



ACTA BIOCLINICA

XI CONGRESO
VENEZOLANO DE
ESTÉTICA MÉDICA

Suplemento A
Depósito Legal: PPI201102ME3815
ISSN: 2244-8136
Copyright: © ULA 2012

XI CONGRESO VENEZOLANO DE ESTÉTICA MÉDICA



**ACTA BIOCLINICA. REVISTA DEL LABORATORIO INTEGRADO DE
BIOLOGIA MOLECULAR Y CELULAR DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES,
MERIDA VENEZUELA.**

JUNIO 2012



MEMORIAS ARBITRADAS



BIENVENIDOS AL XI CONGRESO VENEZOLANO DE ESTETICA MEDICA

Venezuela se caracteriza por tener una población general que se ocupa de manera importante de los requerimientos estéticos de su persona, independientemente de su nivel socioeconómico. Se hace fundamental que el personal médico encargado de la ciencia estética, esté perfectamente capacitado y entrenado para las labores que ejercerá, obteniendo para ello los títulos correspondientes. Sin embargo, llama poderosamente la atención de que pareciera que en algunas ocasiones esto no ocurre, lo que conlleva a que aparezcan efectos indeseables y alteraciones de la imagen que producen daños biológicos, psicológicos y sociales, en ocasiones irreparables. La medicina estética o estética médica, lamentablemente no escapa de ello, teniendo hoy en el país un elevado porcentaje de personas cuya salud se ha visto mermada por la aplicación de tratamientos con productos inadecuados, mal manejo de técnicas y la acción médica de personal no capacitado para ello. Debido a este análisis es que nos vemos en la necesidad de promover eventos donde podamos crear un ámbito científico de disertaciones serias, correlacionadas con la práctica médica diaria esperando siempre contar con soluciones cada vez más claras acerca de los enigmas de la belleza. Queremos desde estas páginas que gentilmente nos ha cedido la Universidad de Los Andes hacer partícipes a todos los miembros de la FUCEME, SOCIVEME y la UNION INTERNACIONALES DE MEDICINE ESTHETIQUE, de esta importante evento y dar también las gracias a todos cuantos han participado en su consecución.

Dr. Víctor García Guevara





OBESIDAD VERSUS LONGEVIDAD.

OBESITY VERSUS LONGEVITY.

Yajaira Novoa

**Departamento de Cirugía Plástica Reconstructiva y Máxilofacial, Instituto Autónomo
Hospital Universitario de Los Andes, Mérida Venezuela.**

Email: fuceme@gmail.com

La obesidad constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, Venezuela se encuentra actualmente en el sexto lugar de los países con mayor número de personas con sobrepeso y obesidad, aspecto que justifica exhaustivos análisis relacionados con las consecuencias generadas por esta condición de morbilidad que amenaza la calidad de vida de los individuos que la padecen. Cada vez es más común la asociación de los variables envejecimiento y obesidad, estos aspectos se han convertido en tema de estudio por expertos alrededor del mundo. El Dr. Paúl Bravo, del Instituto Médico Europeo de la Obesidad (IMEO), considera que el déficit de la dopamina en el organismo favorece la depresión y la disminución de serotonina eleva los niveles de ansiedad, las cuales triplican o cuadruplican el riesgo a padecer infarto al miocardio, dislipidemias, hipertensión y neoplasias a nivel colónico y prostático, igualmente incrementa la tendencia a desarrollar procesos neurodegenerativos como Parkinson o Alzheimer. Uno de los parámetros más considerados en la obesidad visceral, la cual no siempre es visible; en este caso el tejido adiposo involucrado se encuentra adyacente a órganos vitales e independientemente de que sea notoria o no, representa el mismo riesgo en personas con estilo de vida poco saludable, representado por dietas hipercalóricas, consumo excesivo de grasas, tabaquismo, sedentarismo y hábitos alcohólicos. La presencia de grasa a nivel abdominal tiene tendencia





a aumentar con la edad, particularmente en la mujer suele coincidir con la depleción fisiológica de los estrógenos, característica de la menopausia. Se afirma que este tipo de grasa por su localización es más difícil de disminuir en comparación con la grasa subcutánea, por el contrario, la grasa visceral es muy activa y genera la salida de sustancias tóxicas hacia el torrente sanguíneo provocando la acumulación de ácidos grasos libres en el hígado y otros órganos, desequilibrando la regulación de la insulina, la glicemia y el colesterol. Estudios *in vitro* han demostrado que una baja ingesta calórica está asociada con el aumento de las proteínas SIRT (Silent Information Regulators), sustancias asociadas a genes que coordinan y optimizan las funciones celulares, por consiguiente podrían catalogarse como proteínas que cumplen un rol importante en el proceso de envejecimiento. Una investigación realizada por el Dr. Spector en el Hospital St. Thomas de Londres, en la cual participaron pacientes obesas con hábitos tabáquicos, permitió demostrar que estas dos condiciones en conjunto contribuyen en el aceleramiento del daño del ADN, debido al incremento sumado del estrés oxidativo y la disminución de telómeros a nivel cromosómico. Algunos autores han descrito la relación entre el déficit cognitivo y la obesidad catalogándola como uno de los factores de riesgo cardiovascular capaz de afectar el rendimiento cognitivo y la integridad estructural del sistema nervioso central, observando incluso alguna correlación con mayor riesgo de demencia y manifestaciones neuropsicológicas concretas, al parecer relacionadas con alteración de la sustancia blanca, que como todos sabemos es la agrupación de los axones neuronales que nos mantienen conectados con nuestro medio ambiente (Segura y Jurado, 2009). Puede concluirse que de todos los factores de riesgo vascular que se presentan en el ser humano, la obesidad representa una de las condiciones más dañinas, pero también más prevenible, pues si bien es cierto que existen desórdenes genéticos que fenotípicamente están relacionados con una



predisposición al sobrepeso, también es cierto que estos casos representan un porcentaje muy bajo en comparación con la obesidad inducida por estilos de vida poco saludables.

REFERENCIAS:

1. Carraro, R. Torres, AMecanismos que aceleran el envejecimiento: Relación de la resistencia a la leptina con la insulínica. Rev. Esp. Geriatr Gerontol. 2005; 40(3): 178-83.
2. Correia, A. El problema de La obesidad en Venezuela. Prodavinci. 2010
3. Monteleone, P. Martiadis, V. Fabrazzo, M. Serritella, C. Maj, M . Psychological Medicine. Respuestas de la grelina y la leptina a la ingesta de alimentos en la bulimia nervosa: implicaciones para los atracones y los comportamientos compensatorios. 2010; 33(8): 1387-94.
4. Rosero L, Brenes G, Mendez E. Obesidad y Envejecimiento en Costa Rica. Centro Centroamericano de Población. Universidad de Costa Rica. 2008
5. Segura, B. Jurado, MA. Síndrome metabólico y envejecimiento: déficit cognitivo y alteraciones estructurales del sistema nervioso central. Rev Neurol. 2005; 49(8): 417-24.





**NOVEDOSOS ACTIVOS EFECTIVOS DE UTILIDAD EN LA COSMIATRIA DEL
MEDICO ESTETICISTA.**

NOVEL ACTIVE STAFF PHYSICIAN IN COSMIATRY ESTHETICIAN.

Astrid Castro

Facultad de Farmacia, Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

Email: fuceme@gmail.com

Se ha demostrado que los Péptidos juegan un papel muy importante en el tratamiento antiarrugas. Un tratamiento que demuestre tener efectos visibles sobre cualquier tipo de arrugas, es uno de los retos más importantes para cualquier activo cosmético. Entre los Nuevos Activos que estudiaremos se encuentran: PALMITOIL TRIPEPTIDO-5 (SYN COLL): alternativa a la inyección de colágeno, ya que corresponde al primer péptido sintético que promueve la síntesis de colágeno vía TGF- β .: Imita la actividad del Waglerin 1, proteína encontrada en el veneno de la víbora del templo. Inhibe los receptores de acetilcolina, reduciendo la contracción muscular y la profundidad de las arrugas faciales. Se recomienda una concentración entre 1 y 4 %. UREA TETRADECIL AMINOBUTIROILVALILAMINOBUTIRICO TRIFLUOROACETATO (SYN HYCAN): tripéptido que está libre de conservantes. Se ha reportado como reafirmante y remodelante, por la estimulación de la biosíntesis de GAG en cosmética. PALMITOIL DIPEPTIDO-5 DIAMINOBUTILOIL HIDROXITREONINA Y PALMITOIL DIPEPTIDO-5 DIAMINOHIDROXIBUTIRATO (SYN TACKS). Ofrece en primera instancia la posibilidad de interacción con las estructuras proteicas más relevantes de la union dermo-epidermica (DEJ). Este activo estimula la Laminina V, Colageno tipo IV, VII and XVII y la Integrina, al mismo tiempo. Se recomienda una concentración de 1 %. ALFA-ARBUTINA: Inhibidor de la Tirosinasa. Efectivo y rápido aclarante de la piel sin reacciones reversibles, COMBINACIÓN DE UVA URSI Y VITAMINA C (MELFADE





J): es un activo purificado, incoloro, que corresponde al extracto acuoso de las hojas de bearberry en combinación con Fosfato de Ascorbil Magnesio. Ayuda a remover la hiperpigmentación. RESVERATROL SINTÉTICO (REGU FADE): La molécula es idéntica a la del trans-resveratrol natural, siendo más eficaz en la piel e incluso proporcionando más brillo, con la ventaja de estar libre de pesticidas y emodina. Potente antioxidante que atenúa la pigmentación de la piel a través de múltiples mecanismos, provenientes de la producción de melanina y de la transferencia de los melanosomas. Se recomienda una concentración de 1%.

