



Medicina Estética y Anti-Aging

SOARME

News

Órgano Oficial de la
Sociedad Argentina de Medicina Estética

AÑO 1 - N° 2 - JULIO DE 2012

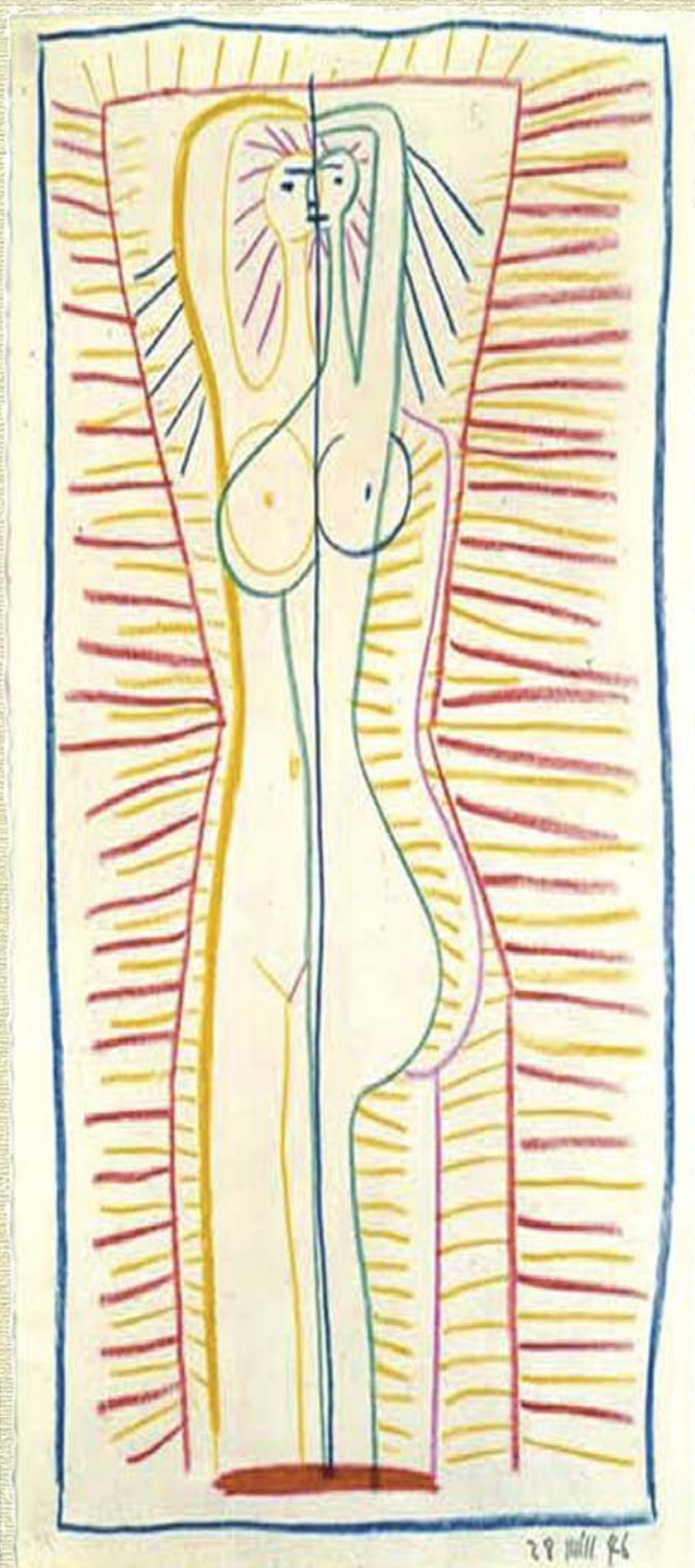
Evitando errores en
el planeamiento
de la cirugía plástica

¿Edemas vasculares
o estéticos?



SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA ESTÉTICA (SOARME)
Miembro Institucional de la Asociación Médica Argentina (AMA)
y de la Union Internationale de Médecine Esthétique (UIME)

Quilmes, Argentina - Julio 2012



le lab
DE BEAUTÉ
LUXURY PRODUCTS



GLOBAL PERFECTION

A FAVOR DE LA PERFECCIÓN

Lo componen productos específicos para atender alteraciones puntuales con la más alta calidad cosmecéutica.

CREMA FACIAL BLANQUEADORA Y ALISANTE CON SULFORAPHANE, PODEROSO DESPIGMENTANTE- ANTIOXIDANTE.
LIBRE DE CITOTOXICIDAD, DE ORIGEN SUIZO. PIEL RADIANTE Y UNIFORME SIEMPRE.

CREMA PARA CONTORNO DE CARA, PAPADA Y CUELLO CON LIPOLÍTICOS Y TENSORES.
ESCULPE LA PIEL A LO LARGO DE LA MANDÍBULA, PAPADA Y CUELLO.

CONTORNO DE OJOS RELAJANTE Y REESTRUCTURANTE CON PÉPTIDOS.
SUAVIZAN LAS LÍNEAS FINAS Y OTORGAN FIRMEZA A LA PIEL, PARA UNA MIRADA JOVEN.

sumario

- 6 Editorial
- 10 Radiofrecuencia Monopolar Capacitiva/Resistiva
- 18 Evitando errores en el planeamiento de la cirugía plástica
- 24 ¿Edemas vasculares o estéticos?
- 28 XXXIII Congreso Nacional de la Sociedad Italiana de Medicina Estética
- 30 Reseña del 22º Congreso Argentino de Medicina Estética
- 32 Cultura
- 34 Calendario científico
- 38 Empresas
- 44 Reglamento de notas científicas



Mujer parada desnuda II.
Pablo Picasso

Director editorial: Prof. Dr. Raúl Pinto

Consejo Editorial Nacional:

Dra. Patricia Frisari

Dr. Osvaldo Desimone

Dr. Edgardo Marín

Dra. Sandra Fusetti

Consejo Editorial Internacional:

Dr. Emanuele Bartoletti (Italia)

Dr. Ahmed Bourra (Marruecos)

Dr. Michel Delune (USA)

Dr. Alberto Elbaum (Uruguay)

Dr. Pierre Fournier (Francia)

Dr. Víctor García Guevara (Venezuela)

Dr. Jean Hebrant (Bélgica)

Dr. Jean-Jacques Legrand (Francia)

Dra. Blanca Miller Kobisher (México)

Dra. Pilar Rodrigo (España)

Editor: MP Comunicación

Directoras comerciales:

Patricia Gattelli - María Isabel López

Diseño gráfico: Ricardo Shijo

Revisora de textos: Escripatria

Publicidad: Tel.: (5411) 5709-4114



Sheer Stem Cells.
Células madre vegetales
(PhytoCellTec™ Malus Domestica)

Transforma tu piel con **Sheer**



Sheer Stem Cells.

Reactivador de células cutáneas.

Eficacia comprobada en rejuvenecimiento.

Tu piel se renueva con Sheer.



RW08

Ondas rusas e
Interferenciales



Thermolip

Termoterapia

Ultracavitación
Ultrasonido

E-Cavitte



Diatermia con
Radiofrecuencia

LTRF



Estamos
con cada Profesional
de Medicina Estética

Kompresor S6 Max

Presoterapia



Dermopeel

Microdermoabrasión



MORALES

ELECTROMEDICINA

Rivadavia 11018, C.A.B.A. - Tel: (5411) 4642-7247

Viamonte 2250, C.A.B.A. - Tel.: (5411) 4951-9168

info@e-morales.com.ar // www.e-morales.com.ar

editorial

Sean Ustedes bienvenidos al número 2 de la **SOARME NEWS-Medicina Estética**.

Continuamos con este nuevo canal de comunicación entre los que practican con pasión esta rama de la medicina y nuestra siempre activa Sociedad Argentina de Medicina Estética.

El número anterior de **SOARME NEWS-Medicina Estética**, que fue la presentación oficial de la revista, tuvo un excelente recibimiento por parte de los colegas y también, de las más importantes y reconocidas empresas proveedoras del sector que se han sumado para apoyarnos.

Esta segunda entrega es coincidente con el 3^{er} Congreso Federal de Medicina Estética que se lleva a cabo, en esta oportunidad, en “la docta”, me refiero a la hermosa ciudad de Córdoba. Este será el principal punto de encuentro de la disciplina en el interior de nuestro país y el que nos permitirá conocer y compartir actualizados aportes científicos con experiencias personales.

Cómo en la primera editorial, los invito a jerarquizar la medicina estética aportando artículos científicos para que sean publicados en **SOARME NEWS-Medicina Estética**.

Hasta la próxima!

Prof. Dr. Raúl Pinto
Director





BIOFARMA
FARMACIA Y LABORATORIO

Una farmacia
al servicio de la estética.

www.farmacibiopharma.com.ar

Recetas magistrales
Ortomolecular
Anti age



El Método PronoKal® consigue reducir el triple de peso y de perímetro abdominal que las dietas hipocalóricas

Una pérdida de peso y una reducción del perímetro abdominal tres veces superior entre los pacientes que siguen el Método PronoKal®. Estos son los datos más significativos del segundo corte de resultados preliminares del estudio ProKal, cuyo objetivo es evaluar la eficacia del Método PronoKal® (dieta proteinada) frente a una dieta hipocalórica equilibrada en la pérdida de peso de pacientes obesos.

La presentación científica de este segundo corte de resultados preliminares se realizó el pasado 15 de abril en el XXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Diabetes (SED), celebrado en España. La Dra. Cristina Sevillano, endocrinóloga del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y colaboradora del director del estudio, el profesor Basilio Moreno, fue la encargada de presentar los resultados obtenidos a los seis meses del estudio (que finalizará a mediados del 2012), y que confirman los primeros resultados, presentados cuatro meses antes.

