiendo de su permanencia en los tejidos, están clasificados en: temporales o permanentes (2).

Existe un problema añadido, que ha condicionado el aumento de las complicaciones con los materiales de relleno, que es el uso de diversas sustancias por personal no entrenado/autorizado, o la inyección de varios materiales en la misma zona (3).

Las complicaciones severas y tardías ocurren generalmente por la inyección subcutánea de rellenos que son permanentes, tales como la silicona líquida, o con sustancias no autorizadas como la silicona industrial (4).

A día de hoy los estudios sugieren que el ultrasonido de alta frecuencia es una herramienta diagnóstica económica, útil y no invasiva para determinar el tipo de relleno, lugar de inyección y cantidad de material utilizado (5).

## Caso 1

Mujer de 64 años referida por presentar desde hace 6 años el antecedente de episodios de induración y edema facial recurrente. Desde 2012, la paciente acudió múltiples veces al Servicio de Urgencias por edema, induración y dolor en zona malar, labio-mentoniana. Durante cada una de las visitas hospitalarias fue diagnosticada de angioedema recurrente idiopático, respondiendo a metilprednisolona, pero los síntomas recurrían cuando la pauta de medicación finalizaba. Inicialmente negaba inyección de algún material de relleno.

En el examen físico, presentaba edema hemifacial derecho, indurado y eritematoso con mayor afectación a nivel de la fosa piriforme. Se palpaba un nódulo en mucosa yugal derecha de aproximadamente 2 x 2 cm. No se palpaban adenopatías y la analítica estaba normal.

Se le solicitó ortopantomografía, que resultó normal descartándose que la causa fuese odontogénica. También se le realizó una resonancia magnética (RMN) facial donde se observó el material de relleno exógeno.

Posteriormente le realizamos una ecografía de alta definición, en la cual al valorar los surcos nasogenianos se identificó una imagen en “tormenta de nieve”, característica de la inyección de silicona, que impide la diferenciación de los planos anatómicos normales y produce sombra acústica en planos profundos. En este momento la paciente admitió haberse inyectado hace 20 años un material de relleno, el cuál desconocía su composición, para rellenar el labio superior. También se hizo biopsia del nódulo palpable a nivel de la mucosa yugal derecha donde se ven las vacuolas de material exógeno.

En vista de la extensión, el edema difuso y la profundidad de la migración de la silicona, se optó por tratamiento conservador con prednisona 4 mg cada 8 horas durante 4 semanas, pero la paciente presentó sólo mejoría parcial del edema y recurrencia del mismo al suspender la medicación. Por lo que posteriormente se decidió iniciar tratamiento con minociclina 100mg/día durante 6 meses, con resolución total del edema y sin recurrencia del mismo hasta la actualidad.

## Caso 2

Mujer de 64 años referida a nuestras consultas desde el Servicio de Urgencias por presentar desde hace 6 años el antecedente de episodios de induración y edema facial recurrente. Desde 2012, la paciente acudió múltiples veces al Servicio de Urgencias por edema, induración y dolor en zona malar, labio-mentoniana y paramandibular derecha. Negaba alguna otra sintomatología. Durante cada una de las visitas hospitalarias fue diagnosticada de angioedema recurrente idiopático, respondiendo a metilprednisolona (Urbason), pero los síntomas recurrían cuando la pauta de medicación finalizaba.

Inicialmente negaba inyección de algún material de relleno. También fue valorada por el Servicio de Alergología, que descartó alergias a alimentos o fármacos, y por el Servicio de Dermatología, que sospechó como diagnóstico clínico un síndrome de Melkersson-Rosenthal, que fue descartado por falta de criterios diagnósticos.

En el examen físico, presentaba edema hemifacial derecho, indurado y eritematoso con mayor afectación a nivel de la fosa piriforme. Se palpaba un nódulo en mucosa yugal derecha de aproximadamente 2 x 2 cm, doloroso, duro, con bordes irregulares. No se palpaban adenopatías y la analítica sanguínea estaba dentro de los límites de la normalidad, al igual que las pruebas inmunológicas.