COMBINACIÓN DE PALMITOIL TRIPEPTIDO-5, D-PANTENOL Y EXTRACTO DE MARRUBIUM VULGARE (REGU STRETCH): estimula el crecimiento celular y la reparación de tejidos e inhibe la inflamación y el enrojecimiento. ACEITE DE ROSA MOSQUETA: Corresponde a la combinación de ácidos grasos poliinsaturados vitamina E, vitamina C, carotenoides, flavonoides y ácido trans-retinóico. Efectivo en el tratamiento de cicatrices, estrias, envejecimiento y despigmentante.

REFERENCIAS

1. Ibanez L, Dimartino-Nardi J, Potau N, Saenger P. Premature adrenarche -normal variant or forerunner of adult disease?. Endocrine Reviews 2000;21:671-696
2. Vermeulen A. Dehydroepiandrosterone sulfate and aging. Annals of the New York Academy of Sciences. 2005;774:121-127.
3. Majeswska MD. Neuronal actions of dehydroepiandrosterone. Possible roles in brain development, aging, memory, and effect, Annals of the New York Academy of Sciences. 2005; 77:111-120.





4. May M, Holmes E, Rogers W, Poth M. Protection from glucocorticoid induced thymic involution by dehydroepiandrosterone. Life Science 2001; 46:1627-1631.



**EFICACIA EN EL USO DE LASER DE CO2 FRACCIONAL MICROABLATIVO
EN EL TRATAMIENTO DEL FOTODAÑO, ARRUGAS Y FLACIDEZ FACIAL.
EFFECTIVE USE OF FRACTIONAL CO2 LASER IN THE TREATMENT OF
MICROABLATIVO PHOTODAMAGE, WRINKLES AND FACIAL SAGGING.**

Edwin González¹, Zulay Rivera¹, Víctor Ollarves¹.

1. Fundación Centro de Estudios de Medicina Estética. Caracas, Venezuela.

Email: fuceme@gmail.com

El uso del láser de CO2 es el gold standard en el proceso de rejuvenecimiento facial no quirúrgico. En este estudio se quiere evaluar la seguridad y eficacia de un nuevo sistema de láser de CO2 fraccional con alto poder ablativo y alta velocidad con efecto en profundidad con un scanner llamado DeepFx. Por ello, decidimos utilizar solo en sistema de scanner DeepFx, el cual presenta un spot de 0.12 mm, con distintas figuras geométricas y densidades. Se tomaron 10 pacientes con fototipo III-IV con edad promedio de 48 años, quienes fueron tratados en una sesión única, en rostro y cuello, con 1 solo pase con el scanner DeepFx, energía entre 10 y 15 mJ, densidad 1. Todos los pacientes fueron evaluados con fotos al inicio del tratamiento y con seguimientos posteriores al mes, dos y tres meses con sistema de análisis facial digital VISIA Canfield®. Adicionalmente se realizó una encuesta a cada uno de los participantes, donde se evaluaron 5 parámetros relacionados con la calidad de la piel; manchas, arrugas, textura, brillo y flacidez. Mejoría significativa de la apariencia fue observada en todos los casos, cada uno presentó eritema por un período máximo de 7 días, edema no mayor a 48 horas, no se observó HIP, hipocromías o cicatrices. La introducción de este nuevo scanner con un tamaño de spot de 0.12 mm, permite tratar de forma segura y con mínimos efectos secundarios, pacientes de cualquier fototipo con fotodaño de medio a severo según Escala de Glogau, además de





generar un potente efecto térmico que disminuye la flacidez de rostro y cuello, con resultados que se mantienen en el tiempo.

REFERENCIAS

1. Ablative Fractional Laser Resurfacing for the Treatment of a Third Degree Burn Jill Waibel, MD and Kenneth Beer, MD Journal of Drugs in Dermatology, March 2009, Vol 8: Issue 3
2. Histologic and Clinical Response to Varying Density Settings with a Fractionally Scanned Carbon Dioxide Laser Raminder Saluja, MD, Jane Khoury, MD, Susan Detwiler, MD, Mitch Goldman, MD Journal of Drugs in Dermatology, January 2009, Vol 8 Issue 1
3. Clinical Pearl – Observations on the Use of Fractionated CO2 Laser Resurfacing Mitch Goldman, MD Journal of Drugs in Dermatology, Jan 2009, Vol 8, Issue 1
4. Low Risk of Postinflammatory Hyperpigmentation in Skin Types 4 and 5 After Treatment With Fractional CO2 Laser Device Kee Lee Tan, MD, Caroline Kurniawati, RN and Michael Gold, MD Journal of Drugs in Dermatology, August 2008, Vol 7, Issue 8
5. ActiveFX Fractional CO2 Resurfacing Offers Total Rejuvenation By: Bob Kronemyer, Associate Editor Aesthetic Buyers Guide July/August 2007





-
6. Reduced down-time associated with novel fractional ultrapulse CO2 treatment (ActiveFX) as compared to traditional CO2 resurfacing David Goldberg, MD
Journal of the American Academy of Dermatology, February 2007, Volume 56, Issue 2, Supplement 2





**DETOXIFICACION DE LA MATRIZ INTERCELULAR Y EL RECEPTOR DE
MEMBRANA COMO UNIDAD MORFOFUNCIONAL.
INTERCELLULAR MATRIX DETOXICATION AND MEMBRANE
RECEPTOR AS A UNIT MORPHOFUNCTIONAL**

José Molina.

Fundación Centro de Estudios de Medicina Estética. Caracas, Venezuela.

Email: fuceme@gmail.com

Durante mucho tiempo, el tejido laxo peri celular conjuntivo fibrilar, se interpretó y estudio sólo por su función en el apoyo del parénquima, sin saber que el verdadero papel de este tejido es mantener las condiciones idóneas para un correcto funcionamiento entre el "mundo exterior" (sistema de vasos) y el "mundo interior" (celular). Hay una gran cantidad de información que puede ser almacenada en este nivel y que puede ser transmitida a las células a manera de instrucciones para un adecuado funcionamiento fisiológico. En la matriz IC, la estrecha relación entre Citoquinas, Neuropeptidos y hormonas coordinan y controlan el funcionamiento eficaz del ecosistema celular. Los sistemas que regulan el equilibrio entre salud y enfermedad también se encuentran en la matriz IC es aquí que un adecuado funcionamiento del eje psico-neuro-endocrino-inmunológico asegura la homeostasis celular del paciente o equilibrio interno y por ende un estado de salud optimo. La Medicina de Regulación Fisiológica consciente del papel desempeñado por la matriz IC en los procesos fisiopatológicos, hace que el objetivo principal sea su tratamiento. También se rediseña la histología de la matriz el modelo interpretativo de su función fisiológica: ya no es una estática matriz extracelular, si no que pasa a verse como un espacio en el que los capilares y células forman una verdadera unidad morfo funcional, el complejo "Membrana-MATRIX-receptor". Este último



desempeña un papel particularmente importante en el desencadenamiento y desarrollo del proceso patológico y también jugará un papel importante en el proceso de curación. La Gamma de productos farmacológicos tanto orales como inyectables utilizados en Medicina de Regulación Fisiológica, centrarán su papel en promover: El rebalance o reprogramación del PNEI o eje Psico-Neuro-Endocrino-Inmunológico, que permiten Reducir Modular y Estimular la reactividad de los 3 grandes sistemas: nervioso, inmune y endocrino, y regresarlos a su rango fisiológico sin suprimir o inhibir la respuesta biológica. Drenaje o Detoxificación, Control de Síntomas, Soporte Nutricional Celular, Soporte Metabólico Celular. Sólo las concentraciones fisiológicas son capaces de activar o reactivar los receptores de membrana, garantizar el funcionamiento del complejo “Membrana-Matriz-Receptor” y por consiguiente garantizar, la función de una célula diana.