Diferencias notables

ProKal es un estudio clínico, abierto, aleatorizado y controlado que se está realizando en la Unidad de Obesidad Hospitalaria del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. La población de estudio está compuesta por 80 pacientes con un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30, divididos en dos grupos con una proporción 1:1. El grupo de estudio está constituido por pacientes que siguen el Método PronoKal® (dieta proteinada), y el de control lo constituyen pacientes que siguen una dieta hipocalórica equilibrada, con una ingesta calórica un 10% por debajo del gasto metabólico basal. Los datos obtenidos a los seis meses de tratamiento arrojan importantes diferencias entre ambos grupos. La media de peso perdido por los pacientes que siguen el Método PronoKal® es de **21,59 kg**, más del triple de la obtenida por el grupo de control, que es de 6,68 kg. Una pérdida de peso del 10% ya reporta múltiples beneficios para la salud. Los pacientes tratados con PronoKal®

han perdido un **21%** de su masa ponderal, mientras que los que han seguido una dieta hipocalórica tan solo han perdido cerca de un 7%. Es más significativo aún que la evolución de la composición corporal a lo largo de estos seis meses demuestra que, del total de peso perdido por el grupo PronoKal®, tan solo el **13,53%** fue de masa magra, frente al 23,22% perdido por los que siguen la dieta hipocalórica. En contrapartida, la disminución de masa grasa obtenida por los pacientes que siguen el Método PronoKal® es notablemente superior respecto a los pacientes que siguen una dieta hipocalórica. Así, la medición realizada mediante DEXA (dual-emission x-ray absorptiometry) demuestra que la disminución de masa grasa en la composición corporal de los pacientes tratados con PronoKal® ha sido más del doble que la obtenida por pacientes que siguen una dieta hipocalórica. Del mismo modo, se observa una reducción del IMC entre los pacientes tratados con dieta proteinada, que parten de un IMC de 35,09 puntos, de **7,26 puntos** (pasando de obesidad a sobrepeso), a diferencia del grupo de dieta hipocalórica (que parte de 34,86 puntos), que solo disminuye en 2,52 puntos de IMC y se mantiene en obesidad. Otro resultado constatable a simple vista es la reducción del perímetro abdominal. Los pacientes que siguieron una dieta hipocalórica redujeron el perímetro abdominal en 6,78 cm, mientras que la media obtenida con dieta proteinada ha sido de **17,67 cm**, casi tres veces superior.

Para más información consultar la web de PronoKal® www.pronokal.com o llamar al teléfono: 0810 777 0101

	PronoKal®	Dieta hipocalórica
Media de peso perdido	21,59 kg	6,68 kg
Pérdida de masa ponderal	21%	7%
Reducción del IMC	7,26 puntos*	2,52 puntos**
Reducción del perímetro abdominal	17,67 cm	6,78 cm

* Pacientes que parten de un IMC de 35,09 puntos; ** Pacientes que parten de un IMC de 34,86 puntos.

El 96,9% de los pacientes tratados con el Método PronoKal® declara sentirse satisfecho o muy satisfecho

Beneficios adicionales

Los resultados alcanzados cuando el estudio ProKal ha llegado a los seis meses de tratamiento confirman lo que ya se intuía en los primeros datos recogidos cuatro meses antes. El Método PronoKal® consigue reducir el triple de peso y de perímetro abdominal que las dietas hipocalóricas, con una mayor proporción de masa grasa eliminada y un menor sacrificio de masa magra, además de mejorar el perfil lipídico y glucídico de los pacientes. A ello, hay que añadir el grado de satisfacción de los pacientes tratados con el Método PronoKal®, ya que el 96,9% de ellos declara sentirse satisfecho o muy satisfecho con éste.

Vocación científica

El estudio ProKal es una iniciativa más de PronoKal® por generar evidencia científica que demuestre la eficacia de su método en el tratamiento de los problemas de sobrepeso u obesidad desde una perspectiva multidisciplinar, en la que participan médicos prescriptores, dietistas-nutricionistas, expertos en coaching y en actividad física. Desde sus inicios, PronoKal® ha puesto en marcha varios estudios, como el Promesa I y II, el Estudio DiaproKal y la comparación entre una dieta hipocalórica habitual y un método a base de dieta proteinada PronoKal® en adultos mexicanos; todos ellos con un único propósito: convertir el Método PronoKal® en la **mejor herramienta terapéutica**, respecto a las utilizadas hasta ahora, para combatir la obesidad y el sobrepeso.

PronoKal®

Rigor y ciencia para la pérdida de peso



Sí a la pérdida de peso bajo control médico

Más de **300.000 pacientes** tratados con el Método PronoKal®

- Pérdida controlada desde el inicio y mantenimiento a largo plazo
- Mejora de las patologías asociadas a la obesidad
- Soporte multidisciplinar para el médico prescriptor y para el paciente

Más de **3.000 médicos** ya son prescriptores del Método PronoKal®

- Cursos de formación continuada
- Material científico y de apoyo
- Participación en estudios científicos

Si desea conocer los beneficios del Método PronoKal® para usted y sus pacientes, llame al teléfono:

0810 777 0101

www.pronokal.com



23º

CONGRESO ARGENTINO DE MEDICINA ESTETICA

**1ª Jornada de la Sociedad Italiana
de Medicina Estética SIME en Argentina**

**4º Simposio Argentino de Medicina
Regenerativa Aplicada a la Estética**

**5º Meeting Internacional de
Demostraciones Prácticas y Workshops**

Expo MEBA
Medicina Estética Buenos Aires

5 al 7 de abril de 2013
Buenos Aires - Argentina

Auditorio UCA
Universidad Católica Argentina
Av. Alicia Moreau de Justo 1680
Puerto Madero



Informes e inscripciones:

Av. Alicia Moreau de Justo 846 piso 2º "21"
(1107) Buenos Aires - Argentina
Tel/Fax: (54-11) 4334-0114 / 4334-0115
e-mail: info@soarme.com
web: www.soarme.com

Radiofrecuencia

Monopolar Capacitiva/Resistiva de 0,5 MHz en celulitis

Prof. Dr. Raúl Pinto

Director del Instituto Pinto Buenos Aires, Argentina

Colaboradores: Dra. Patricia Frisari y Dr. Pablo Landivar

Resumen

La patología estética llamada "celulitis" es una dermopaniculopatía edematosa en su inicio, con una evolución fibrosa y, en muy pocos casos, esclerosa. Los trastornos de la microcirculación cutánea, los del tejido adiposo, más el edema y la fibrosis, conforman su tétrada signológica. Todo tratamiento debe tener mínimamente como objetivo mejorar estos sistemas comprometidos, lo que se logra, en general, con una correcta combinación de diferentes métodos terapéuticos.

La Radiofrecuencia Monopolar Capacitiva/Resistiva (RFM), también conocida como "transferencia eléctrica capacitiva resistiva" tiene su utilidad en el tratamiento de la celulitis, abordando la mayoría de los sistemas comprometidos. Es una técnica electroterápica que basa su acción biológica en la transformación de una energía de alta frecuencia relativa (0,5 MHz), en un significativo incremento de temperatura celular y tisular, y también, en otras acciones no dependientes de temperatura.

En el Instituto Pinto de Buenos Aires, se ha efectuado un estudio para valorar la eficacia y seguridad de la RFM en 20 pacientes con celulitis estadio III, a las que se aplicó una pauta terapéutica seriada y fueron evaluadas con distintos parámetros de monitorización y control, antes y después

del tratamiento. Se registró una evolución favorable de todos los parámetros controlados, y no se observaron fenómenos adversos relacionados con el tratamiento.

Celulitis

La celulitis es una dermopaniculopatía de evolución edematofibrosa (DEF) 1}{1) que se observa a partir de la menarca en más del 95% de la población femenina. Diferentes factores predisponentes, determinantes y desencadenantes, en muchos casos sistémicos, influyen y favorecen el desarrollo de un trastorno local en la dermis e hipodermis.

Dicha alteración local se traduce en el compromiso de la microcirculación cutánea, el edema del espacio extracelular subdérmico, la hipertrofia e hiperplasia fibrosa y la formación de micro y macronódulos en la grasa superficial. Estas conforman la tétrada característica de esta patología estética (2) (3).

Las diferentes formas clínicas que se presentan en la celulitis, según el autor, (4) son: 1) adiposa, 2) infiltrativa, 3) fibrosa, 4) hipotónica y 5) mixta.

• Celulitis adiposa

Con una edad de aparición muy variable, puede hacerse vi-

sible a partir de los 15 años, pero es frecuente observarla por primera vez cerca de los 30 años. Las zonas más afectadas suelen ser los muslos en su totalidad, sobre todo 1}la zona trocantérea, crural interna, cara anterior y posterior del muslo, además del glúteo.

Es una forma clínica regional con exceso de grasa homogéneamente distribuido, pero es frecuente que la más comprometida sea la zona trocantérea. Las irregularidades que la identifican son profundas y numerosas casi desde el comienzo de la afección.

Esta es la forma clínica más voluminosa de todas y no es frecuente el dolor espontáneo o el provocado. La imagen es la de muslos "gordos" e irregulares.

• Celulitis infiltrativa

Esta forma clínica es de aparición entre los 30 y los 40 años de edad. Son pocos los casos en que se pone de manifiesto antes de la tercera década. Es un tipo de celulitis regional que afecta al muslo en su totalidad y también a rodilla, pierna y tobillos.

Se observan habitualmente irregularidades poco profundas; las depresiones son menos redondas y más alargadas y no muy importantes en número, a diferencia de lo que ocurre en las otras formas clínicas. Es de volumen moderado pero importante.

Se suelen observar patologías asociadas flebolinfáticas como varices, telangiectasias y linfedema. En general, las pacientes que la padecen relatan dolores espontáneos. La imagen es la de un miembro inferior "hinchado" con los diámetros aumentados, tanto del muslo como de la pierna, pero el edema es mayor en la pierna que en el muslo, iguala las medidas y otorga una imagen en "columna".

• Celulitis fibrosa

Es frecuente que se presente en mujeres de 20 a 30 años. Es una forma clínica circunscripta que afecta en particular la zona trocantérea alta y también a los glúteos. Las irregularidades son numerosas y profundas.

Suele presentar episodios dolorosos inconstantes a la presión de la zona o después de un leve trauma. No es una forma clínica voluminosa y en general se presenta en mujeres delgadas con una imagen de pequeño abultamiento en la cara externa de los muslos. Habitualmente semeja la "joroba de un dromedario".

