

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

XVII JORNADAS DE LA AMECLM

*del 24 al 26 de octubre de 2024 en la Institución
Ferial de la Diputación de Ciudad Real*

*Medicina estética contra viento y marea:
Nada más potente que compartir conocimiento*

Programa oficial

Curso de Androestética y más

Curso de Medicina Estética en el Embarazo y el Postparto

Resúmenes de las ponencias

Comunicaciones libres



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

Ctra. Peraleda, 5. Edificio El Rosario
45005 Toledo
Tfno.: +34 949 318 498
Correo electrónico: ameclm@ameclm.org

Comité científico

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

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

Prof. José Ricardo Cabo,
ex catedrático de Bioquímica y Biología Molecular de la Universidad
de Valencia

Prof. Rafael Linares,
profesor titular de Anatomía y Embriología Humana

Dr. Juan Antonio López López-Pitalúa,
presidente de la SEME

Dra. Petra Vega,
ex presidenta de la SEME

Dr. José Serres,
presidente de la SEMAL

Comité organizador

Dra. Paloma Tejero
Dr. Eduardo Gil
Dra. María Victoria López Fernández
Dra. Ana Belén López Sánchez
Dr. Eduardo de Frutos
Dr. Isidoro Gómez Caverio
Dra. Montserrat Jiménez Sánchez
Dra. Ana Isabel Gómez Gómez
Dr. Ricardo Lamana
Dra. Carlota Hernández Sanz
Dra. Cruz Cárdenas
Dr. Moisés Rodríguez Abascal
Dra. Dolores Robina

Coordinación Editorial

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

Edita:

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

Ctra. Peraleda, 5. Edificio El Rosario. 45004 - Toledo
Tfno.: +34 949 318 498
Correo electrónico: ameclm@ameclm.org
ISSN N° 2254-1152
Depósito legal: AB-588-2012

Maquetación e impresión:

Gráficas Cano. Carretera de Valencia, 10
Telf. 967 246 266. 02008 ALBACETE
e-mail: graficascano@graficascano.es - www.graficascano.es

Medicina estética contra viento y marea: nada más potente que compartir conocimientos

Las XVII Jornadas de la AMECLM reflejan más que nunca el momento que vive hoy la medicina estética. Es un momento difícil, con numerosos frentes abiertos: formación, contenidos, inteligencia artificial... Lucha contra la mala praxis, contra la publicidad muchas veces engañosa, contra el intrusismo de muchos *no médicos*, que piensan que nuestro campo médico consiste sólo en pinchar rellenos y toxina y ganar dinero, etc.

Por eso hoy más que nunca necesitamos entender que medicina estética es medicina, y que no perdemos la condición de médicos diagnosticando, explorando, prescribiendo, inyectando un filler o haciendo un tratamiento con láser.

Por eso hoy más que nunca necesitamos estar unidos, unidos como médicos para buscar soluciones. Como prueba, estas Jornadas que vamos a realizar en colaboración con la Asociación de Médicos de Medicina Estética de Sevilla (AMMES).



Son muchos los motivos, el primero saber que juntos somos más fuertes y que juntos luchamos mejor. También para responder a la demanda de la industria, de las empresas que año a año nos acompañan, sin las que la organización sería muy difícil, y que nos piden también que disminuya el número de eventos para poder estar en todos.

Y lo más importante: porque para luchar *contra viento y marea* no hay mejor arma que compartir conocimientos. Necesitamos la presencia y la colaboración de todos. Hemos preparado un ambicioso programa, en el que la participación, los talleres en directo y los espacios de debate serán los grandes protagonistas.

Queremos que la voz de la medicina estética se reconozca como imprescindible en todo equipo multidisciplinar, en el engranaje necesario e imprescindible para conseguir salud, belleza y calidad de vida como nos piden nuestros pacientes.

Por eso en estas XVII Jornadas contamos con tu presencia. Porque sólo juntos, compartiendo conocimiento, podremos luchar *contra viento y marea*. Os esperamos.

Dra. Paloma Tejero García

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

SUMARIO

6

Reportaje sobre las XVII Jornadas

8

Programa de las XVII Jornadas

12

Salas y stands

13

Patrocinadores

14

Ponencias del Curso de Androestética y Más

19

Ponencias del Curso de Medicina Estética en el Embarazo y el Postparto

22

Ponencias de las XVII Jornadas

45

Talleres

46

Ponencias del Taller de Equipo Multidisciplinar

49

Comunicaciones libres

60

Próximas actividades

62

Normas de publicación de artículos científicos

63

Listado de miembros admitidos

Axhidrox

2,2 mg/pulsación
crema

Glicopirronio

¿HIPERHIDROSIS?
Calma

Primer medicamento tópico
indicado en hiperhidrosis*



PVL=35€ PVP IVA= 54,64€

Axhidrox está indicado para el tratamiento tópico de la hiperhidrosis axilar primaria grave en adultos.

1.Ficha técnica de Axhidrox 2,2 mg/pulsación crema. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/88077/88077_ft.pdf (último acceso: Junio 2024).

Calentando motores para las XVII Jornadas de la AMECLM en Ciudad Real

Los próximos días 24, 25 y 26 de octubre se celebran las XVII Jornadas de la Asociación de Medicina Estética de Castilla-La Mancha (AMECLM) en la Institución Ferial de la Diputación de Ciudad Real (IFEDI), con las que esperamos repetir el éxito y la gran acogida que ha tenido esta iniciativa formativa en pasadas ediciones. Como novedad, este año colaboran con nosotros los compañeros de la Asociación de Médicos de Medicina Estética de Sevilla (AMMES). De esta forma, apostamos decididamente por aunar fuerzas con asociaciones amigas para hacer las Jornadas más atractivas y facilitar la participación tanto a los médicos interesados como a las empresas del sector.



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, 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.

En esta ocasión, el lema de las Jornadas es “Medicina Estética. Nada más valioso que compartir conocimiento”, que pretende llamar la atención sobre los problemas que está padeciendo nuestro campo, sobre todo debido al intrusismo por parte de profesionales no médicos. Insistimos en que eventos como nuestras Jornadas son esenciales para que los médicos estéticos se formen de manera continuada, con una formación de calidad, basada en las evidencias científicas, que analice los nuevos tratamientos, productos, tecnología, medicamentos, etc., que aparecen continuamente en el mercado. Ésta es la mejor garantía que podemos ofrecer para proporcionar diagnósticos y tratamientos específicos y personalizados, con los que esperamos mejorar los inestetismos de nuestros pacientes con las mejores posibilidades de ofrecer no sólo salud, belleza y bienestar, sino también una auténtica medicina preventiva en colaboración con otras especialidades médicas.

Un año más, nuestras Jornadas ha sido reconocido como “de interés sanitario” por las autoridades castellano-manchega. Asimismo estamos pendientes de recibir por parte de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha la acreditación oficial de esta actividad formativa.

Cursos Prejornadas: Androestética y Embarazo y Postparto

El 24 de octubre tendremos dos cursos prejornadas: Androestética y Más y Medicina Estética en el Embarazo y el Postparto. En el primero haremos un abordaje integral del paciente hombre desde la fisiología, la hormonoterapia, la estética genita masculina y el abordaje global del envejecimiento: piel, pelo, cara, etc. Siempre alternando exposiciones teóricas con demostraciones y prácticas que faciliten el aprendizaje de los inscritos.

En cuanto al curso de Medicina Estética en el Embarazo y el Postparto, queremos saber lo que podemos aportar a las mujeres en esos dos periodos tan esenciales para ellas. Aunque se deben respetar ciertas limitaciones, contamos con tratamientos seguros, que contribuirán a satisfacer sus demandas medicoestéticas en estas etapas en las que quieren seguir manteniendo una imagen bella, que conjugue además la salud y el bienestar. De nuevo alternaremos intervenciones teóricas con talleres prácticos en directo.

¿Y las XVII Jornadas?

Nuestra intención es que las Jornadas sean prácticas e interactivas, fomentando la participación de los congresistas para alcanzar consensos de tratamientos. Organizaremos nuevos formatos, con debates, tratamientos en directo... y coloquios entre todos los que participamos en las Jornadas. Contamos con grandes ponentes de talla nacional e internacional.

El programa científico pretende recoger todo lo que es actual e importante en nuestro campo. Iniciaremos las Jornadas debatiendo sobre medicina regenerativa: exosomas, PRP y células madre. Y también sobre cómo abordar la obesidad: ¿utilizamos fármacos sí o no?, ¿cuál?, ¿cuándo?, etc. Nuestra conferencia inaugural, a cargo del prestigioso Dr. Nabil Fakih, creemos que será apasionante, puesto que hablaremos de las aplicaciones de la inteligencia artificial en medicina estética. No olvidamos la actualidad en fillers: híbridos, combinación de tratamiento o rinomodelación y, muy importante, cómo podemos reconocerlos desde el punto de vista histológico.

Respecto a la mesa sobre asuntos legales, queremos que aprendáis a denunciar los casos de intrusismo que detectéis, con información práctica sobre trámites y documentación a aportar. Debatiremos con representantes del mundo universitario sobre la situación de la formación en medicina estética y, por último, contaremos con la

Consejería de Sanidad para que nos explique la nueva normativa que se está preparando sobre centros de medicina estética en nuestra comunidad autónoma.

Nuestros compañeros de AMMES presidirán la mesa sobre técnicas con nombre de autor, que nos ofrecerá una visión novedosa y práctica sobre diferentes procedimientos en nuestro campo médico. Tampoco podría faltar nuestro clásico Simposium de Toxina Botulínica, con el que pretendemos ahondar en las prestaciones que nos puede proporcionar esta herramienta terapéutica. Contaremos con representantes médicos de las empresas que la comercializan para aprender las propiedades y diferencias de las presentaciones comerciales a nuestra disposición en España.

El sábado volveremos a subrayar la importancia del trabajo conjunto con el Taller de Equipo Multidisciplinar. Un equipo que debe estar formado, actualizado y preparado para trabajar con los médicos, y ofrecer así a nuestros pacientes tratamientos cada vez más seguros y eficaces.

En resumen, contamos con un programa apasionante, que satisfará nuestras necesidades de formación médica continuada con los temas que hemos visto más relevantes este año. Estamos seguros de que os gustará.

Ciudad Real vuelve a acogernos

Tras un paréntesis de varios años, Ciudad Real volverá a acoger las Jornadas de la AMECLM. Estamos sumamente agradecidos a la Institución Ferial de la Diputación (IFEDI) y a la propia Diputación por el apoyo y las facilidades que nos han ofrecido. También queremos reconocer el importante papel de Turismo de Ciudad Real, siempre pendiente de ayudarnos a resolver los problemas que se nos hayan podido plantear. Para alojarnos y la Cena de Gala contaremos con el Hotel Exe Doña Carlota, que tan buen trato nos ha dado en Jornadas anteriores. Y para facilitar el traslado al IFEDI organizaremos un servicio de autobuses.

IFEDI dispone de unas instalaciones amplias y modernas, que estamos seguros de que satisfarán magníficamente nuestras necesidades. El transporte a Ciudad Real es rápido y sencillo, puesto que está muy bien comunicada con diversas ciudades con líneas de ferrocarril de alta velocidad. Hemos conseguido un descuento del 5% en los desplazamientos en tren, así como tarifas especiales de alojamiento en el Hotel Exe Doña Carlota.

Todo está dispuesto para que comiencen este año las XVII 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. Os esperamos a todos.



AON

ZALBA-CALDÚ
By Aon

Especialistas en seguros para la actividad de medicina estética:

La tranquilidad de estar protegido
y dedicarte a tus pacientes.



Médico estético:

- R.C. Profesional
- Baja e Invalidez
- Accidentes



Centro médico estético:

- R.C. Sociedad
- Multirriesgo
- Cyber

www.aon.es/profesionales/medicos

976 37 37 38

tecnico.zc@zalba-caldu.com

Seguro sujeto a normas de contratación. Consulta condiciones.

Aon Iberia Correduría de Seguros y Reaseguros, S.A.U., con domicilio social en Madrid, c/Velázquez núm. 86D, C.P. 28006-Madrid, C.I.F. A-28109247. Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid al Tomo 15.321, Folio 133, M-19.857. Inscrita en el Registro Especial de Mediadores de Seguros y Corredores de Reaseguros de la Dirección General de Seguros con la clave J0107 (Correduría de Seguros) y RJ0033 (Correduría de Reaseguros). Capacidad financiera y Seguro de Responsabilidad Civil concertado según lo previsto en el Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales.

CURSO MONOGRÁFICO PREJORNADAS

Androestética y más

Dirigido por el **Dr. Antonio Melchor**

JUEVES 24 DE OCTUBRE 2024

- 9:00-9:30.- **Entrega de documentación.** Presentación del curso. *Dra. Paloma Tejero*
- 9:30-10:00.- **Anatomía y función fisiológica masculina.** *Dr. Antonio Melchor*
- 10:00.- **Criterios estéticos. ¿Qué piden los pacientes? Indicaciones y contraindicaciones. Medicina estética y estética genital masculina: ¿dónde estamos?**
Mesa redonda *Dres. Antonio Melchor, Sergio Fernández y Carlos Balmori*
- 11:00.- **Envejecimiento e inestetismos del área genital masculina.** *Dr. Miguel Leclercq*
 - Pubis: cuidado de la piel, grasa púbica, eliminación de vello, cambios pigmentarios
 - Blanqueamiento anal - Escrotox
 - Aumento de pene y de glúteos
- 11:30 – 12:00.- **PAUSA - CAFÉ**
- 12:00.- **Cirugía reconstructiva en la patología genital masculina.** *Dr. Antonio Melchor*
 - Patología peneana - Patología escrotal
- 12:30.- **Modificaciones de género (reconstrucción en la reconversión de género, de hombre a mujer y viceversa).** *Dr. Antonio Melchor*
- 13:00.- **Alopecia androgénica.** Mesa redonda. Moderadora *Dra. Ana Belén López.*
 - Tratamientos médicos tópicos, orales o inyectables.... ¿Qué es lo más eficaz? *Dra. Margarita Esteban*
 - Los antiandrógenos: ¿Miedo a los efectos secundarios?. *Dr. Antonio Melchor*
 - Transplante capilar: cuáles son los límites, cuándo decir no. *Dr. Serafín Fernández-Cañadas*
 - Tratamientos pre y post transplante. *Dra. Margarita Esteban*
 - Otras soluciones: Micropigmentación, fibras capilares, suplementos “naturales”... *Dr. Ignacio Sevilla*
- 14:00 – 16:00.- **PAUSA - COMIDA**
- 16:00.- **Hormonoterapia, pellets y más. Cómo afectan a nuestros tratamientos.** *Dr. Carlos Balmori*
- 16:30.- **Hiperhidrosis: revisión de tratamientos.** *Dra. M^a del Prado Sánchez Caminero*
Taller práctico. Tratamiento de hiperhidrosis con toxina botulínica. *Dr. Fernando García Monforte*
- 17:00.- **Medicina Estética en el hombre actual. Taller en directo.** Moderador: *Dr. Eduardo Gil*
 - **Tips para el cuidado de la piel del hombre.** *Dr. Sergio Fernández*
 - **Toxina botulínica, patrones de abordaje en el espectro masculino.** *Dr. Fernando García Monforte*
 - **Full face man. Tratamiento en directo.** *Dr. Eduardo Moreno.* Patrocinado por IT Pharma
- 18:30.- **Criterios de estética masculina en 2024.** Conclusiones y coloquio. *Dr. Javier Anido*
- 19:00.- **Comunicaciones Libres I.** Moderador: *Dr. Isidoro Gómez Cervero*
 - Rejuvenecimiento de manos con un relleno a base de ácido hialurónico y plasma gel. Case series. *Dr. Michele Bisaccia*
 - La consulta de medicina estética, una oportunidad para prevenir el cáncer. *Dras. M^a Cruz Martín, Sheila Mota, Eva M^a García y M^a Fernanda Rodríguez*
 - Criterios antropométricos para la rinoplastia no quirúrgica. *Dra. Mercedes Gómez Vela*
 - Caracterización morfológica de los materiales de relleno al microscopio óptico. *Dra. María Recuero*

CURSO MONOGRÁFICO PREJORNADAS

Medicina estética en embarazo y postparto

Dirigido por la **Dra. Victoria Martínez Morón**

Coordinado por las **Dras. Carlota Hernández y M^a Teresa Gil**

JUEVES 24 DE OCTUBRE 2024

Entrega de documentación

- 9:30.- **Embarazo y cuidado Médico Estético.** *Dra. María José Barrera*

- 10:00.- **Cuidados cosméticos en embarazada.** *Dra. Marta Ortega*
- 10:30.- **Mesa redonda: Embarazo, lactancia y controversias. (Las preguntas que todos nos hacemos en la consulta).** *Moderan Dras. Carlota Hernández y Teresa Gil*
Participan: Dr. Fernando García Monforte, Dra. Marta Ortega, Dra. Victoria Martínez Morón, Dr. Eduardo de Frutos
- 11:30 – 12:00.- **PAUSA - CAFÉ**
- 12:00.- **Medicina estética en la recuperación postparto**
 - Cambios corporales postmaternidad . *Dra. Mónica Gomes-Ferreira*
 - Abordaje Medico estético del postparto, ¿cuándo empezar, qué hacer? *Dr. Jesús Olivas*
 - Abordando la lactancia. Alimentación y control del peso. *Dra. Mónica Gomes-Ferreira*
- 14:00 - 16:00.- **PAUSA - COMIDA**
- 16:00 - 19:00.- **Recuperación postparto (II)**
 - Las estrías: Prevención y tratamiento. *Dra. Sheila Mota*
 - Repercusión del embarazo y el parto en el suelo pélvico. *Dra. Victoria Martínez Morón*
 - Alopecia postparto: Como recuperar el pelo perfecto. *Dra. Margarita Esteban*
 - Taller práctico de recuperación postparto (láseres, DBE y combinación de tratamientos). *Dra. Juana Deltell.* Patrocinado por Alma Médica.

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

Medicina estética contra viento y marea:

Nada más potente que compartir conocimientos.

VIERNES 25 DE OCTUBRE DE 2024

- 9:00.- **Entrega de documentación**
- 9:30.- **MESA 1. EXOSOMAS: UN AÑO DESPUÉS.** *Moderadora: Dra. Paloma Tejero*
 - ¿Qué es un exosoma? *Profa. Julia Buján*
 - PRP vs. exosomas. *Dr. Miguel Ángel Ortega*
 - Exosomas Autólogos vs heterólogos. *Dr. Hernán Pinto*
 - Regeneración tisular en ME. *Dr. Luis de Sola.* Patrocinado por Regen Lab

Coloquio

- 10:45.- **ACTO INAUGURAL.** Con la asistencia de D^a Milagros Tolón, delegada del Gobierno; Francisco José García, delegado provincial de Sanidad; Profa. Inmaculada Ballesteros, decana de la Facultad de Medicina de UCLM
- 11:15.- **CONFERENCIA INAUGURAL: Inteligencia artificial y Medicina estética.** *Dr. Nabil Fakh*
- 11:45 – 12:15.- **CAFÉ / VISITA STANDS y PÓSTERS** - Plastia ambulatoria de cicatriz traumática adherida a planos profundos en región frontal. *Dr. Javier García del Monte*
 - Fotorrejuvenecimiento con luz intensa pulsada desde cero: parámetros iniciales eficaces y seguros. *Dra. Marina Holgado*
- 12:15.- **MESA 2. EL CONCEPTO HÍBRIDO. Los productos. Indicaciones, Contraindicaciones.**
Moderadores: Profa. Julia Buján y Dr. Eduardo de Frutos
 - ¿Y si algo va mal? Manejo de complicaciones. *Dr. Nabil Fakh- Gomez*
 - Tratamientos combinados y protocolos de tratamiento. *Dra Esther Callejas*
 - Híbridos frente a otros inductores de colágeno. *Dr. José Manuel Fernández*
 - Colágeno recombinante. *Dr. Manuel Prieto.* Patrocinado por Sellaesthetic
- 14:00 -16:00.- **PAUSA - COMIDA**
- 16:00.- **MESA 3: TODO SOBRE LA RINOMODELACIÓN.** *Moderadora: Dra. Carlota Hernández*
 - Rinomodelación líquida. Concepto. Técnicas y materiales. *Dr. Javier Murillo*
 - Rinomodelación vs. rinoplastia. Criterios de inclusión y exclusión de pacientes. *Dr. Alberto Candau*
 - Complicaciones de la rinomodelación líquida. *Dr. Blas García*
 - Tratamiento de complicaciones a propósito de un caso. *Dra. Susan Díaz Reverand*

- 17:30 - 18:00.- **PAUSA CAFÉ / VISITA STANDS**
- 18:00.- **MESA 4. TECNOLOGÍA EN MEDICINA ESTÉTICA, ¿QUÉ HAY DE NUEVO?** *Moderador Eduardo de Frutos*
 - Rejuvenecimiento con láser y fuentes de luz de la región periocular. *Dr. Cesar Arroyo*
 - HIFEM faciales. *Dra. Victoria Sunkel*. Patrocinado por BTL
 - Endolift: Qué, para quién, dónde: ¿quirófano? *Dra. Lidia Ojeda*. Patrocinado por Irradia
- 19:00.- **Revisión actual de la farmacología de la Obesidad.** *Dra. Carlota Hernández Sanz*
- 19:30.- **CARA A CARA: PÉRDIDA DE PESO CON O SIN FÁRMACOS.** *Dres. Eduardo Gil y Sheila Mota.*
Moderador Dr. Eduardo de Frutos
- 20:00.- **ASAMBLEA DE SOCIOS DE LA AMECLM**

SÁBADO 26 DE OCTUBRE DE 2024

- 9:30.- **MESA 5: MATERIALES DE RELLENO: NUEVOS RETOS.** *Moderadoras: Dras. Carlota Hernández y Paloma Tejero*
 - **Abordaje intraoral: ¿por qué nos da miedo?** *Dr. Luis Oliva*
 - **Síndrome FOS.** *Dra. Marta Sema*
 - **Ácido hialurónico y enfermedad autoinmune: lo que dice la evidencia científica.** *Dr. Moisés Rodríguez Abascal*
 - **No sé qué lleva mi paciente. ¿Qué puedo pedir y encontrar en un estudio de anatomía patológica?** *Dr. Santiago Coca*
 - **Patrones ecográficos de los nuevos materiales.** *Dra. Susana Bordegaray*
- 11:30 - 12:00.- **PAUSA – CAFÉ / VISITA STANDS**
- 12:00.- **MESA 6. ¿QUIÉN ES MÉDICO ESTÉTICO?, ¿QUIÉN PUEDE HACER MEDICINA ESTÉTICA?**
Moderadores: D^a Rosa Rodríguez Arias, Dr. Jaume Tufet y Dr. Eduardo Gil
 - **Cuando el médico estético detecta un caso de intrusismo, cómo debe denunciar. Trámite y documentación necesaria.** *Dr Eduardo de Frutos*
 - **Formación en ME. Dónde estamos.** *Profa. M^a Mercedes Fernández, vicerrectora de la Universidad de Sevilla; Profa. Inmaculada Ballesterios, decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Castilla-La Mancha*
 - **Nueva normativa de centros de medicina estética en Castilla-LaMancha.**
- 13:00.- **MESA 7. SIEMPRE ALGO MÁS.** *Moderadora: Dra. Ana Belén López*
 - Medicina estética en superviviente oncológico, ¿qué puedo hacer?* *Dra. Juana Deltell*
 - Abordaje integral de la lipoatrofia facial en pacientes postbariátricos.* *Dra. Sasha Castillo*
 - El Código CIE 11 en medicina estética.* *Dra. Emilce Insua*
- 14:00 - 16:00.- **PAUSA - COMIDA**
- 16:00.- **MESA 8. TÉCNICAS CON NOMBRE DE AUTOR.**
Organizada por la Asociación de Médicos de Medicina Estética de Sevilla (AMMES)
Moderadora: Dra. M^a Dolores Robina
 - Mis técnicas personales. *Dra. Lourdes Martín Díaz*
 - Colágeno recombinante. *Dra. Ángeles García Pagola*
 - Técnica del trípode con hilos de sustentación para dermopexia facial. *Dr. Manuel Prieto*
 - Técnica Bq Lifting. *Dr. Abraham Benzaquén*
 - Hilos con anclaje: ¿Por qué lo llaman tensión cuando quieren decir soporte?. *Dr. Moises Rodriguez Abascal*
- 17:30 - 19:00.- **MESA 9. SIMPOSIUM DE TOXINA BOTULÍNICA.** *Moderador: Dr. Justo Alcolea*
 - Por qué elegir una toxina.
 - Microbotox en face lift y otras aplicaciones off label. *Dra. Lidici Santana*
 - Anatomía de platismo y músculos depresores del labio, para abordaje con toxina. El papel de la ecografía. *Dra. Marjorie Garcerant*
 - Soluciones a problemas. ¿Podemos corregir los resultados de un tratamiento con toxina? *Dra. Petra Vega*

PROGRAMA DE TALLERES EN DIRECTO ESPACIO RESERVADO PARA DEMOSTRACIONES PRÁCTICAS DE LAS EMPRESAS DEL SECTOR

VIERNES 25 DE OCTUBRE 2024

- 9:30.- **Comunicaciones Libres II.** *Moderador: Dr. Isidoro Gómez Caverio*
 - Estudio comparativo de las toxinas botulínicas autorizadas para uso en medicina estética en España. *Dras. Marta Ortega, Sandra Moreno y Sheila Mota*
 - Estudio ex vivo por ecografía del efecto de la hialuronidasa sobre rellenos de ácido hialurónico. *Dras. Beatriz Moraleda, María Cabrera y Magda Palka*
 - Aplicación del ácido hialurónico en el tratamiento de la atrofia vulvovaginal. *Dras. Marta Crespo, Elena Asensio, Celia Fernández y Laura Yago*
- 10:30 - 11:30.- **Medicina regenerativa: Polinucleótidos vs exosomas. Diferencias y combinaciones.** *Dr. Carlos Gómez Zanabria. Patrocinado por CROMA PHARMA*
- 11:30 - 12:00.- **PAUSA - CAFÉ**
- 12:00 - 13:00.- **Taller práctico patrocinado por MERZ.**
- 13:00 - 14:00.- **Taller práctico patrocinado por BODY HEALTH GROUP.**
- 14:00 - 16:00.- **PAUSA - COMIDA**
- 16:30 - 17:30.- **Taller práctico patrocinado por GALDERMA.**
- 17:30 - 18:00.- **CAFÉ**
- 18:00 - 19:00.- **Taller práctico patrocinado por REAL LASTING.**

SÁBADO 26 DE OCTUBRE 2024

- 10:30 - 11:30.- **Técnicas de inducción de colágeno con Karisma (colágeno recombinante).** *Dr. Manuel Prieto. Patrocinado por SELLAESTHETIC*
- 11:30 - 12:00.- **PAUSA - CAFÉ**
- 12:00 - 13:00.- **Taller práctico patrocinado por BTL.**
- 13:00 - 14:00.- **Personalizando el tratamiento con neuromoduladores: Importancia de la anatomía facial.** *Patrocinado por EVOLUS*
- 14:00 - 16:00.- **PAUSA - COMIDA**