REFERENCIAS

1. <http://www.guna.it>
2. <http://www.guna.inc>
3. ABC de la Medicina Orthomolecular/Dr. Efrain Hofman/Brasil 2009
4. Campos R, Barzuna L. Estudio del Envejecimiento. Rev. méd. Hosp. Nac. Niños (Costa Rica) [revista en la Internet]. 2004 [citado 2012 Jun 04] ; 39(2): 33-47. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1017-85462004000200004&lng=es.
5. Arvelo, F. Mitocondria y apoptosis. ACV, oct. 2002, vol.53, no.4, p.297-306. ISSN 0001-5504.





**PROTOCOLOS TERAPEUTICOS DE LA CELULITIS.
CELLULITES TREATMENT PROTOCOLS.**

Raúl Pinto

Fundación Centro de Estudios de Medicina Estética. Caracas, Venezuela.

Email: fuceme@gmail.com

El título “Protocolos terapéuticos de la Celulitis” escrito en plural, permite suponer, que existen varias alternativas de tratamiento, y eso es correcto, porque aparte de los manejos básicos de los factores determinantes y desencadenantes que debemos siempre proponer, se deben tener en cuenta para la terapéutica, la forma clínica y el momento evolutivo que se encuentra la patología, para poder abordar de una forma personalizada y científica a cada paciente en particular. Se propone en esta presentación, una nueva clasificación de la Celulitis o Dermopaniculopatía Edematofibrosa Ginoide, que permite protocolizar el tratamiento especialmente, de acuerdo a la forma clínica y período evolutivo de esta lipodistrofia ginoide en cada paciente. Si bien el objetivo común de todo tratamiento va dirigido al mejoramiento de la siguiente tétrada: adiposis, edema, microangiopatía y fibrosis, habitualmente los médicos suelen repetir el mismo esquema terapéutico en todos los pacientes con celulitis, sin considerar las diferencias en cada caso en particular. Esta presentación apunta a clarificar la situación y a brindar los conocimientos necesarios para saber elegir el mejor tratamiento de nuestro variado arsenal terapéutico. El conocer el mecanismo de selección y la aplicación correcta de este concepto, le permitirá separar lo importante de lo secundario en el tratamiento de la celulitis y darle mayor o menor preponderancia en el abordaje de uno o más factores comprometidos, que es parte del manejo exitoso y científico de esta patología.





REFERENCIAS

1. Vila RR, Serra JM. Liposucción en cirugía plástica y estética. Barcelona: Salvat: 1987:1.
2. Coiffman F. Texto de cirugía plástica, reconstructiva y estética. La Habana: Editorial Científico-Técnica: 1986:1062.
3. Elbaz JS, Flageul G. Liposucción y cirugía plástica del abdomen. Barcelona: Masson: 1991:1,22,50,102.
4. Fisher G. Liposculpture: The correct history of liposuction. Part. I. J Dermatol Surg Oncol 1990; 16(12):1087-9.
5. Mentz HA, Gilliland MD, Datronella CK. Abdominal etching: differential liposuction to detail abdominal musculature. Aesthetic Plast Surg 1993;17(4):287-90.
6. Gilliland MD. Abdominal liposculpture. Lipoplasty 1995; 12(1):18-20.



COMBINACIÓN DE LÁSER DIODO 900, LUZ PULSADA INTENSA (FILTRO DE 580) Y RADIOFRECUENCIA BIPOLAR EN EL FOTO REJUVENECIMIENTO FACIAL

COMBINATION LASER DIODE 900, INTENSE PULSED LIGHT (FILTER 580) AND RADIO IN THE PHOTO REJUVENATION.

Victor Ollarves ¹, Zulay Rivera ¹, Edwin Gonzalez ¹

Fundación Centro de Estudios de Medicina Estética. Caracas, Venezuela.

Email: fuceme@gmail.com

Los láser no ablativos han demostrado ser eficientes en el tratamiento del foto envejecimiento en combinación con otras técnicas no ablativas como la Luz pulsada intensa y la radiofrecuencia bipolar, siendo su principal ventaja el no tener periodo de recuperación en comparación con los láser ablativos. El presente estudio busca determinar la eficacia de la combinación de 3 tecnologías, 2 de ellas basadas en Luz (Láser Diodo 900 y Luz Pulsada Intensa) y otra basada en corriente eléctrica (Radio frecuencia Bipolar) en una misma sesión para tratamiento para el rejuvenecimiento facial. Se tomaron 15 pacientes femeninas con edades comprendidas entre los 38 a 63 años de edad, fototipos de piel III y IV, con Fotodaño leve a moderado, escalas 2 y 3 de Glogau, a las cuales se le practicaron 4 Sesiones cada 15 días de Láser Diodo 900 mas Radiofrecuencia Bipolar en un mismo pulso con fluencias comprendidas 36 a 44 J/cm² y 70 J/cm², seguidamente de Luz pulsada intensa, filtro de corte inferior de 580 nm y Filtro de corte superior 980 nm mas Radio frecuencia Bipolar en un mismo pulso con fluencias comprendidas entre 20 -32 J/cm² y 20 J/cm², se realizan evaluación fotográfica a los 3 meses de la última sesión con sistema de



cabina fotográfica VISIA ® Canfield para ver evolución del tratamiento. Los resultados se midieron por Evaluación fotográfica con sistema Visia pre tratamiento y a los 3 meses de la última sesión y una encuesta de satisfacción al paciente con escala de 1 a 5, siendo 1 (pobre resultado); 2 (regular resultado); 3 (buen resultado); 4 (muy buen resultado) y 5 (excelente resultado. Se concluyó que la mayoría de los pacientes estuvieron satisfechos con los resultados obtenidos según encuesta de satisfacción y según evaluación fotográfica, en global solo 1 paciente 6,66% refirió un regular resultado (escala 2) 4 pacientes 26,6% refirió un buen resultado (escala 3), 9 pacientes 60% refirió un muy buen resultado (escala 4) y 1 paciente 6,66% refirió un excelente resultado.

REFERENCIAS

1. Hammes S, M.D., Greve B, M.D., Raulin C, M.D. Electro-optical synergy (elōs) technology for nonablative skin rejuvenation: a preliminary prospective study. PMID: 16987260
2. Neil Sadick, M.D. Bipolar Radiofrequency for Facial Rejuvenation Citation Number : 17544931 Facial Plastic Clinics of NA May 2007 15(2)
3. SR Mary Dingley, M.D. A Randomized, Comparative Study to Determine the Efficacy of the Intense Pulse Light Alone vs. the Intense Pulse Light Combined with BiPolar Journal of the ASDS, October 2006
4. Evaluation of the Biological Effects of Combined Light/Radio Frequency On Intact Human Skin Ex-Vito Bar Ilan University, Ramat Gan, Israel Journal of the ASLMS, April 2006





5. Phototreatment using elōs™ technology Fred Weksberg M.D. F.R.C.P
6. Antonio Del Giglio M.D., James Shaoul M.D. Skin renewal using a combination of electrical and optical energies — Clinical Study





**MEDICINA DE REGULACIÓN FISIOLÓGICA EN LA ESTÉTICA: UN
ENFOQUE BIOLÓGICO A LA SALUD E IMAGEN PERSONAL.
PHYSIOLOGICAL REGULATING MEDICINE IN THE BEAUTY: A
BIOLOGICAL APPROACH TO HEALTH AND PERSONAL IMAGE.**

Edgar Lobo.

Fundación Centro de Estudios de Medicina Estética. Caracas, Venezuela.