• Celulitis hipotónica

Se presenta por lo general entre los 35 y los 45 años. Es otra forma clínica circunscripta que se observa en la zona trocantérea baja y en ocasionalmente los glúteos.

La imagen es de trocánteres caídos cuando afecta únicamente a la cara externa de los muslos. Cuando interesa a los glúteos, estos se ven como pesados y caídos. Da la imagen en "joroba de camello" porque están remarcados y aumentados los contornos trocantéreos y los de 1}las caderas. Este

abultamiento circunscripto es frecuentemente moderado. Las irregularidades son poco profundas y en baja cantidad. Se suelen acompañar de estrías cutáneas y no es frecuente el dolor espontáneo ni el provocado.

• Celulitis mixta

Es una forma clínica híbrida, producto de una mezcla de dos de las otras formas clínicas y que están representadas en distintas proporciones. Es una celulitis muchas veces difícil de encuadrar. Así, puede verse una celulitis adiposa-fibrosa o una infiltrativa-fibrosa o una adiposa-hipotónica y también otras, por dar algunos ejemplos. La única combinación que no es posible es la fibrosa con la hipotónica.

En relación con la terapéutica, deberá tener un abordaje general y otro local dirigido a mejorar los parámetros microcirculatorios alterados, el edema, la fibrosis y la adiposis que se observan, con mayor o menor compromiso, en todas las formas clínicas.

Radiofrecuencia monopolar capacitiva/resistiva de 0,5 mhz

La RFM es una técnica electroterápica que se basa en la transformación de una energía de alta frecuencia relativa (0,5 MHz) en temperatura interna en el interior de nuestro organismo. Cada célula del tejido capta parcialmente esta energía y la transforma en temperatura con un gradiente decreciente del interior al exterior. Es el efecto contrario al que se aprecia con la aplicación de cualquier otra radiación térmica externa (5).

Cuando esta energía o corriente atraviesa los tejidos vivos que poseen una impedancia (ohmios), se produce un aumento en la diferencia de potencial (voltios) y se traduce en la consiguiente potencia (vatios), que induce un importante incremento térmico interno.

La RFM se basa en la utilización sucesiva de dos técnicas, primero la capacitiva, seguida por la resistiva.

La denominación "capacitiva" se debe a que la mecánica de su funcionamiento se asimila a la de un condensador, formado por dos placas metálicas separadas por un dieléctrico. La capacidad del condensador estará determinada por dos factores:

- 1) la superficie total de ambas partes metálicas (no su grosor); y
- 2) la separación de ambas placas metálicas (a menor separación, mayor capacidad y viceversa).

En la técnica capacitiva el electrodo que se utiliza está cubierto por un material aislante de poliamida. El electrodo es el activo y corresponde con la primera placa de este 1}. La segunda es el propio tejido cutáneo, mientras que el dieléctrico está constituido por el material aislante del electrodo. El circuito se cierra con un segundo electrodo conocido como "neutro" o "de retorno".

La energía y su posterior traducción en temperatura conllevan un proceso secuencial que podemos resumir en tres fases:

- 1) Introducción, profundización y transformación de la energía.
- 2) Aumento de la temperatura y ascensión a la superficie.
- 3) Transmisión de la temperatura al electrodo.

La segunda técnica es la resistiva. En este caso, el electrodo que se utiliza no está aislado y esto hace que la transferencia de la corriente a los tejidos se realice con menor dispersión de la temperatura y a mayor profundidad.

Con ambas técnicas se utiliza una placa neutra de gran superficie y un electrodo que, como se ha comentado, puede ser aislado o no y de menor tamaño, es decir, superficies asimétricas. En ambos casos, la diferencia de dimensiones es de fundamental importancia para la *vehiculización* de la corriente de radiofrecuencia.

El mecanismo de acción, sin embargo, no puede ni debe explicarse únicamente en base a las acciones térmicas, propias de los sistemas clásicos de hipertermia. De hecho, la RFM no se contraindica en situaciones en las que no se recomienda la aplicación de aquellos. La corriente de radiofrecuencia actúa, además, mediante un mecanismo independiente de la temperatura, interactuando con distintos procesos bioquímicos y enzimáticos celulares al tiempo que su acción a nivel del movimiento iónico a través de la membrana celular y de los orgánulos intracitoplasmáticos permite equilibrar su potencial eléctrico (6).

Los efectos biológicos inducidos por la RFM pueden resumirse en las siguientes acciones:

- 1) Vasodilatación arterial (incrementa la disponibilidad de oxígeno a nivel tisular).
- 2) Incremento del drenaje venoso y reducción del edema.
- 3) Mayor permeabilidad de la membrana celular.
- 4) Aceleración de procesos reparadores celulares.
- 5) Acción lipolítica.
- 6) Restauración del potencial eléctrico celular.
- 7) Activación de la neocolagenesis

Estudio clínico

En el Pinto Institute de Buenos Aires se llevó a cabo un protocolo de estudio en 20 pacientes de sexo femenino con un rango de edad comprendido entre 20 y 45 años, media de 34 años, con el objetivo de evaluar las variaciones que se produjeron en: a) circunferencias corporales, b) espesor del tejido adiposo y c) analítica en sangre, como consecuencia del efecto lipolítico provocado por la utilización de un equipo de diatermia por radiofrecuencia monopolar de 0,5 MHz en el tratamiento de la celulitis. El equipo utilizado fue el CRet System modelo MD308 fabricado por la empresa Indiba S.A. (Barcelona, España).

- Criterio de selección de los pacientes: Mujeres de 20 a 45 años, con un BMI entre 20 y 25 y con celulitis en estadio III (1).

- Los criterios de exclusión utilizados fueron: Embarazo, marcapasos, patologías sistémicas, autoinmunes o dermatológicas, diabetes, hipotiroidismo, perimenopausia o menopausia, sobrepeso ponderal (BMI superior a 25) o consumo de anticonceptivos hormonales durante la realización del estudio.

Material y métodos

Todos los pacientes fueron expuestos a un tratamiento de 20 sesiones. Las primeras 5 a razón de una sesión diaria y las 15 restantes con una pauta de aplicación de 2 por semana. Los pacientes recibieron 7 minutos de transferencia capacitiva y 13 minutos de resistiva en cada muslo y cada glúteo.

La aplicación se efectuó situando la placa de retorno (electrodo neutro) en el abdomen. Los electrodos activos utilizados fueron los siguientes: 8 cm de diámetro en capacitiva y 9 cm de diámetro en resistiva.

Al final del tratamiento, el BMI y el peso corporal no sufrieron variaciones significativas en comparación con el BMI del inicio.



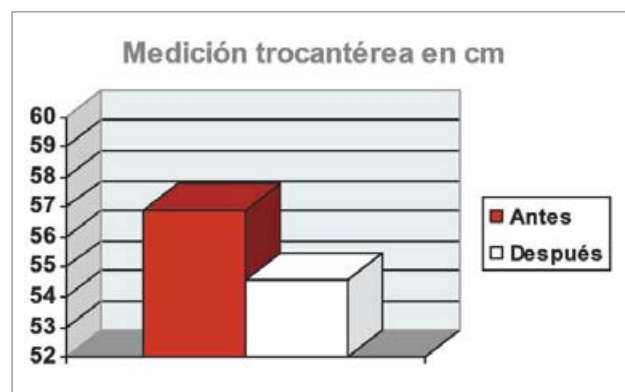
Sesión de RFM en la etapa de aplicación según la técnica capacitiva.

Criterios de evaluación

- Medición de circunferencias.
- Control Ecográfico.
- Tasa de ácidos grasos libres en plasma (AGL).
- Tasa de triglicéridos plasmáticos (TG).
- Determinación de la elasticidad cutánea.
- Termografía de contacto.
- Control fotográfico.

Medición de circunferencias

Se compararon las mediciones antes y después del tratamiento de las zonas trocántreas. El promedio fue de 56,9 cm al comienzo y de 54,6 cm al concluir el tratamiento. Se registró una pérdida promedio de 2,4 cm que correspondería con una disminución del 4,1% de media.



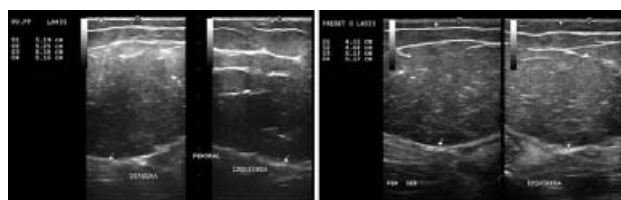
Controles ecográficos

Se realizaron estudios comparativos pre y postratamiento de ecografías de tejidos blandos (7) que incluían dermis e hipodermis, pre y postratamiento. Se utilizaron dos diferentes ecógrafos, uno de 7,5 MHz marca loka modelo EchoCamera SSO-500 y un segundo marca Esaote modelo MyLab30 de 10-18 MHz.



Ecografía de la dermis e hipodermis con 10-18 MHz.

Al comienzo del tratamiento, el 75% de los pacientes (15 de 20) tenía una media de 23,4 mm de espesor de la hipodermis y el tejido graso. Al final de dicho tratamiento, este mismo espesor tenía una media de 20 mm. Se produjo así una pérdida de 3,4 milímetros, correspondientes a una disminución media del 14,5%, producto de la disminución del edema intersticial y de la reducción del tejido adiposo.



Ecografía pre y postratamiento. Importante reducción del espesor del tejido adiposo y del edema intersticial.