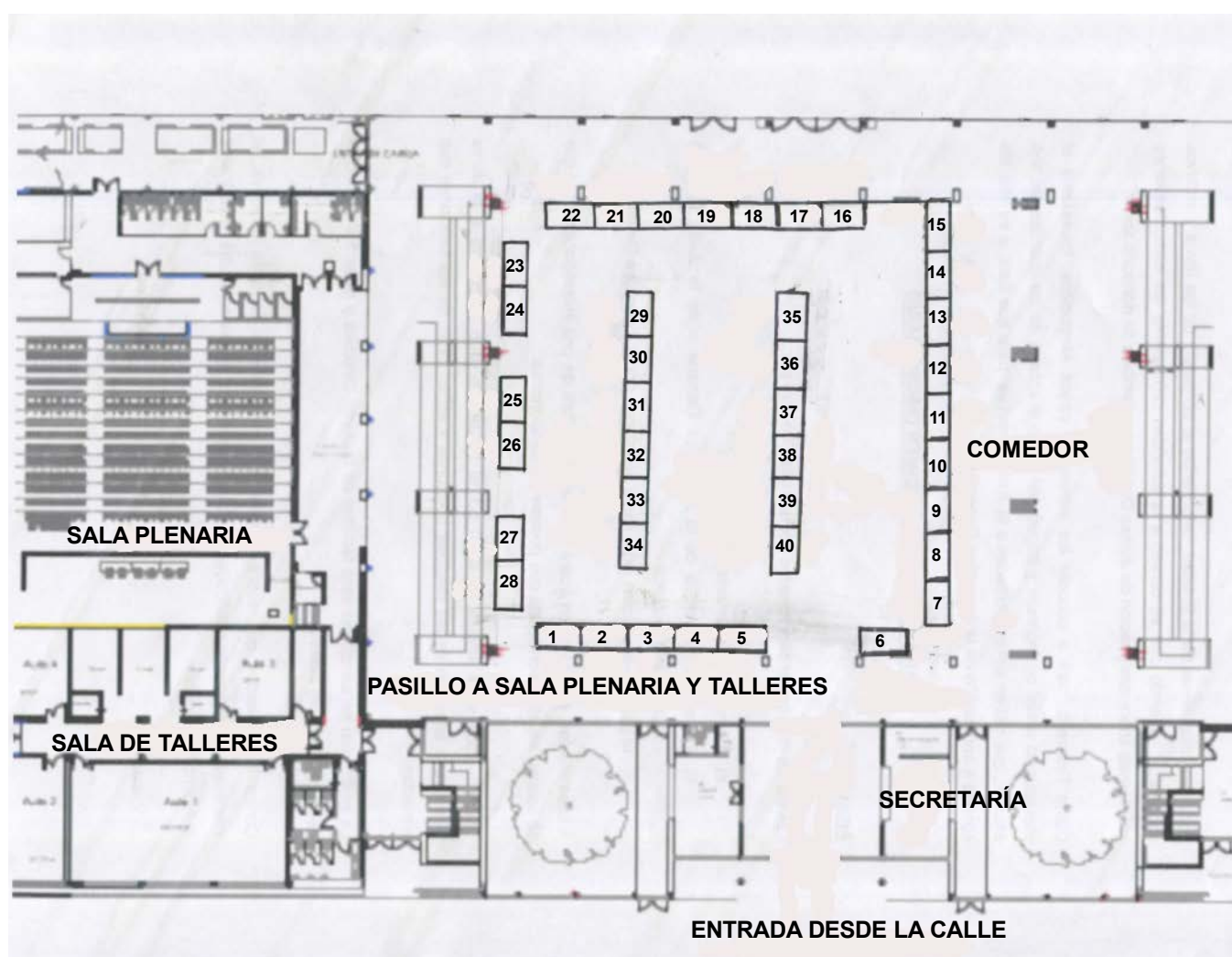
TALLERES PRÁCTICOS PARA EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE LA CONSULTA DE MEDICINA ESTÉTICA

SÁBADO 26 DE OCTUBRE 2024

- 9:00.- **Entrega de documentación**
Recepción – Bienvenida. Dr. Eduardo Gil
- 9:30.- **Cambios corporales en la mujer tras la maternidad.** *Dra. Victoria Martínez Morón*
- 10:30.- **Cosmética en embarazo y lactancia.** *Dra. Marta Ortega*
- 11:30 - 12:00.- **PAUSA - CAFÉ**
- 12:00.- **Recomendaciones dietéticas en embarazo y lactancia.** *Dña. Yolanda Varga. Matrona*
- 12:30 - 14:00.- **Taller práctico: Cuidados estéticos y cosmética en embarazo y lactancia.** *Dra. Sheila Mota*
- 14:00 - 16:00.- **PAUSA - COMIDA**
- 16:00.- **Androestética: concepto y tratamientos en el ámbito estético.** *Dr. Miguel Leclercq*
- 17:00.- **Cuidados de la piel y anexos en el paciente hombre. Taller de cosmética masculina**
- 18:00.- **Actualización en cosmética: Reequilibrio del Bioma cutáneo con tecnología Xyrocbe de Biojuve. Taller de texturas.** *Dña. Patricia Novo*

RELACIÓN DE STANDS

2.- Deka / Laser Tech	10.- Body Health	33.- Ceivan / Med Apolo
3.- Simove	11.- Inter-Medic	34.- Mediderma
4.- K-Laser	16.- Merz	35.- GVI Europe
5.- BTL	18.- Regen Lab	36.- IMS
6.- Matías Tomasetti - Plexr	19.- Antiaging Systems	37.- Aesthemed
7.- Real Lasting	25.- Fidia	38.- Endobion
8.- Galderma	29.- IT Pharma	39.- SkinClinic
9.- Alma Lasers / Irradia	32.- Sky Medic	40.- Sellaesthetic



PATROCINADOR

INTERmedic

laser & light solutions

EXPOSITORES

 **simove**

AlmaTM IRRADIA
médica iberia



Plexr[®] PRO
Made in Italy

Ceivan
MEDICAL

 **BODY HEALTH**[®]
Especialistas en Medicina Estética

GALDERMA
EST. 1981

 **fidia** | AESTHETIC CARE

KLASER BLUE
DERMA



MERZ AESTHETICS[®]

aesthemed
Improving Beauty & Wellbeing

DEKA
by LaserTech Ibérica



IT Pharma
INNOVATING TECHNOLOGY PHARMA

medi+derma[®]

realLasting
FUTURE SOLUTIONS BROUGHT TODAY

regenlab[®]
PRP[®] & CELL THERAPY SPECIALISTS



SkinClinic

 **skymedic**
Listen, understand and innovate



 **SELLAESTHETIC**

COLABORADORES

 **evolus**[®]

croma
For creators of beauty.

 **cantabria labs**
celebrate life

ZALBA-CALDÚ
By Aon

AON

Mesa 4.



Cirugía reconstructiva en la patología de los genitales externos masculinos

Dr. Antonio Melchor

Jefe de Urología del Complejo Sanitario de Toledo

Resumen

Durante la formación de la Especialidad en Urología, ningún Servicio de Docencia incluía en sus programas, la formación en **medicina estética**. No ha sido hasta hace unos pocos lustros, en que gracias a los contactos con estos especialistas, cuando vamos tomando conciencia de su importancia para la calidad de vida de nuestros pacientes. No obstante, tanto residentes como urólogos, siempre hemos puesto como primera misión el curar la enfermedad y después mantener la función del órgano, lo más cercana a su fisiología, dejando las terapias estéticas en un plano más secundario. Esta actitud se mantiene... y debe seguir siendo así.

La Dra. Tejero, nos invita a exponer nuestra experiencia clínica, sobre todo, quirúrgica, en este campo de la andrología. Vamos con la mente abierta, pues seguro que redundará en mejorar nuestro trabajo, como cirujanos asistenciales y docentes, y **deseosos de aprender**. Siempre seremos aprendices... todos.

Exponemos la comunicación en dos partes. Inicialmente, hacemos un breve **recuerdo anatómico** de los genitales masculinos, para a continuación, exponer, algo más extenso, pero también lo más clara y breve, las patologías más comunes con que nos enfrentamos en nuestra práctica clínica. Se ha clasificado la exposición de forma didáctica, más que anatómica y/o funcional.

Comenzamos exponiendo la patología del pene y posteriormente del escroto. Continuamos con enfermedades congénitas, infecciosas, traumáticas y oncológicas, etc., pero casi exclusivamente, en el **aspecto quirúrgico externo**, dadas las características del Curso de Medicina Estética. También presentamos algunas notas y nuestra experiencia en los pacientes con **lesión medular**.

Por último, hacemos una breve reseña sobre el manejo quirúrgico en la **reasignación de género**, exponiendo las técnicas reconstructivas más habituales que se realizan en la actualidad.

Mesa 6.



Enfoque terapéutico de la alopecia androgénica en nuestra práctica médica diaria

Dra. Margarita Esteban

Clínicas en Bilbao, Pamplona y Madrid. Presidenta del Grupo Español de Medicina Estética Oncológica (GEMEON)

La forma más frecuente de alopecia, es la **alopecia androgénica**, que es responsable del 95% de los casos. Afecta principalmente a los varones, pero también a las mujeres.

Como su nombre indica, hay tres factores principales en su causa que son: la herencia, las hormonas y la edad. La alopecia androgenética ocurre en un 40% de los hombres entre los 18 y los 39 años, y en un 95% de los mayores de 70 años. La tendencia a heredar este tipo de alopecia puede venir por parte materna o paterna.

Las hormonas masculinas (andrógenos) son la causa de que ocurra este tipo de alopecia. Las personas que padecen alopecia androgenética no es que tengan un exceso de andrógenos, sino que los folículos pilosos de la cabeza son más sensibles a estas hormonas.

Las situaciones de estrés importante pueden favorecer la caída de pelo en la alopecia androgenética. Es importante que realice una dieta equilibrada y con alimentos ricos en proteínas, como son la carne, el pescado, los huevos, la leche y el queso. Los medicamentos más utilizados para el tratamiento de la alopecia androgenética masculina son minoxidil y finasteride.

El **minoxidil** es un derivado de la pirimidina, aprobado en 1988 por la FDA para el tratamiento de la alopecia androgenética. Se ha utilizado en pacientes mayores de 18 años con alopecia leve a moderada. La eficacia debe evaluarse a los 6 meses y debe usarse de manera continua durante el tiempo que el paciente desee conservar los resultados. Al suspenderse el tratamiento por más de dos a tres meses se observa una pérdida severa de pelo,

resultado de la entrada en la fase telógena de todos los folículos pilosos que habían prolongado su fase anágena por la estimulación del minoxidil. Durante las primeras 8 semanas del tratamiento, los pacientes pueden percibir un aumento transitorio en la caída de cabello. Ésta es secundaria al cambio de fase de los folículos pilosos de telógeno a anágeno, inducida por el minoxidil tópico.

Como principales efectos adversos se observan la hipertriosis y la dermatitis por contacto irritativa, generalmente por una mala aplicación. Actualmente utilizamos la vía oral en fórmula magistral. A dosis desde 0,5mg a 5mgr dependiendo del grado de alopecia y del sexo.

El **finasteride** fue aceptado en 1993 por la FDA como parte del tratamiento de la alopecia androgenética masculina. Inhibe a la 5-alfa-reductasa tipo II, evitando la transformación de testosterona a dihidrotestosterona, disminuyéndola en un 65-70% en el suero. Está indicada la administración de finasteride 1mg vía oral cada 24 horas en pacientes mayores de 18 años con alopecia androgenética masculina leve a moderada. Se recomienda la evaluación de su efecto hasta los 6 meses, cuando se observa una estabilización de la pérdida de pelo. El aumento en la densidad del pelo se presenta hasta los 12 meses. En caso de obtener resultados favorables, se recomienda continuar la terapia por tiempo indefinido.

De los efectos adversos que pueden presentarse son: la disfunción eréctil, en el 1.5% de los pacientes, que en el 50% de los pacientes es transitoria, y en el 100% de ellos es reversible al suspender el tratamiento. La disminución de la libido y la alteración en la eyaculación pueden presentarse de manera transitoria. Por otro lado, finasteride 1mg vía oral cada 24 horas se asocia con una disminución del antígeno prostático específico (APE) del 40-50%, por lo que se recomienda la monitorización del APE previa a la administración de finasteride vía oral en hombres mayores de 45 años y ajustarlo (duplicándolo) durante el tamizaje para cáncer de próstata.

Con la combinación de minoxidil y finasteride 1 mg VO puede aumentar el crecimiento de pelo, más que con cualquiera de los dos agentes por separado.

La eficacia de la **dutasterida** en mesoterapia se ha estudiado desde 2008, sin embargo, ha demostrado excelentes resultados pero no hay uniformidad en el protocolo de aplicación de la terapia.

La dutasterida (Avodart®), un 4-azasteroide sintético oral, es un inhibidor potente, selectivo e irreversible de la 5 α -reductasa (5AR) de tipo 1 y 2, la enzima que convierte la testosterona en dihidrotestosterona (DHT) intracelularmente. Éste es otro de los tratamientos de última generación, tanto es así que ha desbancado al finasteride por tener menos efectos secundarios.

La **espironolactona** (nombre comercial Aldactone) es un fármaco diurético que se lleva empleando desde hace más de 30 años en el tratamiento de la hipertensión arterial. Actúa como diurético por ser un antagonista de la hormona aldosterona, pero también actúa como antiandrógeno al reducir la producción de testosterona y bloquear la acción de andrógenos en los tejidos diana.

En dermatología la espironolactona puede emplearse en mujeres con acné, con hirsutismo (exceso de vello facial o corporal) o con alopecia androgenética.

En la FAGA se suele administrar a una dosis de 100 mg. al día, bien sola o combinada con **acetato de ciproterona**. Suele ser una medicación bien tolerada. Sus efectos secundarios más frecuentes son las irregularidades menstruales, aumento mamario y sangrado postmenopáusico.

Mesoterapia capilar

La **mesoterapia capilar** es un tratamiento de bioestimulación que favorece la reactivación de las células capilares, combate los primeros signos de la calvicie, controla la caída y fortalece el cabello, y garantiza que no va a volver a repetirse la caída del mismo.

La mesoterapia capilar es una técnica rápida, cómoda y fácil de realizar que consiste en la administración subcutánea, mediante pequeñas inyecciones, de un preparado que activa biológicamente las células de unidades foliculares para conseguir un cabello de mayor calidad y resistencia.

Durante las sesiones de mesoterapia capilar se inyectan las vitaminas, los minerales y las mezclas de aminoácidos necesarios para el fortalecimiento del cabello en el mesodermo (capa media de la piel o dermis). Así se proporcionan nutrientes activos directamente al folículo piloso. Esto favorece el rejuvenecimiento del cuero cabelludo, lo que redundará en el rebrote del cabello.

La mayor ventaja de la mesoterapia capilar es que combina un tratamiento sencillo, rápido e indoloro con una elevada eficacia. La inyección intradérmica con agujas muy finas de compuestos bioestimulantes permite que éstos se vayan liberando de forma lenta y progresiva, prolongando así sus efectos beneficiosos durante más tiempo.

Beneficios de la mesoterapia capilar

- La mesoterapia capilar es un proceso completamente indoloro, sencillo y cómodo, ya que las microagujas sólo penetran en la piel hasta la capa media (mesodermo). El proceso de recuperación es rápido e indoloro.
- Retrasa la caída del cabello de varias formas. Los nutrientes de las inyecciones se eligen específicamente por sus propiedades beneficiosas en esta tarea. Así, la mesoterapia capilar estimula el aumento de la circulación sanguínea en el cuero cabelludo, reduce la inflamación y proporciona a los folículos del cuero cabelludo elementos nutritivos que impulsan el crecimiento del pelo.
- Neutraliza el exceso de DHT (dihidrotestosterona) que acorta el ciclo de vida del cabello. Ésta es una de las causas más frecuentes de la alopecia y la calvicie de patrón masculino. Los nutrientes utilizados en la mesoterapia capilar neutralizan el exceso de DHT, permitiendo así que las raíces del cabello reanuden su ciclo de vida normal para un crecimiento sano y prolongado.
- Reduce la caspa. Las microperforaciones a nivel del mesodermo estimulan la producción de colágeno y elastina, componentes clave para una piel sana. Al mismo tiempo, estas inyecciones promueven el aumento del flujo sanguíneo, lo que contribuye a lograr un cuero cabelludo nutrido y unos folículos pilosos fuertes y sanos, con una piel sana e hidratada que es menos propensa a producir la tan molesta caspa.
- Sustituye la toma de medicamentos orales, como el dutasteride, orientados a frenar la caída del cabello. Esto supone una gran ventaja ya que, así, podemos olvidarnos del consumo diario de fármacos y sus efectos secundarios.



Trasplante capilar: Cuáles son los límites, cuándo decir no

Dr. Serafín Fernández-Cañadas

Clínica Dermatológica Láser (Madrid)

Resumen

La técnica de trasplante capilar es una técnica adecuada para la mejora de la imagen corporal, para hacer frente a la tan aumentada incidencia de la alopecia, fundamentalmente androgenética en la sociedad avanzada actual.

En función del caso (zona donante y receptora), así como de las preferencias del paciente se utilizará la técnica FUSS o FUE (cada vez más utilizada como consecuencia de la cada vez más depurada técnica).

A pesar de ello nos encontramos limitaciones en el uso de la cirugía que debemos de tener muy en cuenta:

1. Expectativas del paciente.
2. Limitaciones de zona donante.
3. Amplia zona a cubrir.
4. Enfermedades sistémicas que limitan o impiden una cirugía con éxito, que nos obligan a realizar estudios preoperatorios más extensos de los habituales o directamente a no realizar algunos tratamientos.
5. Enfermedades locales que contraindican de forma definitiva la cirugía, o de forma transitoria hasta que se corrijan de forma eficaz las limitaciones previas.

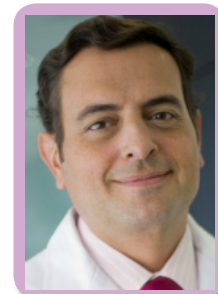
Realizamos un recorrido por las diferentes situaciones que nos podemos encontrar, para poder responder con éxito a las diferentes posibilidades reales que observamos diariamente en la clínica.

Hormonoterapia, pellets y más. Cómo afectan a nuestros tratamientos

Dr. Carlos Balmori

Jefe de Urología del Hospital Asepeyo (Madrid)

Mesa 7.



Las fluctuaciones hormonales pueden afectar significativamente al envejecimiento de la piel a través de varios mecanismos:

La disminución de los niveles de testosterona, pueden provocar una reducción en la producción de colágeno y elastina en la piel. El colágeno y la elastina son proteínas esenciales que mantienen la elasticidad y firmeza de la piel. Las fluctuaciones hormonales pueden afectar el grosor y la textura de la piel.

La disminución de los niveles de estrógeno puede provocar una piel más delgada, haciéndola más propensa a arrugas, flacidez y líneas finas, también esos trastornos hormonales, pueden afectar la capacidad de la piel para retener la humedad, lo que provoca sequedad y falta de brillo. Afecta también la producción grasa de la piel a través de las glándulas sebáceas, llevando a pieles grasas o secas que puede exacerbar la apariencia del envejecimiento. Los cambios de pigmentación pueden tener origen hormonal.

En resumen, mantener el equilibrio hormonal mediante hábitos adecuados de estilo de vida y cuidado de la piel puede ayudar a mitigar algunos de estos efectos y favorecer la salud general de la piel. Tenemos herramientas para esa regulación hormonal, entre ellos los pellets o implantes de hormonas bioidénticas.

Hiperhidrosis: revisión de tratamientos

Dra. M^a del Prado Sánchez Caminero

Profesora asociada de Dermatología en la Universidad de Castilla-La Mancha (Ciudad Real)

Mesa 8



La hiperhidrosis es la producción excesiva de sudor por encima de los requerimientos fisiológicos. Habitualmente ocurre por una disfunción autonómica que induce una hiperfunción de las glándulas sudoríparas ecresas. Afecta aproximadamente al 5% de la población y suele iniciarse en jóvenes entre los 14 y los 25 años.

Se clasifica en hiperhidrosis primaria, la forma más frecuente ya que supone más del 90% de los casos, y secundaria. La hiperhidrosis primaria puede ser focal o generalizada. La forma focal en la más frecuente y suele afectar a axilas, palmas y plantas, área inguinal, área craneofacial o el pliegue intramamario.

La hiperhidrosis secundaria puede ser debida a enfermedades endocrinas, alteraciones neurológicas o neurodegenerativas. Otras causas menos frecuentes son la toma de determinados fármacos, tóxicos o la presencia de neoplasias. Se debe realizar una historia clínica y una exploración física cuidadosas para sospechar y descartar la presencia de estos procesos.

La hiperhidrosis primaria afecta de forma negativa a la calidad de vida de los pacientes y es causa de depresión y ansiedad. Se trata de un motivo de consulta relativamente frecuente. El manejo terapéutico de estos pacientes es complejo. Actualmente disponemos de varias alternativas con resultados variables en cuanto a eficacia, la mayoría de las veces no permanentes y no exentas de efectos secundarios.

Por un lado, tenemos medidas farmacológicas entre las que destacan los anticolinérgicos tópicos y orales y la toxina botulínica; y por otro lado procedimientos invasivos o mínimamente invasivos como la iontoforesis. Otras técnicas como la radiofrecuencia, la termólisis por microondas y los ultrasonidos son más caras y menos disponibles, por lo que no son usadas en el medio hospitalario. En los casos severos se recurrirá a la cirugía (simpatectomía).

- Tratamientos tópicos

- Antitranspirantes tópicos: sales de aluminio. Eficaces en formas leves, pero provocan irritación y millium
- Anticolinérgicos tópicos

- Glicopirronio tópico: Aprobado para hiperhidrosis axilar con buenos resultados de eficacia
- Oxibutinina tópica

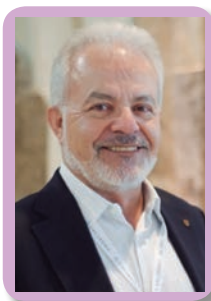
- Tratamientos sistémicos

- Anticolinérgicos sistémicos: oxibutinina, glicopirrolato oral, metantelina oral

- Terapia intralesional

- Toxina botulínica: aprobada para el tratamiento de la hiperhidrosis axilar. Ha demostrado eficacia además para tratar la hiperhidrosis palmar, plantar, facial y compensatoria

- Iontoforesis: Tratamiento de segunda línea tras las terapias tópicas en el tratamiento de la hiperhidrosis palmoplantar



La hiperhidrosis. Tratamiento con toxina botulínica

Dr. Fernando García Monforte

Director de Clínica Renacimiento (Las Palmas)

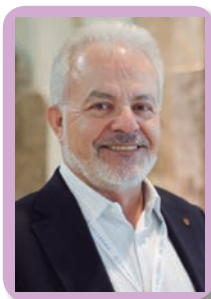
La hiperhidrosis se define como la producción excesiva de sudor localizada y superior a la normal esperada para la termorregulación. La toxina botulínica representa la mejor opción para el tratamiento no invasivo de la hiperhidrosis, sobre todo la hiperhidrosis axilar en la que el resultado es excelente en un 93% de los casos.

La toxina botulínica tipo A provoca la denervación química local, inhibiendo la liberación de acetilcolina y como consecuencia la salida de sudoración por la glándula sudorípara.

La hiperhidrosis primaria focal la podemos observar en axilas, manos, plantas de los pies y zona craneofacial, pero sólo está autorizado el tratamiento con toxina botulínica en la hiperhidrosis axilar. Tenemos en el mercado actual varias toxinas botulínicas de uso estético, pero la única toxina autorizada por Sanidad para el tratamiento de la hiperhidrosis axilar es Botox.

En este taller revisaremos el tratamiento de la hiperhidrosis en general y daremos pautas que han sido estudiadas para realizar el tratamiento de las distintas formas de hiperhidrosis.

Mesa 9.



Toxina botulínica, patrones de abordaje en el espectro masculino

Dr. Fernando García Monforte

Director de Clínica Renacimiento (Las Palmas)

El efecto de la toxina botulínica varía en función del receptor. Existen una serie de variables biológicas que provocan que la toxina botulínica actúe de distinta forma y duración en función de la dosis empleada, el volumen y la capacidad del músculo receptor.

En el hombre existen una serie de variables a nivel facial que son la causa de que existan diferencias en el tratamiento con toxina botulínica entre hombre y mujer. La piel del hombre es más gruesa y los músculos faciales también son más gruesos, la posición y forma de las cejas es distinta entre ambos sexos por lo que el tratamiento será también variable en unidades de toxina botulínica inyectadas, profundidad a la que se inyecta, número de puntos y su ubicación.

Intentaré en esta ponencia citar las diferencias que existen para conseguir un mejor resultado en nuestros tratamientos con toxina botulínica.

Cuidados cosméticos durante el embarazo

Mesa 2.

Dra. Marta Ortega

Docente del Máster de Medicina Estética de la Universidad de Alcalá (Madrid)



Introducción

Durante el embarazo, el cuerpo de la mujer experimenta una serie de cambios fisiológicos como consecuencia de la nueva situación endocrina, hormonal e inmunológica. Dichos cambios pueden influir en la salud y apariencia de la piel, apareciendo afecciones propias de la gestación o presentado un agravamiento de alteraciones cutáneas previas. Estas pueden variar desde hiperpigmentaciones hasta acné, siendo importante llevar a cabo un abordaje médico acompañado del adecuado uso de cosméticos, proporcionando cuidados específicos y seguros.

Material y método

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de guías y artículos publicados preferentemente entre 2000 y 2024 en bases de datos PubMed, Medline, Google Academy, Scielo... con información relevante en cuanto a cambios fisiológicos a nivel cutáneo durante la gestación, patologías o alteraciones cutáneas relacionadas con el embarazo, y abordaje para la prevención y tratamiento de las mismas desde el punto de vista cosmético. Prestando especial interés a la seguridad de los productos cosméticos y recalcando los que debemos tener en cuenta evitar durante este periodo.

Resultado

La hipersecreción sebácea durante el primer trimestre condiciona la aparición del característico acné gestacional, siendo este junto con la aparición de pigmentaciones durante gestación y postparto los motivos de mayor demanda en consulta. Para su abordaje, en general, una mujer embarazada puede usar la misma rutina cosmética que una mujer no embarazada, a excepción del empleo de retinoides o derivados de la vitamina A e hidroquinona que no deben ser empleados en ninguna circunstancia. Activos como el ácido salicílico, el peróxido de benzoilo, los aceites esenciales, fotoprotectores con oxibenzona o minoxidil empleado en tratamientos capilares, no tienen una contraindicación absoluta, pero conviene evitarlos durante la gestación.

Sin embargo, activos como la vitamina C, ácido hialurónico, fotoprotectores preferentemente minerales, antioxidantes como la vitamina E y el ácido ferúlico, antiinflamatorios y calmantes como la niacinamida y el ácido azelaico; despigmentantes como el ácido tranexámico y el ácido kójico; seborreguladores y antiacné como el ácido glicólico y el ácido azelaico; o reparadores celulares, como el glicólico, el ácido láctico y el mandélico, están incluso recomendados por los beneficios que aportan para el cuidado de la piel de la mujer embarazada.

A nivel corporal la aparición de estrías, como consecuencia de la gran distensión mecánica de la piel del abdomen, es una de las grandes preocupaciones de las futuras madres. Para prevenir su aparición durante el embarazo se recomienda la hidratación desde el primer momento y de manera constante con cremas que hidraten en profundidad y estén enriquecidas en vitamina E y centella asiática, evitando en este caso todas las cremas que contengan en su composición cafeína, debido a su efecto excitante.

Conclusiones

Un elevado porcentaje de mujeres embarazadas carece de información médica de calidad y evidencia en cuanto a los cuidados de la piel durante el embarazo. Dado que la gestación es una etapa especialmente sensible en la que se producen alteraciones cutáneas, no debemos esperar al postparto para ocuparnos de estas. A día de hoy, a excepción de productos de exclusión obligada, como el retinol o la hidroquinona, o recomendada, como los betahidroxiácidos, aceites esenciales, etc., contamos con infinidad de cosméticos con seguridad y eficacia probada para emplear en este periodo.

BIBLIOGRAFÍA

- Putra, IB, Jusuf, NK y Dewi, NK (2022). Cambios en la piel y perfil de seguridad de productos tópicos durante el embarazo. La Revista de Dermatología Clínica y Estética, 15 (2), 49.
- Trivedi, Megha; Inouye, Takeshi, MD; Murase, Jenny MD. Seguridad de los procedimientos cosméticos durante el embarazo y la lactancia: una revisión. Obstetricia y Ginecología. 2017 May; 129(5).

- Rau, A., Keri, J. y Murase, JE Manejo del acné durante el embarazo. Soy J Clin Dermatol (2024).
- Daniela F. Maluf, Fernanda Roters, Luma C. F. Silva. Current Cosmetic Treatments in Pregnancy. Investigación e innovación científica y académica internacional 2017; 11 (3).
- Marie C, Cabut S, Vendittelli F, Sauvart-Rochat MP. Changes in Cosmetics Use during Pregnancy and Risk Perception by Women. Int J Environ Res Public Health. 2016 Mar 30;13(4):383.
- Guerra Tapia A. Embarazo y piel. Cambios fisiológicos y trastornos con repercusión estética. Actas Dermosifiliogr 2002;93(2):77-83.
- Cuidados cosméticos durante el embarazo. Àngels Llarch. Offarm. 2003 Jun; 22(6).

Mesa 5.