Email: fuceme@gmail.com

La Práctica médica en todos los campos de la medicina, se ha visto las últimas décadas bombardeada por esnobismos tecnológicos en donde un equipo cualquiera suplanta la clínica y el arte de la medicina. Creo firmemente que se le ha hecho bastante daño a la medicina al subdividirla tan profundamente que al ser de una especialidad nos olvidamos de los preceptos de la integración Bio-Psico-Social y hasta espiritual del paciente. Si a esto aunamos la creencia de que los mejores resultados provienen del uso de equipos de última generación per se, obviamente obtendremos como consecuencia pobres mejoras a la salud del paciente. Esto se hace tanto más real en la práctica médica estética. Todo buen resultado a nivel estético tiene su fundamento en varias cosas: por una parte un buen diagnóstico, que lo debe hacer un médico que esté bien formado en la clínica estética, por otro lado en la buena indicación de terapias y de protocolos con equipos y aparatología médica. Si estos dos factores son tomados en cuenta y a su vez son acertados, el resultado estético de la patología a tratar será mucho mejor. Lamentablemente por los procesos de envejecimiento, enfermedades y hasta intoxicaciones de los pacientes, en la gran mayoría de los casos este estado fisiológico óptimo del paciente es sólo una panacea. Las bases de la regulación fisiológica son tres: Primero que nada, la desintoxicación del organismo, este es el paso fundamental de cualquier terapia según numerosos autores mundiales. Se dice que de lograr





una correcta desintoxicación se obtiene ya un resultado del 50 por ciento sobre la terapéutica a realizar. En la desintoxicación, lo más importante es drenar la matrix extracelular, si ese espacio que algunos de nosotros estudiamos como un elemento netamente anatómico, es ahora conocido como el órgano más grande del cuerpo humano. En la matrix extracelular se dan cabida todos los procesos metabólicos del organismo, a ella se descargan desechos así como los nutrientes, es un espacio de comunicación de neuropéptidos, hormonas, citoquinas, factores de crecimiento etcétera, de ahí la importancia de esta. Luego en podemos activar según sea el caso el drenaje intracelular y de las vías linfáticas, para luego activar los órganos emuntorios, tales como el riñón, el hígado, y los intestinos, que son los encargados al final de sacar los desechos del organismo. Acá hacemos especial énfasis en el estado hormonal del paciente, su estado inmunitario, los factores de crecimiento (epidermoide, derivado de plaquetas, fibroblástico) el estado de la hormona del crecimiento y su metabolito activo, el factor de crecimiento similar a la insulina tipo I, el ciclo circadiano, el sometimiento a estrés cotidiano del paciente, su estado emocional etcétera. Todos estos son observados clínicamente y no es difícil el intuir algún problema a través de la anamnesis inicial. Si debemos hacer correcciones a este eje, estas serán hechas a través de dosis infinitesimales de medicamentos de regulación fisiológica, después de todo los seres humanos no tenemos kilos de testosterona ni de hormonas tiroideas, así que, una breve y pequeña modificación en el orden de los nanogramos y pico gramos será mas que conveniente. Este es el principio de la regulación de la fisiología. Por ejemplo, la arruga, las manchas, las adiposidades localizadas, la PEFE y un sin número de patologías estéticas. Una vez restaurada la fisiología y drenado el paciente, cualquier tratamiento sintomático va a dar mejores y más duraderos resultados, podemos combinar equipos de última generación al protocolo establecido consientes de que sus resultados van a ser más impactantes y de al final estamos tratando al paciente como un ser





humano en todas sus áreas. La Medicina de Regulación Fisiológica, es una herramienta para que hagamos de la Medicina Estética una medicina basada en evidencias y con logros y resultados comprobables que mucho bien haría a nuestra comunidad médica.

REFERENCIAS

1. <http://www.guna.it>
2. <http://www.guna.inc>
3. <http://www.filosofia.org>
4. <http://www.cibernous.com/glosario/alaz/estetica.html>
5. <http://yuryjaaman.webs.com/webquesttarea.htm>
6. <http://yuryjaaman.webs.com/webquestrecursos.htm>





**AZELAIC LIGHTING PEELING, DEL CORRECTO DIAGNOSTICO AL BUEN
RESULTADO 15 AÑOS DE EXPERIENCIA.**

**AZELAIC LIGHTING PEELING, THE CORRECT DIAGNOSIS TO GOOD
RESULT 15 YEARS OF EXPERIENCE**

Saverio Di Blasi

Fundación Centro de Estudios de Medicina Estética, Caracas Venezuela.

Email: fuceme@gmail.com

Luego de 15 años de haber desarrollado un sistema de rejuvenecimiento facial mediante el uso del peeling químico a base del ácido azelaico (Azelaic Lighting peel) y de haber difundido su aplicación y protocolo a más de 15 países en el mundo, llegué a la conclusión que el mejor resultado de la aplicación de un peeling es un buen diagnóstico y una buena selección del paciente, con todos sus factores desencadenantes y predisponentes.

Las complicaciones más frecuentes y poco deseadas de quienes realizamos estos procedimientos tan populares en la estética médica como es el peeling químico, son las melanosos post inflamatorias, estas dadas por una respuesta agresiva de parte del melanosito (cel pigmentaria) posterior a una agresión, produciendo esto una alteración en la vida del paciente que fue en busca de una solución a su problema estético. Esto sumado a la inconformidad de resultados al ofrecer un resultado con un procedimiento que no llegara a tal, sino es bien seleccionado el paciente. Por todo esto se clasificó una serie de procedimientos diagnósticos en la consulta médica desde la inspección del paciente hasta los estudios para clínicos avanzados como la dermatoscopia y los skin test para poder minimizar los resultados fallidos al realizar este excelente procedimiento médico estético de rejuvenecimiento facial.





REFERENCIAS

1. Marzulli FN, Maibach HI. Dermatotoxicology, 5th ed. Washington DC: Taylor and Francis, 1996: 11,12,285-86.
2. Fitzpatrick TB, Freedberg IM, Eisen AZ *et al.* Fitzpatrick's dermatology in general medicine VII, 5th ed. New York: McGraw-Hill, 1999: 1698-703,2702-03, 2937-46.
3. Draelos ZK. Cosméticos em dermatologia, 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1999: 245.
4. Juez JL, Gimier LP. Ciencia cosmética: bases fisiológicas y criterios prácticos, Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmaceuticos, 1995: 212.
5. Draelos ZK. Cosméticos em dermatologia, Porto Alegre: Artes Médicas, 1991:158-59.
6. Matarrasso SL, Hanke CW, Alsters TS. Cutaneous resurfacing. Dermatol. Clin. 1997;15 (4):569-81.





**REJUVENECIMIENTO TRIDIMENSIONAL DEL CONTORNO DEL OJO.
REJUVENATION DIMENSIONAL EYE CONTOUR.**

Saverio Di Blasi

Fundación Centro de Estudios de Medicina Estética, Caracas Venezuela.

Email: fuceme@gmail.com

La imagen más delatadora del proceso de envejecimiento de nuestro rostro es la que se comienza a observar en el contorno del ojo, que es nuestra primare imagen impresión delante de los demás. A partir de los 30 años y dependiendo de nuestra raza se comienza a apreciar signos de envejecimiento del contorno de los ojos, como es la aparición del líneas de expresión, melanosis peri orbitarias bolsas palpebrales y una laxitud de la piel de nuestros parpados esto sumado a la presencia de melasmas o lentigos en la región peri temporal. mi concepto tridimensional de rejuvenecimiento se basa en la combinación de diferentes técnicas de rejuvenecimiento ablativas y no ablativas ,para producir un correcto y duradero resultado deseado por el paciente. Desde la aplicación de un peeling específico para el manejo del foto daño y melanosis periorviatarias (azelaic eyes peel) el cual por su contenido único en vit K y acido azelaico, permite realizar una blefaroplastia química con excelentes resultados, esto anterior combinado con rellenos autologosl (lipofiling, PRP) radiofrecuencia selectiva y cuando lo amerita combinar lo anterior con blefaroplastia timed quirúrgica ,no dejando de utilizar el bloqueo muscular con la aplicación de la toxina botulínica, este programa de rejuvenecimiento 3D permite en poco tiempo y sin riesgos producir resultados importantes y duraderos tratando el envejecimiento del contorno del ojo como de manera global.





REFERENCIAS

1. Langlois JH, Kalakanis L, Rubinstein AJ, Larson A, Hallam M, Smoot M.: "Maxims or myths of beauty? A meta-analytic and theoretical review" Psychological Bulletin 2000;126(3):390.
2. Thornhill R, Gangestad SW.: "Facial Attractiveness". Trends in Cognitive Sciences 1999;3(12):452.
3. Langlois JH, Roggman LA.: "Attractive faces are only average ". Psychological Science 1990;1:115.
4. Baudouin JY, Tiberghien G.: "Symmetry, averageness, and feature size in facial attractiveness of women". Acta Psychologica 2004;117(3):313.
5. Rhodes G, Proffitt F, Grady JM, Sumich A.: "Facial symmetry and the perception of beauty". Psychonomic Bulletin and Review 1998;5:659.





**TRATAMIENTO COMBINADO DE LA REGION PERIOCLAR
COMBINED TREATMENT OF THE PERIOCLAR ZONE.**

Leonor Lemmo

Fundación Centro de Estudios de Medicina Estética, Caracas Venezuela.