Se le solicitó ortopantomografía, que resultó normal descartándose que la causa fuese odontogénica. También se le realizó una resonancia magnética (RMN) facial, donde se observa asimetría por aumento de volumen del tercio medio-inferior derecho de la cara, con engrosamiento de la dermis, trabeculación y edema del tejido celular subcutáneo representado por imágenes lineales hipointensas en T1 e hiperintensas en T2 y aumento difuso de señal en T2 del TCS (cabezas de flecha). Toda esta área presenta captación de gadolinio. En ambos surcos nasogenianos y regiones infraorbitarias se identifica presencia de material de relleno hipointenso en T1 e hiperintenso en T2 y algo en mejilla izquierda.

Posteriormente le realizamos una ecografía de alta definición en la cual a nivel del tercio medio-inferior derecho de la cara se observó aumento del espesor del tejido celular subcutáneo, heterogéneo, con trabeculación y edema que se traducía en un aumento de la ecogenicidad.

Al valorar los surcos nasogenianos se identificó una imagen en “tormenta de nieve”, característica de la inyección de silicona, que impide la diferenciación de los planos anatómicos normales y produce sombra acústica en planos profundos. En este momento la paciente admitió haberse inyectado hace 20 años un material de relleno, el cuál desconocía su composición, para rellenar el labio superior.

Se hizo biopsia del nódulo palpable a nivel de la mucosa yugal derecha, cuyo análisis anatomopatológico fue informado como tejido celular subcutáneo y músculo esquelético con abundantes histiocitos microvacuolados y vacuolas de tamaños variables, muchas de ellas confluentes, y entremezcladas con un infiltrado inflamatorio mixto con eosinófilos.

En vista de la extensión, el edema difuso y la profundidad de la migración de la silicona, se descartó la resolución quirúrgica. Se optó por tratamiento conservador con prednisona 4 mg cada 8 horas durante 4 semanas, pero la paciente presentó sólo mejoría parcial del edema y recurrencia del mismo al suspender la medicación. Por lo que posteriormente se decidió iniciar tratamiento con minociclina 100mg/día durante 6 meses, con resolución total del edema y sin recurrencia del mismo hasta la actualidad.

## Discusión

La silicona líquida inyectable ha sido comúnmente utilizada para el aumento de volumen en tejido blando. Su popularidad se basa en el hecho de que es permanente, económica, poco antigénica y no cancerígena (6). Una de las hipótesis propuestas para explicar las complicaciones tardías por silicona es que ésta puede actuar como nido para la proliferación bacteriana (7).

Los tratamientos de las complicaciones van desde la resección quirúrgica para los granulomas localizados hasta la administración de corticoides orales o sistémicos (8), minociclina (9), 5-fluoruracil (10), o isotretinoína (11), entre otros. A pesar de que existe buena remisión con corticoides, en la mayoría de los casos hay una recaída cuando se abandona el tratamiento.

Los antibióticos, especialmente la minociclina, han sido usados con éxito debido a su efecto anti-inflamatorio, inmunomodulador y antigranulomatoso, así como también por su cobertura para micobacterias (12).

Nosotros presentamos un caso exitoso tratado con dosis bajas de minociclina (100gr/día). La mejoría clínica se objetivó a las 2 semanas de inicio del tratamiento y la regresión significativa del edema y el nódulo facial se produjo a las 4 semanas. La paciente mantuvo el tratamiento durante 6 meses y no ha presentado recaída.

En el momento actual, varias investigaciones sugieren que la ecografía de alta frecuencia es una herramienta útil, de bajo coste, no invasiva para demostrar la presencia de “filler”, su localización, naturaleza y cantidad. En la ecografía los rellenos permanentes como la silicona, muestran imagen en “tormenta de nieve” con sombra acústica posterior (5).