Dra. Sheila Mota

Coordinadora de los Másteres de Medicina Estética y Cuidados del Paciente Oncológico de la Universidad de Alcalá. Clínica Cellosa (Torrejón de Ardoz, Madrid).

Introducción: Las Striae distensae son el resultado de la falla de la dermis para sostener las fuerzas mecánicas intrínsecas. Son líneas deprimidas o bandas de piel fina y enrojecida, que luego se vuelven blancas, tersas y brillantes, afectando a casi la mitad de los adolescentes y adultos jóvenes, especialmente a las mujeres embarazadas. Ocurren más comúnmente en el abdomen durante y después del embarazo (estrías gravídicas) y en las mamas después de la lactancia. También ocurren en las nalgas y los muslos, las áreas inguinales, la zona posterior del brazo y sobre las rodillas y los codos en niños durante el período de crecimiento acelerado de la pubertad. Son difíciles de tratar de forma efectiva.

Características: La forma de las lesiones es lineal o fusiforme, de longitud variable. Su superficie suele ser lisa y tensa cuando las estrías son recientes. Las lesiones más antiguas tienden a arrugarse y atrofiarse, dando una sensación de vacío a la palpación. No tienen pelo y no parece haber sudor ni excreción de sebo. La distensión de la piel puede provocar una desgranulación excesiva de los mastocitos y el consiguiente daño de las fibras de colágeno y elastina.

Etiología:

- Cambio brusco de peso (ganancia y pérdida)
- Corticoides endógenos y exógenos
- Alteraciones del colágeno y del tejido elástico
- Deficiencia de fibrina
- Enfermedades como la enfermedad de Cushing, síndrome de Marfan, anorexia nerviosa, enfermedades febriles y enfermedades crónicas del hígado, quimioterapia, antibióticoterapia prolongada, anticonceptivos hormonales orales y neurolépticos

Epidemiología: Relación con el embarazo entre un 43% y un 88%. Relación con la pubertad entre un 6% y 86%. Relación con obesidad un 43%. Más frecuentes en mujeres que en hombres. Más prominentes en personas con fototipos altos. La historia familiar positiva es un factor de riesgo, así como el hábito tabáquico.

Prevención: Prevenir las estrías durante el embarazo puede ser difícil, ya que están relacionadas con los cambios rápidos en la piel debido al crecimiento del abdomen y otros cambios hormonales. Sin embargo, aconsejar a la paciente que se hidrate la piel regularmente con cremas, aceites o lociones ricas en ingredientes como manteca de cacao, manteca de karité, aceite de almendra, aceite de coco, entre otros, puede ayudar a prevenirlas en gran medida. La dieta saludable, también es un pilar importante, ya que consumir alimentos ricos en vitaminas C, E, y

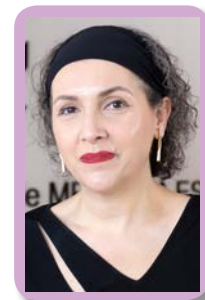
zinc, así como proteínas y ácidos grasos omega-3, ayudarán a mantener la piel más elástica y favorecerá su elasticidad y reparación. Controlar el aumento de peso en la medida de lo posible es aconsejable, ya que aumento de peso lento y constante reduce la tensión en la piel y disminuye la probabilidad de que se formen estrías.

Tratamiento: La evidencia refiere que la combinación de tratamientos es la mejor modalidad para conseguir los mejores resultados. Después del postparto se podrían realizar tratamientos con láser CO2, carboxiterapia, plasma rico en plaquetas, microneedling, inductores de colágeno y vitamina C, radiofrecuencia y dermocosmética.

Taller práctico de recuperación postparto

Dra. Juana Deltell

Directora médica de San & Del Medicina Estética (Madrid)



El embarazo se asocia con múltiples cambios fisiológicos adaptativos y únicos. En la mayor parte de las ocasiones, van a afectar a la piel, el pelo, las uñas, el sistema vascular, y por supuesto a la composición corporal. Tras el parto, con o sin la lactancia, en base a la tormenta hormonal que se experimenta en esta etapa, se volverán a producir nuevas modificaciones, de todas ellas algunas regresarán de forma espontánea, pero otras podrán persistir o no resolverse de forma apropiada generando preocupación en la mujer, siendo los cambios que se localizan en zonas visibles y/o los que persisten por largo tiempo aquellos que afectarán en mayor medida a su calidad de vida (1,2).

Las preocupaciones estéticas principales en el postparto abarcarán tanto alteraciones faciales como corporales, pudiendo encontrarnos hiperpigmentaciones faciales como el melasma; estrías tanto rubras como albas en diversas localizaciones corporales; flacidez en la zona abdominal por la distensión previa del tejido; presencia de diferentes grados de disminución de tono muscular abdominal y/o separación del recto y transversal abdominal; presencia de cicatrices como la de cesárea con o sin fibrosis o retracciones que comprometen el contorno corporal, o cicatrices de acné por los brotes de este sufridos por los cambios hormonales durante el embarazo; afectación del suelo pélvico con posible incontinencia urinaria; telangiectasias aracniformes, angiomas y empeoramiento de lesiones vasculares preexistentes; hiperhidrosis; fragilidad ungüeal y onicolisis distal; hipertrichosis, efluvio telogénico y alopecia androgenética; aparición de acrocordones, nevos y verrugas, estas lesiones pueden aumentar en número, crecer en tamaño o incluso oscurecerse; aumento o disminución de peso con la consiguiente repercusión en el contorno corporal; y empeoramiento de la paniculopatía edematofibroesclerosa preexistente; entre otras (3).

Los láseres y fuentes de luz, junto a los dispositivos basados en la energía, pueden contribuir significativamente a minimizar el impacto de todos estos cambios y con ello mejorar la calidad de vida de nuestras pacientes. Antes de cualquier tratamiento se deberá realizar una completa historia clínica, que permita conocer las características particulares de cada paciente, ya que existe una gran variabilidad en las manifestaciones en cada postparto, variando entre mujeres, pero también en los diferentes postpartos de cada mujer. Se deberá obtener la información necesaria para así poder seleccionar el procedimiento más adecuado, el mejor momento para el inicio de este y las características particulares de su desarrollo a fin de obtener los mejores resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barnawi AM, Barnawi GM, Alamri AM. Women ' s Health : Most Common Physiologic and Pathologic Cutaneous Manifestations During Pregnancy. 2021;13(7):7-12.
2. Anzelc MJ, Bechtel MA. Considerations for cutaneous physiologic changes of pregnancy that fail to resolve postpartum. Int J Dermatol [Internet]. 2023 Feb 7;62(2):190-6. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijd.16105>
3. Hoefel I da R, Weber MB, Manzoni APD, Lovato BH, Bonamigo RR. Striae Gravidarum, Acne, Facial Spots, and Hair Disorders: Risk Factors in a Study with 1284 Puerperal Patients. J Pregnancy [Internet]. 2020 May 19;2020:1-7. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/jp/2020/8036109/>

Conferencia inaugural



Dr. Nabil Fakih

Director de Facexpert Clinic & Academy (Torremolinos, Málaga)

y jefe de Cirugía Plástica en el Hospital Fakih (Líbano)

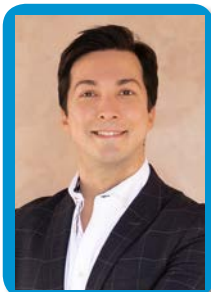
La inteligencia artificial (IA) ha emergido como una herramienta transformadora en la medicina estética, ofreciendo mejoras notables en diversas áreas como el diagnóstico, la planificación quirúrgica y la evaluación postoperatoria. Algoritmos de IA basados en aprendizaje automático (ML) y redes neuronales artificiales (ANNs) permiten identificar con precisión estructuras anatómicas críticas y simular resultados estéticos, lo que optimiza la eficacia de los procedimientos y aumenta la satisfacción del paciente.

Además, tecnologías emergentes como el procesamiento de lenguaje natural (NLP) se están utilizando para analizar datos de redes sociales y optimizar estrategias de marketing en cirugía estética. Un ejemplo destacado en este campo es el proyecto AI Aesthetics, que busca revolucionar la gestión de clínicas estéticas mediante la automatización de tareas administrativas y la mejora de la atención clínica.

Los estudios han demostrado que la implementación de IA en la planificación quirúrgica ha reducido significativamente el tiempo de operación y las complicaciones postoperatorias, subrayando su impacto positivo en la práctica clínica. Sin embargo, la integración de la IA en medicina estética no está exenta de desafíos. Es fundamental realizar validaciones rigurosas para asegurar la seguridad y eficacia de estos sistemas antes de su uso clínico.

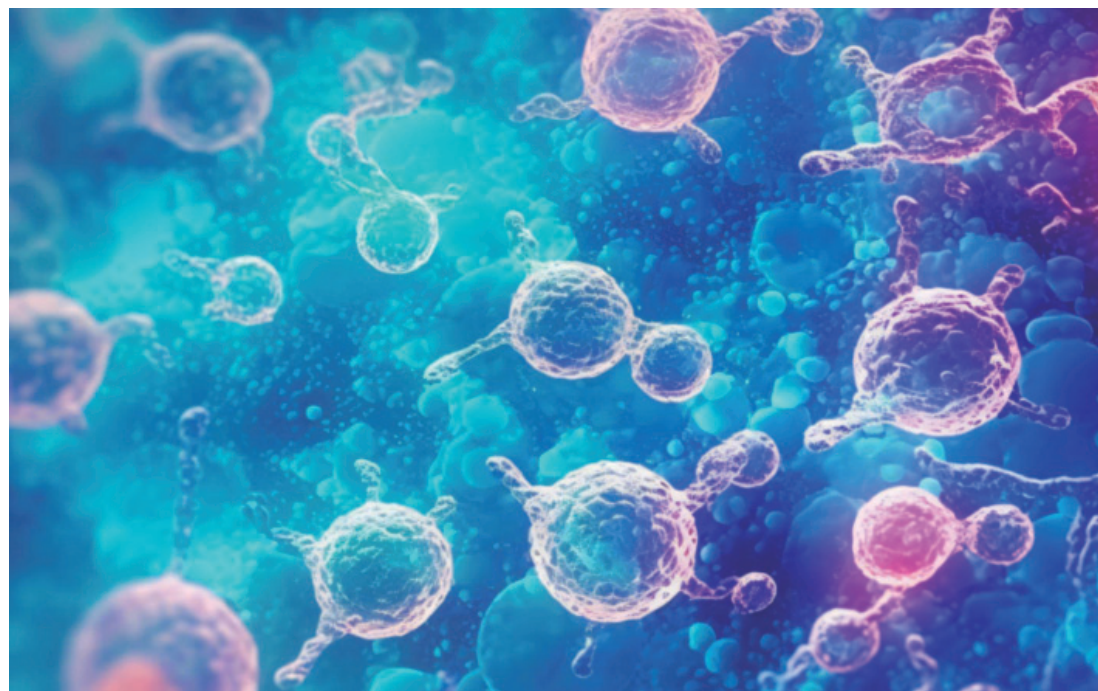
También deben abordarse cuestiones éticas, como el posible refuerzo de sesgos culturales y la protección de la privacidad de los pacientes. La transparencia en el desarrollo de algoritmos y la creación de conjuntos de datos inclusivos son esenciales para que la IA complemente el juicio clínico sin comprometer la diversidad cultural y la ética médica.

Mesa 1.



Dr. Luis de Sola

Coordinador del Máster de Medicina Estética de la Universidad Complutense de Madrid



La medicina estética ha avanzado considerablemente en las últimas décadas, ofreciendo una gama de tratamientos innovadores que no solo mejoran la apariencia externa, sino que también promueven la regeneración y reparación de los tejidos. Entre estos avances, la regeneración tisular se ha destacado como un campo emergente que va más allá de la mera estética, abriendo nuevas posibilidades en la medicina regenerativa.

La regeneración tisular en medicina estética abarca una variedad de técnicas e intervenciones diseñadas para estimular la reparación y rejuvenecimiento de los tejidos cutáneos. Entre los tratamientos más destacados se encuentran la terapia con plasma rico en plaquetas (PRP), la terapia con células madre, el uso de exosomas, los tratamientos con factores de crecimiento, y las tecnologías basadas en energía como el láser y la radiofrecuencia.

1. Terapia con plasma rico en plaquetas (PRP). La terapia con PRP es uno de los métodos más conocidos en la regeneración tisular. Este procedimiento implica extraer una muestra de sangre del paciente, procesarla para concentrar las plaquetas y luego inyectar este concentrado en áreas específicas de la piel, incluido el cuero cabelludo. Las plaquetas contienen factores de crecimiento que estimulan el ciclo celular y la producción de colágeno y elastina, promoviendo la reparación y regeneración de los tejidos. Los resultados suelen incluir una piel más firme, suave y con menor apariencia de arrugas. Además, el PRP se utiliza en combinación con otros tratamientos estéticos, como las plataformas láser, la radiofrecuencia o el microneedling, para potenciar sus efectos.

2. Terapia con células madre. La terapia con células madre se basa en la capacidad de estas células para diferenciarse en varios tipos celulares y promover la regeneración de tejidos. En medicina estética, se extraen células madre del tejido adiposo del propio paciente, se cultivan y luego se inyectan en áreas dañadas o envejecidas de la piel. Estas células tienen el potencial de regenerar los tejidos dañados y mejorar la textura y elasticidad de la piel. Aunque aún está en desarrollo y requiere más investigación, esta terapia muestra un gran potencial para el rejuvenecimiento facial y la reparación de cicatrices.

3. Tratamientos con factores de crecimiento. Los factores de crecimiento son proteínas que regulan la proliferación y diferenciación celular. En medicina estética, se utilizan para estimular la producción de colágeno y mejorar la elasticidad de la piel. Los tratamientos con factores de crecimiento suelen ser aplicados de forma transdérmica, en combinación con técnicas como la microneedling o el láser, creando un entorno propicio para la regeneración y mejora de la piel. Estos tratamientos son especialmente efectivos en la reducción de arrugas, cicatrices de acné y otras imperfecciones cutáneas.

Siguiendo esta misma línea de tratamiento, surge la famosa tendencia del uso de exosomas en la medicina estética regenerativa. Los exosomas son nanovesículas derivadas de células que transportan proteínas, ácidos nucleicos y lípidos y desempeñan un papel importante en casi todos los procesos fisiológicos del cuerpo humano. Han generado un gran interés, especialmente en el campo de la regeneración de tejidos. Estudios de la última década avalan su gran potencial regenerador y rejuvenecedor. Sin embargo, la falta de procedimientos estandarizados, el conocimiento limitado sobre su mecanismo de acción y la poca evidencia clínica dificultan su implementación y aprobación en el ámbito médico.

4. Tecnologías de energía: láser y radiofrecuencia. Las tecnologías basadas en energía, como el láser y la radiofrecuencia, son herramientas esenciales en la regeneración tisular. El láser fraccionado crea microdaños controlados en la piel que desencadenan una respuesta de curación natural, resultando en una piel más tersa y uniforme. La radiofrecuencia utiliza ondas electromagnéticas para calentar las capas profundas de la piel, lo que estimula la producción de colágeno y mejora la firmeza de los tejidos. Ambos métodos son efectivos en el tratamiento de la flacidez cutánea y la mejora de la textura de la piel.

Rol emergente de la regeneración tisular en la medicina regenerativa

La regeneración tisular en medicina estética no solo ha transformado el enfoque hacia el rejuvenecimiento y la reparación de la piel, sino que también ha comenzado a desempeñar un papel crucial en la medicina regenerativa. La medicina regenerativa busca reparar o reemplazar tejidos y órganos dañados a través de métodos que estimulan la capacidad natural de curación del cuerpo o mediante el uso de tecnologías avanzadas.

La aplicación de los principios de la regeneración tisular en medicina estética ha demostrado ser prometedora en áreas más amplias de la medicina. En la ortopedia, por ejemplo, las técnicas de regeneración tisular están siendo exploradas para la reparación de huesos y cartílagos. La terapia con células madre y los factores de crecimiento están siendo utilizados para tratar lesiones deportivas y condiciones degenerativas como la artritis, ofreciendo nuevas esperanzas para una recuperación más rápida y efectiva.

En la neurología, la capacidad de las células madre para diferenciarse en neuronas ha abierto nuevas posibilidades para el tratamiento de lesiones de la médula espinal y enfermedades neurodegenerativas. Aunque aún en las etapas experimentales, la investigación en este campo sugiere que la regeneración tisular podría eventualmente ofrecer soluciones para restaurar funciones perdidas y mejorar la calidad de vida de los pacientes con condiciones neurológicas.

Además, la experiencia acumulada en medicina estética ha facilitado la adopción de técnicas avanzadas en otros campos médicos. La implementación de tecnologías como el láser y la radiofrecuencia, perfeccionadas en la me-

dicina estética, está comenzando a influir en la forma en que se abordan problemas médicos más amplios, desde la cicatrización de heridas hasta la regeneración de tejidos después de cirugías.

Conclusiones

La regeneración tisular en medicina estética ha demostrado ser una disciplina innovadora que va más allá de la mejora superficial de la piel y ha logrado un avance significativo en la reparación y rejuvenecimiento de los tejidos. Este progreso no solo ha beneficiado a la medicina estética, sino que también ha abierto nuevas posibilidades en la medicina regenerativa, proporcionando herramientas valiosas para la reparación de tejidos y órganos en diversas especialidades médicas. A medida que la investigación y el desarrollo continúan, es probable que la regeneración tisular siga desempeñando un papel fundamental en la transformación de la medicina y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

La regeneración tisular es un subcampo emergente en la medicina estética basado en muchos de los principios de la medicina regenerativa. Para garantizar que el desarrollo de la estética regenerativa se fundamente en conceptos regenerativos aceptados y para optimizar las estrategias de tratamiento, es importante establecer definiciones claras, objetivos fundamentales y considerar el impacto de ese tejido regenerado en su entorno predominante.

La regeneración tisular clásicamente se enfoca en la reparación del tejido lesionado o enfermo, mientras que en medicina estética tiene como objetivo restaurar la juventud y propiedades de un tejido envejecido y senescente fisiológicamente. La distinción es clave para entender cuál es la mejor manera de desarrollar tratamientos para estos diferentes objetivos. Adicionalmente, es de vital importancia la correcta interpretación de la evidencia científica actual de estas terapias a la luz de sus objetivos regenerativos y así permitir la continua evolución de este campo médico.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Coffman JA, Rieger S, Rogers AN, Updike LU, Yin VP. Comparative biology of tissue repair, regeneration and aging. NPJ Regen Med. 2016;1:1-5
- 2) Krafts KP. Tissue repair: the hidden drama. Organogenesis. 2010;6(4):225-233
- 3) Misha Z, Fabi SG, Dayan S, Goldie K. The emerging field of RA – where we are now. Dermatol Surg. 2022;48(1):101-108
- 4) Pourang A, Rockwell H, Karimi K. New frontiers in skin rejuvenation, including stem cells and autologous therapies. Facial Plast Surg Clin North Am. 2020;28:101-117.
- 5) Peng GL. Platelet-rich plasma for skin rejuvenation: facts, fiction, and pearls for practice. Facial Plast Surg Clin N Am. 2019;27:405- 411
- 6) Wang JV, Schoenberg E, Rohrer T, Zachary CB, Saedi N. Stem cells in aesthetic dermatology: bioethical and professional obligations. Arch Dermatol Res. 2019;311:833-835.

Mesa 2.



Dr. Nabil Fakhri

Director de Facexpert Clinic & Academy (Torremolinos, Málaga) y jefe de Cirugía Plástica en el Hospital Fakhri (Líbano)

El aumento en el uso de inyecciones de rellenos faciales ha venido acompañado de un incremento en las complicaciones reportadas. Aunque previamente se había introducido un kit de emergencia para rellenos, los avances recientes en el campo han revelado ciertas limitaciones, lo que ha llevado al desarrollo de un kit de emergencia actualizado.

Este kit aborda de manera más eficaz complicaciones emergentes como la oclusión vascular y la ceguera. Se presentará el protocolo desarrollado, que describe intervenciones específicas diseñadas para manejar diversos escenarios relacionados con complicaciones por rellenos de tejidos blandos. Este protocolo subraya la necesidad urgente de intervenciones personalizadas y oportunas para garantizar la seguridad del paciente.

¿Y si algo va mal? Manejo de complicaciones

Tratamientos combinados y protocolo de tratamientos

Dra. Esther Callejas

Codirectora de CM Clinic (Palma de Mallorca, Baleares)



Introducción: Es importante conocer los diferentes tipos de tratamiento que se pueden realizar por área en un mismo momento o los que deben ser pospuestos para conseguir un mejor resultado.

Desarrollo: Se presentará la combinación de todos los tratamientos más frecuentes que solemos realizar en consulta: los que son compatibles en un mismo tiempo, dado que así conseguiremos la sinergia de estos, y los que, por el contrario, podrían llegar a ser contraproducentes.

Resultado: Podemos conseguir armonizar y embellecer un rostro, gracias a la combinación ganadora de diferentes productos tales como estimuladores de colágeno, ácido hialurónico, toxina botulínica, hilos, laser, HIFU... siempre siendo conocedores de cuál es el momento correcto de cada tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

Efficacy of combined treatment with human adipose tissue stem cell-derived exosome-containing solution and microneedling for facial skin aging: A 12-week prospective, randomized, split-face study

Gyeong-Hun Park¹, Hyuck Hoon Kwon², Joon Seok³, Steven Hoseong Yang⁴, Joon Lee⁵, Byung Chul Park⁶, Eun Shin⁷, Kui Young Park³

Hyaluronic Acid Compound Filling Plus Mesotherapy vs Botulinum Toxin A for the Treatment of Horizontal Neck Lines: A Multicenter, Randomized, Evaluator-Blinded, Prospective Study in Chinese Subjects

Yiming Li¹, Meirong Liao², Yijin Zhu², Jie Gao², Yang Song³, Yang Zhai³, Miao Zhu⁴, Yan He⁵, Weiwei Dong⁶

Facial Assessment and Injection Guide for Botulinum Toxin and Injectable Hyaluronic Acid Fillers: Focus on the Lower Face

Maurício de Maio, M.D. Woffles T. L. Wu, M.D. Greg J. Goodman, M.D. Gary Monheit, M.D. on behalf of the Alliance for the Future of Aesthetics Consensus Committee

Combined treatment with botulinum toxin and hyaluronic acid to correct unsightly lateral-chin depression

André Vieira Braz¹ Dailana Louvain² Luana Vieira Mukamal³

Infraorbital Rejuvenation Combined with Thread-Lifting and Non-cross-linked Hyaluronic Acid Injection: A Retrospective, Case-Series Study

Zhi-Feng Liao¹ • Wei Yang² • Xin Li³ • Shi-wei Wang³ • Fang-Cen Liu⁴ • Sheng-Kang Luo¹

Rinomodelación líquida. Concepto. Técnicas y materiales

Dr. Javier Murillo

Codirector de CM Clinic (Palma de Mallorca, Baleares)

Mesa 3.



Introducción: La rinomodelación no quirúrgica o rinomodelación líquida se ha convertido en un tratamiento muy demandado en la última década y, por desgracia, también uno de los que mayor número de complicaciones presenta.

Desarrollo: Presentamos un planteamiento personal del abordaje del área de la nariz, deteniéndonos en su complejidad anatómica, tanto ósea, vascular y cartilaginosa, sin olvidar su complejidad dinámica y soporte ligamentoso que en ocasiones puede no ser analizado. La selección de la técnica, el orden adecuado y los materiales de

relleno a emplear son claves en el resultado y la seguridad del procedimiento. Personalizar cada caso teniendo en cuenta limitaciones, expectativas del paciente y posible tratamiento quirúrgico nos dará las claves para su satisfacción.

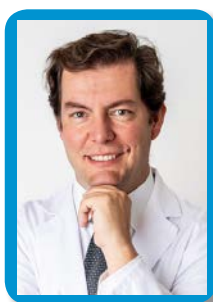
Resultados y conclusiones:

- Análisis previo de la anatomía ósea, vascular y cartilaginosa. Valoración dinámica y de las proporciones individuales de cada caso son fundamentales para un tratamiento eficaz y minimizar los riesgos
- Selección del material adecuado en base a sus propiedades reológicas
- Técnica de infiltración teniendo en cuenta su orden y las zonas de especial riesgo para obtener el éxito en el tratamiento

Palabras claves: rinomodelación, rinomodelación líquida, rejuvenecimiento no quirúrgico, fillers, anatomía nariz

BIBLIOGRAFÍA

1. Moon HJ. Use of Fillers in Rhinoplasty. Clin Plast Surg. 2016 Jan;43(1):307-17. doi: 10.1016/j.cps.2015.08.003. PMID: 26616716.
2. Harb A, Brewster CT. The Nonsurgical Rhinoplasty: A Retrospective Review of 5000 Treatments. Plast Reconstr Surg. 2020 Mar;145(3):661-667. doi: 10.1097/PRS.0000000000006554. PMID: 32097303.
3. Baker SR. Principles of Nasal Reconstruction. New York, NY: Springer New York; 2011.
4. Tansatit T, Apinuntrum P, Phetudom T. Facing the Worst Risk: Confronting the Dorsal Nasal Artery, Implication for Non-surgical Procedures of Nasal Augmentation. Aesthetic Plast Surg. 2017 Feb;41(1):191-198. doi: 10.1007/s00266-016-0756-0. Epub 2016 Dec 28. PMID: 28032167.
5. Rzany B, Bayerl C, Bodokh I, Boineau D, Dirschka T, Queille-Roussel C, Sebastian M, Sommer B, Poncet M, Guennoun M, Podda M. Efficacy and safety of a new hyaluronic acid dermal filler in the treatment of moderate nasolabial folds: 6-month interim results of a randomized, evaluator-blinded, intra-individual comparison study. J Cosmet Laser Ther. 2011 Jun;13(3):107-12. doi: 10.3109/14764172.2011.571699. PMID: 21609212.



Manejo en 2024 de la primera consulta con el paciente que desea cambiar su nariz

Dr. Alberto Candau

Jefe de Cirugía Maxilofacial del Hospital San Juan de Dios (Córdoba)

La consulta inicial es un paso fundamental en el proceso de cualquier procedimiento estético, incluida la rinoplastia o la rinomodelación. Este encuentro inicial entre el médico y el paciente no solo es crucial para establecer una comunicación clara y un entendimiento mutuo, sino que también tiene implicaciones directas en la seguridad, los resultados estéticos y la satisfacción del paciente. A continuación, se detallan las cuatro bases por las que la consulta preoperatoria es tan importante en el contexto de una valoración nasal.

1. Evaluación médica completa: Antes de cualquier procedimiento médico o quirúrgico, es esencial realizar una evaluación médica completa. En la consulta, el médico examinará la estructura de la nariz, la calidad de la piel, y las características faciales del paciente para determinar qué técnica será la más apropiada. Además, se revisará el historial médico del paciente para identificar posibles contraindicaciones o necesidades especiales que podrían afectar al paciente.

2. Entender las expectativas y objetivos del paciente: Uno de los aspectos más importantes de la consulta preoperatoria es la oportunidad de discutir las expectativas y los objetivos estéticos del paciente. Esto permite al médico entender lo que el paciente espera lograr con el procedimiento y asegurar que estos objetivos sean realistas y alcanzables. La comunicación abierta ayuda a evitar malentendidos y establece una base para resultados satisfactorios.

3. Información sobre el procedimiento: Tanto si se trata de una rinoplastia o de una rinomodelación, se deben exponer riesgos y beneficios que deben ser completamente discutidos durante la consulta. El médico proporcionará información detallada sobre cómo se realizará el procedimiento, qué técnicas se utilizarán, qué tipo de anestesia se aplicará, los riesgos asociados, el proceso de recuperación y las medidas de cuidado postoperatorio.

4. Construcción de confianza: El aspecto emocional y psicológico de someterse a una cirugía no debe subestimarse. El tiempo dedicado en consulta ayuda a construir una relación de confianza entre el paciente y el médico. Sentirse cómodo y seguro con el profesional que realizará el procedimiento puede aliviar la ansiedad del paciente y mejorar su experiencia general y su satisfacción con los resultados finales.