Email: fuceme@gmail.com

La región peri-ocular es una de las zonas más delicadas en cuanto a tratamientos estéticos se refiere, el uso combinado de técnicas con toxina botulínica, rellenos con ácido hialurónico de poca densidad, hilos tensores, peelings y tratamientos cosméticos hidratantes y despigmentantes prolongados, nos permiten lograr una mejoría importante de la zona. Es indispensable una evaluación clínica completa de las alteraciones y sus probables causas, comprender que las cejas constituyen el marco de la mirada y variaciones pequeñas en su forma o ligeros cambios en su posición pueden provocar cambios importantes en la apariencia general del rostro, las arrugas peri-oculares que pueden presentarse en pacientes muy jóvenes y la presencia de ojeras oscuras, hundimientos o bolsas. Además se hace necesario un entrenamiento específico y profundo de las técnicas mencionadas, así como conocimiento profundo de los productos y gran habilidad en su aplicación. La región peri-ocular presenta varios aspectos estéticos a considerar, es fundamental hacer un diagnóstico correcto del grado de flacidez y saber cuando referir al paciente a un cirujano plástico o un oftalmólogo, para corrección quirúrgica. Las cejas constituyen el marco de la mirada y variaciones pequeñas en su forma o ligeros descensos pueden provocar cambios importantes en la apariencia. Las arrugas peri-oculares, flacidez y resequedad del párpado inferior, pueden presentarse inclusive en pacientes muy jóvenes. La presencia de ojeras y/o bolsas, debidas a debilidad de la región, aumento o protrusión de los compartimientos grasos, manchas en la piel de la zona o transparencia del sistema venoso. Tratamiento



Estético de las Cejas: Cuando nos referimos a las cejas debemos valorar la forma y posición, es indispensable el conocimiento anatómico del rostro y sus variaciones en cuanto al sexo y raza. Limpieza o depilación. Tomando en cuenta la distancia de los ojos el efecto óptico de la depilación del entrecejo, provocará que estos se vean juntos o separados. Reubicación o elevación de las cejas, arqueado o levantamiento de la cabeza o de la cola, podemos hacerlo con toxina botulínica, logrando excelentes resultados, que van a depender de la técnica de colocación y de la fuerza muscular de los músculos involucrados. En algunos pacientes jóvenes o con muy poca fuerza del frontal en el tercio externo, es recomendable el uso de hilos tensores, recomendando la técnica rusa debido a que en la mayoría de los casos el tejido celular subcutáneo es tan escaso que un hilo grueso o una disección necesaria en la técnica búlgara producirá un trayecto fibroso generalmente visible y poco estético. Una referencia especial tienen aquellas pacientes con descenso de la cabeza de la ceja, exceso de peso en el entrecejo y marcada flacidez en cuyo caso la única técnica que mejora el aspecto de mirada leonina es la colocación de hilos. La necesidad de terapéuticas acompañadas de buena praxis lograra un verdadero rejuvenecimiento dentro de los parámetros de la estética facial.

REFERENCIAS

1. Vélez M, Cisneros JL.: “Fundamentos de la Fotodepilación”. En Laser en Dermatología y Dermocosmética. 2ª edición Editor:JL.
2. Cisneros , FM Camacho, MA Trelles. Ed. Aula Medica , Madrid. España.2008, Pp.275-295
3. Velez Gonzalez M.: “What’s new in hair removal?”. Laser Europe 2008- ESLAS 9-10 May 2008. Firenze. Italy.





3. Drosner M, Adatto M.: “Photo-epilation: Guidelines for care from the European Society for Laser Dermatology (ESLD)”. J Cosmet Laser Ther.2005;7:33.
4. Sadighha A, Mohaghegh Zahed G.: “Meta-analysis of hair removal laser trials”. Lasers Med Sci. 2009 ;24:21.
5. Tejero PG, Martin CM.: “Fotodepilación: Estudio retrospectivo de efectos secundarios, complicaciones y tratamientos en zonas difíciles”. Boletín SELMQ 2005 18; 2.





**IMPORTANCIA, FUNCIONES PRINCIPALES, PROCOLOS DE
TRATAMIENTOS Y EVALUACIÓN FOSFATIDILCOLINA Y
DEOXYCOLATO.**

**IMPORTANCE, FUNCTIONS, AND EVALUATION TREATMENT PROCOLOS
PHOSPHATIDYLCHOLINES AND DEOXYCHOLATE**

Alida Harb Raide.

Fundación Centro de Estudios de Medicina Estética, Caracas Venezuela.

Email: fuceme@gmail.com

La demanda de Lipólisis con inyecciones de Fosfatidilcolina y Deoxicolato ha experimentado una creciente popularidad en todo el mundo por ser un tratamiento estético no invasivo con resultados muy buenos y casi sin efectos secundarios. La fosfatidilcolina es un fosfolípido de membrana que participa activamente en la estructuración y el transporte celular. No es tóxica, ni mutagénica, ni presenta efectos teratogénicos. Está indicada, principalmente, en el tratamiento por vía endovenosa de la embolia grasa y la hipercolesterolemia. La fosfatidilcolina es el principal fosfolípido de los mamíferos y representa la mayor proporción en la composición de las membranas celulares. Además, es responsable de la integridad de las membranas y organelas, y del transporte vesicular intracelular. La fosfatidilcolina también ejerce una importante función en la regulación de la homeostasis lipídica, formando parte de las lipoproteínas, activando la lecitina-colesterol aciltransferasa (L-CAT), que aumenta el transporte reverso del colesterol, activando las lipasas, inhibiendo la acumulación de colesterol en los tejidos y solubilizando el colesterol en la bilis. En los pulmones, la fosfatidilcolina actúa como surfactante (tensoactivo), impidiendo la atelectasia alveolar al final de la espiración. La fosfatidilcolina tiene carácter anfipático, siendo hidrolizada específicamente por la fosfolipasa D, generando ácido



fosfatidico (apolar) y colina (polar). El ácido fosfatidico parece estar involucrado en la activación de la vía lipolitica responsable de la reducción de la adiposidad localizada. La Lipolisis se inicia en 1988 cuando Sergio Maggiory, un médico italiano, presento sus resultados en el 5 ° Congreso de Mesoterapia en París después de haber inyectado Fosfatidilcolina en xantelasmas .En 2001 la Dra. Rittes de Brasil publicó su exitoso trabajo en las bolsas adiposas del parpado inferior y es en el año 2002 cuando el Dr. Franz Hasenschwandtner, en Austria, fundador del Network de Lipolisis inicia un nuevo método y protocolo mezclando la fosfatidilcolina con otros componentes que son utilizados principalmente en el tratamiento de adiposidades localizadas corporales en pacientes con índice de masa corporal normal o en pacientes cuyo IMC no supera 28,5. Los resultados han demostrado disminuciones medidas a través de plicometría y uso de cinta métrica en relación a los perímetros corporales. Se realiza un estudio utilizando la formulación fosfatidilcolina (250mg) deoxicolato de sodio (125mg) infectándose el área cada 21 días por dos sesiones. La medición final se realizó 21 días después de la última aplicación. Se pudo obtener un resultado de una disminución en promedio de 1,4 cms a nivel de cintura y 3,4 cms a nivel de la circunferencia abdominal. Por otra parte, la medición plicométrica obtuvo una disminución en promedio de 18,3 mm. Se debe tener en cuenta que en el estudio no se utilizó otra medida terapéutica para la obtención de mecanismos de reducción de volumen graso.

REFERENCIAS

1.-Bishop WR, Pachter JA, Pai JK. Regulation of phospholipid hydrolysis and second messenger formation by protein kinase C. Adv Enzyme Regul 1992;32:177-92





- 2.-Carey GB. Mechanisms regulating adipocyte lipolysis. Adv Exp Med Biol 1998; 441:157-70
- 3.-Rizzo MA, Romero G. Pharmacological importance of phospholipase D and phosphatidic acid in the regulation of the mitogen-activated protein kinase cascade. Pharmacology and Therapeutics 2002; 94:35-50
- 4.-Guyton, A. Tratado de Fisiología Médica. 5a Edición.
- 5.-Ham, Arthur W. Tratado de Histología. 7a edición.
- 6.-Harrison. Principios de Medicina Interna. Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana, S.A. 14a edición Tomos I y II. México 1999
- 7.-Legran, Jean Jacques; Bertorelli, Carlo; Pinto, Raul. Manual Práctico de Medicina Estética. 3a edición. Buenos Aires, Argentina, 1998.
- 8.-Silva-Picon. Tratado de Farmacología Mesoterápica. 1a edición. Buenos Aires, Argentina. Marzo, 2000.





**INNOVACIÓN EN EL CONCEPTO DE PEELINGS : MCS CON ACCIÓN
REJUVENECEDORA Y DESPIGMENTANTE
INNOVATION IN THE CONCEPT OF PEELINGS: MCS WITH ACTION AND
PIGMENT REJUVENATING**

Dra. Alida Harb Raide,

Fundación Centro de Estudios de Medicina Estética, Caracas Venezuela.