La formación de granulomas por silicona debe ser considerada como diagnóstico diferencial en cualquier paciente con antecedente de inyecciones cosméticas que desarrolle edema facial. En nuestra opinión, la monoterapia con minociclina es una buena alternativa de tratamiento para pacientes que presentan clínica de granuloma facial no circunscrito.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Lemperle G et al. Human histology and persistence of various injectable filler substances for soft tissue augmentation. *AestPlast Surg J.* 2003; 27(5): 354-366.
- 2.- Kwang HL et al. Clinical implications of ultrasound artifacts in the cervicofacial área following injection of permanente facial fillers. *J Med Ultrasonics.* 2015; 42:223-229.
- 3.- Smith KC. Reversible vs nonreversible fillers in facial aesthetics: concerns and considerations. *Dermatol Online J.* 2008; 14:3.
- 4.- Daines SM et al. Complications associated with injectable soft-tissue fillers: a 5-year retrospective review. *JAMA Facial Plast Surg* 2013; 15(3):226-231
- 5.- Grippaudo FR et al. The utility of hight-frequency ultrasoud in dermal filler evaluation. *Annals of Plastic Surg.* 2011; 67(5): 469-473.
- 6.- Sobanko J. et al. Liquid injectable silicone: should implement it in you practice? *Cosmet Dermatol.* 2006; 19: 534-536.
- 7.- Duffy DM. Liquid silicone for soft tissue augmentation. *DermatolSurg.* 2005; 31: 1530-1541.
- 8.- Hexsel D et al. Management of complications of injectable silicone. *Facial Plast Surg* 2014; 30:623-627.
- 9.- Crocco E et al. Mynocicline for the treatment of cutaneous silicone granulomas: A case report. *J Cosmet Laser ther.* 2016; 18: 48-49.
- 10.- Emer J et al. Indurated plaques and nodules on the buttocks of a young healthy female. *J Clin Aesthet Dermatol* 2013; 6: 46-49
- 11.- Lloret P et al. Successful treatment of granulomatous reactions secondary to injection of esthetic implants. *Dermatol Surg* 2005; 31: 486-490.
- 12.- Arin M et al. Silicone granuloma of the face treated with minocycline. *J Am Acd Dermatol.* 2005; 52: S53-6.

## Estudio comparativo de la voluminización malar vía vestíbulo-bucal frente a la vía percutánea con ácido hialurónico

Dres. Jesús Luis Oliva, Susana Bordegaray, Fernando García Monforte y Paloma Tejero

**Introducción.** En medicina estética el tratamiento de aumento de pómulos es uno de los más demandados en pacientes que se encuentran alrededor de la cuarta década de la vida, ya que los compartimentos grasos centrales profundos de la mejilla son los más afectados con la edad.

**Objetivo principal.** Comprobar la eficacia y seguridad de la inyección de ácido hialurónico por vía bucal, en comparación con la vía percutánea, en el aumento de volumen ecoguiado del pómulo para corregir los defectos que se producen con el envejecimiento.

**Objetivo secundario.** Evaluar la dificultad de realización, así como la experiencia de los pacientes durante la inyección vestíbulo-bucal en comparación con la vía percutánea. Evaluar la satisfacción estética de los pacientes, y de los médicos como evaluadores, en relación a la evolución ecográfica del relleno en el tiempo.

**Material y método.** Se realiza un estudio piloto, nacional, unicéntrico, comparativo y prospectivo en el marco de un ensayo clínico con el dictamen favorable del Comité de Ética correspondiente, en el que participan una veintena de mujeres de edades comprendidas entre 35 y 55 años que se reclutan de acuerdo a unos determinados criterios de inclusión, y en las que se realizan dichos tratamientos con sus registros correspondientes y los respectivos controles y registros posteriores según el protocolo establecido.

**Resultados.** Se muestran los resultados preliminares hasta tercera visita de seguimiento en el tercer mes post-tratamiento. Se realiza un primer control a las 72 horas, otro al mes y otro a los tres meses.