La nariz es un área anatómica compleja que requiere de una formación integral para poder realizar una evaluación correcta con independencia de la técnica que se realice. Lo que nos va a diferenciar como médicos es precisamente este hecho, por lo que debemos ser excelentes en el manejo médico previo de nuestros pacientes. Para ello, una consulta integral de un paciente que desea cambiar su nariz debe incluir:

- Estudio nasal externo: Realizado con fotografías, que pueden ser tanto en 2D como en 3D para determinar anomalías en los ejes nasales, asimetrías, malformaciones del hueso nasal, etc. Asimismo, tenemos que estudiar la relación de la nariz con la cara del paciente, dado que es frecuente que la cara del paciente presente alguna asimetría que no pueda llegar a corregirse con un procedimiento nasal y hay que advertirle de esto.

- Estudio nasal interno: Una rinoscopia anterior es un procedimiento imprescindible para cualquier médico, donde podemos detectar anomalías en el septo, perforaciones, hipertrofia de cornetes, incluso una patología que nos pueda hacer pensar en un consumo de cocaína. Mucha patología endonasal puede hacernos descartar un procedimiento médico o quirúrgico. Si se tiene acceso, un endoscopio flexible (fácilmente accesible hoy en día) puede ayudarnos a mejorar la precisión de nuestro diagnóstico.

- Evaluación psicológica previa: Sin llegar a ser expertos en este campo, todos los profesionales de la nariz deben tener un cierto grado de entrenamiento en descubrir los pacientes que potencialmente pueden tener un trastorno dismórfico de la imagen personal y en los que incluso deberemos rechazar la realización de procedimientos para evitar potenciales conflictos en el futuro.

- Estudio ecográfico nasal: La ecografía nasal ha revolucionado todos los procedimientos nasales dado que podemos valorar los compartimentos grasos de la piel, las estructuras cartilaginosas, la existencia de rellenos previos y, especialmente importantes, las estructuras vasculares. Las mayores complicaciones en rinomodelación se tienen por no tener en cuenta la anatomía vascular de la nariz.

- Diseño del resultado que el paciente busca: Podemos resumir que existen dos tipos de procedimientos nasales: los de ADICIÓN (es decir, los que tienen como finalidad aumentar el tamaño o volumen de zonas concretas en la nariz) y los de SUSTRACCIÓN (los que tienen como finalidad reducir el tamaño o volumen en zonas concretas de la nariz). Para los primeros, la rinomodelación (también denominada en algunos foros como "rinoplastia líquida" o "rinoplastia no quirúrgica") puede ser una opción extraordinariamente útil. En estos casos, es importante que el paciente visualice el resultado aproximado de la técnica que nosotros queremos utilizar. Existen numerosos programas de edición fotográfica gratuita con los que podemos trabajar para modelar la foto del paciente y determinar cuál sería el mejor perfil para cada caso concreto.

La adquisición de estos conocimientos debería ser imprescindible por parte de todos los profesionales médicos que tratan la nariz, y el dominio de la consulta médica marcará una clara diferencia entre los especialistas médicos que realizan procedimientos correctos y el resto de profesiones no médicas cuya finalidad última no es buscar la salud total del paciente.

En resumen, la consulta preoperatoria es indispensable en el proceso de cualquier procedimiento estético, especialmente en zonas anatómicas complejas como la nariz. No solo garantiza que todos los aspectos médicos y estéticos sean cuidadosamente evaluados y planificados, sino que también proporciona una plataforma para que el paciente y el médico establezcan una comunicación efectiva, lo cual es esencial para alcanzar los resultados deseados y garantizar la máxima seguridad del paciente.



Complicaciones de la rinomodelación líquida

Dr. Blas García

Director de la Clínica Dr. Blas García (Santa Cruz de Tenerife)

Resumen

La rinomodelación líquida es uno de los procedimientos que mayor crecimiento ha tenido en la última década en el ámbito de la medicina estética. Sin embargo, las complicaciones asociadas a dicho procedimiento han aumentado exponencialmente como consecuencia principal de una mala indicación por parte de los profesionales que la ejercen, conllevando por tanto un alto índice de insatisfacción y frustración en los pacientes.

Las complicaciones asociadas a la rinomodelación líquida pueden dividirse en:

- 1.- Complicaciones estéticas: Son aquellas que generan deformaciones estéticas que generan discomfort en el paciente. Pueden deberse a:
 - a. "Columela", y pueden generar una pérdida de soporte de la punta.
 - b. Errores en la infiltración de la punta nasal: que conllevan a una pérdida de definición de la punta, punta bulbosa y con el tiempo a una punta caída por distensión de los ligamentos nasales.
 - c. Errores de infiltración en el dorso nasal: conllevan aumentos indeseados en el tamaño nasal con incrementos en la proyección, deformidad en "polly beak".

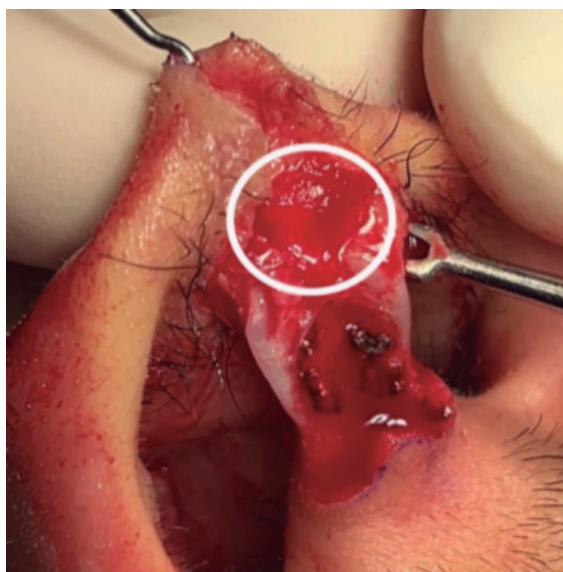


Fig. 1: Infiltración de la punta por ácido hialurónico aún presente 6 años después

2.- Complicaciones tisulares: Son aquellas que generan cambios en la arquitectura de los tejidos nasales. Las lesiones que con más frecuencia se observan son la aparición de fibrosis subcutánea, degeneración hialina en cartílagos alares y triangulares, granulomas, reacción a cuerpo extraño y efecto "frozen nose".



Fig. 2: Granuloma tras infiltración en el dorso de AH

3.- Complicaciones vasculares: Son las más graves ya que comprometen la supervivencia de los tejidos involucrados. Se dividen en dos según el mecanismo de producción:

- a) Por embolización: tras infiltración intraluminal de un vaso de la vascularización nasal. Este riesgo es mayor conforme más caudal infiltramos, siendo la punta donde el riesgo de embolización e isquemia es mayor.
- b) Por compresión vascular: se produce por una sobreinfiltración que produce por compresión del material de relleno una oclusión vascular, y por tanto una isquemia o necrosis de los tejidos blandos nasales. Este riesgo se encuentra muy aumentado en pacientes intervenidos previamente donde la vascularización nasal es más pobre y más randomizada.

El tratamiento precoz de estas complicaciones es capital para evitar secuelas irreversibles. Identificar de forma rápida dichas complicaciones es fundamental.

Los signos de isquemia temprana podemos resumirlos en: a) blanqueamiento del área periinfiltrada; b) falta de relleno vascular tras digitopresión; c) livideces; d) congestión nasal; e) trasudado transparente a través del punto de infiltración.

El protocolo que recomendamos en estos casos es el del empleo inmediato de hialuronidasa + infiltración de acetónico de triamcinolona pasados 20 minutos desde la infiltración de hialuronidasa. Es vital infiltrar la hialuronidasa en un margen de 6-8 horas para revertir la isquemia generada. Pautas de vasodilatadores distales como el diltiazem, pentoxifilina, pastas de nitroglicerina tópica o esteroides orales pueden ayudar a mejorar los síntomas isquémicos y a revertir las posibles secuelas isquémicas.



Fig. 3: Isquemia a los 3 días con mínimas áreas de necrosis tras embolización vascular con ácido hialurónico



Fig. 4: Necrosis de infratip y ala izquierda tras infiltración con ácido hialurónico en paciente intervenido previamente de rinoplastia estética

Rinoplastia ultrasónica asistida por ecografía

Dra. Susan Díaz Reverand

Unidad de Cirugía Maxilofacial de Clínica ODDA (Barcelona)

Dra. Marjorie Garcerant

Unidad de Diagnóstico Ecográfico de Bexclinic (Madrid)

Dra. Paloma Tejero

Unidad de Medicina Estética de Clínica TClínic (Toledo)

Introducción

La nariz está situada en el centro del rostro, armonizando y aportando equilibrio. Una nariz perfectamente estructurada realza la belleza de todo el rostro. Así, la rinoplastia

es uno de esos procedimientos quirúrgicos estéticos que sigue estando entre las cinco cirugías estéticas más populares. Pero en los últimos años la tendencia de las personas que quieren mejorar su nariz es a recurrir a procedimientos menos invasivos (1).

Debido al desarrollo de los rellenos dérmicos de ácido hialurónico, con buenos perfiles de eficacia y seguridad, la rinoplastia no quirúrgica o rinomodelación se ha vuelto cada vez más popular entre los pacientes que desean mejorar los aspectos estéticos de su nariz. Además, la rinomodelación con respecto a la rinoplastia quirúrgica (RQ) tiene un menor coste, un menor riesgo de efectos adversos, es reversible y un tiempo de recuperación más corto



(1,2). Sin embargo, no todos los pacientes son candidatos a rinomodelación y entre las indicaciones estéticas principales están el aumento del dorso nasal, el camuflaje de la jibá y la corrección de ciertos defectos, anomalías y/o asimetrías (3-4).

El primer relleno facial desarrollado fue la parafina a principios del siglo XX. A esto le siguió una variedad de otros rellenos sintéticos como cera de abejas, lanolina, y aceites minerales. Sin embargo, todos estos productos fueron asociados a una alta tasa de granulomas de cuerpo extraño. No fue hasta la década de 1960, con la aparición de la silicona líquida, que comenzaron los rellenos faciales inyectables a ganar más popularidad. Pero, fue retirada del mercado en 1991 por su alta tasa de complicaciones (5).

Hoy en día, existe una impresionante variedad de productos dérmicos inyectables (6). Los rellenos se clasifican generalmente en agentes biológicos y sintéticos, siendo los primeros representados por el ácido hialurónico, una sustancia degradable y reabsorbible de vida tisular limitada. Por el contrario, los rellenos sintéticos no se degradan fácilmente, tienen una larga vida local e incluyen silicona y su derivado relacionado dimetilsilano (también llamado "aceite de silicona"), polimetilmetacrilato (PMMA) e hidroxipatita de calcio. Cuando se inyectan con fines cosméticos, se espera que todos los rellenos se limiten a la dermis para generar la elasticidad, firmeza y fuerza de la piel asociadas con una apariencia más joven. Sin embargo, ocurren complicaciones y la identificación del relleno y el tipo de relleno utilizado puede ser de gran relevancia para predecir el resultado. Además, es posible que los pacientes no informen sobre los rellenos a los que han sido sometidos (6-7).

La ecografía de alta resolución es capaz de detectar e identificar a los distintos tipos de rellenos (7), siendo un método de imagen no invasivo que permite una visualización clara de las capas de la piel y tejidos subyacentes, y puede detectar los tipos de rellenos (8).

La ecografía en medicina estética presenta múltiples aplicaciones en varias áreas, incluido el diagnóstico de complicaciones con y sin rellenos, la realización de inyecciones guiadas por ultrasonido en tiempo real y la identificación de los tipos de rellenos más comunes. Además, esta aplicación de la ecografía en estética se ha convertido en una necesidad en el manejo de pacientes porque, hasta la fecha, esta modalidad es la que proporciona mayor resolución, información anatómica detallada y detección del flujo sanguíneo, además de mostrar disponibilidad a nivel mundial. La ecografía también se aplica para guiar procedimientos quirúrgicos o invasivos (8-9).

Los procedimientos guiados por ecografía se realizan visualizando la estructura objetivo en tiempo real durante el procedimiento (guía dinámica). La guía ecográfica se puede utilizar en una amplia variedad de procedimientos. Permite la visualización en tiempo real de la anatomía circundante mientras se realiza el procedimiento, aumentando así la seguridad, ahorrando tiempo y minimizando las complicaciones (10).

Actualmente no hay evidencia de su uso en la extirpación de materiales de relleno no reabsorbibles o permanentes que den problemas clínicos agudos o crónicos, por lo que presentamos el siguiente caso.

Caso clínico

Mujer de 44 años, poli-implantada. Comenta que desde hace más de 8 años se ha realizado múltiples implantes faciales de productos permanentes como Metacril® y no permanentes como Radiesse®, Ellansé® y distintas marcas de ácido hialurónico. Su mayor preocupación era el aspecto de su nariz, con lo cual recurrió a rinomodelación con estos productos, sin éxito. También, tiene como antecedente haberse realizado blefaroplastia completa hace 10 años, y 2 cirugías de facelift/accutite® facial combinadas con minilifting, en el lapso de los últimos 5 años.

A la valoración nasal, se apreciaba una nariz con exceso de proyección con la punta caída, redonda y asimétrica, desviación caudal izquierda, giba y edema en rínix. Rinoscopia: normal.

En el resto del rostro se palpaban nódulos menores a 5 mm en región malar superior interna con el borde nasal. Nódulo de 1 cm en malar izquierdo, cerca del surco nasogeniano, al igual en el malar derecho, pero menos circunscrito.

Se realizó preoperatorio que no contraindicó la cirugía y una ecografía facial con un equipo ECUBE XC70, de la empresa fabricante Alpinión®, Medicalscan (Madrid-España), con ondas L10-25H y SL3-19HT. Con una técnica para ecografía de partes blandas de la cara con medición de parámetros FTHI, FSRI, SCI, Xcompare, Elastography y Microview,

que confirmó la presencia de material de relleno permanente en región periocular, perilabial y dorso de la nariz desde el rínix hasta la punta. Imagen de tormenta de nieve por materiales de relleno de semipermanente en región malar, bolsa adiposa de Bichat y perauricular bilateral de diferente data. Áreas nodulares visibles y palpables en ambas mejillas bien delimitadas correspondientes a policaprolactona. Banda de hipocogenicidad subepidérmica (SLEB por sus siglas en inglés) generalizado de 0,02 en región malar superior hasta 0,04 en óvalo facial.

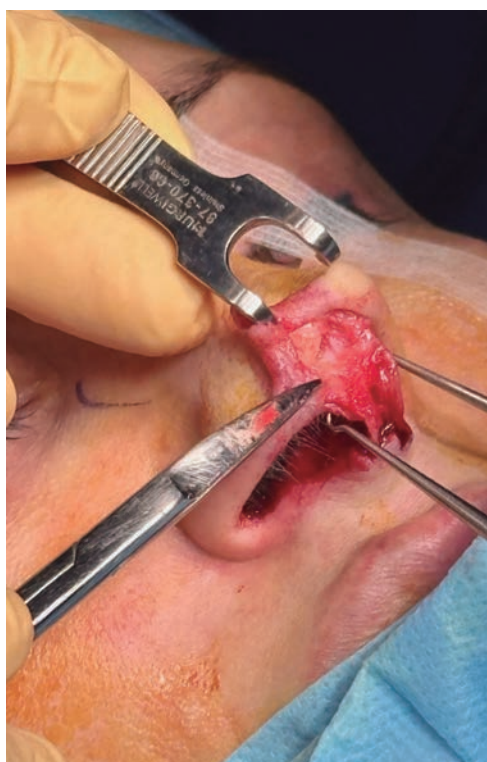
Se realizó la rinoplastia ultrasónica asistida por ecografía, ecógrafo modelo XCube i9 marca Alpinion® con sonda de 10 a 25 MHz, que consistió en: infiltración con xilocaína más epinefrina 1:100.000 con una aguja 30g sobre

apertura piriforme, vertientes nasales, dorso nasal, cartílago alar, punta nasal y columela. Incisión columelar en V invertida e incisión alar marginal. Disección de punta y dorso nasal, levantamiento del colgajo cutáneo, dejando el SMAS/Ligamento de Pitanguí por debajo y progresando de abajo hacia arriba a medida que se expuso la punta y el dorso cartilaginoso.

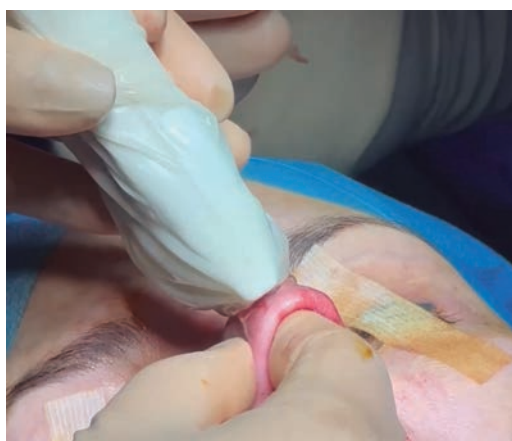


Ecografía intraoperatoria
en rinoplastia ultrasónica

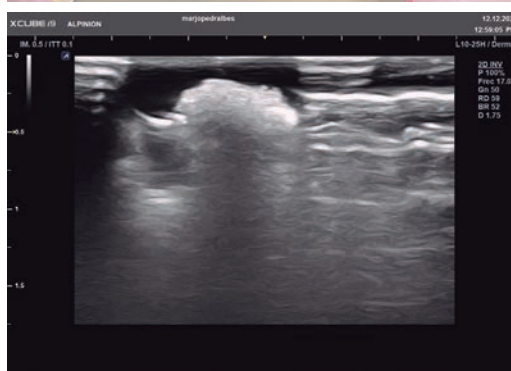
En este punto, se introdujo la sonda ecográfica para confirmar la infiltración del ligamento de Pitanguí por material permanente, ya que al tacto era duro, casi petrificado, con una coloración diferente a lo habitual, más pálida. Y ecográficamente sugirió imagen típica de tormenta de nieve en relación con infiltración de materiales de relleno del tipo biopolímero. La dermis del colgajo cutáneo, la cual al tacto, estaba acartonada y con poca elasticidad, arrojó las mismas características ecográficas. Y la dermis del ródix se encontraba aún más engrosada por mayor infiltración.



Ligamento de Pitanguí con sospecha de infiltración por
material de relleno permanente



Ecografía
intraoperatoria
del colgajo
cutáneo de la
punta nasal

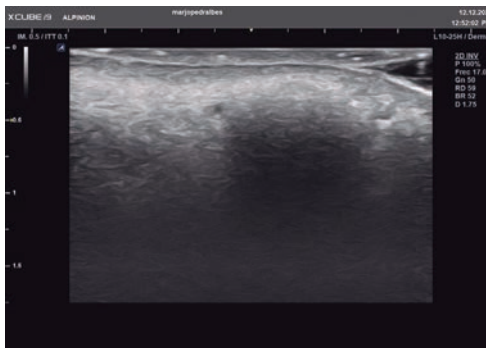


Se trata de imagen típica
de tormenta de nieve, de
morfología redondeada
en íntimo contacto de
límite muy bien definido
con tejido eco-anatómico
normal correspondiente
la punta de la nariz

Al tener estos hallazgos, se procedió a pasar la sonda ecográfica en los tejidos y ligamentos nasales quirúrgicamente sospechosos de infiltración de material de relleno del tipo biopolímero, los cuales ecográficamente sugirieron imágenes típicas de tormenta de nieve. Dichos tejidos fueron extirpados y enviados para análisis anatómopatológico. Mediante localización ecográfica y palpación se ubicaron las lesiones nodulares malares superiores y mediante el mismo abordaje de rinoplastia abierta se extirparon dichas lesiones.



Imagen ecográfica, en tiempo real, (intraoperatoria) en tormenta de nieve de la dermis nasal



Se evidencia la típica imagen de tormenta de nieve con áreas hiperecogénicas en tejido profundo, así como pequeñas hiperecogenicidades puntiformes en probable relación con material de relleno no reabsorbible y huella ecográfica en medio de un tejido infiltrado con un material de relleno permanente del tipo biopolímero

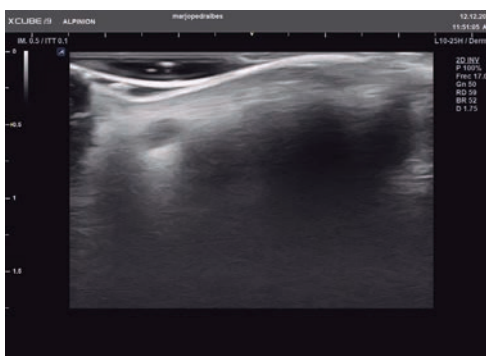
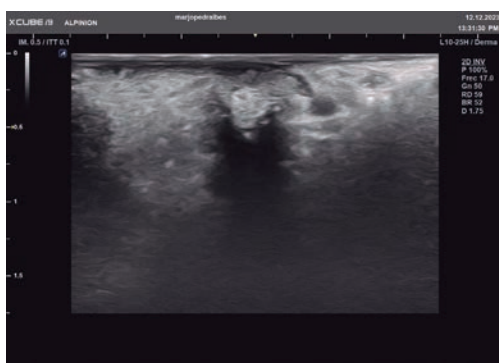


Imagen ecográfica con área hipoeica, extensa a 10 mm de profundidad, rodeada de una imagen en tormenta de nieve, así mismo se evidencia una pequeña área hipoeica redondeada, circunscrita, con refuerzo posterior, ambas sugestivas de material de relleno de un origen diferente al material permanente

Imagen ecográfica intraoperatoria con isoeogenicidad generalizada y área central hipoeica de morfología abigarrada en probable relación con ausencia de tejido, ya movilizado por la cirugía, con área focal de hiperecogenicidad homogénea, en la parte superior, de morfología redondeada y límites bien definidos, en probable relación con nódulo de material del tipo biopolímeros. En esta imagen se evidencia además el punto de abordaje del tejido traducido como una imagen hipoeica con solución de continuidad de la superficie cutánea lateral a las imágenes descritas.



Posteriormente, se prosiguió con las técnicas de rinoplastia, como fractura de huesos nasales con el piezotomo, limado del dorso nasal, "cephalic trim", suturas transdomales y "tongue-in-groove". Al realizar el cierre de piel y confirmar la estructura estética de la nariz se evidenciaron 2 nódulos de aproximadamente 7 mm en la base nasal a nivel de ambos orificios nasales, se introdujo la sonda ecográfica para confirmar si correspondía con nódulos de infiltración de material permanente y se visualizó la imagen típica de tormenta de nieve. Consecuentemente, dichos nódulos fueron extirpados y enviados para análisis histopatológico. Se prosiguió con el cierre de la piel de la base nasal, columelar y de las incisiones marginales.

El nódulo malar izquierdo con surco nasogeniano se extirpó asistido ecográficamente mediante abordaje intraoral. Fue una cirugía ambulatoria y la paciente el mismo día se recuperó y se fue de alta, acudiendo a su vida laboral de inmediato. Todas las lesiones enviadas para análisis anatómopatológico, que fueron en número de 11 muestras, reportaron silicona.

Discusión

La ecografía intraoperatoria (EIO) fue realizada por primera vez en 1961 por Schlegel et al para la detección de cálculos renales, y posteriormente fue utilizada por Knight y Newell en 1963 para la detección de cálculos en el conducto biliar común. El uso diagnóstico del EIO se ha extendido a una variedad de aplicaciones quirúrgicas, y puede utilizarse para localizar con precisión la patología, guiar la extensión de la resección quirúrgica, mejorar la estadificación del tumor e influir en la toma de decisiones quirúrgicas. Múltiples estudios han demostrado que el EIO influye en la elección de la estrategia quirúrgica entre un 2,7% y un 49% de las veces, dependiendo del escenario clínico. En los años ochenta y principios de los noventa, la ecografía intraoperatoria fue más allá de su uso exclusivo con fines diagnósticos, cuando los grupos empezaron a utilizarla para guiar y monitorizar procedimientos intraoperatorios como la criocirugía o la ablación térmica (11-13).

La ecografía intraoperatoria (IOUS) es una valiosa herramienta complementaria que puede proporcionar información de diagnóstico en tiempo real en una cirugía, que tiene el potencial de alterar el manejo del paciente y disminuir las complicaciones (12).

La ecografía en cirugía nos permite localizar de forma rápida y exhaustiva, con el mínimo margen de error, estos materiales de relleno y focalizar exclusivamente en ella la administración del tratamiento, ya que nos permite ser precisos. De esta manera estamos ante la inauguración de una nueva era de la cirugía de implantes de relleno facial, ayudada por ecografía, en pleno desarrollo y expansión (14).

El caso que presentamos pone en evidencia un ejemplo de muchos pacientes que hay hoy en día en las consultas de cirugía y medicina estética, usuarios habituales de las técnicas de infiltración, en muchos casos con materiales permanentes que coinciden con implantes no permanentes y que clínicamente tienen un aspecto irregular de la superficie con trastornos de volumen y del color, además de tener nódulos palpables o visibles con la gesticulación.

En este caso mientras se realizaba la cirugía de la nariz se optó por mejorar todos los nódulos palpables o no y visibles en reposo o gesticulación, que estuvieran también dentro del material de relleno permanente o no, respetando al máximo los límites del tejido sano, por lo que la guía de la ecografía intraoperatoria resultó útil para hacer una cirugía conservadora que mantuviera el resultado lo más estético posible.

Mostramos las fotografías de antes y después del tratamiento así como la ecografía in vivo y ex vivo que nos permite valorar el alcance del éxito de la técnica que ha necesitado la coordinación del equipo quirúrgico y de diagnóstico por imagen en el mismo acto, que aún siendo una colaboración innovadora, creemos debería popularizarse en aras de aportar eficacia y seguridad a los pacientes que necesitan de esta intervención.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Giammarioli G, Liberti A. Non-surgical rhinoplasty technique: An innovative approach for nasal reshaping with hyaluronic acid fillers. *J Cosmet Dermatol*. 2023 Jul;22(7):2054-2062. doi: 10.1111/jocd.1566
- 2.- Jasin ME. Nonsurgical rhinoplasty using dermal fillers. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2013;21(2):241-252. doi.org/10.1111/jocd.14173
- 3.- Moon HJ. Injection rhinoplasty using filler. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2018 Aug;26(3):323-330. doi:10.1016/j.fsc.2018.03.006
- 4.- Mehta U, Fridirici Z. Advanced techniques in nonsurgical rhinoplasty. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2019 Aug;27(3):355-365. doi:10.1016/j.fsc.2019.04.008
- 5.- Broder K, Cohen S. An overview of permanent and semipermanent fillers. *Plast Reconstr Surg*. 2006 Sep;118(3 Suppl):7S-14S. doi: 10.1097/01.prs.0000234900.26676.0b.
- 6.- Jones, D. H. (2009). *Semipermanent and Permanent Injectable Fillers*. *Dermatologic Clinics*, 27(4), 433-444. doi:10.1016/j.det.2009.08
- 7.- Wortsman Ximena. Identification and Complications of Cosmetic Fillers
J Ultrasound Med 2015; 34:1163-1172. doi: 10.7863/ultra.34.7.1163.
- 8.- Wortsman, X., Wortsman, J., Orlandi, C., Cardenas, G., Sazunic, I., & Jemec, G. B. E. (2011). *Ultrasound detection and identification of cosmetic fillers in the skin*. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 26(3), 292-301. doi:10.1111/j.1468-3083.2011.04047.x
- 9.- Cavallieri FA, Balassiano LKA, Munhoz G, Tembra MF, Wortsman X. Ultrasound in Aesthetics: Filler and Non-Filler Applications.
Semin Ultrasound CT MR. Dec 10:S0887-2171(23). doi: 10.1053/j.sult.2023.11.005.
- 10.- Barr, L., Hatch, N., Roque, P. J., & Wu, T. S. Basic Ultrasound-guided Procedures. *Critical Care Clinics*, 2014. 30(2), 275-304. doi:10.1016/j.ccc.2013.10.004
- 11.- Copelan A, Scola D, Roy A, MD, Vu Nghiem H. The Myriad Advantages of Ultrasonography in Image-Guided Interventions. *Ultrasound Q*. 2016 Sep;32(3):247-57. doi: 10.1016/s0033-8389(05)70289-x.
- 12.- Douglas, B. R., Charboneau, J. W., & Reading, C. Ultrasound-guided intervention expanding horizons. *Radiologic Clinics of North America*. 2001. 39(3), 415-428. doi: 10.1016/s0033-8389(05)70289-x.
- 13.- Kliewer MA, Sheafor DH, Paulson EK, et al. Percutaneous liver biopsy: a cost-benefit analysis comparing sonographic and CT guidance. *AJR Am J Roentgenol*. 1999;173:1199-1202. doi: 10.2214/ajr.173.5.10541088.
- 14.- Lubner MG, Mankowski Gettle L, Kim DH, Ziemlewicz TJ, Dahiya N, Pickhardt P. Diagnostic and procedural intraoperative ultrasound: technique, tips and tricks for optimizing results. *Br J Radiol* 2021; 94: 20201406. doi: 10.1259/bjr.20201406.