Email: fuceme@gmail.com

En el campo de la Dermocosmética ha habido una evolución de las técnicas invasivas a las técnicas no-invasivas. Los peelings representan una de las más utilizadas, especialmente los superficiales y medios. Los peelings son sustancias químicas que cuando son aplicadas a la piel producen una exfoliación y al mismo tiempo una estimulación de la dermis. Se describe un nuevo concepto de peeling semioclusivo: Melanin Control System, orientado hacia el tratamiento despigmentante, rejuvenecedor y antiseborreico de la piel. El tratamiento objeto de este estudio: MCS combina la composición de diferentes activos a altas concentraciones que se aplica en forma de mascarilla semi-oclusiva durante un tiempo de 4 a 8 horas de acuerdo a la patología y Fototipos I-V. Usando Melanin Home care como mantenimiento. Se ha realizado un estudio clínico sobre 249 pacientes divididos en 3 grupos según su proceso predominante: Hiperpigmentaciones de diversa índole (138 pacientes), Envejecimiento cutáneo (55 pacientes) ,Piel seborreica (56 pacientes). El estudio consistió en aplicar la máscara en dos sesiones, separadas por un mes y la observación de los resultados después de ambas sesiones. Para valorar los resultados se realizaron las siguientes medidas objetivas en cada grupo: Índice de Melanina antes y después del tratamiento en el grupo de alteraciones pigmentarias, Moldes de silicona en las arrugas antes y después del tratamiento en el grupo de envejecimiento cutáneo, Contaje de





comedones/lesiones acnéicas antes y después del tratamiento en el grupo de piel seborreica. Los resultados obtenidos después de la realización del estudio son los siguientes: Alteraciones pigmentarias: Resultados excelentes 90% de los casos, Buenos en un 7% , Regulares en un 3 %. Envejecimiento cutáneo : Resultados fueron excelentes en un 80% , Resultados buenos y regulares que se relacionaron con los casos de menor tiempo de aplicación en fototipos más bajos, No hubo malos resultados. Piel seborreica y acné: Resultados excelentes en un 75% de los casos. La mascarilla oclusiva MCS supone una gran innovación en el campo de la Dermocosmética por sus resultados y su polivalencia al abarcar diversas indicaciones.

REFERENCIAS

1. Rubin MG. Glycolic Acid Peels. Manual of chemical peels. Superficial and medium depth. Ed. Rubin MG. JB Lippincott. 1995; 89-102
2. Stegman SJ. A comparative histologic study of the effects of three peeling agents and dermabrasion on normal and sun damaged skin. Aesthetic Plast Surg 1982;6:123-135
3. Brody HJ. Chemical peeling. St Louis, Mosby-Yearbook 1992
4. Van Scott EJ, Yu RJ. Alphahydroxyacids: procedures for use in clinical practice. Cutis 1989; 43: 222-9
5. Berger R. Initial studies show salicylic acid promising as antiaged preparation. Cosmetic Dermatol 1997; 10:31-2





**UN ENFOQUE DIFERENTE PARA TRATAR EL SOBREPESO
DIFFERENT APPROACH TO TREAT OVERWEIGHT**

Leonor Lemmo

Fundación Centro de Estudios de Medicina Estética, Caracas Venezuela.

Email: fuceme@gmail.com

El concepto de obesidad ha ido variando en el tiempo debido al avance de los estudios científicos y al mejor conocimiento de la conducta del paciente obeso. “La Obesidad es sin duda alguna, una patología crónica y recidivante consistente en una proporción excesiva de grasa corporal que se relaciona con problemas de salud” Dr. Jesús Velázquez, Congreso SCVO Marzo 2012. Hay que hacer una diferencia entre Sobrepeso y Obesidad, además de la clasificación por el IMC (OMS $IMC > 30$) Obesidad, o por el % de Grasa o el Índice cadera/altura, la presencia o no de otras enfermedades y las complicaciones o comorbilidades asociadas al aumento del % de grasa, hacen una diferencia significativa a la hora de escoger el método ideal para afrontar la pérdida de peso. Esto quizás nos permita introducir el término Pre-obesidad, donde estarían los pacientes con mayor o menor grado de aumento de % de grasa pero que todavía no presentan alteraciones sistémicas apreciables de la enfermedad. “La Obesidad no es No es un estilo de vida elegido, si no una enfermedad causada por una predisposición genética y por la exposición a un ambiente obesogénico.” Dr. Ranier Gutierrez. VII Congreso SCVO. Marzo 2012. El doctor Gutiérrez presentó varios trabajos donde se demuestra que los alimentos palatables (dulces y grasos) son capaces de desarrollar adicción en los roedores, siendo cada vez mayor la cantidad necesaria de alimentos para obtener el mismo grado de satisfacción, como se observa





También en los trabajos del Dr. Paul Kenny 2011 El mecanismo cerebral de hambre saciedad, presenta 2 vías importantes: la vía homeostática, N. arquato, Hipotalámico, la vía Hedónica mucho más activa, funciona por sabor y recompensa. Ambas vías implican la liberación de varios neurotransmisores, mediadores químicos, dentro de ellos la liberación de Dopamina y la acción de esta en los receptores D2/D3, donde hay una correlación similar al efecto de las drogas. Los trabajos de la Dra. Nora Walko demuestran que tanto con drogas como la cocaína, la metanfetaminas, el alcohol y la comida en exceso provocan en el cerebro una disminución en la cantidad de receptores D2. Así mismo los trabajos del Dr. Wang y col 2001, demuestran que el poder adictivo del dulce es mayor que el de la cocaína. Por toda esta evidencia científica me permitiría definir el sobrepeso Enfermedad compleja, y progresiva, con una predisposición genética, provocada por una adicción a alimentos palatables, comienza desde edades tempranas, inducida en el hogar, estimulada por la oferta constante de mayor cantidad y mejores sabores, en fiestas familiares, restaurantes, T.V., etc. Exacerbada por la vida sedentaria, por falta de tiempo para hacer ejercicio, el estrés, el trabajo. Basado en todo lo anteriormente expuesto es muy difícil tratar una adicción a los alimentos con una simple indicación médica de dieta sana y balanceada de 1500 calorías, una hora de ejercicio diaria, no alcohol, ni cigarrillos. Como toda enfermedad hay que hacer una evaluación exhaustiva de las causas, referir a otros especialistas para evaluar otros órganos y sistemas, pero si estamos frente a un paciente con sobrepeso, recurrente, conoce varios nutricionistas, ha seguido varios regímenes bajos en calorías, confiesa que realmente hace el esfuerzo pero que la necesidad de comer supera su deseo por rebajar. Todos sabemos que lo ideal es la pérdida progresiva de peso con una dieta balanceada baja en calorías acompañado de un aumento progresivo de la actividad física. En estos casos hay que recurrir a métodos no tan naturales, entre ellos uno que ha tenido mucha controversia, pero que indudablemente ha tenido muchísimos adeptos es el





método diseñado por el Dr. Dukan, quien suprime en una primera etapa de shock que tiene una duración de 1 a 10 días, todas las comidas palatables, carbohidratos y grasas, permitiendo a voluntad proteínas, algunos lácteos, unos 78 alimentos. En una segunda etapa llamada de crucero, cuya duración depende de los kilos a perder, se permiten entonces algunos vegetales bajos en calorías, aumentando a unos 100 alimentos. Luego de alcanzado el peso deseado se pasa a la fase 3 donde se van introduciendo frutas, granos, pan integral, etc. Esta tercera fase o de consolidación tarda 10 días por cada kilo perdido, luego se pasa a una cuarta etapa con ciertas restricciones que dura toda la vida. Es indispensable el consumo de líquidos, en especial agua diariamente un mínimo de 1,5 litros y realizar ejercicio físico mínimo 20 minutos por día. Otro método extremo es la malla lingual que impide la ingestión de sólidos.

REFERENCIAS

1. Toth MJ, Tchernof A, Sites CK: Effect of menopausal status on body composition and abdominal fat distribution. *Int J Obes* 2000; 24: 226-31.
2. Melchionda N, Enzi G, Caviezel F, Cairella M, Contaldo F, Gatto MR y cols.: Epidemiology of obesity in the elderly: CNR multicenter study in Italy. *Diabetes Res CLIN Pract* 1990; 10 (Supl. 1): S11-6.
3. Mokdad AH, Serdula MK, Dietz WH, Bowman BA, Marks JS, Koplan JP: The spread of the obesity epidemic in the United States, 1991-1998. *JAMA* 1999; 282: 1519-22.
4. Wang P, Hassager C, Ravn P, Wang S, Christiansen C: Total and regional body-composition changes in early postmenopausal women: age related or menopausal related? *Am J Clin Nutr* 1994; 60: 843-8.