**Discusión.** A pesar de la dificultad que entraña llevar a cabo un ensayo clínico por un facultativo que ejerce en una consulta privada de acuerdo con los requisitos exigidos por los reales decretos que los regulan, se han superado estas dificultades iniciales y se han podido realizar los tratamientos y el seguimiento de los pacientes hasta los 90 días de las voluminizaciones malares.

**Conclusiones.** A la vista de los resultados preliminares actuales es eficaz y segura la inyección de ácido hialurónico por vía vestíbulo bucal si la comparamos con la vía transdérmica. Asimismo, la realización del procedimiento requiere un aprendizaje en torno a dos pacientes para que el médico se habitúe al procedimiento oral y lo desarrolle con soltura. Los pacientes refieren mayor confort en la aplicación vía vestíbulo bucal. Además, pacientes y médicos se encuentran satisfechos de la evolución en cuanto a la estética de los pacientes en relación al relleno que se va reabsorbiendo progresivamente.

**Palabras clave:** Voluminización malar; ácido hialurónico; abordaje intraoral; medicina estética; abordaje transdérmico; voluminización ecoguiada.

---

## Evidencia científica de la eficacia del tratamiento con plasma rico en plaquetas (PRP) en medicina estética

Dra. Elvira Castellanos

**Antecedentes:** El plasma rico en plaquetas es utilizado por su ayuda a la regeneración tisular. Aunque su uso se ha extendido a la medicina estética, y a pesar de que la mayoría de estudios describen efectos positivos, todavía no se dispone de una evidencia incuestionable en la eficacia de esta técnica. Nuestra intención es revisar la literatura para encontrar trabajos con resultados que den soporte científico a la utilización del PRP para rejuvenecimiento facial en las pacientes de medicina estética.

**Material y métodos:** Se realiza una búsqueda bibliográfica utilizando Pubmed, The Cochrane Library y la Biblioteca virtual del Sistema de Salud Pública de Andalucía. (BV-SSPA) con las palabras clave "PRP o Plasma rico en plaquetas" y "Rejuvenecimiento facial". Se encuentran un total de 325 publicaciones, que después de someter a nuestros criterios de inclusión y de exclusión reducimos a 15 trabajos originales y dividimos en dos grupos: 1. Estudios que utilizan como única terapia el PRP; y 2. Estudios que usan el PRP como terapia coadyuvante.

**Resultados:** En el grupo 1 encontramos resultados significativos en una sola sesión para el tratamiento de surco nasogeniano, mejillas y área periocular. También se demuestra una mayor eficacia del PRP para revertir los efectos de la elastosis solar, con una mayor densidad y mejor organización de los haces de colágeno, en un RCT realizado comparando 6 sesiones de PRP versus TCA.

En el grupo 2 encontramos que el PRP asociado a lipofilling aporta una reducción significativa en los tiempos de recuperación, y un mayor mantenimiento al año del volumen aportado por el injerto graso.

**Conclusión:** La terapia con PRP tiene un nivel de recomendación B (USPSTF). Recomendable (al menos moderada evidencia de que la medida es eficaz y los beneficios superan a los perjuicios), con un nivel de calidad de la evidencia científica III (AATM).

PRP: Plasma Rico en Plaquetas. TCA: Ácido Tricloroacético. USPSTF: UnitedStatesPreventiveServices

## Tratamiento combinado de carboxiterapia e hialuronidasa en necrosis isquémica por infiltración de hialurónico. A propósito de un caso

**Dra. Cristina Núñez**

La necrosis isquémica por infiltración intravascular de ácido hialurónico es poco frecuente pero no rara. En todos los casos la rápida actuación por parte del médico inyector va a determinar la supervivencia del tejido afectado. Las recomendaciones son claras: inyección inmediata de hialuronidasa y administración de vasodilatadores para intentar irrigar la zona con la mayor afluencia sanguínea posible. El vasodilatador más comúnmente usado es la pasta de nitroglicerina.

La carboxiterapia o administración de dióxido de carbono transcutánea ha demostrado un claro poder vasodilatador y de revascularización de tejidos. Este hecho demostrado científicamente puede ayudar claramente ante una isquemia por obstrucción de vaso.