Mesa 4.



Rejuvenecimiento con láser y fuentes de luz de la región periocular

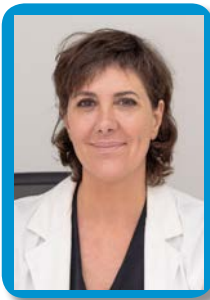
Dr. César Arroyo

Director de Láser Regenerativo del Hospital HM Montepíncipe de Madrid, de MIITclínic (Madrid), del Instituto Láser Médico Gran Vía (Bilbao) y de BILAS Bilbao International Laser Academy

El manejo de la ojera necesita de tecnología para promover un resultado global. Debemos de diferenciar los problemas vasculares o de hiperpigmentación así como los trastornos de volumen que pueden ser resueltos con tratamientos no invasivos.

Los pigmentos y la laxitud cutánea de la región periorbitaria pueden ser revertidos utilizando correctamente los dispositivos basados en la energía, tanto en parámetros y tiempos de reacción e intervalos basados en la seguridad principalmente, y por supuesto en la efectividad de los tejidos tratados.

Los problemas vasculares y pigmentarios deben ser solucionados primero antes de mejorar los problemas volumétricos y saber decidir cuándo es o no inevitable el proceso quirúrgico. La presentación está basada en la experiencia propia y la combinación de diferentes tecnologías en más de 1000 tratamientos concluidos satisfactoriamente. Además comentaremos cómo evitar efectos colaterales o cómo solucionar los que se hayan producido.



Endolift: Qué, para quién, dónde: ¿quirófano?

Dra. Lidia Ojeda

Centro Médico Dra. Lidia Ojeda (Almería)

En esta ponencia se abordará el tratamiento de Endolift, una técnica innovadora en el campo de la medicina estética. Se tratarán los siguientes puntos clave:

Qué es Endolift. Se explicará en qué consiste este procedimiento mínimamente invasivo, que utiliza un láser de fibra **óptica** para estimular la producción de colágeno, mejorar la tensión de la piel y reducir el exceso de grasa. Es un tratamiento dirigido a mejorar el aspecto del rostro y ciertas **áreas** del cuerpo.

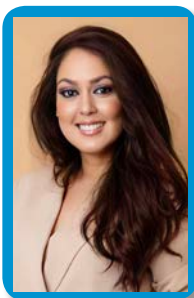
Para quién es adecuado. Se especificarán los tipos de pacientes que pueden beneficiarse del Endolift, como aquellos con flacidez moderada en la piel, exceso de grasa localizada o personas que buscan un rejuvenecimiento facial sin recurrir a cirugía tradicional. También se hablará de las contraindicaciones, es decir, aquellos pacientes que no son buenos candidatos para este tratamiento.

Dónde se realiza. Se discutirá el entorno en el que se lleva a cabo el Endolift, aclarando que no es necesario un quirófano. El tratamiento se realiza generalmente en una consulta médica o centro estético especializado, bajo anestesia local, evitando así la necesidad de hospitalización o largos tiempos de recuperación.

¿Es necesario el quirófano? Se aclarará que el Endolift es un procedimiento ambulatorio, no quirúrgico, que no requiere el uso de un quirófano. A diferencia de los procedimientos invasivos tradicionales, el Endolift se realiza en la consulta del médico, con tiempos de recuperación más cortos y menos riesgos asociados.

Al final de la ponencia, se ofrecerá una visión clara de los beneficios, limitaciones y expectativas reales de este tratamiento, ayudando a los profesionales y pacientes a tomar decisiones informadas sobre su uso. Símil: Es como un lifting sin cirugía, realizado en consulta, donde el paciente puede continuar su vida normal en poco tiempo.

Mesa 4. Cara a Cara



Pérdida de peso: con o sin fármacos

Dra. Sheila Mota

Coordinadora de los Másteres de Medicina Estética y Cuidados del Paciente Oncológico de la Universidad de Alcalá. Clínica Cellosa (Torrejón de Ardoz, Madrid).

El **sobrepeso y la obesidad** son unos de los problemas emergentes de salud pública más severos a los que nos enfrentamos en la actualidad. De acuerdo con la **Organización Mundial de la salud (OMS)**, la obesidad se define

como “una acumulación excesiva del tejido adiposo que puede afectar la salud de un individuo” y se clasifica según el índice de masa corporal (IMC), en sobrepeso grado, sobrepeso grado 2, obesidad tipo 1, obesidad tipo 2, obesidad mórbida o severa y súper obesidad, aunque hoy en día no solo se toma en consideración este índice, sino que también se toma en cuenta la composición corporal.

La **obesidad es** la enfermedad metabólica más prevalente en los países desarrollados y existe una asociación directa entre el grado de obesidad y la morbilidad. El **coste económico** alcanza cifras que suponen del **3% al 8% del coste sanitario** total en estos países.

La obesidad es una enfermedad extremadamente heterogénea y compleja, crónica, recurrente, multicausal, que acorta significativamente la esperanza de vida y que se ve influenciada por factores genéticos, factores prenatales, factores nutricionales, la edad, la microbiota intestinal, factores hormonales, factores socioeconómicos y hábitos de vida, entre otros. Es por ello que no podemos considerar que solo se debe al desequilibrio entre lo que se consume y lo que se utiliza, y por ende su abordaje tampoco puede limitarse a la dietoterapia, por el contrario se necesitará utilizar todo el arsenal terapéutico con el que podamos contar, incluido los fármacos para el manejo de la obesidad.

Según la OMS “Entre **1975 y 2016, la prevalencia mundial de la obesidad casi se ha triplicado**” por lo que la obesidad constituye un reto terapéutico, no solo por las complicaciones médicas asociadas si no por las consecuencias socioeconómicas que esta conlleva. La obesidad es una enfermedad crónica que se ha asociado al incremento en la **incidencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión arterial sistémica (HAS), dislipidemia, cardiopatía isquémica, eventos cerebrovasculares, cáncer, depresión, osteoartritis y apnea del sueño**, entre otros. En los Estados Unidos de América se estima que la obesidad es responsable de aproximadamente **300.000 muertes por año**.

La **base del tratamiento** de esta enfermedad lo constituye la **incorporación de hábitos de vida saludable (dieta y actividad física)**. En los últimos años se ha incluido **el manejo de los factores psicológico, la cirugía bariátrica, y fármacos como la semaglutida, la liraglutida y la tirzepatida**.

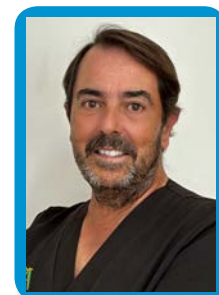
Actualmente **no contamos con fármacos que curen la obesidad**, incluso muchos han sido los que se han aprobado y que luego han sido retirados por sus efectos adversos. De acuerdo a las guías de la **Endocrine Society**, estos medicamentos están indicados para su uso a largo plazo en pacientes con IMC 30 kg/m², o para aquellos con IMC 27 kg/m² que tengan alguna comorbilidad asociada como DM2, HAS o dislipidemia. Dicha organización recomienda, además, **la suspensión y cambio del tratamiento en caso de que los pacientes no disminuyan por lo menos 5% de peso a las 12 semanas**.

Según la **Agencia Europea de Medicamentos (European Medicines Agency-EMA)**: Los pacientes deben alcanzar una pérdida de peso significativa de al menos **10% en un año y que esta pérdida sea ≥ al 5% comparada con el placebo**.

Ácido hialurónico y enfermedad autoinmune: lo que dice la evidencia científica

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

Mesa 5.



Según el informe de la SEME “Percepción y Uso de la Medicina Estética en España 2023” el 46,6% de la población se ha realizado algún tratamiento, siendo los tratamientos con ácido hialurónico (HA) unos de los más demandados. Y, en la actualidad, la inmensa mayoría de las fichas técnicas de los inyectables de ácido hialurónico hacen constar como contraindicación el padecimiento de cualquier enfermedad autoinmune. Esto implica que no deban realizarse este tipo de tratamientos en un importante sector de la población.

Ácido hialurónico e inmunogenicidad. Hay dos datos importantes en esta relación:

- La diferenciación entre los distintos pesos moleculares, ya que un ácido hialurónico de alto peso molecular va a promover acciones antiinflamatorias, mientras que el de bajo peso molecular será proinflamatorio.
- El agente reticulante: Los tres agentes más utilizados son el 1,4-butanodiol diglicidil éter (BDDE), el polietilenglicol diglicidil éter (PEGDE) y la divinil sulfona (DVS). Y del mismo modo habría que valorar si el porcentaje de enlaces tiene alguna implicación y si la cantidad total de producto inyectado (o la fracción de agente reticulante libre total) puede tener importancia.

En este sentido hay estudios in vitro que demuestran que tanto el BDDE como el PEGDE son sustancias químicas seguras como reticulantes, y respecto a la toxicidad, demuestra que ninguno de los dos reticulantes indujo respuestas celulares tóxicas a bajas concentraciones (0-25 ppm) en el modelo de cultivo celular empleado. Sin embargo, a concentraciones más altas (50-1000 ppm), el PEGDE indujo un menor daño citotóxico, acumulación de ROS y respuestas inflamatorias que el BDDE en las células dérmicas ⁽¹⁾.

Métodos

En cuanto al diseño del estudio, realizamos una revisión e investigación bibliográfica descriptiva sobre el tema que nos ocupa para estudiar la evidencia científica existente hasta la fecha. Los criterios de inclusión fueron: estar publicados en los últimos 5 años y en idioma inglés o español. Al final, seleccionamos 12 artículos que nos aportan información relevante y específica para nuestro objetivo.

Resultados y discusión

En los artículos hay una gran diversidad en las técnicas utilizadas para poder cuantificar si existían alteraciones inmunes en el organismo después del tratamiento con ácido hialurónico. La determinación de anticuerpos en sangre ha sido la más realizada, también la inmunohistoquímica para clasificar las células leucocitarias e incluso técnicas histopatológicas para estudiar el infiltrado inflamatorio, asimismo algunos autores han realizado genotipos para evaluar posibles polimorfismos HLA.

Kubik ⁽²⁾, en su estudio sobre 15 pacientes con enfermedad de Hashimoto controlada que se sometieron a la administración de un producto con AH reticulado con PEGDE, determinó los anticuerpos anti-TPO y anti-TG hasta los 150 días después del tratamiento, y como hemos mencionado realizó incluso estudios histopatológicos, llegando a la conclusión de que no existen contraindicaciones sustanciales en pacientes con la enfermedad de Hashimoto. No obstante, refiere que la ampliación de la muestra, el seguimiento más prolongado y la influencia de otros factores específicos del sujeto deben ser objeto de futuras observaciones. Igualmente sucedió con el estudio de Shir-az ⁽³⁾, con un producto de ácido hialurónico de 32 mg de ácido hialurónico de alto peso molecular y 32 mg de bajo peso molecular sin reticulación química, para mejorar la microstomía relacionada con la esclerodermia.

Si analizamos la perspectiva del paciente hay varios artículos que describen que los pacientes están, en general, a favor de los tratamientos estéticos, especialmente aquellos con desfiguraciones asociadas con su enfermedad ^(4,5). En definitiva, en base a los resultados clínicos en la literatura, el uso de productos de HA en pacientes con enfermedades inflamatorias autoinmunes es controvertido. De hecho, las moléculas de HA están implicadas en procesos inflamatorios, y potencialmente podrían exacerbar la enfermedad inflamatoria del paciente. Pero ningún estudio clínico contraindica la administración de rellenos dérmicos basados en HA en pacientes con enfermedad inflamatoria ⁽⁶⁾.

Sin embargo, en una revisión bibliográfica sobre los tratamientos cosméticos en enfermedades autoinmunes como morfea o esclerodermia, afirman que el ácido hialurónico como material de relleno inyectable se pueden utilizar en pacientes con morfea y esclerosis sistémica si la enfermedad está inactiva y estable ⁽⁷⁾, aunque con un nivel de evidencia III. Y nos muestran tratamientos en morfea lineal en Coup de Sabre, en síndrome de Parry-Romberg (Fig. 4) y en esclerodermia.



Fig. 4.- Síndrome de Parry-Romberg, (A) antes y (B) después del tratamiento de reposición con ácido hialurónico del tercio medio facial. Tomada de Creadore ⁽⁷⁾.

Referir también que, en enfermedades más comunes, como la tiroiditis autoinmune, hay revisiones sistemáticas recientes, como la de Adamczyk ⁽⁸⁾ que, aunque califican el tratamiento con ácido hialurónico reticulado como relativamente seguro, advierten que podrían aparecer nódulos inflamatorios. Y respecto a la enfermedad reumática, en una encuesta realizada en 512 pacientes con distintas afecciones reumáticas, los autores recuerdan que, hasta la fecha, no se ha estimado el riesgo de eventos adversos asociados con los procedimientos de medicina estética en pacientes con enfermedad reumática autoinmune e inflamatoria. Existen algunos estudios sobre procedimientos en enfermedades específicas (como rellenos dérmicos en esclerodermia), por lo se necesitan más investigaciones, porque en la actualidad la certeza de la evidencia sobre el tema es baja ⁽⁹⁾.

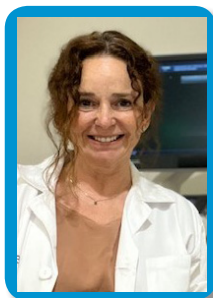
Finamente, no queríamos pasar por alto un estudio realizado en el Departamento de Microbiología e Inmunología del Colegio de Medicina de la Universidad de Bagdad. Sobre una muestra de 88 mujeres, 44 de ellas tratadas con ácido hialurónico y las otras 44 como controles, donde se determinaron anti-Tg, anti-TPO, RF y anticentrómeros mediante un ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas (ELISA), y nivel de ANA en suero utilizando kits ELISA ANA-8S (detección de anticuerpos IgG contra 8 antígenos celulares y nucleares diferentes: U1-snRNP 70 kDa, SS-B, SS-A 60/52 kDa, Scl-70, Cenp-B, Jo-1, complejo snRNP (snRNP/Sm), Sm).

Los autores lanzan en sus conclusiones un mensaje alentador: “Este es el primer estudio que desafía los hallazgos de la literatura previa, que mostraba que el relleno de AH podía inducir autoanticuerpos y enfermedades autoinmunes, lo que lleva a muchos médicos a desaconsejar estos rellenos para pacientes con enfermedades autoinmunes. Como demuestran los resultados de este estudio, no hay una diferencia significativa en el número de individuos tratados que tenga una respuesta de anticuerpos para anti-Tg, anti-TPO, RF, anticentrómero sérico y ANA-8S en comparación con un grupo de control. La falta de una diferencia significativa en las pruebas positivas para estos anticuerpos en muestras de suero sugiere que es poco probable que los rellenos de HA sean un factor de riesgo para la afectación de una enfermedad autoinmune. En consecuencia, los médicos pueden recomendar el uso de inyecciones de HA a pacientes sanos o pacientes con una enfermedad autoinmune sin riesgo significativo” ⁽¹⁰⁾.

Por todo ello, animamos a los equipos de investigación y a la industria farmacéutica a realizar estudios con muestras más amplias para que estas afirmaciones puedan tener un mayor nivel de evidencia científica, y realmente podamos establecer en qué enfermedades autoinmunes y en qué estado de la enfermedad está o no contraindicado el uso del AH en la enfermedad autoinmune.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jeong CH, Kim DH, Yune JH, Kwon HC, Shin DM, Sohn H, et al. In vitro toxicity assessment of crosslinking agents used in hyaluronic acid dermal filler. *Toxicol Vitro*. 2021;70(June 2020):105034.
2. Kubik P, Gallo D, Tanda ML, Jankau J, Rauso R, Gruszczyński W, et al. Evaluation of the Safety of Neauvia Stimulate Injectable Product in Patients with Autoimmune Thyroid Diseases Based on Histopathological Examinations and Retrospective Analysis of Medical Records. *Gels*. 2023;9(6):1–13.
3. Hir-Az O, Berl A, Mann D, Bilal BS, Levy Y, Shalom A. Treatment of Scleroderma-Related Microstomia Using Hyaluronic Acid: An Interventional Study. *Life (Basel)*. 2023 Nov 7;13(11):2176.
4. Koren A, Sarbagil-Maman H, Litinsky I, Furer V, Artzi O. Dermal Filler Injections in Patients with Autoimmune and Inflammatory Rheumatic Diseases-The Patients’ Perspective. *Dermatologic Surg*. 2022;48(1):82–6.
5. Trepanowski N, De La Garza H, Goldminz J, Lam CS, Vashi NA. The impact of skin disfigurement in patients with autoimmune connective tissue disorders on quality of life, willingness-to-pay, and time trade-off: A cross-sectional analysis. *JAAD Int*. 2022 Nov 4;10:48–50.
6. Pieretti G, Rafaniello C, Fraenza F, Donniacuo M, Cuomo R, Lanzano G, et al. Hyaluronic acid-based fillers in patients with autoimmune inflammatory diseases. *J Cosmet Dermatol*. 2023;22(9):2420–3.
7. Creadore A, Watchmaker J, Maymone MBC, Pappas L, Lam C, Vashi NA. Cosmetic treatment in patients with autoimmune connective tissue diseases: Best practices for patients with morphea/systemic sclerosis. *J Am Acad Dermatol*. 2020 Aug;83(2):315–341.
8. Adamczyk K, Rusyan E, Franek E. Safety of Aesthetic Medicine Procedures in Patients with Autoimmune Thyroid Disease: A Literature Review. *Medicina (Kaunas)*. 2021 Dec 24;58(1):30.
9. Felis-Giemza A, Matusiewicz A, Wajda A, Olesińska M. Safety of esthetic procedures in rheumatic patients: single-center survey of patients. *Rheumatol Int*. 2024 Feb;44(2):357–362.
10. Aljawhar NM, Sharquie IK. Is hyaluronic acid filler still a potential risk factor for an autoimmune reaction? *Med J Malaysia*. 2020 Jul;75(4):363–367.



Patrones ecográficos de los nuevos materiales

Dra. Susana Bordegaray

Radióloga en Unidad de la Mujer en HT Médica (Madrid)

Se trata de un breve repaso de los patrones ecográficos de los rellenos estéticos más utilizados y aquellos más frecuentemente encontrados en pacientes poimplantados, mencionando los nuevos rellenos y bioestimuladores y los patrones observados hasta el momento.

Se trata de una ponencia observacional basada en mi experiencia personal como ecografista estética, comparando en algunos casos imágenes propias y de artículos publicados para encontrar diferencias o coincidencias.

Mesa 7.



Dra. Juana Deltell

Directora Médica San & Del Medicina Estética (Madrid) y Secretaria de GEMEON

Medicina estética en superviviente oncológico: ¿qué podemos hacer?

Al hablar del superviviente oncológico lo primero que se debe tener en cuenta es que el propio término ha cambiado a lo largo de la historia, ha pasado de ser usado para hablar de quién no había fallecido por cáncer, a incluir actualmente a diversos perfiles de pacientes en las distintas etapas del proceso oncológico, que abarcarán desde el diagnóstico hasta el final de sus días (1). Estas etapas son:

- **Supervivencia aguda:** incluirá el período del diagnóstico y tratamiento del cáncer (1).
- **Supervivencia extendida:** comienza con la remisión de la enfermedad y finalización del tratamiento inicial, puede incluir el mantenimiento, la consolidación o el seguimiento. Se incluyen a los que pasan por su tratamiento inicial, pero también aquellos que reciben *terapia adyuvante* para reducir el riesgo de recurrencia, tras quedar libres de signos de enfermedad; y los *pacientes crónicos de cáncer*, según Harley et al, aquellos con diagnóstico de cáncer activo, avanzado o metastásico que no se puede curar, pero cuya enfermedad está bien controlada y presentan escasa o nula sintomatología, gracias a la administración de diferentes tratamientos de forma continua o cíclica y/o una observación clínica continua (1-3).
- **Supervivencia permanente:** los pacientes están libres de signos de enfermedad tras finalizar su tratamiento, y no precisan más terapias, pero si seguimiento. Dentro de esta etapa se incluyen los *largos supervivientes*, aquellos pacientes que tras 5 años desde su diagnóstico están libres de signos de enfermedad y ya no reciben tratamiento, lo que en la mayoría de los casos significa curación. Este periodo puede ser más reducido en algunos tumores agresivos, propios de edades tempranas, como los tumores infantiles; o más largo como en el cáncer de mama o el de próstata (1,4).

A lo largo de todas las etapas pueden generarse en los supervivientes preocupaciones sobre la imagen corporal, ya que la apariencia física es un factor influyente en las interacciones personales, sociales y profesionales y se ve afectada significativamente en algunos casos (5). De forma especial, las secuelas dermatológicas en zonas visibles o aquellas que permanecen por largo tiempo, generarán un impacto mayor, llegando a afectar a la autoestima y facilitando el desarrollo de ansiedad, angustia y depresión que comprometerá de forma clara la calidad de vida del superviviente y la reincorporación a su vida cotidiana (3), a pesar de lo cual, este tema suele resultarles difícil de exponer a su médico voluntariamente, es por ello que el profesional deberá abordarlo de forma clara, tranquilizando a los pacientes, exponiéndoles que las preocupaciones relacionadas con la imagen corporal son muy comunes, e indagando sobre sus necesidades específicas y como estas les afectan a su calidad de vida, para así poder ofrecerles las mejores opciones terapéuticas (5).

A las consultas de medicina estética podrán acudir todos los perfiles de supervivientes, de diferentes edades, diferentes tipos de cáncer, con o sin tratamiento oncológico, con o sin comorbilidades preexistentes y con diferentes tipos de alteraciones estéticas y/o secuelas. En general, este tipo de pacientes suelen ser considerados frágiles por un largo periodo de tiempo, con mayor susceptibilidad de presentar infecciones y empeoramiento de sus comorbilidades previas y/o aparición de otras nuevas, así como de tener el riesgo de desarrollar efectos secundarios de los tratamientos en diferentes momentos de su evolución e incluso complicaciones tardías de estos, sin olvidar el riesgo de recurrencias o de desarrollo de segundas neoplasias. En este escenario, y teniendo en cuenta que algunos de los procedimientos que vamos a realizar pueden tardar en mostrar sus resultados, será importante por parte del médico estético estar alerta frente a posibles efectos no esperados, o síntomas que no sean los habituales

en la evolución de los tratamientos realizados, ya que estos podrían generar nuevas secuelas que contribuirían a empeorar la calidad de vida del paciente (6).

Por todo ello, se hace imprescindible incentivar el estudio de los posibles tratamientos y/o medidas a realizar, a fin de ayudar a este perfil de pacientes a fomentar una autoimagen positiva y recuperar o repensar su imagen corporal con la mayor efectividad y seguridad posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Oncología Médica SEOM. Colección Oncovida, Largos supervivientes [Internet]. 2014. p. 11. Available from: <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Oncovida25.pdf>
2. Boele F, Harley C, Pini S, Kenyon L, Daffu-O'Reilly A, Velikova G. Cancer as a chronic illness: support needs and experiences. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2024 May;14(e1):e710-8. Available from: <https://spcare.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjspcare-2019-001882>
3. Proietti I, Skroza N, Mambrin A, Marraffa F, Tolino E, Bernardini N, et al. Aesthetic treatments in cancer patients. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2021;14(October):1831-7.
4. Sociedad Española de Oncología Médica SEOM. 3a Edición del Manual de Cuidados Continuos. 3a Edición. 2019. 439 p. ISBN: 9788409152230
5. Rose L, Mallela T, Waters M, Novice M, Minta A, Akintilo L, et al. Cosmetic considerations after breast cancer treatment. *Arch Dermatol Res* [Internet]. 2024 May 24;316(6):223. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s00403-024-02898-1>
6. Sandhu JK, Sharma P. Skin camouflage therapy. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* [Internet]. 2022 Sep 22;88:717. Available from: <https://www.ijdl.com/skin-camouflage-therapy/>

El código CIE-11 en medicina estética

Dra. Emilce Insua

Directora del Centro Médico Pineal (Madrid)



Resumen

Para clasificar las enfermedades se requiere asignarles un nombre único a cada enfermedad que pueda ser diagnosticada. La idea de desarrollar una Nomenclatura Internacional de Enfermedades (NIE) fue propuesta por la Asociación Médica Americana en 1930. En 1975 el Consejo de Organizaciones de Ciencias Médicas se asoció con la Organización Mundial de la Salud (OMS) para desarrollar conjuntamente esta iniciativa. En la actualidad se utiliza internacionalmente la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) como una herramienta para registrar, informar y agrupar las afecciones y los factores que influyen en la salud con el propósito de permitir el registro, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad en diferentes países o regiones y en diferentes momentos.

Se utiliza para traducir los diagnósticos de enfermedades y otros problemas de salud en códigos alfanuméricos, lo que permite almacenar, recuperar y analizar los datos. La CIE es la clasificación diagnóstica estándar internacional con fines epidemiológicos generales y para muchos fines de gestión sanitaria tales como el análisis de la situación de salud general en grupos de población, seguimiento de la incidencia y la prevalencia de las enfermedades, o el examen de otros problemas de salud como las enfermedades raras; también es adecuada para estudiar los aspectos financieros de un sistema sanitario (público o privado), como la facturación o la asignación de recursos.

El uso de la CIE en el contexto específico del sistema de salud de un país puede requerir detalles que no forman parte actualmente de la CIE-11, por ejemplo, debido a entornos específicos o a los requisitos del sistema de reembolso o a la financiación de la sanidad pública como en el caso de España.

La actual CIE-11 ha generado un gran revuelo en el ámbito de la medicina estética al incluir entidades como la celulitis y el lipedema, que podrían considerarse afectaciones estéticas por lo que su análisis implica conocer algunos conceptos importantes como:

- Que la mención de un término en el índice de la CIE no significa la aprobación o el respaldo de una afección particular.

- La inclusión de una entidad, síntoma o problema de salud en la CIE tampoco implica que los mismos entren dentro de las prestaciones del sistema nacional de salud.

La información sanitaria codificada se utiliza para medir e informar sobre diversos aspectos de la calidad de la atención y la seguridad del paciente y los datos de mortalidad y morbilidad se usan para la elaboración de informes estadísticos o en el contexto de investigación académica. Los datos de morbilidad se utilizan cada vez más en la formulación de políticas y programas sanitarios, así como en su gestión, seguimiento y evaluación, en la epidemiología, en la identificación de poblaciones de riesgo y en la investigación clínica (incluidos los estudios sobre la aparición de enfermedades en diferentes grupos socioeconómicos).

Es importante destacar que la OMS ha tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en la CIE y sus diferentes versiones y ediciones. Sin embargo, la responsabilidad de la interpretación y el uso de la CIE recae en el usuario. En ningún caso la OMS será responsable de los daños derivados de su uso, ya que la CIE debe ser permanentemente actualizada. Todas las propuestas se introducen en una plataforma de mantenimiento en línea, para la verificación de la integridad y la discusión de los revisores expertos. Cualquier usuario individual de la clasificación puede presentar una propuesta de actualización de la CIE.

Se analizará la repercusión de la CIE-11 en afectaciones que involucran a la medicina estética como las diferencias en el ámbito dermatológico, del panículo adiposo superficial y de la circulación periférica en relación con la CIE-10.

BIBLIOGRAFÍA

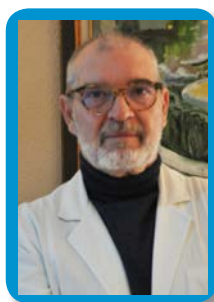
CIE-10 • ES- Clasificación Internacional de Enfermedades - 10.ª Revisión Modificación Clínica 2.ª edición-enero 2018

CIE-11. ES Clasificación Internacional de Enfermedades Para las Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad . Guía de Referencia 11ª. Revisión Febrero, 2023

Knibbs G.H. The International Classification of Disease and Causes of Death and its revision. Medical journal of Australia, 1929, 1:2-12

Orden SCB/480/2019, de 26 de abril, por la que se modifican los anexos I, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Mesa 8.