5. Milewicz A, Tworowska U, Demissie M: Menopausal obesity -myth or fact?
Climateric 2001; 4: 273-83.



**TERAPIA COMBINADA CON LASER ERBIO-YAG Y PLASMA RICO EN
PLAQUETAS EN CICATRICES TRAUMATICAS
COMBINATION THERAPY WITH ERBIUM-YAG AND PLATELET RICH
PLASMA I TRAUMATICS SCARS**

Carmen Beltrán

Fundación Centro de Estudios de Medicina Estética, Caracas Venezuela.

Email: fuceme@gmail.com

Para el mejoramiento de las cicatrices encontramos como alternativa terapéutica la combinación de Láser de Erblio-yag y el Plasma Rico en Plaquetas (PRP) en simultáneo. Dichas técnicas actúan de manera sinérgica, lo que permite reducir el número de sesiones, encontrando resultados excelentes y precoces. El Láser de Erblio-yag es utilizado en parámetros ablativos para eliminar la epidermis lesionada y, en parámetros no ablativos, para producir calentamiento de la dermis, dando como resultado la neo-formación de fibras colágenas de la matriz extracelular y una epidermis mas homogénea. El PRP aporta factores de crecimiento epidérmicos y dérmicos, permitiendo una resolución mas rápida y armónica de la herida ocasionada con láser. Las ventajas de esta combinación: uso en todos los fototipos cutáneos, rápida recuperación, escaso sangrado, poco dolor, uso en cualquier área corporal. Entre las desventajas encontramos que no hay pruebas de su respuesta en cicatrices queloides y amerita varias sesiones. La disrupción cutánea desencadena una cascada de mecanismos de curación de la herida que resultan finalmente, en su cierre con la consecuente formación de una cicatriz. Debido a esto, podemos decir que las cicatrices son ubicuas. Las cicatrices tienen múltiples causas tales como: traumáticas, quirúrgicas, por quemaduras, post inflamaciones. Para que una cicatriz se forme, deben suceder los



siguientes tres estadios o fases: Inflamación: donde encontramos la activación de la cascada de coagulación y el complemento, donde se liberan citoquinas y factores de crecimiento (TGF- β y PDGF) dando lugar a la formación de la matriz provisional. Proliferación: sucede la migración de Fibroblastos, células endoteliales y Queratinocitos, con la consecuente formación de Colágeno tipo I y III, Elastina, proteoglicanos, queratinocitos, fibronectina y vasos sanguíneos. Remodelado: en esta fase se remodelan la red de colágeno y los proteoglicanos. El ácido hialurónico se reemplaza por glicosaminoglicanos. Aumentan los 2 tipos de colágeno y, posteriormente en la maduración, de disminuye el colágeno tipo III y persiste el tipo I. De acuerdo al comportamiento celular en alguna de estas fases o, en todas, tendremos como resultado cicatrices que van desde imperceptibles hasta hipertróficas, queloides o retráctiles. Al evaluar los motivos por los cuales consultan los pacientes cuando acuden a mejorar y/o eliminar una cicatriz, nos encontramos los siguientes: disconfort con respecto a la textura, sensación de tracción con limitación de movimiento, prurito, piel hipersensible y adelgazada, y, finalmente, el aspecto puramente estético de las mismas. Esta situación exige la búsqueda de tratamientos que logren mejorar, si no todas las molestias que aquejan a los pacientes, al menos varias de ellas. Es por esto que surge el planteamiento de una terapia combinada de Láser de Erbio-yag y Plasma Rico en Plaquetas (PRP) de manera simultánea. Preparación del paciente: Uso de despigmentantes por, al menos 3 semanas previas al tratamiento + Acido glicólico. Uso de protección solar. Suspensión de Aspirina y otros antiplaquetarios 1 semana previa al tratamiento. No consumir AINES ni alcohol las 72 horas previas al tratamiento. Indicar antivirales en caso de presentar antecedentes de Herpes virus. Solicitar hemograma o recuento plaquetario 1 semana previa al tratamiento. Tratamiento: Limpieza y desinfección de la zona a tratar. Anestesia tópica y oclusión por, al menos 40 minutos. Extracción de sangre para obtención de PRP. Retiro del anestésico y secado de la piel. Realización de láser de Erbio-yag



ablativo Realización de láser de Erbio-yag no ablativo. Barrido de detritus con solución fisiológica. Colocación de PRP mediante técnica de riego o infiltrado intradérmico. Aplicación de ungüento antibiótico. Cura cerrada o abierta según el caso. Complicaciones Hiper o hipopigmentaciones. Contaminación y/o infección del área tratada. Milia, Dermatitis. Contraindicaciones Las inherentes al uso de láseres ablativos y/o al PRP.

REFERENCIAS

1. Cisneros, J.L; Camacho, F.M; Trelles, M:A; Láser en Dermatología y Dermocosmética. Aula Médica, 2.008
2. Goldberg, David; Laserterapia volumen 1, Elsevier, 2.006
3. Sabiston D. C; Tratado de Patología Quirúrgica, Interamericana, 1.990.
4. Gürgen, Marcus; Treatment of chronic wounds with autologous platelet-rich plasma; EWMA journal 2.008, vol 8-2.
5. Sánchez M, Anitua E, Azofra J, Andía I, Padilla S, Mujika I. Comparison of surgically repaired Achilles tendón tears using platelet-rich fibrin matrices. The American journal of Sports Medicine 2.007; 35(2): 245-51.





**ALOGENOSIS IATROGÉNICA
ALOGENOSIS IATROGENIC**

Víctor García

Fundación Centro de Estudios de Medicina Estética. Caracas, Venezuela.

Email: fuceme@gamil.com

En el siglo XX y recién comenzado siglo XXI mucho ha sido la importancia que los individuos le hemos dado a la belleza y la lucha contra el envejecimiento. No estamos en contra de ello, de hecho trabajamos para tal fin, pero ante todo debemos estar conscientes de ese gran precepto de la medicina “no dañar”, ante todo eso, no causar alteraciones en la salud de los individuos. Dentro de las diferentes herramientas que exploramos en este sentido se encuentran los “materiales de relleno”, que buscan fundamentalmente la corrección de la profundidad de las arrugas o el moldeamiento corporal. Sin embargo, esta necesidad de rellenar las arrugas o producir cambios de la imagen corporal ha llevado a desastrosos resultados producidos por varias de las sustancias utilizadas, y que pueden aparecer hasta años después de su aplicación. Esto ha llevado a una gran inquietud de parte del grupo de profesionales que trabajan en el área estética a fin de poder frenar los inconvenientes ocasionados y respetar el principios ya antes mencionado, ya que las correcciones de los defectos o alteraciones producidas son de muy difícil resolución, y han llevado a las personas, a la depresión, la desesperación y hasta la muerte. Si hablásemos estadísticamente el Dr. Coiffman en su estudio realizado nos dice que más de un millón de personas son afectadas anualmente por este mal. El particularmente se su estudio observó 342 casos, y nosotros en nuestra observación particular ya tenemos 126 casos de alteraciones producidas por esta práctica. El análisis de los casos estudiados lleva a determinar que las alteraciones pueden ocurrir desde horas después de haber aplicado el material hasta 25 años después de la colocación de los mismos. El 96% de los pacientes reportan no saber que les fue inyectado y de ellos un 92% corresponden al sexo femenino.





Entonces, cabría preguntarse ¿Qué estamos haciendo?, ¿ha donde nos dirigimos con este tipo de terapias?, ¿sabemos realmente que es lo que estamos utilizando?, ¿Estamos realmente haciendo belleza o irrespetándola y además crear un problema de salud? Para el año de 1899 se reportan los primeros casos, realizados por Gersuny, de inyectar parafina para corregir problemas de piel, sobre todo por deformaciones, viéndose en años posteriores los efectos indeseables de esta práctica. En 1946, Sakurai en Japón, utiliza la silicona para la corrección de arrugas y defectos corporales, inclusive uniéndole a otros hidrocarburos para conseguir así una actividad irritante mayor creadores de una fibrosis reparativa, teniendo resultados no muy alentadores. Luego en 1962, Cronin y Gerow comenzaron a utilizar bolsas de silicona para implantes mamarios, sin embargo, no podemos olvidar todos los problemas presentados años posteriores por la dispersión del producto en cuerpo humano que llevo a grandes demandas de una empresa norteamericana que aún cancela indemnizaciones por este motivo. Para la década de los setenta se uso la silicona inyectable para moldear cuerpos, viéndose en años posteriores todas las alteraciones correspondientes al procedimiento. Y de esta manera han ido apareciendo gran cantidad de sustancias, donde las reabsorbibles y reconocidas por el organismo, como el colágeno bovino, el colágeno porcino y el ácido hialurónico, a pesar de desaparecer del organismo y tener resultados en períodos de tiempo corto, de 6 a 10 meses, representan la única forma segura de acción en la corrección de arrugas particularmente, y de defectos corporales con la entrega de materiales de estos compuestos con mayor duración. Teoría Inmunologica: El organismo biológico reacciona a la presencia de sustancias. Cuando se aplican en el, elementos que son reconocidos como propios, el sistema inmunológico le actúa de manera inmediata con una respuesta inflamatoria aguda, pero al reconocer la sustancia como parte constituyente de la piel, este fenómeno desaparece y sigue el curso natural de actividad bioquímica que terminará en la degradación del producto, como ocurre con los colágenos o el ácido hialurónico. Ahora bien, en el caso de un material sintético o