En el caso que nos ocupa, hubo un efecto adverso de isquemia de labio inferior por inyección de hialurónico en la comisura labial. El protocolo fue inyectar hialuronidasa e infiltrar CO2 en el área afectada en vez de usar nitroglicerina en pasta.

El resultado fue una recuperación y restauración rápida del tejido que nos hace pensar que, además de la acción de la hialuronidasa, el uso de la carboxiterapia pudo influir positivamente en la total reparación del tejido dañado.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Necrosis. Oxford Dictionariessite. Consultado el 31 de Julio de 2019.

<https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/necrosis>

2. King M. Guideline: Management of Necrosis. J ClinAesthtDermatol. 2018 Jul; 11(7): E53-E57 (PubMed)

3. King M, Convery c, Davies E. Guideline: The use of hyaluronidase in aesthetic practice. J ClinAesthetDermatol. 2018 Jun; 11(6): E61-E68 (PubMed)

4. Tejero P. Efectos secundarios de los implantes tisulares: situación actual, protocolo de prevención y tratamiento. Tesis doctoral. 2012. Consultada el 29 de Julio de 2019.

<https://eprints.ucm.es/21073/1/T34433.pdf>.

5. Ciancio F, Tarico MS, Giudice G, Perrotta RE. Early hyaluronidase use in preventing skin necrosis after treatment with dermal fillers: Report of two cases. F1000Res 2018 Sep 3 (revised 2019 Apr3); 7:1388 (PubMed)



6. Chen Y, Zhang YL, Luo SK. Experimentally induced arterial embolism by hyaluronic acid injection: Clinicopathologic observations and treatment. *PlastReconstr Surg.* 2019 Apr; 134 (4): 1088-1097 (PubMed)
7. Kim DW, Yoon ES, JIYH, Lee BI, Dhon ES. Vascular complications of HA fillers and the role of hyaluronidase in management. *J PlastAesthetSurg J.* 2011; 64:1590-1595 (PubMed)
8. Naranjo P. Técnica de carboxiterapia en las alteraciones estéticas del contorno corporal. Cap. 46 del libro *Medicina Estética y Antienvjecimiento* (coordinador Tresguerres J.). Ed. Médica Panamericana. Edición 2012.
9. Brachado TMM, de Carvalho L, Di Pietro N, Oliveira RJ, Antonioli A. Carboxytherapy: Controls the inflammation and enhances the production of fibronectin on wound healing under venous insufficiency. *Int Wound* 2019 Apr; 16 (2): 316-324 (PubMed)
10. Khiat L, Leibbaschoff GH. Clinical Prospective Study on the use of subcutaneous carboxytherapy in the treatment of diabetic foot ulcer. *SurgTechnol Int.* 2018 Jun 1;32: 81-90 (PubMed)
11. Saito I. Effect of local application of transcutaneous carbon dioxide on survival of random-pattern skin flaps. *J PlastReconstrAesthet Surg.* 2018 Nov; 71(11): 1644-1651 (PubMed)

## Fentanilo sublingual de acción rápida en tratamientos capilares

Dres. José Luis Pérez Aguiar y Carmen Mª Pérez Aguiar

**Introducción:** La alopecia es un problema de salud del mundo actual, produciendo un gran impacto psicológico en los pacientes. Son diversos los procedimientos utilizados (PRP, carboxiterapia y mesoterapia) para su tratamiento, teniendo como determinante común lo doloroso que puede llegar a ser su aplicación. No existe a día de hoy fármacos indicados específicamente para tratar este inconveniente, por ello proponemos llevar a cabo el presente estudio.

**Objetivo:** Evaluar la efectividad del uso del fentanilo sublingual de acción rápida para disminuir el dolor en los tratamientos capilares.

**Material y métodos:** Estudio longitudinal prospectivo realizado en 20 pacientes candidatos a terapias capilares. Se determinó mediante la escala visual analógica (EVA) el nivel de dolor que presentaban los pacientes; basal (EVA1) y tras la administración del fentanilo sublingual de acción rápido (EVA2 y EVA3), se correlacionó con la edad, el sexo y el IMC.