Técnica del trípode con hilos de sustentación para dermopexia facial

Dr. Manuel Prieto
Director de Clínica Cisem (Sevilla)

Resumen

Uno de los principales problemas con el tratamiento de suspensión dérmica facial mediante hilos espiculados es la pérdida de resultados atribuida principalmente a: ruptura del hilo y/o desplazamiento del mismo en dirección descendente una vez insertado.

La fijación de estos hilos a una estructura soporte, que bien pueda ser una estructura anatómica (Curt Lift, Guilleman 1970 (1)), u otro hilo que cumpla realmente esta función, soluciona satisfactoriamente este problema.

En 2018 la Dra. Paloma Tejero y el Dr. Eduardo Gil publican una técnica que mejora sustancialmente este problema, mediante la fijación de dos hilos que forman un ángulo entre 45 y 70 grados y anudándolos entre sí (2).

La técnica que he denominado del "trípode" y que vengo utilizando desde 2010 con diferentes hilos espiculados de polipropileno, poliláctico y PDO, añade un hilo más a este armazón de hilos y se convierte en el auténtico punto de apoyo fijo para la palanca de tracción.

El argumento teórico para esta técnica está basado en la idea de que un mecanismo de tracción se comporta como una palanca que debe tener un punto de apoyo fijo.

Introducción

Desde el año 2010 en mi centro estamos utilizando la técnica de tracción con unidades de tres hilos por hemicara y área para el tratamiento de elevación de tercio medio facial, y otros tres hilos para tercio inferior facial. Desde 2010 hasta la fecha han sido realizados más de 320 tratamientos con esta técnica con un alto grado de satisfacción, tanto de los pacientes como por nuestra parte.

Los grupos de tres hilos, han sido empleados en forma aislada o como complemento de otras técnicas de reposicionamiento graso facial con otros tipos de hilos espiculados. Siempre se han utilizado hilos espiculados que en un principio eran unidireccionales (Contour Threads, Happy Lyft, Happy Lift Anclorage, Spring Threads) y actualmente son bidireccionales, los cuales aportan ya por sí solos un plus de anclaje y suspensión inicial.

Actualmente, y desde hace 10 años, solo utilizamos hilos de PDO y ocasionalmente de poliláctico. Estos últimos, si bien tienen mayores beneficios de biorregeneración, tienen la desventaja de ser más frágiles a la hora de anudarse y se rompen con relativa facilidad durante la maniobra de anudado.

Materiales y métodos

- Utilizaremos tres hilos por zona y hemicara de PDO espiculados de 19 o 21 G
- Hojas de bisturí de nº11
- Lidocaína al 2% con epinefrina
- Instrumental fino para sutura (porta agujas o mosquito)
- Tijeras finas

Descripción de la técnica

Diseñaremos el área a tratar en función de las necesidades de cada paciente, proponiendo un punto de abordaje. Para el tercio medio, este abordaje podría ser por encima de la rama del malar para aprovechar la fijación que nos ofrece pasar por el ligamento cigomático. Para el tercio inferior, podemos elegir un punto a dos o tres milímetros por delante del trago, o bien por debajo del lóbulo auricular.

En cualquier caso, debemos reproducir con nuestras manos el desplazamiento de la piel hacia dichos puntos, para buscar aquel trayecto que ofrezca una visión más natural de la cara, evitando la formación de pliegues antinaturales.

Los hilos serán introducidos de tres en tres en cada área a tratar. Dos hilos se insertarán recorriendo el área diana (línea mandibular o región zigomática), y un tercero se colocará en vertical en dirección ascendente partiendo desde el mismo punto de entrada. Este hilo es el que ofrecerá la fijación a los otros dos. Fig. 1. Puede ayudar hacer un dibujo de los trayectos, que serán convergentes hacia el punto de abordaje con un ángulo de 45 a 60 grados.

Desde este momento es obligatorio el permanecer en estéril (guantes, campos, etc.), puesto que vamos a manipular con las manos las cánulas portadoras de los hilos. Realizaremos un habón anestésico en el punto de abordaje, y tras unos minutos para dar tiempo al efecto vasoconstrictor, utilizaremos una hoja de bisturí nº11 con la que realizaremos una incisión en vertical de no más de 2 a 3 mm de profundidad. A partir de aquí aprovecharemos para hacer una infiltración anestésica del trayecto de los hilos mediante una cánula de 25 G.

La cantidad de solución anestésica debe ser la mínima para evitar el encharcamiento que dificulte el anclaje de los hilos en los tejidos. Por eso, es mejor utilizar soluciones concentradas que ahorran cantidades excesivas de líquido.

Con la punta de una tijera fina tipo Metzenbaum o con un mosquito fino, realizaremos un pequeño bolsillo a través de la incisión del punto de abordaje. Fig.2. Este bolsillo nos servirá para enterrar los nudos que realizaremos con los hilos.

Retiraremos de todas las cánulas el dispositivo de poliespan que suelen tener para sujetar el extremo distal de los hilos. Esto lo haremos traccionando de dicho dispositivo hacia el cono de la cánula. Es por ello que debemos utilizar guantes estériles. Introduciremos las cánulas que portan los hilos siguiendo las líneas previamente diseñadas: dos hilos en el área diana y un tercero a través del mismo abordaje en sentido vertical. Figs. 3 y 4. Este último, tanto en el área temporal como en la piel preauricular, se adhiere fuertemente en el tejido insertado, como puede apreciarse al ejercer sobre él una tracción descendente.

Para el tratamiento de tercio inferior, el tercer hilo correrá paralelo a la implantación del lóbulo auricular. Ambos casos son trayectos seguros desde el punto de vista anatómico.

Finalmente tendremos tres hilos que asoman a través de la incisión de abordaje: dos de ellos provienen del área diana, y otro que viene desde arriba.

Con un porta agujas fino, realizaremos un primer nudo quirúrgico tratando a los dos primeros hilos como una sola unidad. Posteriormente realizamos un segundo nudo con sentido invertido para asegurar su mantenimiento. Después enterramos el nudo en el bolsillo y finalmente cortamos los extremos de los hilos que asoman por la incisión. No es necesario suturar la incisión, ya que la unión final de los dos labios de la herida es perfecta y está aproximada desde dentro. Cubriremos la herida con un apósito que se retirará en 24 horas.

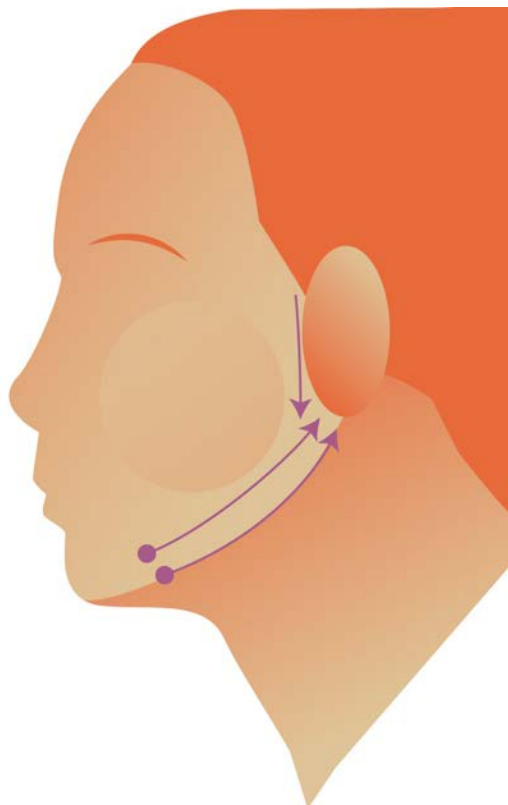


Fig. 1

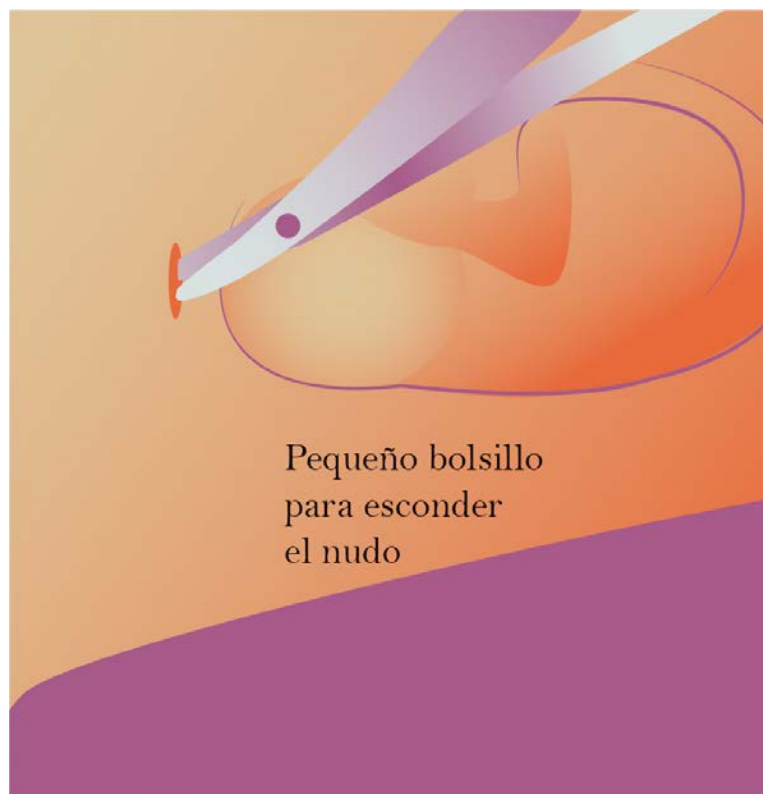


Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

BIBLIOGRAFÍA

1. Guillerman R., le "Curt Lift": Le Profession Medical, Chirr. Plast. E Recon; MARS 1970
2. Tejero y col: PSEUDO-ANCHORAGE TECHNIQUE FOR TEJERO-GIL FACIAL SUSPENSION. Acta Bioclínica, Volumen 8, N° 15, Enero/Junio 2018

TÉCNICA BQ Lifting: Una forma de usar los hilos bidireccionales

Dr. Abraham Benzaquén

Director de Clínicas Benzaquén (Málaga, Marbella y Madrid) y de Centros Médicos Vithas Málaga



En nuestras clínicas teníamos ya bastante experiencia con el uso de las suturas de Serdev para reposicionar y levantar el tercio medio e inferior de cara con resultados muy satisfactorios, pero con el inconveniente que suponía una técnica pseudoquirúrgica y difícil de realizar, dado que la zona de fijación debía ser perióstica.

Desarrollo

Fue ese el motivo por el que desarrollamos la técnica BQ que, por definición, está basada en el uso de hilos bidireccionales con espículas, conos u otro medio de fijación con doble aguja, que se introducen en al menos dos puntos de entrada, y se dirigen a uno o varios puntos de salida, que se encuentra (o encuentran) en una zona más elevada.

El bucle formado por la parte del hilo que une los puntos de entrada tensará la zona. Los extremos del hilo se anudarán si el punto de salida es único, y por tanto, común.

Así, conseguimos resultados muy similares en eficacia (es decir, muy buenos) a los obtenidos con el tensado con hilos Serdev, pero de una forma mucho más fácil, menos problemática y menos traumática, ya que no se necesita el anclaje perióstico, pues ese anclaje es sustituido por el anclaje de espículas o conos de los hilos (que se han colocado a la contra, dada la técnica con la que se han insertado).

Posibles desventajas

Los detractores podrían argumentar que el bucle (área de elevación) que une los dos puntos de entrada es un área insuficiente para conseguir traccionar de esa zona hacia arriba y así conseguir el tensado que buscamos con la técnica. No obstante, ya tenemos un historial importante con la técnica de Serdev, que nos ha mostrado que la disposición transversal de un hilo es capaz no solo de elevar una porción de tejido del rostro, sino también de mantenerlo durante largos periodos de tiempo.

Para cerciorarnos, realizamos la técnica en una porción de piel de cerdo, y se mantuvo refrigerada y sujeta solo de la porción de elevación, con resultados satisfactorios pasadas más de 2 semanas de su aplicación.

Ventajas frente al modo lineal

Podemos mencionar varias ventajas de la técnica BQ respecto al modo lineal convencional del uso con hilos bidireccionales:

- > Hay un mayor efecto tensor, siendo necesario usar un menor número de hilos para alcanzar el mismo resultado o, lo que es lo mismo, usando los mismos hilos conseguimos un mayor tensado.
- > El efecto es más duradero. Además, en caso de que quisiéramos, podemos conseguir con esta técnica una mayor proyección de la zona superior del área tratada.
- > Mayor flexibilidad para tratar diferentes casos en función de cada paciente. Es decir, podemos trabajar jugando con varios puntos de entrada o de salida en función del resultado que deseemos alcanzar: con dos o tres puntos de entrada, o uno o dos puntos de salida, por ejemplo.

Con esta técnica se alcanza mayor tensado utilizando la misma cantidad de hilos, una mayor duración y una mayor flexibilidad en cuanto a los puntos de entrada y salida, permitiendo variaciones también en los efectos conseguidos.

Variaciones de la técnica

Como decíamos, una de sus ventajas es que permite una mayor flexibilidad a la hora de elegir los puntos de entrada o de salida con los que se trabajan.

Por ejemplo, si introducimos los puntos de entrada a la altura de la zona malar, pero en lugar de dos, realizamos tres puntos de entrada, podemos conseguir una zona malar mucho más definida con una base o límite curvado, dando como resultado un efecto muy estético. En esta variación, los puntos de entrada deberían estar a la altura del pómulos y los de salida en una zona muchísimo más alta, casi en la zona del hueso temporal superior. En este caso, como decíamos, además de provocar un mayor efecto de proyección en la zona del pómulos, se genera un efecto curvado del límite.

Por poner otro ejemplo, si utilizásemos dos hilos por lado, lo que ocurriría sería que conseguiríamos una zona más deprimida en el área circundante a los puntos de entrada y, justo encima, daría como resultado una mayor proyección. Además, si aplicamos esta técnica un poco más abajo, podemos conseguir la elevación de la bola de Bichat, logrando un efecto de pseudobichectomía.

Conclusiones

Creo firmemente que esta técnica de hilos es un añadido muy interesante para complementar todo nuestro arsenal a la hora de elevar, tensar y reposicionar el tercio medio e inferior de la cara, así como la zona de la papada, por el estupendo levantamiento que brinda –especialmente cuando anudamos– y por el aumento que aporta en la durabilidad del resultado.

La técnica puede modificarse sutilmente, dándonos excelentes resultados en el tratamiento de hipertrofia de la bola de Bichat. Actualmente estamos estudiando el tratamiento en diversas zonas corporales, de cuyos resultados daremos cuenta más adelante.

Esta técnica tiene una curva de aprendizaje importante que ha de adquirirse para evitar posibles efectos adversos. No obstante, se erige como una técnica realmente innovadora y muy rentable.



Soluciones a problemas. ¿Podemos corregir los resultados de un tratamiento con toxina?

Mesa 9.



Dra. Petra Vega

Directora de Clínica Vega (Barcelona) y codirectora del Máster de Medicina Estética de la Universidad de Barcelona

Aunque la toxina botulínica se considera generalmente segura, su uso generalizado y las indicaciones en constante expansión plantean problemas de seguridad.

Si bien en medicina estética, dado que su uso suele ser muy restringido a determinadas zonas y bajas dosis, los efectos adversos también suelen ser menos frecuentes y de menor gravedad, no obstante, éstos pueden presentarse y ocasionar un malestar y discomfort importante al paciente al que, buscando esa mejoría estética, se le presenta un problema que puede ir más allá de la estética, y por tanto difícil de gestionar tanto por el paciente como por el médico.

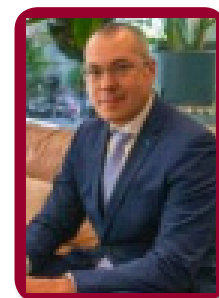
Si tenemos en cuenta que en la actualidad es el tratamiento a nivel mundial más demandado en medicina estética, que continuamente aumentan sus usos “off label”, la aparición de efectos adversos ha aumentado y los pacientes demandan una solución de éstos.

En esta ponencia revisaremos los eventos adversos de aparición más frecuente, asociados con el uso estético de la toxina botulínica, así como su posible solución, para poder entender estas soluciones es imprescindible conocer profundamente la anatomía de los músculos tratados y la farmacología de la toxina, así como los fármacos y técnicas que puedan acortar o neutralizar su acción.

PROGRAMA DE TALLERES

Medicina regenerativa: polinucleótidos vs exosomas. Diferencias y combinaciones

Taller 1.



Dr. Carlos Gómez Zanabria

CEO de Clínicas Carlos Gómez Medicina Estética y Láser (Madrid y Guadalajara)

La medicina regenerativa ha ganado gran relevancia en los últimos años, especialmente en el ámbito de la medicina estética, por su capacidad de restaurar y rejuvenecer tejidos a nivel celular. En esta ponencia se abordarán dos de las tecnologías más innovadoras: los polinucleótidos inyectables y los exosomas. Se realizará una comparación detallada de sus mecanismos de acción, aplicaciones clínicas y resultados terapéuticos, así como sus posibles combinaciones.

Los polinucleótidos son fragmentos de ADN que, al ser inyectados en la piel, promueven la regeneración celular, estimulan la producción de colágeno y mejoran la hidratación y elasticidad de los tejidos. Destacan por su capacidad para crear un entorno favorable para la reparación tisular y su bajo riesgo de efectos secundarios, siendo especialmente útiles en el tratamiento de cicatrices, arrugas finas y envejecimiento cutáneo.

Por otro lado, los exosomas son vesículas extracelulares derivadas de células madre que actúan como mensajeros celulares, facilitando la comunicación intercelular y activando procesos de regeneración. Los exosomas contienen factores de crecimiento, proteínas y ARN que promueven la reparación celular y minimizan la inflamación, lo que los convierte en una opción versátil para la mejora de la calidad de la piel, la reducción de la hinchazón y el rejuvenecimiento global.

Con un enfoque práctico y basado en estudios clínicos, los asistentes podrán descubrir cómo aprovechar al máximo las tecnologías de medicina regenerativa en su práctica estética diaria.

Ponencia 1.



Dra. Victoria Martínez Morón

Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Guadalajara

Cambios corporales en el embarazo y en el puerperio

Las gestantes actualmente tienen un enfoque diferente sobre los cuidados durante el embarazo que hace 10 años. Igual que antes se preocupaban exclusivamente del bienestar fetal y de su desarrollo, ahora también están cada más interesadas en prevenir las diferentes alteraciones estéticas evitables, que se producen por los cambios de peso, los cambios hormonales, los cambios tisulares y los cambios en el canal del parto y en los genitales externos que se producen durante el embarazo y el parto.

La distensión abdominal por el crecimiento fetal produce un estiramiento de la piel, a veces extremo, que puede desencadenar las temidas estrías (ocurren en el 50% de las pacientes), la distensión muscular que puede conducir a una diástasis de los músculos rectos anteriores (su aparición depende mucho de la ganancia de peso y del estado físico de la gestante previo al embarazo) y la hiperpigmentación de línea alba y de la piel en general por el aumento de la carga androgénica. Estos casos, con una hidratación oral y cutánea correcta y el control del peso, se suelen prevenir, pero siempre estar orientado por un experto optimiza el tratamiento y la efectividad de este.

Las manchas de la piel, incluido el cloasma gravídico en las mejillas, frente y labio superior y los problemas capilares (sobre todo postparto), son otras de las consecuencias de la progresión de la gestación. Ambas se pueden prevenir en mayor medida con cosmética específica para las gestantes, sobre todo asesorando a la paciente sobre la protección solar correcta en tiempo y cantidad, con protectores físicos y químicos, dependiendo de la condición y tipo de piel de cada paciente.

Las mamas, igualmente cambian de tamaño y de forma durante la gestación, ya que se están preparando para la lactancia y por supuesto que es fundamental su cuidado estrecho para evitar estrías, grietas y ptosis mamaria postparto.

A nivel vascular venoso y arterial y a nivel linfático también se producen cambios sobre todo referidos al éxtasis de los dos sistemas por compresión y por aumento de peso. En este caso los masajes de drenaje y el control de la alimentación, utilizando alimentos eminentemente diuréticos, mejoraría bastante la situación.

Y por últimos los cambios a nivel del canal del parto preocupan muchísimo a las pacientes, ya que esto puede llevar a disfunciones e incluso problemas sexuales futuros.

Cuanto más largo sea el parto, más largo sea el periodo expulsivo y más número de pujos se realicen, más posibilidad de padecer patología de suelo pélvico, sobre todo si el parto tiene que ser instrumentado (fórceps o ventosa). La presencia de un obstetra con conocimientos estéticos y funcionales para que dirija el parto y realice una reconstrucción anatómica correcta es fundamental.

Si a la paciente ha habido que practicarle una episiotomía y si esta es más complicada de lo normal, los cuidados deben priorizarse hacia esta área, cosa que no ocurre con mucha frecuencia, ya que la nueva mamá esta ocupada en los cuidados del recién nacido.

Es labor de los profesionales que cuidan de las pacientes durante la gestación y durante el puerperio que prioricen los cuidados físicos de ellas mismas. Debemos asesorarlas igualmente en la nutrición y el ejercicio que deben realizar, los cosméticos que deben aplicarse y la tecnología que pueden utilizar en su estado, para de este modo minimizar las consecuencias de la agresión que supone el embarazo y el parto en sus cuerpos.

Ponencia 3.



Dª Yolanda Varga

Matrona en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid)

Nutrición durante el embarazo y la lactancia

Introducción

La alimentación durante el embarazo debe cubrir las necesidades nutricionales de la gestante y las del desarrollo y crecimiento embrionario y fetal. Una ingesta materna adecuada de macronutrientes y micronutrientes promueve el desarrollo embrionario y fetal normal, mientras que la desnutrición y la sobrenutrición pueden asociarse con resultados adversos en la madre, la gestación y en el neonato.

El aumento de peso gestacional por encima del rango recomendado se asocia con un mayor riesgo de bebés macrosómicos y grandes para la edad gestacional, cesárea, enfermedad hipertensiva del embarazo y diabetes gestacional. Además el aumento excesivo de peso gestacional puede favorecer la retención de peso posparto. El aumento de peso por debajo de lo recomendado aumenta el riesgo de recién nacido pequeño para la edad gestacional y parto prematuro.

El índice de masa corporal (IMC) previo al embarazo parece ser un predictor más importante del resultado del embarazo que el aumento de peso gestacional. Es importante comenzar las modificaciones antes de la concepción, ya que abordar la dieta durante el embarazo puede no ser suficiente para algunos resultados. El embarazo se considera una “ventana de oportunidad” durante la cual las mujeres se sienten motivadas a realizar cambios nutricionales saludables.

El estado nutricional y metabólico materno puede provocar modificaciones epigenéticas en el feto que favorezcan el desarrollo posterior de enfermedades en la infancia y en la edad adulta.

Desarrollo

1. Coste energético de la gestación

El coste energético de la gestación está entre 22.801 y 59.801 Kcal. La ganancia de peso normal al final del embarazo oscila entre 11 y 16 Kg. Se calcula a partir del IMC de la fecha de la última menstruación.

En el primer trimestre de gestación no es necesario aumentar la ingesta calórica. Durante el 2º y 3º trimestre se deben incrementar 340-450 Kcal/día, dependiendo de la edad, del IMC previo y del nivel de actividad física. Se estima entre 2200 y 2900 kcal/día en el 2º y 3º para personas con IMC previo al embarazo en el rango.

2. Alimentación durante la gestación

Se recomienda una dieta equilibrada en la que las proteínas deben aportar el 10-35% de la energía, las grasas el 20-35% y los hidratos de carbono el 45-65%. Se estima que la ingesta adecuada de líquidos debe de ser de 2,3 litros/día. Puntos clave de la alimentación durante la gestación según pautas consensuadas:

1. Incremento de peso gestacional adecuado.
2. Consumo de macronutrientes y micronutrientes en cantidades adecuadas, procedentes de variedad de alimentos principalmente integrales y no procesados.
3. Suplementación adecuada de vitaminas y minerales.
4. Evitar el alcohol y otras sustancias tóxicas.
5. Manipulación segura de los alimentos.
6. Prevención de infecciones transmitidas por alimentos: toxoplasmosis, listeriosis y brucelosis.

Las necesidades de la mayoría de los micronutrientes aumentan durante la gestación. Habitualmente no se pueden obtener únicamente de la dieta por lo que son necesarios los suplementos vitamínicos prenatales diarios. Estos deben contener vitaminas y minerales claves como el ácido fólico, hierro, calcio, vitamina D y yodo. La suplementación de ácido fólico y la fortificación de la dieta disminuyen la aparición y recurrencia de defectos del tubo neural en el recién nacido. La suplementación con hierro solo es necesaria en los casos de anemia ferropénica.

3. Restricciones dietéticas durante la gestación

Durante la gestación se deben evitar:

1. Peces grandes como pez espada, atún rojo, tiburón y lucio por la contaminación con mercurio.
2. Leche cruda y quesos frescos o de pasta blanda si en la etiqueta no indica que estén hechos con leche pasteurizada. Quesos rallados o loncheados industriales.
3. Frutas, hortalizas y hierbas aromáticas crudas que no se hayan pelado o lavado y desinfectado previamente.
4. Brotes crudos (soja, alfalfa,...)
5. Huevos crudos o preparaciones elaboradas con huevo crudo.
6. Carne cruda o poco hecha.
7. Carne de caza silvestre (animales abatidos en la caza como el jabalí, venado, etc.).
8. Productos cárnicos loncheados envasados.
9. Si no se está inmunizada frente a la toxoplasmosis, evitar el consumo de productos cárnicos crudos curados (chorizo, jamón curado...).
10. Patés refrigerados.
11. Pescado crudo (tipo sushi, ceviche, carpaccios), pescado ahumado refrigerado o marinado así como ostras, almejas o mejillones crudos.
12. Consumir sólo zumos recién exprimidos o zumos envasados pasteurizados.

4. Otras recomendaciones

- Se recomienda evitar el consumo de bebidas azucaradas, ya que provoca una elevación importante de la glucosa en sangre de la embarazada, debido a que la resistencia a la insulina está aumentada para promover la disponibilidad adecuada de nutrientes para el feto. Además, la ingesta materna de bebidas azucaradas se ha asociado con el riesgo de preeclampsia y aumento de la adiposidad en niños en edad escolar. Estos hallazgos respaldan la hipótesis de la programación prenatal de la susceptibilidad a la obesidad.
- Los edulcorantes son seguros durante el embarazo, excepto para las embarazadas con fenilketonuria que deben evitar el aspartamo porque el cuerpo lo transforma en fenilalanina.

- Se recomienda limitar el consumo de cafeína por debajo de 200 a 300 mg por día, debido a que el metabolismo de la cafeína disminuye significativamente durante el embarazo. La cafeína y sus metabolitos atraviesan fácilmente la placenta y se pueden encontrar en cantidades importantes en el líquido amniótico y en la sangre fetal.
- Se deben evitar los medicamentos y suplementos a base de hierbas, excepto el jengibre.
- No se recomiendan restricciones significativas de sal, ya que puede inducir un volumen intravascular bajo y no hay evidencia de que ayude en la prevención o el tratamiento de la hipertensión durante el embarazo.

5. Nutrición y lactancia

Existe una asociación positiva entre la lactancia y la pérdida de peso. En las mujeres que lactan, durante los primeros 6 meses postparto se produce una pérdida de peso leve y gradual, sin embargo la masa corporal magra de las mujeres bien alimentadas se conserva.

Durante la lactancia debido al hipoestrogenismo se produce una reabsorción ósea, el contenido de minerales óseos disminuye y se produce una remineralización compensatoria después del destete y la reanudación de la menstruación. Los cambios en la homeostasis del calcio, fósforo y magnesio son independientes de la ingesta dietética materna.

La restricción energética leve o moderada y el ejercicio aeróbico durante la lactancia generalmente no afectan a la producción de leche. Una restricción energética severa puede tener efectos sustanciales en el volumen de leche.

6. COSTE ENERGETICO DE LA LACTANCIA

Las necesidades nutricionales durante la lactancia son superiores a las del embarazo, en algunos casos. El gasto calórico durante la lactancia se estima en base a la edad, el IMC y el nivel de actividad física de la madre. Para las mujeres con IMC normal será entre 2130 y 2730 kcal/día durante los primeros seis meses de lactancia y entre 2200 y 2800 kcal/día posteriormente.