Tasa de ácidos grasos libres en plasma

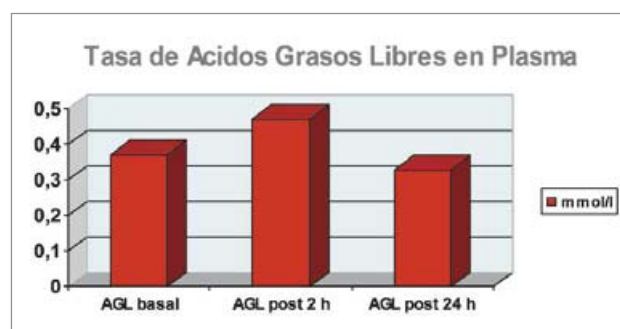
Se remitieron las muestras a la Sección Lípidos del Laboratorio Central del Hospital Escuela San Martín de Buenos Aires para su estudio y comparación pre y postratamiento. Para ello se efectuaron tomas basales, que se repitieron a las 2 horas posteriores a la sesión y nuevamente a las 24 horas. Se observó un aumento promedio significativo de los ácidos grasos (AG) en plasma a las 2 horas posteriores a la sesión, que sería compatible con un efecto de lipólisis. La diferencia es un aumento de 0,10 mmol/l que corresponde al 27% en comparación con la muestra basal.

La tasa volvió a ser similar a la basal a las 24 horas de la sesión.

AGL basal = $0,37 \pm 0,18$ mmol/l

AGL post 2 h = $0,47 \pm 0,17$ mmol/l

AGL post 24 h = $0,33 \pm 0,15$ mmol/l



Además, y a modo de grupo control, se tomaron muestras (bajo el mismo esquema) a otro grupo de 10 pacientes no tratados y no se observaron variaciones significativas de AGL plasmáticos ni a las 2 horas, ni a las 24, comparados con los de la muestra basal.



SCORPION

Bonifacini 5430, Caseros, Buenos Aires, Argentina, CP 1678
Tel: +5411 4751 9286 - info@estetica-scorpion.com.ar
www.estetica-scorpion.com.ar

ULTRASOUND HIFU



- > Long Lasting
- > Efecto Tightening
- > Lipolisis
- > Flaccidez
- > Celulitis
- > Ultralipolisis
- > Fibrosis



PISTOLAS ELECTRONICAS PARA MESOTERÁPIA

CARACTERÍSTICAS Y BENEFICIOS

- Sin dolor
- No trepida ni vibra
- Dosificación controlada
- Modo Automático
- Rafaga o Nappagge
- Punteras reutilizables
- Funciona a baterías recargables
- Resistente a los impactos



CARBOXITERAPIA DIGITAL SUBCUTÁNEO PULSADO

Karvocky



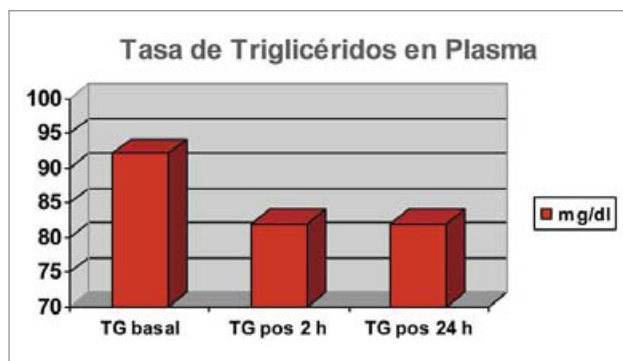
CARACTERÍSTICAS DEL EQUIPO

- Mayor seguridad
- Sin dolor
- Más absorción
- Mayor cantidad de gas inyectado
- Inyecta GAS a temperatura ambiente
- Dosificación programable
- Flujo hasta 160ml/min

Tasa de triglicéridos plasmáticos

Se repitió el esquema tomándose muestras basales que se repitieron a las 2 horas posteriores a la sesión y nuevamente a las 24 horas. Se observó una disminución no significativa de los triglicéridos en plasma (TG) a las 2 horas posteriores a la sesión que sería compatible con una posible liberación de enzimas lipolíticas del tejido adiposo. La tasa de TG se mantuvo en los mismos valores a las 24 horas posteriores a la sesión.

TG basal	=	92 ± 51 mg/dl
TG post 2 h	=	82 ± 43 mg/dl
TG post 24 h	=	82 ± 38 mg/dl



En las muestras del grupo de los 10 pacientes control que no recibieron tratamiento, se observó la no existencia de variaciones significativas de TG en plasma, ni a las 2 horas, ni a las 24, en comparación con la muestra basal.

Medición de la elasticidad cutánea

Se evaluó la elasticidad cutánea (8) con un equipo Cutometer modelo MPA 580 de la marca Courage & Khazaka, al inicio y al final del tratamiento, en las zonas trocántreas y subglúteas. Se observó un aumento de la elasticidad cutánea promedio del 22% en la piel de los trocánteres, que pasó del 48% inicial a 59% al final del tratamiento y también un aumento medio de la elasticidad del 19% en la región subglútea, que pasó del 47% inicial a un 56% final.

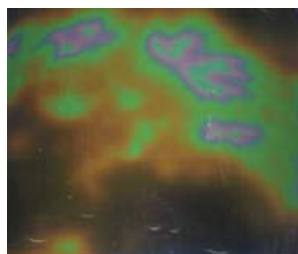


Medición de la elasticidad cutánea.

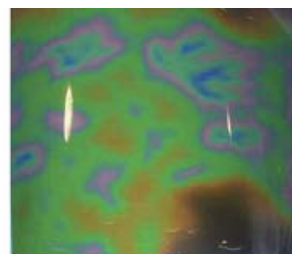


Termografía de contacto de alta resolución

Se realizaron controles termográficos con placas de contacto de alta resolución (9) ThermoCellTest modelo Profesional, antes y después del tratamiento, en las zonas trocántreas y en la cara posterior del muslo. De todos los pacientes que al inicio del tratamiento tenían un estadio termográfico IIc, el 82% presentó una mejoría compatible con un estadio termográfico IIIa a la finalización, mientras que el otro 18% presentó una mejoría compatible con un estadio IIc.



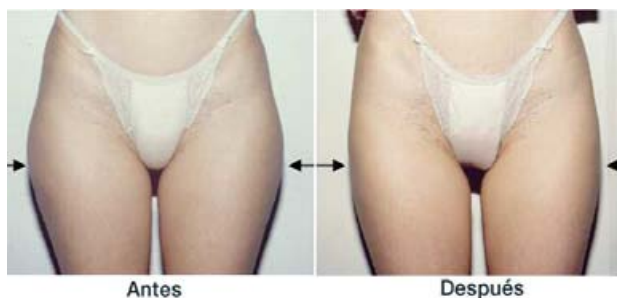
Pretratamiento. Imagen termográfica de estadio IIc



Posttratamiento. Imagen termográfica de estadio IIIa

Controles fotográficos

Se tomaron fotografías al inicio y al final del tratamiento, de frente, ambos laterales, posterior y ¾ anteriores y posteriores que incluyeron miembros inferiores y el abdomen.



Caso 1: Adiposidades localizadas en cara externa de muslos. Posttratamiento con reducción de volúmenes y medidas.



Caso 2: Celulitis en muslos y glúteos. Postratamiento con disminución de las irregularidades cutáneas y reducción de volúmenes y medidas.

DISCUSIÓN

A la Radiofrecuencia Monopolar Capacitiva/Resistiva (RFM), también conocida como Transferencia Eléctrica Capacitiva Resistiva la encontramos en el último cuarto de siglo en las más variadas publicaciones científicas de diferentes especialidades. En Medicina Estética tiene utilidad como técnica electroterápica que basa su acción biológica en la transformación de una energía de alta frecuencia relativa (0.5 MHz), en un significativo incremento de temperatura celular y tisular y en algunas interesantes acciones no dependientes de temperatura en la que distintos estudios están profundizando en la actualidad.

Este efecto es aprovechado particularmente en el tratamiento de patologías estéticas relacionadas con los trastornos circulatorios y del tejido adiposo, como es el caso de la celulitis (10)(11), y también en otras alteraciones frecuentemente asociadas como la flacidez cutánea por la compactación que produce la RFM sobre las fibras colágenas.

En referencia al tema central de este trabajo, la celulitis, la acción de la RFM sobre los trastornos circulatorios y el aumento de tejido adiposo superficial, presentes de forma regular en esta patología estética, su acción terapéutica es corroborada a través de numerosos parámetros que se resumen en las conclusiones.

CONCLUSIONES

Se ha efectuado un estudio para valorar la eficacia y seguridad de la Radiofrecuencia Monopolar Capacitiva/Resistiva (RFM) (CRet System INDIBA) en un tratamiento estético corporal. Se estudiaron 20 pacientes con celulitis estadio III a las que se aplicó una pauta terapéutica seriada de 20 sesiones, a razón de 20 minutos por sesión en cada extremidad.

Los pacientes fueron evaluados con distintos parámetros de monitorización y control, antes y después del tratamiento.

Se registró una evolución favorable de todos los parámetros controlados: reducciones del 4 % de la circunferencia a nivel trocántereo, 15 % del edema intersticial y tejido adiposo y 27 % de los ácidos grasos libres, incremento del 20 % en la elasticidad cutánea y evolución termográfica desde estado IIlc a IIIa en el 82 % de los pacientes y a IIc en el 18 %, respectivamente, a excepción de una disminución no significativa (11 %) de los triglicéridos plasmáticos.

No se registraron fenómenos adversos relacionados con el tratamiento.

Se concluye que la técnica propuesta es una alternativa eficaz y segura en el tratamiento de la celulitis estadio III.

Bibliografía

1. Pinto R. Celulitis. El manejo médico de la celulitis -DEF-. SOARME. Buenos Aires 2009.
2. Pinto R. Celulitis Paniculopatía Edemato Fibro-Esclerótica. Barcelona. EEME, 1995.
3. Pinto R. Celulitis. Monografía de una patología estética. Buenos Aires. Temis Lostaló, 1997.
4. Pinto R. Legrand JJ. Manual Práctico de Medicina Estética 4ta edición. SOARME. Buenos Aires 2009.
5. Zauner A. Introducción a la Transferencia Eléctrica Capacitiva. Barcelona. Jims, 1993.
6. Calbet J. Transferencia Eléctrica Capacitiva. Barcelona. Doyma, 1992.
7. Pinto R. PEFE, actualidad en diagnóstico y tratamientos. VII Congreso Europeo de Medicina Estética. Bucarest. Rumania 2008.
8. Pinto R. Celulitis. Nueva opción terapéutica. VII Congreso Panamericano de Medicina Estética. Isla de Margarita. Venezuela. 2008.
9. Curri S. Las paniculopatías de éxtasis venosa. Diagnóstico clínico e instrumental. Barcelona. Hausmann, 1991.
10. Bartoletti C, Legrand JJ, Pinto R. Manual Práctico de Medicina Estética 2da edición. Buenos Aires. CAME, 1993
11. Legrand JJ, Bartoletti C, Pinto R. Manual Practique de Médecine Esthétique. 3ra edición. Paris. SFME, 1999.