**Resultados:** La edad media de la población del estudio fue de 37 años (+/-8). Participaron un 60% de hombres y un 40% de mujeres. Pretratamiento, la media obtenida en EVA1 (basal) fue de 8.05 (+/-1). Durante la EVA2 (5 meses) la media fue de 4.4 (+/-1.72), y tras la EVA3 (9 meses) fue de 4 (+/-1.57). No se encontró relación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) en cuanto al parámetro de la EVA con la edad y el sexo, pero sí entre la EVA y el IMC y entre los diferentes EVA tras cada visita.

**Conclusiones:** La administración de fentanilo sublingual ofrece un inicio de acción rápida y una duración corta de la analgesia que se adecúan al tratamiento del dolor producido durante el tratamiento capilar.

**Palabras clave:** Dolor, tratamientos capilares, fentanilo sublingual de acción rápido, alopecia.

## JORNADAS Y CURSOS ORGANIZADOS POR LA AMECLM EN 2019-2020

### XIII JORNADAS DE LA AMECLM

22-24 de octubre de 2020. Guadalajara

**Curso de Marketing Deontológico y Utilización de Redes Sociales en Medicina Estética**

*En preparación*

**Ácido Hialurónico de la A a la Z. Curso Teórico-Práctico**

*En preparación*

**Curso de Formación para Formadores. Cómo hablar en público. Cómo preparar presentaciones**

*En preparación*

**Curso Teórico-Práctico sobre Entrevista Clínica y Diagnóstico en Medicina Estética**

*En preparación*

**Curso de Cosmética Práctica**

*En preparación*

**Curso de Fiscalidad en Medicina Estética**

*En preparación*

**Curso de Urgencias en Medicina Estética**

*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](mailto: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](http://www.seme.org/area_pro/formacion.php)

**International Master Course on Aging Skin**

<http://www.imcas.com/en>

**Jornadas Mediterráneas de Confrontaciones Terapéuticas en Medicina y Cirugía Cosmética**

<http://conftera.com/>

**Jornadas de la Asociación Canaria de Medicina Estética**

<http://acame.es/>

**Congreso de la Sociedad Española de Medicina Antienvejecimiento 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 Antienvejecimiento de la Universidad Complutense**

<http://www.ucm.es/titulospropios/medicinaestetica/informacion>

**Máster en Medicina Estética de la Universidad de Valencia**

[http://postgrado.adeit-uv.es/es/cursos/salud-7/medicina-estetica/datos\\_generales.htm#.Vgzm6X2PaNU](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/>

**Especialización en Medicina Estética de la Universidad de Alcalá**

<https://www.formacionmbl.com/>

**Experto Universitario en Técnicas de Imagen en Medicina y Cirugía Estética de la Universidad  
de Alcalá**

<https://www.formacionmbl.com/>

**Curso de Experto Universitario en Redacción Médica (Medical Writer) 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](mailto: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 114.- Dra. Sheila Karina Mota Antigua

Nº 115.- Dr. Jesús Luis Oliva Hernández

Nº 116.- Dr. Moisés Rodríguez Abascal

Nº 117.- Dr. Alberto Candau Álvarez

Nº 118.- Dra. Ana M<sup>a</sup> Flechas Serna

### **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

Dr. Hernán Pinto

### **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<sup>a</sup> Victoria López

Vocal Ciudad Real: Dra. Ana M<sup>a</sup> Téllez

Vocal Cuenca: Dr. Isidoro Gómez

Vocal: Dra. Carlota Hernández



# XIII JORNADAS DE LA AMECLM

Guadalajara

22, 23 Y 24 DE OCTUBRE DE 2020

*Éste es el camino*



Reserva tu plaza en  
[ameclm@ameclm.org](mailto:ameclm@ameclm.org)  
949 318 498

**¡No te lo pierdas!**