De 0 a 6 meses posparto: incrementar 330 kcal por día. El coste energético de la lactancia exclusiva es de 500 kcal/día y se cubre con la dieta, más la movilización de las reservas del tejido adiposo (170 kcal/ día aproximadamente) debido a la pérdida gradual del peso ganado durante el embarazo.

De 7 a 12 meses de posparto: incrementar 400 kcal por día. El cálculo no incluye un subsidio por movilización de reservas de tejido adiposo, porque se supone que la mujer ha recuperado un peso estable.

La necesidad energética de una lactante también varía según el momento y el ritmo del destete.

7. Restricciones dietéticas durante la lactancia

Durante la lactancia no existen restricciones específicas de alimentos para la madre, excepto que deben evitar el pescado con altas concentraciones de mercurio, el alcohol y dosis altas de cafeína.

La cantidad de alcohol que se considera "segura" durante la lactancia es controvertida. Una mujer que amamanta debe evitar exponer al bebé al alcohol, esperando para hacerlo al menos 2 horas después de tomar una sola porción de alcohol.

Se recomienda una ingesta moderada de cafeína (2-3 bebidas con cafeína/día). Algunos bebés son muy sensibles a la cafeína y se vuelven irritables o tienen dificultad para dormir.

BIBLIOGRAFÍA

1. Christine D Garner. Nutrición en el embarazo: Evaluación y asesoramiento. En: UpToDate. Charles J. Lockwood (Ed), UpToDate (Acceso mayo 2024)

Disponible: <https://www.uptodate-com.m-hufa.a17.csinet.es/contents/nutrition-in-pregnancy-assessment-and-counseling/contributors>.

2. Christine D Garner, Nutrición durante el embarazo: necesidades dietéticas y suplementos. En:UpToDate. Charles J. Lockwood (Ed), UpToDate (Acceso en mayo 2024).

Disponible: <https://www.uptodate-com.m-hufa.a17.csinet.es/contents/nutrition-in-pregnancy-dietary-requirements-and-supplements/contributors>

3. Marshall NE, Abrams B, et al. The importance of nutrition in pregnancy and lactation: lifelong consequences. Am J Obstet Gynecol. 2022 May;226(5):607-632.

4. Brown B, Wright C. Safety and efficacy of supplements in pregnancy. Nutr Rev. 2020 Oct 1;78(10):813-826. doi: 10.1093/nutrit/nuz101. Erratum in: Nutr Rev. 2020 Sep 1;78(9):782.

5. Martínez García RM, Jiménez Ortega AI, et al. Importancia de la nutrición durante el embarazo. Impacto en la composición de la leche materna. Nutr Hosp. 2021 Jan 13;37(Spec No2):38-42.

6. Apostolopoulou A, Tranidou A, et al.. Effects of Nutrition on Maternal Health, Fetal Development, and Perinatal Outcomes. Nutrients. 2024 Jan 27;16(3):375.

Rejuvenecimiento de manos con un relleno a base de ácido hialurónico y plasma gel. Case series

Dr. Michele Bisaccia

Objetivo

En los últimos años ha aumentado el número de pacientes interesados en el rejuvenecimiento de las manos. Entre los materiales inyectables, los más utilizados son: el tejido adiposo, la hidroxiapatita cálcica y los rellenos a base de ácido hialurónico. En nuestro estudio hemos utilizado un relleno híbrido a base de ácido hialurónico y plasma gel. Hasta la fecha, no existe ningún estudio en la literatura científica que haya utilizado este híbrido en el rejuvenecimiento de manos.

Materiales y métodos

Hemos tenido un total de 11 pacientes (10 mujeres y 1 hombre), de edad entre 54 y 75 años con un grado de envejecimiento de manos de moderado a severo. En todos los pacientes hemos utilizado una técnica de inyección retrógrada con 2 puntos de entrada a nivel del carpo.

Como ácido hialurónico hemos utilizado Genefill Contour (2,5ml por mano) asociado a plasma gel (2,5ml por mano). La mezcla así obtenida se inyectó en la hipodermis e inmediatamente después se masajeó para favorecer una distribución homogénea.

No ha sido necesario retoque en ninguno de los pacientes. El follow up ha sido de 12 meses. En todos los pacientes hemos evaluado los efectos adversos y los resultados.

Resultados

Hemos evaluado todos los pacientes con la "Merz Aesthetic Hand Aging Scale" (MAS) y todos han mostrado una mejora estable y significativa en el envejecimiento de las manos durante todo el periodo de follow-up. No hemos tenido complicaciones mayores; en 5 casos los pacientes refirieron edema y dolor leve en las manos durante 2 días después de la inyección.

Conclusiones

El rejuvenecimiento de manos mediante un relleno híbrido de ácido hialurónico y plasma gel es una técnica segura, que garantiza buenos resultados a nivel estético y con una alta satisfacción del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Riyaz FR, Ozog D Rejuvenecimiento de manos. .Semin Cutan Med Surg. Septiembre de 2015; 34 (3): 147-52. doi: 10.12788/j.sder.2015.0172.
- 2) Shamban AT. Procedimientos combinados de rejuvenecimiento de manos. Aesthet Surg J. 2009 septiembre-octubre; 29 (5): 409-13. doi: 10.1016/j.asj.2009.08.003.
- 3) Park TH, Yeo KK, Seo SW, Kim JK, Lee JH, Park JH, Rah DK, Chang CH. Experiencia clínica con complicaciones del rejuvenecimiento de manos. J Plast Reconstr Aesthet Surg. Diciembre de 2012;65(12):1627-31. doi: 10.1016/j.bjps.2012.06.008.
- 4) Rivkin AZ. Corrección de volumen en la mano envejecida: papel de los rellenos dérmicos. Clin Cosmet Investig Dermatol. 30 de agosto de 2016; 9: 225-32. doi: 10.2147/CCID.S92853.
- 5) Kühne U, Imhof M. Tratamiento de la mano envejecida con rellenos dérmicos. J Cutan Aesthet Surg. Julio de 2012; 5(3):163-9. doi: 10.4103/0974-2077.101369.
- 6) Gubanova EI, Starovatova PA, Rodina MY. Efectos a 12 meses del gel de ácido hialurónico estabilizado en comparación con la solución salina para el rejuvenecimiento de manos envejecidas. J Drogas Dermatol. Marzo de 2015; 14(3):288-98.

La consulta de medicina estética, una oportunidad para prevenir el cáncer

Dras. M^a Cruz Martín, Sheila Mota, Eva M^a García y M^a Fernanda Rodríguez

Se estima que cuatro de cada diez cánceres se pueden evitar. Esto se puede conseguir con la prevención primaria, modificando aquellos factores que más afectan a la incidencia y mortalidad: tabaco, alcohol, sedentarismo, dieta,

obesidad, y agentes infecciosos; y a través de prevención secundaria con la participación en programas de cribado que modifican la posibilidad de desarrollar la enfermedad. Conocer esta información de nuestros pacientes nos ayudará a mejorar su salud.

Objetivos: Describir la actividad de una consulta de bienestar y calidad de vida de un centro de medicina estética, estimar la prevalencia de los factores asociados al cáncer: alcohol, tabaco, sedentarismo, obesidad, infecciones, y conocer el número de pacientes que participan en los programas de cribado de cáncer colorrectal, mama y cérvix.

Elaborar una check list para la consulta de bienestar y calidad de vida que incluya el registro de factores de riesgo asociados al cáncer y la participación en programas de cribado poblacional.

Material y método: Estudio descriptivo de los 30 pacientes atendidos. Los datos se procesaron mediante un método estadístico simple y se expresaron por medio de gráficos circulares.

Resultados: La mayoría de los pacientes son mujeres con edades comprendidas entre los 18 y los 60 años. El estudio pone de manifiesto la prevalencia de factores de riesgo: el tabaco está presente en el 23%, consumen alcohol un 43% y casi un tercio se consideran sedentarios. La participación en los programas de screening es más alta con respecto a los datos que publica la Comunidad de Madrid.

Conclusiones: La consulta de medicina estética nos brinda una oportunidad para promover estilos de vida saludables y detectar precozmente enfermedades oncológicas, y por ende mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Criterios antropométricos para la rinoplastia no quirúrgica

Dra. Mercedes Gómez Vela

Resumen

La antropometría se refiere a la medición de las características anatómicas superficiales específicas o puntos de referencia, ya sea directamente en el paciente o indirectamente a través de fotografías. La rinoplastia no quirúrgica es un procedimiento sencillo que conlleva la infiltración de rellenos sintéticos o autólogos reabsorbibles en zonas defectuosas de la nariz para corregir pequeñas imperfecciones¹.

No existe la nariz ideal, hay que lograr armonía y simetría en el contexto facial, para ello es imprescindible conocer las medidas básicas referenciales. Las medidas antropométricas de la nariz son la parte más importante de la planificación de la rinoplastia no quirúrgica².

El propósito de este estudio es establecer criterios antropométricos que indiquen o no la planificación de una rinomodelación.

Material y métodos

- Se realiza un análisis antropométrico facial sistematizado de un rostro caso, utilizando como herramientas el medidor de ángulos, el pie de rey, el compás de oro y el compás de espesor.
- Se consideran los valores antropométricos que tiene la nariz caso y su relación con el rostro como conjunto en distintas visiones: frontal, lateral y basal.
- Se compara con los valores considerados como armónicos proporcionados a su rostro.
- Se establecen conclusiones diagnósticas universales y se concluye si la rinomodelación es la técnica adecuada para conseguir corregir sus disarmonías.

Resultado y conclusiones

La rinomodelación no debe ser considerada una técnica para la corrección de disarmonías nasales de forma aislada. El equilibrio de las partes de la nariz debe ser comprendido en el contexto del rostro como conjunto.

Disponer de unos criterios clínicos universales, basados en las mediciones faciales, es útil a la hora de decidir dicho procedimiento.

Palabras clave: Rinomodelación. Antropometría. Perfiloplastia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barroso Rosa L. El tratamiento de rinomodelación en medicina estética. NPunto. 2022; V (52). 4-25.
2. Bravo BSF, Bravo LG, Mariano Da Rocha C, De Souza SB, Lopes FL, Totti J. Evaluation and Proportion in Nasal Filling with Hyaluronic Acid. J Clin Aesthet Dermatol. 2018;11(4):36-40.

Caracterización morfológica de los materiales de relleno al microscopio óptico

Dra. María Recuero

Resumen: Los materiales de relleno son productos de uso frecuente en la práctica de la medicina estética. Su uso está destinado, entre otros, a suavizar arrugas, restaurar volúmenes perdidos y realzar características faciales. En el mercado existen diferentes materiales de relleno en función de su composición.

Propósito de la investigación: El propósito de dicho trabajo es el estudio comparativo morfológico con microscopio óptico de los distintos materiales de relleno usados en la práctica clínica actual, para facilitar su reconocimiento

Materiales y métodos: Se han seleccionado los distintos materiales de relleno a inyectar: ácido hialurónico (AH) reticulado (*25.5mg/ml belotero*, *15mg/ml Harmonie*, *20mg/ml Restylane*), agarosa, ácido poliláctico *Sculptra*, plasma rico en plaquetas (PRP), polidioxanona (PDO)*ultracol*, rellenos híbridos (ácido hialurónico-ácido succínico *Inbiotec Amber*; policaprolactona-carboximetilcelulosa *Ellansé*; ácido hialurónico-hidroxiapatita cálcica *HAmony-Ca*).

Se ha realizado un extendido de cada uno de los materiales en un portaobjetos de cristal. Secado al aire y posterior tinción con Diff-Quick. Estudio morfológico al microscopio y realización de micro-fotografías.

Resultados: Se objetiva la diferente composición e imagen microscópica de los materiales de relleno evaluados.

Discusión: Ante un efecto adverso, la punción-aspiración del material de relleno, y su posterior estudio microscópico, puede ser una herramienta para filiar materiales de relleno no recogidos en la historia clínica. La imagen histológica puede ayudar a predecir la integración del material de relleno en el tejido dérmico.

Conclusiones: Los distintos materiales de relleno muestran distinta morfología microscópica en función del tipo de material del que estén compuestos. Los materiales de relleno que contienen ácido hialurónico en su composición muestran una morfología en perlas independientes, de distintos tamaños, con un núcleo eosinófilo central.

La técnica de tinción de Diff-Quick es sencilla y reproducible para poder ser usada como herramienta a la hora de identificación de materiales de relleno no filiados.

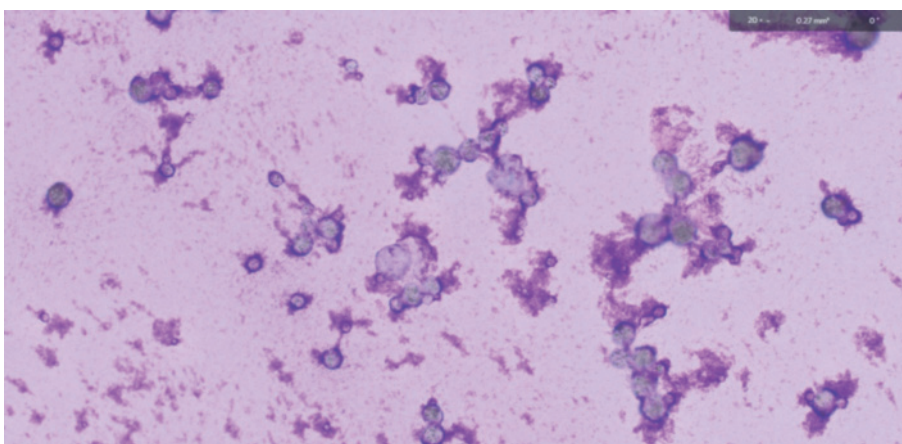


Foto1:
Foto microscópica
correspondiente
a polidioxanona,
Ultracol.

Plastia ambulatoria de cicatriz traumática adherida a planos profundos en región frontal. A propósito de un caso

Dr. Javier García del Monte

Palabras clave: Subcisión, ácido hialurónico, ecografía, cicatrización, rellenos dérmicos, toxina botulínica, músculo.

Introducción: El tercio superior alberga estructuras vasculonerviosas que caracterizan su anatomía y que implican diferentes regiones faciales [1]. Es por esto que su abordaje precisa de un conocimiento exhaustivo de la zona y una correlación anatómico-funcional con otras áreas para realizar procedimientos medicoestéticos seguros.

El objetivo del caso se centró en la valoración y elección de la técnica necesaria para abordar un caso complejo de reconstrucción estética de tejidos en región frontal, secundario a una lesión traumática ocurrida años antes de la intervención.

Material y método: Se presenta el caso de una paciente de cuarenta años, con antecedente de accidente de tráfico hace quince, y que la ocasiona una lesión frontal de partes blandas con afectación ósea subyacente. Se trata de una cicatriz adherida a planos profundos con fibrosis asociada. Mediante el uso de ecógrafo Doppler [2], se descarta una vascularización aberrante o secundaria y se identifica el recorrido de las arterias supratroclear y supraorbitaria.

El protocolo de trabajo propio se llevó a cabo en dos sesiones separadas una semana:

- 1ª Sesión: Se administra localmente, por planos y con cánula 22GX57mm, lidocaína al 2%. La lesión se desbrida manualmente por planos con cánula 18GX90mm y se infiltra hialuronato de sodio reticulado 26,0 mg/ml en bolos con cánula 22GX57mm.
- 2ª Sesión: se procede a neuromodular con toxina botulínica el trayecto supraciliar de ambos músculos corrugadores y la bifurcación del músculo frontal.

Resultado: El protocolo de trabajo, combinando diferentes técnicas de abordaje, permitió la recuperación prácticamente originaria del área frontal de la paciente. Seis meses más tarde, la lesión permanecía con un aspecto homogéneo y sin adherencias. La gesticulación de la paciente no se vio alterada.

Conclusiones: El abordaje de las lesiones traumáticas en tercio superior precisa de la combinación de diferentes técnicas y productos, además de conocer la anatomía del área a tratar. Desbridar el tejido adherido a planos profundos, mantener la proyección del tejido y disminuir el tono muscular, fue necesario para mejorar estéticamente la lesión que tanto preocupaba a la paciente, devolviéndola la confianza en sí misma que desde hace tiempo había perdido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cotofana S, Fratila AA, Schenck TL, Redka-Swoboda W, Zilinski I, Pavicic T. "The Anatomy of the Anging Face: A Review". Facial Plast Surg. 2016. Jun; 31 : 252-60.
2. Ingallina F, Altermshofer MG, Schelke L, Velthuis PJ, Frank K, Mardini S, Millesi E, Earl D, Green JB, Cotofana S. "The Fascias of the Forehead and the Temple Aligned – An Anatomic Narrative Review". Fascial Plastic Surg Clin North Am. 2022. May; 30 (2): 215-227.

Estudio comparativo de las toxinas botulínicas autorizadas para uso de medicina estética en España

Dras. Marta Ortega, Sandra Moreno y Sheila Mota

Resumen: La toxina botulínica es una neurotoxina producida por la bacteria *Clostridium botulinum*. Se conocen siete serotipos, dos de los cuales (A y B) han sido aprobados por la FDA y han sido comercializadas para su uso clínico. Además, recientes investigaciones han descubierto nuevos serotipos, tales como: TB-A (TB-A1, TB-A2) y

TB-B (TB-B1, TB-B2). Todos los serotipos de TB-A muestran una arquitectura molecular similar; está compuestos por dos cadenas polipeptídicas, una cadena pesada de aproximadamente 100 kD y una cadena ligera de 50 kD, ambas unidas por un enlace disulfuro. Este complejo de TB está asociado a otras proteínas que, también pueden tener propiedades hemaglutinantes.

Actualmente, en España coexisten en el mercado diferentes marcas de TB-A para su uso en medicina estética, que son Azzalure, Bocouture, Vistabel, Allucience, Letybo y Nuceiva. Existe también una sexta, Daxxify, aprobada, pero pendiente de comercialización y una séptima, RelabotulinumtoxinaA, actualmente bajo revisión de la FDA.

Propósito de la investigación: Los tratamientos con toxina botulínica se han convertido en unos de los procedimientos más demandados en el ámbito de la medicina estética. La comercialización de nuevos productos hace necesario estudiar y comparar las diferentes características de cada uno de ellos para seleccionar el más indicado en cada paciente. De ahí la elaboración de este estudio comparativo de las diferentes toxinas, con el objetivo de conseguir la mayor efectividad en las diferentes aplicaciones.

Materiales, temas y métodos: Búsqueda bibliográfica y revisión comparativa de la ficha técnica de cada producto.

Resultados: A pesar de que todos los productos contienen el mismo principio activo (TB-A), éstos no son intercambiables entre sí y la información de sus respectivas fichas técnicas son diferentes, como se puede objetivar en los datos recogidos en las tablas adjuntas en este trabajo.

Respecto a sus similitudes en cuanto a características, la única vía de administración recomendada es la intramuscular, con un intervalo de dosis no inferior a 3 meses. Todas ellas comparten contraindicaciones de uso lógicas, como no inyectar TB-A en pacientes con hipersensibilidad al principio activo o a sus excipientes, si hay infección en los puntos de inyección, así como en pacientes con trastornos generalizados de la actividad muscular. Todas advierten sobre el potencial riesgo de diseminación local y a distancia, con precaución en pacientes con trastornos neuromusculares preexistentes. También se recomienda no administrar estos productos en pacientes con disfagia y/o riesgo de aspiración, además de no inyectar en un vaso sanguíneo.

Se adjuntan dos tablas comparativas que recogen las principales características y datos diferenciales entra las toxinas aprobadas por FDA, así como sus efectos secundarios más frecuentes.

TABLA 1 – Tipos de toxina comercializadas

Producto	AZZALURE	ALLUCIENCE	BOCOUTURE	VISTABEL	LETYBO	NUCEIVA	DAXXIFY
Laboratorio	Ipsen Pharma (Galderma)	Ipsen Pharma (Galderma)	Merz Pharma	Allergan	Croma Pharma	Evolus Pharma	Revance Therapeutics, Inc
Nombre genérico	AbobotulinumtoxinA	AbobotulinumtoxinA	Incobotulinum toxin A	Onabotulinum toxin A	LetibobotulinumtoxinA	Prabotulinumtoxin A	DaxibotulinumtoxinA - lanm
Tipo de toxina	A1	A1	A1	A1	A1	A1	A1
Peso molecular	500 kD	150 kD	150 KD	900 KD	900 kD	900 kD	150 kDa
Proteínas complejantes	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No
Excipientes	Albúmina humana, lactosa monohidrato	L-histidina, sacarosa, cloruro de sodio, polisorbato 80, ácido clorhídrico, agua para preparaciones inyectables	Albúmina humana y sacarosa	Albúmina humana, cloruro sódico	Albúmina humana, cloruro de sodio	Albúmina humana, cloruro de sodio	L-histidina, L-histidina-HCl monohidrato, polisorbato 20, trehalosa dihidrato, péptido excipiente estabilizador patentado (RTP004)
Reconstitución	Azzalure 125 Unidades Speywood se reconstituye con 0,63 ml solución de cloruro de sodio al 0.9% (10U para 0,05 ml) o 1,25 ml (10U para 0,1 ml)	Viene reconstituida (125U Speywood en 0,625 ml de solución)	Se puede reconstituir 50 uds en 1 ml o 1,25 ml de suero fisiológico al 0,9 %	Se puede reconstituir 50 uds en 1,25 ml de suero fisiológico al 0,9%	Para la reconstitución de Letybo, se debe usar como diluyente una solución inyectable de cloruro de sodio al 0.9% y debe añadirse a un volumen de 1,25 ml	Nuceiva 50 Unidades se reconstituye con 1,25 ml de solución de cloruro de sodio al 0.9%.	DAXXIFY 50 Unidades se reconstituye con 0,6 ml de solución de cloruro de sodio al 0.9% (8U para 0,1 ml)
Conservación	Conservar en nevera (entre 2 °C y 8 °C).	Conservar en nevera (entre 2 °C y 8 °C)	Entre 20 °C y 25 °C o de 2 °C a 8 °C una vez reconstituido	Conservar en nevera (entre 2 °C y 8 °C)	Conservar en nevera (entre 2 °C y 8 °C)	Conservar en nevera (entre 2 °C y 8 °C)	Entre 20 °C y 25 °C o de 2 °C a 8 °C una vez reconstituido
Indicaciones aprobadas:	- GLABELA - FRONTAL - PERIOCULAR *En adultos menores de 65 años, en arrugas moderadas o graves	- Líneas glabellares - No indicado - Líneas del canto lateral *En adultos menores de 65 años, para la mejoría temporal en el aspecto de intensidad moderada-grave de las arrugas glabellares, con importante impacto psicológico para el paciente	- Líneas glabellares - Líneas frontales - Líneas periorbitales	- Líneas glabellares - Líneas frontales - Líneas periorbitales	- Líneas glabellares - No indicado - No indicado *En adultos menores de 75 años para mejorar temporalmente las líneas verticales entre las cejas de moderadas a graves, cuando su presencia tiene un impacto psicológico importante en estas personas	- Líneas glabellares en adultos menores de 65 años - No indicado - No indicado	Líneas glabellares de moderadas a severas
Duración	En estudios clínicos, el efecto óptimo en las líneas glabellares se mantiene hasta 4 meses después de la inyección. Algunos pacientes siguieron respondiendo a los 5 meses	Se ha demostrado un efecto de hasta 6 meses después de la inyección	Hasta 4 meses	Hasta 12 semanas	La recuperación suele producirse a los 3-4 meses tras la inyección, cuando las terminales nerviosas surgen de nuevo y vuelven a conectarse con la placa terminal	Las inyecciones de NUCEIVA redujeron significativamente la profundidad de las arrugas del entrecejo en 1 punto o más con el ceño fruncido durante un máximo de 139 días	Tiempo medio constante hasta la pérdida de la gravedad de las líneas glabellares nulas o leves de 24 semanas, y un tiempo medio hasta el retorno a la línea de base de hasta 28 semanas.

TABLA 2 – Reacciones adversas en ficha técnica

Producto	AZZALURE	ALLUCIENCE	BOCOUTURE	VISTABEL	LETYBO	NUCEIVA	DAXXIIFY
muy frecuentes (≥ 1/10)	Para líneas glabellares: Enrojecimiento, hinchazón, irritación, erupción. Picor, hormigueo, dolor, molestias, escozor o hematomas. Dolor de cabeza	Cefalea Reacciones en el lugar de inyección (hematoma periorbital, hematoma, equimosis, dolor, parestesia, eritema, hinchazón, prurito, edema, erupción, irritación, molestias, escozor) Astenia, fatiga, enfermedad tipo gripal	Debilidad generalizada, fatiga, síndrome gripe-like, dolor y/o hematoma en el lugar de la inyección	Debilidad generalizada, fatiga, síndrome gripe-like, dolor y/o hematoma en el lugar de la inyección			
frecuentes (≥ 1/100 a < 1/10)	Para líneas glabellares: Cansancio ocular o visión disminuida, caída de los párpados superiores, hinchazón de los párpados, lagrimeo, sequedad ocular, contracción de los músculos alrededor del ojo. Parálisis facial temporal. Para líneas del canto lateral: Dolor de cabeza. Hinchazón del párpado. Hematoma, picor e hinchazón alrededor de los ojos. Caída del párpado superior. Parálisis facial temporal	Paresia facial Ptosis palpebral, edema palpebral, ptosis de la ceja, sequedad ocular, aumento del lagrimeo, astenopia, fasciculación (contracciones musculares alrededor de los ojos)	Líneas glabellares: cefaleas, paresia facial; astenopia, ptosis, edema palpebral, lagrimeo, sequedad ocular, fasciculación; reacción lugar de inyección (eritema, edema, irritación, erupción, prurito, parestesia, dolor, molestias, escozor y hematoma)	Líneas glabellares: cefaleas, paresia facial; astenopia, ptosis, edema palpebral, lagrimeo, sequedad ocular, fasciculación; reacción lugar de inyección (eritema, edema, irritación, erupción, prurito, parestesia, dolor, molestias, escozor y hematoma)	Cefalea Reacción en la zona de inyección	Cefalea Ptosis palpebral Hematoma en el lugar de aplicación, enfermedad pseudogripal, hematoma en el lugar de inyección, dolor en el lugar de inyección, hinchazón en el lugar de inyección	Cefalea Ptosis palpebral Paresia facial, incluida asimetría facial
poco frecuentes (≥ 1/1 000 a < 1/100)	Para líneas glabellares: Visión alterada, borrosa o doble Mareos Picor, erupción Reacciones alérgicas Para líneas del canto lateral: Ojo seco	Mareos, espasmos del párpado, deficiencia visual, visión borrosa, diplopía Hipersensibilidad (alergia ocular, hipersensibilidad, erupción) Erupción, prurito	Insomnio, bronquitis, nasofarigitis, edema, visión borrosa, prurito, nódulos, espasmos musculares, calambres	Ansiedad, infección, mareos, parestesia, blefaritis, edema, prurito,	Nasofarigitis Molestias de cabeza Ptosis palpebral, blefaroespasma, edema periorbitario Efecto Mefisto (elevación lateral de las cejas) Dolor en la zona de inyección, hematomas/hinchazón/prurito/masa /presión en la zona de inyección. Contusión, hematoma periorbitario	Mareo, migraña, trastorno del tono muscular, trastorno del habla, Astopenia, blefaroespasma, ptosis de las cejas, edema palpebral, hinchazón ocular, visión borrosa Prurito Contusión	Dolor en el lugar de la inyección Eritema en el lugar de la inyección Edema en el lugar de la inyección Hematomas en el lugar de la inyección (1%),
raras (≥ 1/10 000 a < 1/1 000)	Para líneas glabellares: Picor y erupción rugosa Alteración del movimiento de los ojos	Movimiento involuntario de los ojos Urticaria			Herpes oral, foliculitis Migraña, mareo, parestesia, defecto del campo visual, disartria Hipoestesia faríngea Hemorragia conjuntival, ojo seco, visión borrosa, dolor ocular, trastorno sensitivo del párpado Estreñimiento, náuseas Ptosis de cejas, piel seca, urticaria Dolor facial, enfermedad de tipo gripal, pirexia Potasio en sangre elevado	Infección vías respiratorias altas Depresión. Disestesia, molestias en la cabeza, hipoestesia, parestesia, trastorno sensitivo Diplopía, sequedad ocular, trastorno sensitivo palpebral Vértigo Rubefacción, epistaxis Diarrea Quiste dérmico, eritema, fotosensibilidad, masa cutánea. Fasciculaciones, dolor musculoesquelético, dolor cervical Lugar de inyección: eritema, parestesia, prurito, dolor, hipersensibilidad Hinchazón, cefalea.	Pápula en el lugar de la inyección Prurito en el lugar de la inyección

Conclusiones

- La subunidad activa de la neurotoxina se compone de una proteína de 150 kDa, que se une a las terminales nerviosas colinérgicas, ingresa y desactiva a SNAP-25, impidiendo la liberación del neurotransmisor y desactivando la contracción de las fibras musculares.
- Se ha descubierto que el uso cosmético de BoNTA en las indicaciones autorizadas es un medicamento muy seguro y eficaz, sin efectos secundarios a largo plazo si se usa correctamente. Además de las indicaciones a nivel estético mencionadas anteriormente, que han sido aprobadas por la FDA, la toxina botulínica se utiliza cada vez más fuera de ficha técnica para otra gran variedad de indicaciones a nivel estético.
- Cada vez aparecen más formulaciones en el mercado con distintos inicios de acción y duración. A medida que más empresas buscan la aprobación de nuevos productos, se requerirán más investigaciones para compararlos con los existentes.
- También se están estudiando nuevas indicaciones con los productos actuales que pueden llevar a una mejor comprensión de la toxina botulínica y todas sus potenciales aplicaciones.
- Dadas las diversas aplicaciones cosméticas y médicas de la toxina botulínica, es importante comprender las diferencias en las propiedades y las implicaciones clínicas de cada formulación. Este artículo ofrece una revisión exhaustiva y actualizada de los productos aprobados y en vía de aprobación, con sus características e indicaciones autorizadas, pudiendo servir como guía para comprender los usos y las complicaciones

asociadas. Además, si bien comprendemos el mecanismo de acción básico de la neurotoxina botulínica, todavía queda mucho por descubrir.