Evitando errores

en el planeamiento de la cirugía plástica. Alertas para el proceso de toma de decisión

Alberto Rancati, Maurizio Nava, Martín Murias Pettinari y Raúl Pinto

A. Rancati
Práctica privada
Universidad de Buenos Aires,
Universidad Católica Argentina

M. Nava
Director de Estructura Compleja
de Oncología quirúrgicorecons-
tructiva, Cirugía Plástica, Unidad
de Cirugía Plástica
Fondazione IRCCS
Istituto Nacional del Tumor

M. Murias Pettinari
Práctica privada
R. Pinto
Práctica privada.
Universidad Argentina J.F. Kennedy

Resumen

Son numerosos los factores y las variables que intervienen en la elección de la técnica y en el planeamiento de una cirugía plástica, y a veces, a pesar de tener el conocimiento necesario para ejecutar el plan quirúrgico seleccionado, los resultados no son los esperados; esto puede deberse a errores cometidos durante la selección del procedimiento.

La correcta ejecución de la técnica quirúrgica es crucial, pero no siempre es garantía del éxito deseado por el paciente y por el propio cirujano.

“El proceso de toma de decisión” es donde se articulan distintas situaciones que pueden alterar el resultado quirúrgico final. Es nuestra intención identificar y describir estos factores.

Aun el cirujano más experimentado puede equivocarse la estrategia y cometer errores de planeamiento quirúrgico.

En vista de la importancia de este momento crítico en la selección del método quirúrgico, y del escaso desarrollo en la bibliografía sobre esta problemática, creemos oportuna esta comunicación.

Introducción

Tratar de reducir la cantidad de errores médicos cometidos en la práctica de la cirugía plástica es una tarea que requiere de un minucioso y honesto análisis de cada uno de los fracasos que podamos contabilizar en nuestra historia quirúrgica, y creemos que, al registrarlos y compartirlos, podríamos disminuir la futura incidencia de estos en nuestra práctica y en la de nuestros colegas.

Según la ASAPS, en una encuesta realizada en 400.000 cirugías plásticas ambulatorias, la mortalidad en centros habilitados y realizada por especialistas acreditados fue de 1/57.000, y el índice de complicaciones serias fue menor al 0,5%.

Pero, a pesar de ser la cirugía plástica una práctica bastante segura, como lo demuestran las estadísticas, existen factores personales, poco evaluados, que pueden afectar el proceso de toma de decisión del cirujano.

Sobre la base de nuestra experiencia y errores personales cometidos en la práctica de la especialidad, creemos importante identificar posibles agentes perturbadores en el planeamiento quirúrgico, a fin de poder identificarlos, evitarlos, o bien minimizarlos.

Desarrollo

Los errores son un tópico de importante consideración en la cirugía plástica. Podríamos clasificarlos en dos tipos:

- **Errores técnicos**
- **Errores de planeamiento**

Dentro de los técnicos, se incluye a todos aquellos asociados a la fallas por desconocimiento del procedimiento o déficit en el entrenamiento, al instrumental y materiales utilizados, y también a los recursos técnicos asociados, como ambiente quirúrgico y cuidados intra y post operatorios. La solución a estos errores técnicos se encuentran bien descripta en la bibliografía, y no es nuestra intención ahondar en este aspecto. Identificar y reconocer los errores de planeamiento por los cuales una cirugía puede no llegar a buen fin, requiere de autocrítica y análisis de situación en el momento de selección del procedimiento, lo que no siempre es fácil de realizar. Creemos que es esencial identificar estos posibles errores de planeamiento para alejarnos de ellos y así evitar complicaciones innecesarias o malos resultados que pueden entorpecer la relación médico-paciente, y aumentar la posibilidad de litigio.

El proceso de toma de decisión

Son numerosas las técnicas quirúrgicas disponibles en cirugía plástica para un mismo procedimiento, y en este proceso de selección de procedimiento y estrategia intervienen:

Decisiones: Son las combinaciones de situaciones y conductas a tomar, e incluyen acciones, alternativas, consecuencias y sucesos inciertos.

Preferencias: Consisten en elecciones individuales que condicionan a elegir sobre otras posibilidades.

Incertidumbres: Se refieren al juicio de quien toma la decisión, e incluyen probabilidades, confianza y posibilidad de cada suceso de ocurrir.

Resultados: Aquellas situaciones objetivables públicamente que se observaran cuando se lleven a cabo las decisiones seleccionadas.

Consecuencias: Son las resultantes luego del acto decidido, y estarán asociadas con cada resultado.

Juicio: Es el componente del proceso de decisión que se refiere a valorar, estimar e inferir que sucesos ocurrirán. De-

pende del sentido común del operador y relaciona la participación del que toma la decisión con los resultados obtenidos. (2)

El acto médico tiene cuatro etapas que están relacionadas entre sí:

1. Etapa de "empatía". Es la primera relación personal que experimenta el médico ante el paciente a quien debe comprender y respetar.
2. Etapa de "exploración". Aquella en la cual el médico se adentra en todos los antecedentes y motivaciones de la consulta.
3. Etapa "ética". El médico ejecuta en forma completa, respetuosa y cuidadosa los procedimientos necesarios para valorar el estado del paciente aplicando todos sus conocimientos y experiencias con el fin de tratar de llegar a un diagnóstico acertado y fijar, en consecuencia, el tratamiento adecuado.
4. Etapa "operativa". Se fija *un* plan o programa terapéutico en el que debe participar el paciente después de una información clara y completa sobre las posibilidades, sus riesgos/beneficios del procedimiento seleccionado y lograr su consentimiento. (3)

Estas cuatro etapas pueden estar influenciadas por una variable no considerada, que es la personalidad del cirujano actuante, y los conflictos de interés que pueden interferir e influir en forma negativa sobre el planeamiento quirúrgico, aumentando riesgos de mal resultado para el paciente y de exposición legal para el cirujano.

La inobservancia médica en el cumplimiento de estas cuatro etapas de la consulta médica, ya sea por conflictos de interés, vanidad o sensación de superioridad, puede inducir a errores de planeamiento durante el proceso de toma de decisión. En términos generales, el cirujano suele elegir el plan quirúrgico sobre la base de:

- 1) Racionalidad:** El problema es claro y las alternativas bien conocidas.
- 2) Intuición:** Un proceso inconsciente de toma de decisión basado en su experiencia, y la vinculación del caso con casos similares aunque no iguales.

Estas dos variables en la selección de la estrategia deben estar balanceadas, prevaleciendo naturalmente la racionalidad de lo que se sabe sobre lo que se supone, y se deben identificar los intereses que pudieran mediar en este proceso. Por esto, es aconsejable tomar un tiempo prudencial para reconsiderar la estrategia antes de la cirugía, y observar honestamente si factores o presiones externas pueden estar afectando el juicio en este proceso de decisión.

Distractores peligrosos en la toma de decisión

El proceso de toma de decisión puede ser compartido o individual, como ocurre en nuestra práctica privada. Es aquí donde la mayoría de los *distractores* pueden aparecer, por lo que debemos estar más atentos, ya que nuestra responsabilidad en este ámbito es única e intransferible.

Intereses profesional y académico

El reconocimiento de nuestros colegas, el crecimiento académico y el prestigio son motivadores existentes en nuestra práctica profesional, y alientan a nuestro perfeccionamiento y dedicación, pero debemos estar atentos a no exponer a nuestros pacientes y no ponernos en riesgo en su búsqueda. Esto podría ocurrir por anteponer estos importantes motivadores a la mejor opción terapéutica para nuestros pacientes.

El entusiasmo y el deseo de ofrecer algo distinto o novedoso puede a veces influir en forma negativa en el cirujano actuante, quien inconscientemente muchas veces busca más su reconocimiento personal y académico sobre el beneficio del paciente, forzando indicaciones o errando el planeamiento quirúrgico.

Creemos que puede obtenerse un buen balance entre ambos intereses sin aumentar riesgos ni exposición legal, estando conscientes de su coexistencia.

Interés económico

La retribución económica es importante en la práctica quirúrgica, y quizás más en esta especialidad, tratándose muchas veces de cirugías estéticas innecesarias para la salud; pero no todos los pacientes sentados en nuestra sala de espera deben convertirse en cirugías agendadas. Muchos de los casos que consultan deberán ser rechazados por diferentes motivos, como personalidad conflictiva del paciente o familia, malas condiciones físicas, expectativas desmedidas, etc., y debemos dejar de lado la tentación del desafío quirúrgico y el beneficio económico en pos de nuestra seguridad y la del paciente.

Presión de los pacientes y su familia

El deseo y las exigencias de los pacientes sobre un resultado perfecto y las expectativas desmedidas impiden a veces que este acepte o comprenda las limitaciones sobre el resultado que el cirujano puede ofrecer.

La posibilidad de pérdida de ese caso quirúrgico, con lo que esto acarrea, no debe influir sobre nuestro juicio ni en el rechazo del caso si fuera necesario.

Esta situación ejerce presión sobre el cirujano, quien debe mantener un delicado equilibrio entre lo que puede ofrecer y lo que puede realmente lograr, razón por la cual es preferible prometer menos y, si es posible, lograr más.

Presión de la industria médica

El apoyo de la industria permite la investigación médica, la participación en conferencias científicas y la educación profesional para beneficio de los pacientes; además, ayuda en el progreso de nuevos procedimientos, equipamiento, medicamentos y tratamientos. Todo esto, con un claro interés primario, que es obtener beneficios económicos por la venta de sus productos. Sin embargo, se presentan conflictos de interés cuando las estrategias comerciales de la industria afectan la objetividad del médico.