“permanente”, la respuesta inmunológica inicial aguda se convierte en una respuesta crónica, ya que al no ser reconocida la sustancia como propia de los tejidos, el sistema inmunológico busca su destrucción o eliminación. Sin embargo, este no cuenta con los mecanismos para ello, por lo que la única respuesta que le queda es aislar la sustancia mediante un mecanismo de fibrosis y encapsulamiento lo que da origen a los granulomas y otras alteraciones aún más severas. Al definir esta patología, el Dr. Coiffman menciona: “Alogenosis”: producidas por sustancias alógenas, es decir, extrañas al organismo. “Iatrogénica”: porque es una enfermedad que la producen los médicos o personas no médicas que la inyectan. Es decir, que se trata de una patología producida por la inyección en el tegumento de sustancias extrañas a los tejidos, no reconocidas como propias, realizadas por un individuo, médico o no, conociendo las alteraciones y consecuencias que pueden acarrear. Entre las sustancias utilizadas encontramos: siliconas, metacrilatos, aceites minerales, las llamadas “células expansivas” y aceites vegetales entre otros. Una vez establecido el problema podemos encontrar una variedad importante de signos que se presentan en los sitios de inyección: Inflamación, Irregularidades, Cicatrices queloideas. Hiper o Hipo pigmentaciones, Ulceraciones, Endurecimiento, Necrosis, Desplazamiento por gravedad de la sustancia, Infección, Fístulas. En general, todas estas afecciones son de difícil abordaje y tratamiento, y se llevan a los pacientes a padecer de una gran cantidad de pruebas terapéuticas que acarrear dolencias estéticas, anímicas, económicas, familiares y laborales, por lo que cabría preguntarse: ¿Qué se está haciendo? Hemos mencionado que el período de latencia de aparición de toda la problemática puede llevar hasta 25 años, por lo cual y en realidad, no existen garantías. De las personas tratadas por la enfermedad solo muy pocas pueden tener resultados promisorios de mejoría, y en ocasiones, se produce mayor deformidad y hasta riesgo de la vida. Es importante hacer un llamado de alerta para quienes practican estos procedimientos, no se puede jugar a la belleza, ante todo se debe respetar la salud de los individuos y conservar muy remotamente la posibilidad de hacer

daño. Debe representar esto una llamada de atención muy importante, es peligroso pensar, que a expensas de la salud de las personas ¿Es más importante el dinero? Consideramos que lo mas importantes es “primun no nocere”, debe ser el fin de todo quien trabaja en el área de las ciencias de la salud, y a ello no escapa la estética en ninguno de sus renglones.

REFERENCIAS

1. Coiffman, F.: "Inyección de sustancias alógenas. Sus peligros". Revista Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica. Bogotá, 2000.
2. Coiffman, F.: "Alogenosis iatrogénica: una nueva enfermedad". Revista Médica Sánitas. Bogotá, Abril-Junio, 2006.
3. Frank P. and Gendler E.: "Hyaluronic Acid for Soft-Tissue Augmentation". Clin. Plast. Surg. 2001, 28:121.
4. Kagan, H.D.: "Sakurai inyectable silicone formula". Arch. Otol., 1963, 78:663.
5. Klein, AW.: "Substances for soft tissues augmentation". En Dermatology in general medicine. 5a. Ed. Ed. Fitzpatrick. C.V. Mosby Co. St. Louis, 2000. Pp: 2.969-2.980
6. Sailan, Z.: "Facial Fillers and their Complications". Aesth. Surg. J. May/June, 2003.
7. Spector, M.: "Biomaterials". En Plastic Surgery. Indications, operations and outcomes. Editor Achaner et al. Mosby. Tomo 1. 2000. Pp. 239-260.





**MATERIALES AUTLOGOS PARA RELLENOS FACIALES
FACIAL FILLERS DOR MATERIALS AUTOLOGOS**

Gladys Velazco

**Centro de Investigaciones Odontológicas, Facultad de Odontología, Universidad de
Los Andes, Mérida Venezuela.**

Email: gvelazco@ula.ve

Existen muchos materiales de origen autologo o heterologo que pueden no ser alérgenos y ni causar Alogenosis iatrogénica. El plasma rico en factores en fibrina es un hemoderivado autólogo con altas concentraciones plaquetarias, que se utiliza para dirigir y maximizar la reparación de heridas tanto quirúrgicas como no quirúrgicas. Los principales componentes son el factor de crecimiento derivado de plaquetas, factor de crecimiento endotelial vascular, factor de crecimiento transformador tipo beta, factores de crecimiento epidérmico, factor de crecimiento fibroblástico y factores de crecimiento insulínico tipo I. Estos factores promueven las síntesis de matriz extracelular, estimulan la síntesis de colágeno tipo I, fibronectina y osteonectina, sedimentación de matriz extracelular y quimiotaxis, disminuyen la síntesis de metaloproteínas y de factor activador de plasminógeno, con lo cual disminuye la destrucción de matriz extracelular. Se promueve la reparación y regeneración celular estimulando la mitosis y migración celular, así como promoviendo la síntesis de proteínas como la fibronectina. Contiene también agentes quimiotácticos para células vasculares endoteliales, promoviendo así la neovascularización de la herida. Se ha observado acción proangiogénica por acción quimiotáctica sobre células endoteliales. El PRF se ha utilizado principalmente por cirugía maxilofacial y dental para la reparación de defectos provocados por la extracción dental o resección tumoral, así como para alveoloplastia. Otras especialidades han estudiado su efecto en procedimientos quirúrgicos,



como son la acromioplastía²⁵, artroscopía, ritidectomía con injertos de grasa heridas de piel²⁸ e infiltración por lesión de ligamento de tobillo, donde reportan aceleración en la cicatrización y disminución del riesgo de infección, menores molestias posquirúrgicas y recuperación más rápida. La fibrina (polímero del fibrinógeno) es una malla proteica constituyente del tapón hemostático. Esta red se caracteriza principalmente por su estructura espacial, las dimensiones de sus fibras, el grado de ramificación, porosidad, elasticidad y rigidez, propiedades que dependen de factores como temperatura, concentración de iones y otras sustancias plasmáticas, pero principalmente de fibrinógeno, trombina y factor XIII. Cuando aumentan las concentraciones de fibrinógeno o trombina, las redes de fibrina son más densas, de menor porosidad y formadas por fibras más cortas. La fibrina tiene una importante función como cofactor de la fibrinolisis. La activación del plasminógeno y la acción de la plasmina sobre la fibrina dependen de la estructura de la red. Las redes compactas son lisadas más lentamente, mientras que dentro del mismo gel, las fibras delgadas son disueltas antes que las gruesas. Por otra parte, fibras gruesas resultan mejores cofactores de la activación del plasminógeno. Conocer estos factores y la técnica de obtención nos proveerá de un material autólogo fabuloso para el relleno facial, sin contraindicaciones y favorablemente aceptado por el paciente.

REFERENCIAS

1. Cohen SR, Kalinowski J, LaRossa D, Randall P. Cleft palate fistulas: A multivariate statistical analysis of prevalence, etiology and surgical management. *Plast Reconstr Surg.* 1991;87:1041—7.
2. Emory Jr RE, Clay RP, Bite U, Jackson IT. Fistula formation and repair after palatal closure: an institutional perspective. *Plast Reconstr Surg.* 1997;99:1535—8.





3. Smith DM, Vecchione L, Jiang S, Ford M, Deleyiannis FW, Haralam MA, et al. The Pittsburgh fistula classification system: a standardized scheme for the description of palatal Fistulas. Cleft Palate Craniofac J. 2007;44:590—4.
4. Muzaffar AR, Byrd HS, Rohrich RJ, Johns DF, LeBlanc D, Beran SJ, et al. Incidence of cleft palate fistula: an institutional experience with two-stage palatal repair. Plast Reconstr Surg. 2001;108:1515—8.