Otros datos que pueden resultar interesantes:

- DAXXIFY®:
 - Se realizó el estudio clínico más grande jamás realizado para el tratamiento de las líneas de expresión y en él participaron más de 2.800 personas de distintas edades y tipos de piel.
 - Es único porque es el único tratamiento para las líneas de expresión formulado con un péptido. El péptido ayuda a eliminar la necesidad de productos humanos o animales para estabilizar el ingrediente activo, además de mejorar la fijación del ingrediente activo, actuando como un imán y haciendo que más toxina esté disponible para ingresar en las células nerviosas. La fórmula del péptido brinda resultados extraordinarios que son rápidos, duraderos y le dan un mejor aspecto a la textura de la piel después del tratamiento. (*Resultados disponibles al día siguiente y, por lo general, en un plazo de 2 días. Al menos el 50 % de los pacientes de los estudios clínicos no tenían líneas de expresión o tenían líneas de expresión muy leves 6 meses después del tratamiento.)
- RelabotulinumtoxinA (RelaBoNT-A, Galderma, Uppsala, Suecia)
 - Toxina botulínica A líquida lista para usar, se produce con tecnología de fabricación de líquido refinado que preserva la actividad y extracción sin precipitación (PEARL), dando como resultado una fórmula potente y sin complejos.
 - Ensayos de eficacia y seguridad para la corrección de las líneas glabellares. Estudio de fase 3, multicéntrico, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo de 6 meses de duración en 10 centros de investigación en Estados Unidos y Canadá entre febrero de 2020 y enero de 2021 (clinicaltrials.gov #NCT04249583).
 - Inicio del efecto del tratamiento fue rápido con RelaBoNT-A. Casi el 40% de los receptores de RelaBoNT-A informaron que la eficacia era evidente solo 1 día después del tratamiento. El tiempo medio hasta el inicio del efecto del tratamiento fue de 2 días, lo que coincide con los datos de inicio de eficacia informados para otros productos BoNT-A que ya están autorizados para la mejora estética de las líneas glabellares (normalmente de 1 a 4 días).
 - El tratamiento fue de larga duración, y la mayoría de los participantes (58,1 %) seguían mostrando mejoras de ≥ 1 grado desde el inicio en el mes 6 en las evaluaciones del investigador y la mayoría de los participantes (aproximadamente el 75 %) no habían regresado a la gravedad inicial al final del período del estudio.

Fotorrejuvenecimiento con luz pulsada intensa desde cero: parámetros iniciales eficaces y seguros

Dra. Marina Holgado

Resumen: Los dispositivos de luz intensa pulsada (IPL) son uno de los tratamientos de fotorejuvenecimiento no ablativo más demandados actualmente en las consultas médicas. Al utilizar una luz policromática, no coherente y no colimada, que actúa sobre diferentes cromóforos de forma simultánea nos permite tratar a la vez las diferentes manifestaciones clínicas del envejecimiento cutáneo (flacidez y arrugas, alteraciones de la pigmentación y lesiones vasculares).

A pesar de los resultados desiguales en los diferentes estudios, la IPL se presenta como una alternativa segura y eficaz a los tratamientos clásicos con láseres ablativos. La selección de paciente, los parámetros de configuración y el dispositivo utilizado condicionan la eficacia y seguridad del tratamiento con IPL. La presencia de múltiples variables modificables dificulta la comparación de resultados de los diferentes estudios y la elaboración de protocolos de tratamiento.

Propósito de la investigación: Esta revisión bibliográfica quiere servir de punto de partida, una vez revisada la evidencia científica disponible, para aquellos médicos que se inician en el uso de los dispositivos de luz intensa pulsada para tratamientos de fotorejuvenecimiento y establecer unos parámetros iniciales de tratamiento eficaces y seguros.

Material y métodos: Se ha realizado una revisión bibliográfica de los artículos científicos publicados sobre fotorrejuvenecimiento mediante el uso de luz intensa pulsada desde el año 2000, fecha de la primera publicación donde apareció el concepto de “fotorrejuvenecimiento por IPL”. Para ello se realizó una búsqueda utilizando la base de datos MEDLINE a través de la plataforma Pubmed (United States National Library of Medicine). Se incluyeron los términos: *intense pulsed light AND rejuvenation*. El resultado fue de 194 artículos. Se descartaron los artículos que evaluaban la eficacia de la IPL en combinación con otras técnicas y en el tratamiento otras patologías cutáneas tales como rosácea, melasma, acné y síndrome del ojo seco, por no ser el objetivo de estudio de esta revisión bibliográfica. En total se revisaron 22 artículos.

Resultados: Los artículos revisados así como la única revisión sistemática encontrada evalúan los efectos de fotorrejuvenecimiento con IPL en fototipos I-IV de Fitzpatrick mayoritariamente.

El efecto fotorrejuvenecedor de la IPL se consigue con longitudes de onda de 515-1200 nm. Los fototipos I-III pueden ser tratados de forma segura con filtros con longitud de onda 515-570 nm, fluencias bajas $\leq 20 \text{ J/cm}^2$, pulsos cortos (2,5-3,5 mseg) e intervalos cortos (10 mseg) para lesiones epidérmicas; y fluencias altas (20-40 J/cm^2), con pulsos más largos (3,5-4,5 mseg) e intervalos más largos (20-40 mseg) para lesiones profundas y arrugas. En los fototipos IV y V-VI se deben utilizar longitudes de onda mayores $\geq 570 \text{ nm}$ y $\geq 590 \text{ nm}$ respectivamente y reducir la fluencia al menos 10-20%, pulsos más largos e intervalos más largos.

Para el tratamiento de las alteraciones de la pigmentación y telangiectasias pequeñas y superficiales se necesita un menor número de sesiones (1-3 sesiones) que para el tratamiento de las lesiones vasculares profundas y flacidez cutánea, donde se logran resultados clínicamente significativos a partir de la tercera sesión.

Para minimizar el riesgo de efectos secundarios, fundamentalmente en fototipos elevados (a partir del fototipo IV), es recomendable comenzar con fluencias bajas $< 10 \text{ J/cm}^2$, en zonas poco visibles (zona lateral de la mejilla, zona temporal cerca de la línea de implantación del pelo o zona retroauricular) y esperar unos 10 minutos para valorar el *endpoint* alcanzado tras el primer pase. El cuello, el pecho y las manos son zonas con mayor riesgo de quemaduras debido al menor componente sebáceo, por lo que se deberán seleccionar parámetros más conservadores con una reducción de la fluencia en torno al 10-20%.

Conclusiones: Las plataformas de IPL, debido a sus múltiples usos y su precio relativamente asequible respecto de otros láseres o dispositivos de energía, son con frecuencia el primer contacto de un profesional médico con la tecnología láser. Lograr unos buenos resultados y pocos efectos secundarios puede convertirse en un auténtico quebradero de cabeza.

La correcta selección del paciente es el factor más crucial para lograr un tratamiento exitoso. Proporcionar unas indicaciones previas de preparación de la piel, puede ayudarnos a minimizar el riesgo de efectos secundarios así como a identificar aquellos pacientes poco cumplidores, que probablemente van a tener mala adherencia a los necesarios cuidados post tratamiento.

Comenzar con parámetros conservadores y respetar el intervalo necesario entre pulsos son vitales para un buen resultado terapéutico. En fototipos bajos se pueden utilizar parámetros más agresivos con bajo riesgo de efectos secundarios.

PARÁMETROS INICIALES DE IPL

FOTOTIPO	I-III	IV	V-VI
Longitud de onda (λ)	515-570 nm	$\geq 570 \text{ nm}$	$\geq 590 \text{ nm}$
Fluencia (J/cm^2)	20 J/cm^2	15 J/cm^2	10 J/cm^3
Duración pulso (mseg)	2,5-3,5 mseg	3,5-4,5 mseg	>5 mseg
Intervalo entre pulsos (mseg)	10-20 mseg	20-30 mseg	30-40 mseg
Nº pulsos	1-2	2-3	3

Son necesarios más estudios con mayores tamaños muestrales y protocolos de tratamiento ajustados por problemas que nos permitan comparar resultados y sacar conclusiones.

Estudio exvivo por ecografía del efecto de la hialuronidasa sobre diferentes rellenos de ácido hialurónico

Dras. Beatriz Moraleda, María Cabrera y Magda Palka

Propósito de la investigación: Evaluar mediante ecografía dirigida el efecto de la hialuronidasa sobre rellenos de ácido hialurónico en tejido blando como tratamiento de complicaciones agudas o retirada de rellenos previos.

Material y método: Se utilizaron cuatro tipos de ácidos hialurónicos comunes en el mercado (dos indicados en recuperación de volúmenes faciales con inyección profunda y otros dos indicados en tratamientos de arrugas profundas y tejidos blandos) para inyección en carne de cerdo de implantes en grasa subcutánea de 0,15 mL. A cada implante se le administró 250 UI de hialuronidasa de dos marcas de uso común en España (la formulada por la farmacia Cayetano en Alicante y x.prof 150 reductonidasa Mesoestetic®) y un grupo control. Se evaluó mediante ecógrafo de alta frecuencia (Clarius® L20) el implante y el volumen del mismo pasados 5, 10, 30 y 60 minutos.

Resultados: En la tabla adjunta se detalla la variación de los volúmenes en mm³ obtenidos en cada punto de inyección de ácido hialurónico tratado con: hialuronidasa de la farmacia Cayetano, con hialuronidasa x.prof 150 reductonidasa de Mesoestetic® y con nada (control).

TABLA 1 Volumen en mm³ 4/3 * pi * a * b * c

Tipo de AH	Hialuronidasa	Minuto 0	Minuto 5	Minuto 10	Minuto 30	Minuto 60
MERZ BELOTERO VOLUME®	CAYETANO	907,71	1567,49	12208,32	1339,73	842,27
	MESOESTETIC®	1038,56	2379,94	1987,29	1691,89	3207,32
	CONTROL	943,11	3956,40	1294,18	356,08	463,01
MERZ BELOTERO INTENSE®	CAYETANO	1306,24	1421,90	1065,97	806,17	950,29
	MESOESTETIC®	2660,28	1740,08	2475,83	3443,65	2382,98
	CONTROL	1290,97	1358,82	1099,00	939,13	1925,95
ALLERGAN VOLUMA®	CAYETANO	964,61	1428,99	1406,72	1596,34	1082,47
	MESOESTETIC®	1925,45	1392,65	2633,14	2421,74	2261,32
	CONTROL	1447,75	763,15	857,92	692,37	1316,69
ALLERGAN VOLBELLA®	CAYETANO	1305,40	1190,09	1509,69	1284,55	1207,52
	MESOESTETIC®	843,53	392,75	530,16	462,21	212,59
	CONTROL	695,20	434,53	498,49	Disperso	Disperso

Legenda: AH: ácido hialurónico

- Exvivo, los volúmenes de los rellenos no presentaron variación significativa del tamaño sólo con tratamiento con hialuronidasa ($p=0,64$). Los rellenos de menor densidad (Belotero intense® y Allergan Volbella®) sí presentaron disminución del implante respecto al control, no así los ácidos hialurónicos más densos, indicados para voluminización. Estos últimos presentaron cambios en la distribución e integración del ácido hialurónico.

Conclusiones

- Exvivo, los implantes de ácido hialurónico tratados únicamente con hialuronidasa no presentan variaciones significativas de su tamaño.
- Otros tratamientos y mecanismos presentes in vivo, como los antiagregantes, el masaje, la circulación, la vasodilatación, y el aumento de temperatura, pueden contribuir a la eliminación del implante del sitio de inyección.

Aplicación del ácido hialurónico en el tratamiento de la atrofia vulvovaginal

Dras. Marta Crespo, Elena Asensio, Celia Fernández y Laura Yago

Resumen: Estudio cuasi-experimental que consiste en evaluar la efectividad de la aplicación de ácido hialurónico (AH) en pacientes con atrofia vulvovaginal (AVV). Se analizan cambios en la función sexual y mejora de los síntomas. Se emplea AH reticulado inyectado en tres sesiones cada 6 meses durante un año. Se valoran los cambios en el cuestionario de función sexual (FSFI Female Sexual Function Index) y los índices de salud vaginal (ISVag) y vulvar (ISV). También se evalúa el dolor durante cada aplicación mediante la Escala Visual Analógica del Dolor (EVA) y el grado de satisfacción. Se realiza análisis estadístico mediante STATA.

Se presentan los resultados de las pacientes que han completado las tres sesiones, se compara el estado basal y tras finalizar el tratamiento. El FSFI muestra una media de incremento de 7 puntos con un IC95% (5,41-9,38) y un p-valor<0,001. La media de mejora en la puntuación del ISV es de 0,78 IC 95% (0,98-0,58) con un p-valor<0,001. En cuanto al ISVag incrementa una media de 0,76 IC95%(0,59-0,93) con un p-valor<0,001. Todos los síntomas demuestran mejoría con diferencias estadísticamente significativas destacando la sequedad y la dispareunia.

La media de la EVA es 4 (dolor moderado), tanto en la primera aplicación como en la última, con un p-valor de 0,64. Al finalizar el tratamiento más de la mitad de las mujeres se muestran satisfechas o muy satisfechas.

Se puede concluir que la aplicación de AH mejora la sintomatología relacionada con la AVV y los diferentes índices de función sexual. Aunque se trata de una técnica segura y sencilla, se necesitan nuevos estudios con mayor muestra, aleatorizados, randomizados y comparados con placebo para establecer mayor grado de recomendación.

Propósito de la investigación: El objetivo principal de este estudio es evaluar la efectividad de la aplicación de ácido hialurónico (AH) en pacientes con atrofia vulvovaginal (AVV). Para ello se analiza la existencia de cambios en la función sexual, mejora de los síntomas, grado de satisfacción y dolor durante la aplicación.

Materiales, temas y métodos: Se trata de un estudio cuasi-experimental. Se elabora una base de datos en Excel con pacientes que han sido refractarias a los tratamientos habitualmente empleados en el manejo de la AVV como hidratantes, estrógenos, ospemifeno o prasterona. Se inyecta AH reticulado en introito, fosa navicular y tercio externo de vagina con técnica multipuntos; se realizan un total de tres sesiones separadas 6 meses cada una durante un año.

Para valorar la efectividad se analizan los cambios en el cuestionario de función sexual (FSFI Female Sexual Function Index) y los índices de salud vaginal (ISVag) y vulvar (ISV). Además, se recogen la intensidad de los síntomas derivados de la AVV como ardor, vaginal, prurito, sequedad, dispareunia y molestias urinarias.

Para evaluar el dolor durante cada aplicación se emplea la Escala Visual Analógica del Dolor (EVA). Al finalizar el tratamiento se recoge el grado de satisfacción. El análisis estadístico se realiza mediante el programa STATA.

Resultados: Se presentan los resultados de las pacientes que han completado las tres sesiones, se compara el estado basal y tras finalizar el tratamiento.

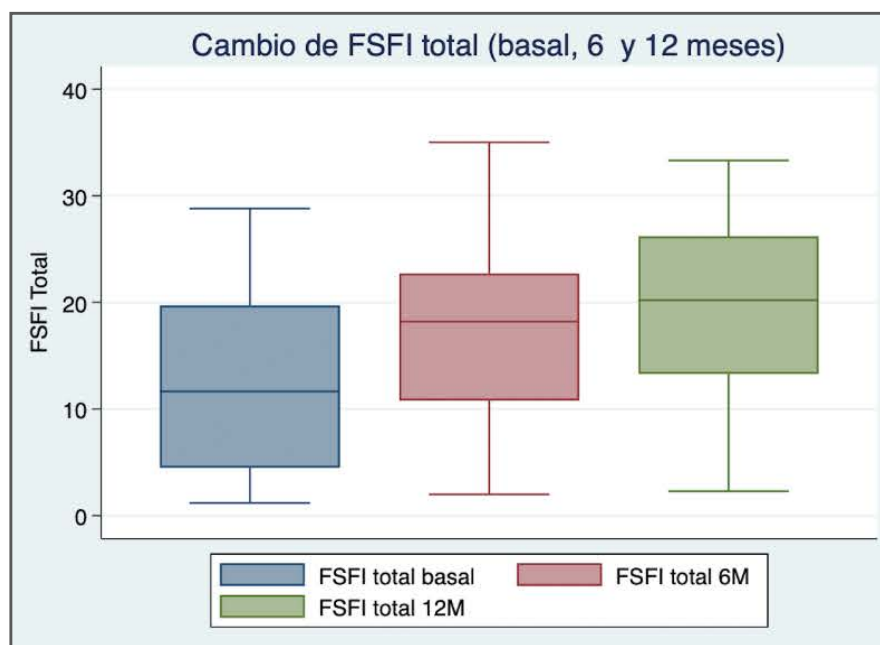
La muestra inicial es de 82 pacientes, en el momento del estudio 55 pacientes han completado las tres aplicaciones.

El FSFI muestra una media de incremento de 7 puntos con un IC95% (5,41-9,38) y un p-valor<0,001. La media de mejora en la puntuación del ISV es de 0,78 IC 95% (0,98-0,58) con un p-valor<0,001. En cuanto al ISVag incrementa una media de 0,76 IC95%(0,59-0,93) con un p-valor<0,001. Por lo tanto, el análisis de estos tres cuestionarios validados demuestra que existen diferencias estadísticamente significativas de mejora en aquellas mujeres tratadas con AH.

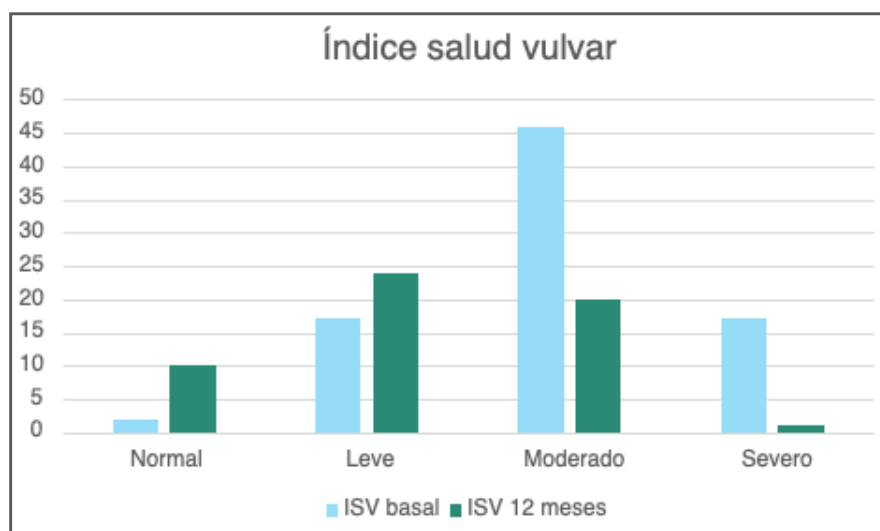
En cuanto a los síntomas, la media de mejora del ardor vaginal es de 3,22 puntos IC95% (4,04-2,39), la del prurito 3,03 IC95% (3,97-2,11), la sequedad 4,92 IC95% (5,69-4,16), la dispareunia 3,35 IC95% (4,22-2,47) y las molestias urinarias 1,17 IC95% (1,86-0,47); el p-valor de todos ellos es de p<0,001. Estos resultados también apoyan la efectividad del AH como opción terapéutica para tratar los problemas derivados de la AVV.

La media de la EVA es 4 (dolor moderado), tanto en la primera aplicación como en la última, con un p-valor de 0,64; se puede concluir que no hay diferencias en el grado de dolor que la paciente experimenta durante las aplicaciones.

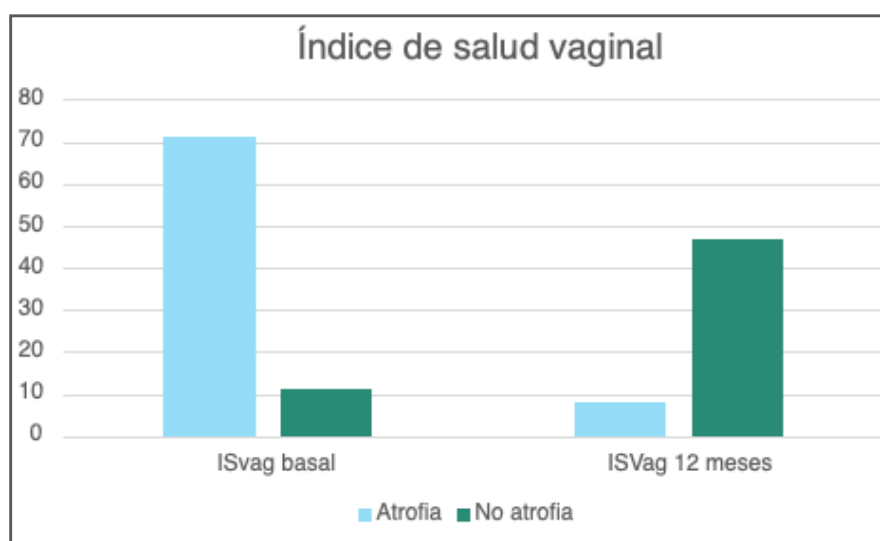
En cuanto al grado de satisfacción, más de la mitad de las pacientes se muestran satisfechas o muy satisfechas al finalizar el tratamiento. Las siguientes gráficas representan el FSFI, ISVag e ISV basal de las 82 pacientes que iniciaron el tratamiento y el de las 55 mujeres que lo han finalizado en el momento del estudio.



Gráfica 1.
Cambios FSFI.



Gráfica 2.
Cambios ISV.



Gráfica 3.
Cambios ISVag.

Conclusiones: La aplicación de AH mejora la sintomatología relacionada con la AVV y los diferentes índices de función sexual. Aunque se trata de una técnica segura y sencilla, se necesitan nuevos estudios con mayor muestra, aleatorizados, randomizados y comparados con placebo para establecer mayor grado de recomendación.

JORNADAS Y CURSOS ORGANIZADOS POR LA AMECLM EN 2024-25

XVIII JORNADAS DE LA AMECLM. *La Seguridad en Medicina Estética*

23-25 de octubre de 2025. Guadalajara

<https://www.ameclm.org/>

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

Información sobre Cursos de la AMECLM:

Secretaría de la AMECLM (Agustín Tovar)

Tfno.: 949 318 498

Correo electrónico: ameclm@ameclm.org

CURSOS Y CONGRESOS DE OTRAS ASOCIACIONES

III Jornadas de Medicina Estética de la Sección Colegial del Colegio de Médicos de Valencia

7-9 de noviembre de 2024

VIII Academia de Expertos en Medicina Estética de la AMEM

9 de noviembre de 2024. Olmedo (Valladolid)

XVI Jornada Formativa SEME: Efectos adversos de los dispositivos basados en la energía y los peelings

9 de noviembre de 2024. Madrid

www.seme.org/formacion/calendario/xvi-jornada-seme-2024-efectos-adversos-dispositivos-medicos-basados-en-energia-y-peelings-quimicos

8º Congreso Nacional de Medicina Estética de SPME

5-7 diciembre de 2024. Cascais (Portugal)

www.spme.pt/ecam

IV Jornada del Grupo de Expertos en Medicina Estética Oncológica

1 de febrero de 2025. Salón de Actos del Rectorado de la Universidad de Alcalá (Madrid)

<https://www.gemeon.org/>

Congreso de la Sociedad Española de Medicina Estética

14-16 de febrero de 2025. Málaga

http://www.seme.org/area_pro/formacion.php

XXIII Congreso Internacional de la Sociedad Española de Medicina Antienvejecimiento y Longevidad

6-8 de marzo de 2025. Santo Domingo (República Dominicana)

<http://www.semal.org/>

22º Congreso Mexicano de Medicina Estética y Longevidad

22-22 de marzo de 2025. Ciudad de México

congressmcme.com/2025/

XXXII Congreso de la Sociedad Española de Láser Médico y Quirúrgico

29-31 de mayo de 2025

www.congreso.selmq.net

XII Jornadas Gallegas de Medicina Estética

6-7 de junio de 2025. La Toja (Pontevedra)

<https://www.asmega.es/>

FORMACIÓN UNIVERSITARIA

Máster en Medicina Estética de la Universidad de las Islas Baleares

<http://palou.uib.es/mume/>

Máster de Medicina Estética de la Universidad de Córdoba

<http://www.uco.es/mastermedicinaestetica/>

Máster en Medicina Estética y Antienvjecimiento de la Universidad Complutense

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

Máster en Medicina Estética de la Universidad de Valencia

http://postgrado.adeit-uv.es/es/cursos/salud-7/medicina-estetica/datos_generales.htm#.Vgzm6X2PaNU

Máster en Medicina Estética de la Universidad Rey Juan Carlos

<http://www.clinicaurjc.es/formacion/master/master-en-medicina-estetica/master-en-medicina-estetica-programa>

Máster en Medicina Estética de la Universidad de Alcalá

<http://www.ium.es/posgrados/master-estetica.php>

Máster en Medicina Estética de la Universidad de Málaga

<https://mastermedicinaestetica.uma.es/>

Máster en Técnicas de Medicina Estética de la Universidad Pablo de Olavide

<https://mastermedicinaesteticasevilla.com/>

Máster en Trasplante y Medicina Capilar de la Universidad de Alcalá

<http://www.ium.es/posgrados/master-medicinacapilar.php>

**Máster en Calidad de Vida y Cuidados Médico-Estéticos del Paciente
Oncológico de la Universidad de Alcalá**

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

**Experto Universitario en Calidad de Vida y Cuidados Estéticos del Paciente
Oncológico de la Universidad de Alcalá**

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

Especialización en Medicina Estética de la Universidad de Alcalá

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

**Experto en Ecografía y 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, escritos en castellano y en formato Word.
- 3.** Los artículos empíricos originales constarán de 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.
- 4.** Los escritos deben incluir: Introducción, Material y Métodos, Resultado, Conclusiones y Bibliografía, siguiendo las normas de publicación para artículos científicos.
- 5.** Es preferible la utilización de nombres genéricos de fármacos o el principio activo en caso de ser uno.
- 6.** Tablas y figuras se presentarán en el mismo documento o archivo. Las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie.
- 7.** 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.
- 8.** 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.
- 9.** 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.
- 10.** 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 144.- Dra. Rosanna del Carmen Martínez Nivar
Nº 145.- Dra. Ana M^a Ávila Villalobos
Nº 146.- Dra. María Recuero Pradillo
Nº 147.- Dra. Susana Villa García Ugarte
Nº 148.- Dr. Jorge Mario Henao Vázquez

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
Dra. Petra Vega
Prof. Jesús Román Martínez

JUNTA DIRECTIVA

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

XVIII JORNADAS DE LA AMECLM

La Seguridad en Medicina Estética



GUADALAJARA

23, 24 y 25 de octubre 2025



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