Estas estrategias pueden comprender pago de honorarios, pagos por escribir artículos en revistas o diarios, remuneraciones por reclutar pacientes para estudios clínicos, pagos por investigar un determinado producto, otorgamientos de regalos, financiamientos de viajes, etcétera.

Aunque no se pueda especificar en términos monetarios qué es modesto, razonable o excesivo, debemos mantener esta hospitalidad por parte de la industria siempre en forma de interés y beneficio secundario, sin permitir que este beneficio avance en menosprecio de la atención de nuestros pacientes.

Creemos que se puede convivir con esta realidad, preguntándonos siempre si nuestro juicio sería el mismo de no existir ese beneficio secundario.

Costos imprevistos

Son aquellos que escapan a los costos previstos pactados con el paciente previos a la cirugía. Entre los primordiales, se encuentran: el tiempo quirúrgico prolongado, el requerimiento de insumos no considerados inicialmente, reintervenciones por complicaciones y la necesidad de cuidados intensivos postoperatorios que pueden prolongar considerablemente la internación, e influir en el costo quirúrgico final.

Estas situaciones, que van a veces en detrimento del beneficio económico del cirujano, pueden llevar a no realizar el procedimiento ideal para el paciente ante una complicación inesperada.



Emulgel



Lipo Vip Tx



Face Relax CC



H - Extreme

Virrey del Pino 2416

(Alt. Cabildo 1600) 1426 - Bs. As.
Tel.: (5411) 4784-4509 Fax: (5411) 4787-2084

Montevideo 1183

(Alt. Santa Fe 1600) 1019 - Bs. As.
Tel.: (011) 4816-4290 Tel/Fax: (011) 4813-5176

www.farmaciovip.com
marketing@farmaciavip.com



Full Body R



Bioclean



Línea Lactobiónico + Stem Cell



DERMOTHERAP



**Nuevo
Producto**

Skincool



MesoRoller



DTP Siena
RADIOFRECUENCIA



DTP Gun
MESOTERAPIA



Microcánulas



Parches Oculares



DTP Coral
CARBOXITERAPIA



DTP IPL
LUZ PULSADA



DTP Diamond Tip
MICRODERMOABRASIÓN

Avda. Elcano 3030 C1426EJO
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
República Argentina
Tel.: 54 11 4556 1570 / 54 11 4556.2376

www.dermotherap.com
info@dermotherap.com

Tiempo insuficiente durante la consulta

En más de una oportunidad, la consulta quirúrgica se realiza fuera de las condiciones ideales para evaluar correctamente el caso. Ejemplo de ello son las consultas fuera del ámbito del consultorio, consultas telefónicas o a última hora, no esperadas, con imposibilidad de establecer una buena relación médico-paciente, de conocer sus motivaciones y, a su vez, planear adecuadamente la táctica quirúrgica.

Práctica pública o privada

Si bien lo ideal sería establecer el mismo plan quirúrgico tanto en el ámbito público como privado, muchas veces esto no ocurre de esta manera. En la práctica pública en nuestro país, muchas veces no se cuenta con los elementos necesarios o ideales para realizarla de manera ideal, y nos vemos obligados a cambiar de estrategia, frecuentemente durante la misma cirugía, asumiendo riesgos no valorados correctamente.

Conflictos de interés

El interés primario en todo acto médico debe ser siempre ofrecerle la mejor alternativa terapéutica a nuestros pacientes, pero la actividad cotidiana se encuentra muchas veces invadida por intereses secundarios como los que acabamos de describir, y debe ser nuestra misión tratar de identificarlos.

Se entiende por *conflicto de interés* a situaciones en que, en la toma de decisión, la integridad y el juicio del interés primario tienden a estar influenciados o modificados indebidamente por un interés secundario, que resulta en un beneficio personal (económico, búsqueda de prestigio, etc.) y puede determinar acciones alejadas de los intereses primarios.

Importancia de los conflictos de intereses médicos

Que se presente un conflicto de interés en el proceso de decisión de un acto médico es habitual, pero esto cobra importancia, y puede causar consecuencias negativas cuando este no es bien resuelto.

La relación médico-paciente es una relación fiduciaria, es decir, una relación dependiente de la confianza, entre desiguales, en la cual una de las partes —el médico— es más

poderosa por poseer el conocimiento. El médico tiene la capacidad de poder sanar o realizar un acto quirúrgico; al mismo tiempo, el paciente le endosa su confianza al médico actuante para que este proteja su bienestar.

La expectativa de confianza que el paciente deposita sobre el médico obliga a este a responder adecuadamente y no menoscabarla². El principio ético de vulnerabilidad establece que en una relación desigual de poder, conocimiento, o medios materiales existe obligación de respetar y proteger la vulnerabilidad del otro y de no explotarlo; esta obligación recae sobre el más fuerte, en nuestro caso, en el médico.

Este punto es donde justicia y vulnerabilidad se encuentran³.

¿Cómo identificarlos?

Es complicado establecer una lista exhaustiva de conflictos de interés, pues siempre pueden presentarse nuevas situaciones, consecuencia de la dinámica propia de la actividad profesional, pero podríamos resumirlas en dos grupos:

- Cuando existe un interés en el resultado del servicio prestado al paciente, distinto del interés del propio paciente.
- Cuando se recibe un incentivo o beneficio, de una tercera parte, distinta del paciente, en forma de dinero, presentes, bienes o servicios, además de la retribución convenida con el paciente.

Recomendación ante situaciones de conflicto de interés

Ante la identificación de un conflicto de interés, el cirujano puede:

- Aceptar el conflicto de interés, pero prevenir cualquier interposición en su juicio, siempre dar protección al paciente, y obtener su consentimiento.
- Decidir no realizar la intervención e informar al paciente sobre la situación y sus riesgos.

Los conflictos de interés son inevitables en nuestra carrera médica. Todos tenemos intereses secundarios detrás de nuestros objetivos profesionales; lo que hace problemático a un objetivo secundario no es su existencia, sino permitir que este se anteponga al objetivo primario.

El desafío es reconocer estas situaciones y focalizar nuestra atención en este punto para poder decidir éticamente sin perjuicio para el paciente. (4)

Antes de decidir la estrategia

Durante el proceso de toma de decisión, que puede tomar más de una consulta, y antes de comunicar al paciente la estrategia a seguir, es necesario cuestionarse quién realmente se beneficia con la decisión tomada:

- ¿El cirujano?
- ¿El paciente?
- ¿Existe en la decisión médica tomada algún condicionamiento o presión por parte de un tercero?
- ¿Cuáles son nuestras motivaciones primarias y secundarias para realizar esta cirugía?
- ¿Existe algún conflicto de interés?
- ¿Se dispone de toda la información necesaria para decidir?
- ¿Es la mejor opción para el paciente?

Es importante valorar distintas alternativas, considerar las técnicas quirúrgicas disponibles y, si es posible, debatir las opciones con los distintos integrantes del equipo quirúrgico, estableciendo un plan de acción con objetivos quirúrgicos claros y bien establecidos y así poder comunicarle al paciente nuestra decisión y obtener su consentimiento.

Conclusiones

Muchas veces contamos con *signos de alarma* durante el proceso de toma de decisión, como:

- Sensaciones íntimas (viscerales), nerviosismo o males-tar al decidir una estrategia.
- Sentirse abrumado frente al caso, sin poder optar por la táctica a seguir.
- Sensación de estar tomando muchas decisiones juntas, o tomarlas ante estado de cansancio psicofísico.
- Pensamientos recurrentes sobre el caso en cuestión.

Estas alertas deben ser identificadas y respetadas, para llamarnos a reevaluar nuestras decisiones. Los pacientes requieren y merecen respeto, calidad en la atención y cuidado médico.

Es importante focalizarse en estos factores, compartir las decisiones, imaginar los resultados y las consecuencias postoperatorias.

El éxito en cirugía plástica es una delgada línea entre las expectativas del paciente y la real información quirúrgica que se les brinda.

La mejor manera de evitar un error relacionado con un conflicto de interés es identificarlo. Para ello, el médico debe estar muy atento en su aparición.

Creemos que la sensibilización a este tema debe comenzar en los últimos años de formación del estudiante de Medicina y durante el período de formación de los médicos especialistas.

El proceso de la correcta toma de decisión y la resistencia a la tentación que puede generarse en este momento pasa final e inevitablemente por la virtud del médico, es decir, su honestidad e integridad.

Las escuelas de Medicina, las carreras de Especialista y las sociedades científicas deben velar por la formación moral de los futuros especialistas, con una mayor preocupación en la etapa formativa del profesional. (6)

Debemos estar atentos a estos factores, no solo por nuestro juramento hipocrático, sino por el cuidado de nuestro prestigio profesional y por las consecuencias legales que implica cualquier error en un acto médico.

Bibliografía

1. Morello, D.C., Colon, G.A., Fredericks, S., Iverson, R., Singer, R. *Patient safety in accredited office surgical facilities*. *Plast Reconstr Surg*. 99: 1496, 1997.
2. Lemmens T., Liciur L.L.M., Singer P. *Bioethics for clinicians: 17. Conflict of interest in research, education and patient care*. *CMAJ* 1998; 159: 960-5.
3. Prieto Vila C. *El acto médico*. Consultado el 4 de junio de 2012 en <http://sites.google.com/site/colmedicovalle/elactomedico>.
4. Pellegrino E., Thomasma D. "The good of the patient". En: *For the patient's good*. Oxford University Press, 1988; 73-91.
5. García Higuera J. A. Consultado el 4 de junio de 2012
6. Korn D. *Conflicts of Interest in Biomedical Research*. *JAMA* 284, 2234-2236, 2000.
7. Alexis Lama T. *El médico y los conflictos de intereses*. *Rev Méd Chile*, v. 131 N° 12, 2003.

¿Edemas vasculares o estéticos?

M. Gracia y S. Bordegaray

El linfedema primitivo es una patología crónica que afecta mayoritariamente las extremidades inferiores de las mujeres. El lipedema es a menudo confundido con él, pero se trata más de un síntoma que de una patología y corresponde a una repartición anómala de tejido adiposo. No afecta los pies. Generalmente, son pacientes obesas. Existe poco edema, salvo cuando ha habido ortostatismo prolongado, y el motivo de consulta es, sobre todo, estético. Los linfedemas primitivos de EEII son raros, y son debidos a una hipoplasia del sistema linfático. Conocer la diferencia entre el lipedema y el linfedema es indispensable, ya que tanto el examen físico como las exploraciones y, principalmente, el tratamiento son completamente diferentes.



(Fotos 1 y 2) Signo de Stemmer

Linfedemas primitivos

Concepto

Solo los linfedemas primitivos de las EEII pueden ser confundidos con el lipedema. Los linfedemas secundarios, en general, son fácilmente reconocibles por los antecedentes que presenta el paciente y habitualmente son unilaterales.

Examen clínico

Comienzan en el dorso del pie y pueden quedar localizados o ascender hasta la ingle. Pueden ser unilaterales (generalmente toda la extremidad) (1), o bilaterales (generalmente por debajo de las rodillas). Los linfedemas “suspendidos” en muslo son raros (2). El síntoma más frecuente es la pesadez; el dolor no es usual y debe hacer pensar en alguna patología asociada. La piel es sana.

Cuando existe fibrosis asociada, los pliegues de la piel de los dedos de los pies se acentúan. El signo de Stemmer-Kaposi es patognomónico: la imposibilidad de pinzar con los dedos la cara dorsal del pie a nivel del segundo dedo (3). También, se pueden observar anomalías ungueales (4).

Exámenes complementarios

El diagnóstico es clínico. Los estudios por imagen no invasivos utilizados, una vez descartado el origen vascular del edema del miembro mediante ecodoppler, son la ecografía bidimensional, la tomografía computarizada y la resonancia magnética. Ecografía: el edema de partes blandas se visualiza ecográficamente como hiperecogenicidad de la dermis y aumento de la ecogenicidad del tejido celular subcutáneo heterogéneo (figuras 1 a y 1 b). Las ventajas de este método incluyen su costo (económico), su gran disponibilidad y que no utiliza radiación ionizante. Las desventajas son que es un método operador dependiente y que aumenta significativamente el tiempo de exploración cuando hay que estudiar grandes volúmenes. El examen ecográfico de partes blandas siempre debe realizarse con transductor lineal de alta frecuencia (7,5- 12,5 MHz).

La Nouvelle Pharmacie

Dra. Michelle Saint Martin

Productos de Excelencia para lograr Cambios



Antes



Después



Antes



Después

Resultados EST. SILVANA MUÑOZ LIBRETTI

Lo Auténtico se Distingue

Austria 22720 1°B
Bs. As - Argentina

Telf : (54) 11 4803-5351/59

Desde Ext: (00549) 11 3573-0822

www.lanouvellepharmacie.com.ar



La Nouvelle
Pharmacie

Tomografía computarizada: el edema de partes blandas se observa como engrosamiento de la piel y trabeculación de la grasa del tejido celular subcutáneo (figuras 2 a y 2 b). La ventaja fundamental es el tiempo, ya que puede evaluar grandes extensiones en muy corto plazo (ambos miembros inferiores en 14 segundos, dependiendo del tomógrafo). Otra ventaja es que tiene muy buena definición, puede valorar planos profundos y, al examinar grandes volúmenes, permite descartar causas secundarias de obstrucción (figuras 3 a y 3 b). La desventaja de la tomografía computarizada es que utiliza radiación. Se debe valorar el costo/beneficio de emplear el método según el cuadro clínico por estudiar.

Resonancia magnética: el engrosamiento y la trabeculación del tejido celular subcutáneo y la piel se observan hipointensos en T1 e hiperintensos en T2 (figuras 4 a y 4 b). Las ventajas son su excelente definición y detalle, y la posibilidad de valorar comportamiento tisular. Las desventajas son el costo (alto) y el tiempo de estudio.

Tratamiento

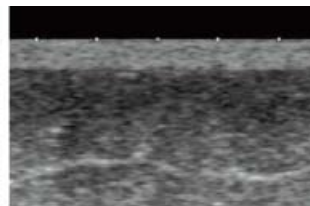
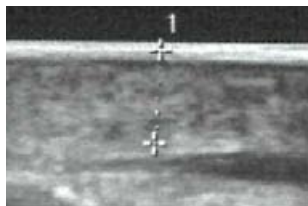
Siendo una patología crónica, el tratamiento ha sido objeto de varios consensos y recomendaciones (1) (2). Esencialmente, se basa en el drenaje linfático manual y la compresión elástica, en forma de vendajes multicapas para el tratamiento intensivo, o una compresión elástica adaptada, para el tratamiento de mantenimiento, además del cuidado de la piel.



(Foto 3) Lipedema



(Foto 4) Linfedema bilateral



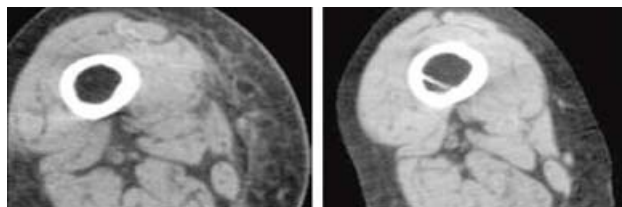
Figuras. 1 a y b. Ecografía de partes blandas. En la figura a, se observa edema subcutáneo, con aumento y heterogeneidad del tejido celular subcutáneo e hiperecogenicidad de la piel. En la figura b, imagen normal, en la que tanto la piel como el tejido celular subcutáneo conservan su ecogenicidad.

Lipedema

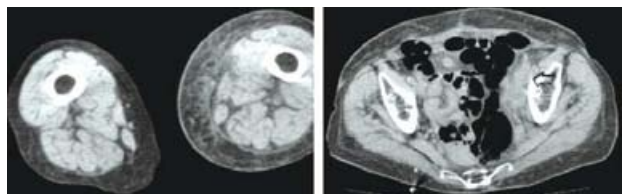
Definido como “la acumulación de tejido adiposo repartido anormalmente desde las caderas hasta los tobillos”, es un término inapropiado desde nuestro punto de vista, ya que no existe edema como tal en estos pacientes, salvo después de un ortostatismo prolongado, ya que un componente genético ha sido evocado en su etiología.

Diagnóstico

El diagnóstico del lipedema es clínico, se observa casi exclusivamente en mujeres y comienza en la pubertad. La acumulación de tejido adiposo es ante todo proximal, simétrico y no afecta el pie (a diferencia del linfedema). No hay fóvea (salvo después de ortostatismo prolongado), el pinzamiento de la piel es doloroso, las asociaciones con Insuficiencia venosa y obesidad son frecuentes. No hay signo de Stemmer Kaposi.



Figuras 2 a y b: Tomografía computarizada. El edema se visualiza como un engrosamiento de la piel y trabeculación de la grasa del tejido celular subcutáneo en la figura a, mientras que en la figura b, se observa un corte al mismo nivel sin alteraciones.



Figuras 3: a: Se observa edema de piel y tejido celular subcutáneo en muslo izquierdo. A: predominio de sectores internos. B: corte a nivel de pelvis, en el que se visualiza conglomerado adenopático en cadena iliaca interna.

Exámenes complementarios

Ecográficamente, además del aumento del componente graso del tejido celular subcutáneo (y la posibilidad aumentada de observar celulitis), no se visualizan cambios de interés en las partes blandas. La resonancia magnética, dada su capacidad de valorar componente tisular, puede diferenciar entre lipedema y linfedema. El lipedema, sin asociación con linfedema, presenta pérdida de señal en las secuencias ponderadas en T1 con saturación de grasa (figuras 5 a y 5 b).

Tratamiento

No existe consenso sobre el tratamiento. La reducción de peso tiene pocos resultados en la distribución anómala del tejido adiposo. Se utiliza mesoterapia, ultrasonido, radiofrecuencia, cirugía, entre otros.

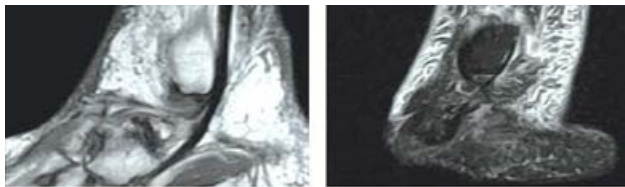


Figura 4: A: Tobillo, corte sagital en secuencia T1. Los hallazgos muestran engrosamiento de piel y trabeculación de la grasa celular subcutánea, hipointensos. B: Secuencia T2. El edema, por su contenido líquido en ponderación T2, se observa brillante.

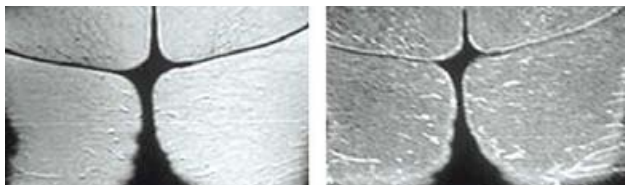


Figura 5: A: Corte coronal en secuencia T1. Aumento del tejido celular subcutáneo. B: En secuencia T1 Fat-sat, se observa pérdida de señal (solamente componente graso, diferencial con el componente líquido del linfedema, que se observaría hiperintenso, brillante).

Conclusión

El lipedema y el linfedema son confundidos con frecuencia. Así como el linfedema tiene un tratamiento validado y con-

sensuado, no es así para el lipedema, por lo que es necesario hacer el diagnóstico diferencial entre las dos patologías para una buena estrategia terapéutica.

Bibliografía

1. Brunner U. et ál. Epidemiology and clinic of Primary lymphoedema exemplified by 500 cases. The Initial Lymphatics, Ed. S. Bolinger, H. Partsch., J.H.N Wolfe Gerof Thielde Verlag 1985: 7-14.
2. Cluzan R. V. Conduite à tenir devant un lymphoedeme du membre inférieur. *Angéiologie* 1996, oct.: 309-311.
3. Gibbon W., Wakefield R. Ultrasound in inflammatory disease. *Radiologic Clinics of North America* 1999, vol.37, issue 4:633-651.
4. Harris S.R. et ál. Steering Committee for clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer:
11. Lymphoedema. *CMAJ* 2001;164:191-9.
5. Janbon Ch. Lymphologie. *Collection de Médecine Vasculaire*, N.º 3, 1994, 200 p, Ed. Lanson.
6. Park J. H. y J. Olsen N. J.. Utility of magnetic resonance imaging in the evaluation of patients with inflammatory myopathies. *Current Rheumatology Reports* 2001, vol. 3, N.º 4:334-345.
7. Ketterings C. Lipodystrophy and its treatment. *Ann Plast Surg* 1988; 21:536-43.
8. Lymphoedema Framework. *Best practice for the management of lymphoedema. International Consensus*. London: MEP Ltd, 2006.
9. David S., Kingsley L., y Gabrielle H. Use of imaging to assess patients with muscle disease, *Current Opinion in Rheumatology* 2004, vol. 16, issue 6:678-683.
10. Tan A., Wakefield R., Conaghan P. Imaging of the musculoskeletal system: magnetic resonance imaging, ultrasonography and computed tomography. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 2003. vol. 17, issue 3:513-528.

Fuente: Revista SEME (Sociedad Española de Medicina Estética)

HIDRA SKIN HIDRATACION EXTREMA



DIFFUPORINE

Hidratación interna para rejuvenecer la piel.
Aumenta los niveles de AQP3.
Mejora la hidratación de la piel.
Mantiene la apariencia joven de la piel.

HYADISINE

Retiene el agua para alisar la piel.
Alternativa biotecnológica marina al ácido hialurónico. Reducción instantánea de arrugas.
Hidratación inmediata y duradera.

XPERTMOIST

Hidratación extrema y regeneración para la piel más seca.

LIPOSOMAS DE ACIDO HIALURONICO

Todos estos innovadores principios activos específicos son integrados en una delicada base de proteínas de seda.

Elección profesional



XXXIII Congreso Nacional de la Sociedad Italiana de Medicina Estética



La delegación argentina en el XXXIII Congreso Italiano de Medicina Estética, doctores Pinto, Desimone, Frisari, Mazza y Marín con el Dr. Legrand, secretario general de la UIIME.

Se celebró el XXXIII Congreso Nacional de la Sociedad Italiana de Medicina Estética, que tuvo lugar del 16 al 18 de mayo de 2012 en el Centro Congressi Cavalieri Hilton de Roma, Italia.

Participaron más de 1500 especialistas en medicina estética y presidentes de las asociaciones que componen la Unión Internacional de Medicina Estética (UIIME).

Su presidente, Dr. Emanuele Bartoletti, recibió amablemente a la delegación argentina compuesta por los doctores Raúl Pinto, Patricia Frisari, Osvaldo Desimone, Nélida Mazza y Edgardo Marín, quienes disertaron sobre los últimos avances de la medicina estética en Argentina.

El congreso se desarrolló en Roma, en el lujoso hotel Cavalieri Hilton, sede ideal para la realización de un congreso en el que la medicina y el arte fueron el objetivo principal de las ponencias.

Durante los tres días de congreso, la amabilidad de la recepción cálida y afectuosa de quienes integran la sociedad italiana se hizo presente, y la delegación argentina se sintió "como en su propia casa", según palabras de la Prof. Dra. Patricia Frisari, vicepresidente de la Sociedad Argentina de Medicina Estética.

El programa del congreso permitió ponerse al día respecto de los últimos avances en el campo de la medicina estética, mediante ponencias y presentaciones prácticas. Asimismo, se pudieron intercambiar ideas con respecto a nuevos tratamientos, especialmente en el área de la medicina regenerativa.

Durante el congreso, se llevó a cabo un amplio programa de sesiones científicas, entre las cuales estaba el bloque de disertaciones de la delegación argentina. El presidente de la Sociedad Argentina de Medicina Estética, Prof. Dr. Raúl Pinto, se destacó con ponencias en italiano y

español, y presentó la acción de la lipólisis química en el campo de la medicina estética, respondiendo a todas las dudas respecto de su correcta utilización y la perspectiva en cuanto a su uso en países de la Comunidad Europea. La Dra. Patricia Frisari estuvo a cargo de la ponencia "El uso de la radiofrecuencia combinada con la acción de la mesoterapia en el envejecimiento facial", un trabajo de investigación realizado en el Instituto Pinto, junto con el Prof. Pinto durante 2010-2011, en pacientes con diferentes grados de envejecimiento facial y con una casuística y seguimiento mayor al presentado en el 5-Continent Congress de Cannes 2011. El Prof. Dr. Osvaldo Desimone presentó el uso de hilos de dermosustentación facial con diferentes y nuevas técnicas de aplicación y puso énfasis en problemas frecuentes y su resolución por manos expertas. La Dra. Nélida Mazza mostró un trabajo de investigación realizado en pacientes obesos con la combinación de dos fármacos precursores de la liberación de neurotransmisores, que tanto interesan en el campo de la regulación de la ingesta en el paciente obeso y los circuitos del placer. Finalmente, el Dr. Edgardo Marín presentó avances de lo que se está trabajando en el Instituto Pinto con el equipo de medicina regenerativa, en cuanto a la aplicación de fibroblastos autólogos y soporte tisular en el tratamiento de la flacidez dérmica.

En 2013, y con motivo del 23.º Congreso Argentino de Medicina Estética, se llevará a cabo, en carácter de intercambio científico, la 1.ª Jornada de la Sociedad Italiana de Medicina Estética (SIME) en la Argentina, con la participación de reconocidos disertantes italianos, que jerarquizará, aun más, el ya tradicional congreso argentino.

con el paso del tiempo
LAS PESTAÑAS
TAMBIÉN ENVEJECEN...



¡Único tratamiento para la Hipotricosis,
brindando un crecimiento de las pestañas
con **seguridad y eficacia**
comprobadas clínicamente!

Latisse®
(Solución tópica oftálmica de bimatoprost) 0,03%

ALLERGAN
LA CIENCIA DEL REJUVENECIMIENTO™

www.masquebelleza.com.ar

22° CONGRESO ARGENTINO DE MEDICINA ESTÉTICA

Un éxito de convocatoria

La clausura del XXII Congreso Argentino de Medicina Estética, organizado por la Sociedad Argentina de Medicina Estética (SOARME), fue un éxito de convocatoria, contenidos y organización.

Presidido por el Profesor Dr. Raúl Pinto y con la presencia de más de 700 profesionales argentinos y de todo el continente, se desarrollaron actividades con la participación de los asistentes y se observaron prácticas médico-estéticas.

El XXII Congreso Argentino de Medicina Estética es el mayor evento de esta disciplina en la Argentina y el más antiguo del continente americano. Fue organizado por la Sociedad Argentina de Medicina Estética (SOARME), miembro institucional de la Asociación Médica Argentina (AMA) y de la Unión Internationale de Médecine Esthétique (UIME), y contó con el apoyo académico de la Universidad Argentina John F. Kennedy y la Société Européenne de Médecine Anti-Âge, entre otras.

Participaron en el Congreso 22 disertantes extranjeros y 50 argentinos.

Como actividad precongreso se llevó a cabo el Curso de Bioseguridad Láser e IPL con disertantes del Ministerio de Salud de la Nación. En esta edición se realizó el Primer Simposio Argentino de Medicina Ortomolecular, con la participación de un referente de la especialidad, el Dr. Efraín Orszewer de Brasil. Además hubo 12 workshops a cargo de empresas del sector.

De forma paralela, se llevó a cabo la Expo MEBA, con stands de las 45 empresas nacionales e internacionales más importantes y prestigiosas que abastecen al sector de la medicina estética.





Este Congreso se realiza desde 1990 y es el pionero en la difusión de temas vinculados a la medicina estética en el continente americano. El Doctor Raúl Pinto, Presidente del Congreso Argentino de Medicina Estética y fundador de la Sociedad Argentina de Medicina Estética, es el principal impulsor de la medicina estética como práctica médica en Latinoamérica. Después de 22 ediciones, el Congreso mantiene su prestigio a nivel mundial y continúa formando a los mejores profesionales, con la presencia de destacados disertantes, 750 asistentes nacionales e internacionales y una exposición comercial con laboratorios de especialidades medicinales, empresas farmacéuticas y de equipamiento electromédico. Un encuentro único para los profesionales que aspiran a una actualizada capacitación y vanguardia médico-estética.





Calendario Científico

2012

28 - 29 de julio

Córdoba - Argentina
3° Congreso Federal de Medicina Estética
Interplaza Hotel

16 - 18 de agosto

Santa Marta - Colombia
11° Congreso Colombiano de Medicina Estética

14 - 15 de septiembre

París - Francia
33° Congreso Francés de Medicina Estética

2013

14 -16 de febrero

Ciudad del Cabo - Sudáfrica
19° Congreso Internacional de Medicina Estética

5 - 7 de abril

Puerto Madero - Buenos Aires - Argentina
23° Congreso Argentino de Medicina Estética
Auditorio UCA - Universidad Católica Argentina

2014

14 - 16 de marzo

Moscú - Rusia
10° Congreso Europeo de Medicina Estética



ADRIANA NAVARRO®

Aceites Esenciales & Aceites Vegetales

La naturaleza en tus manos

Distribuidora Profesional & Proveedora de Spa



*Spa & Esthetic
Design*

ALGAS
Tierra del Fuego

MyGel® *Julia Wax®*



TEXEL
EQUIPOS ELECTRONICOS



**Laboratorios
cosmos**



LAPPIEL™

VITASPA

**Magazine Profesional
ESTÉTICA & SPA**

TodoSalud

OPTIMA
MODALITY

ESCUELA DE ESTETICA Y TERAPIAS ALTERNATIVAS



FACEBOOK: Adriana-Navarro-Group



TWITTER: AdrianaNavarroG



LINKEDIN: adriana-navarro-group



YOUTUBE: AdrianaNavarroGroup

www.adriananavarro.com.ar
info@adriananavarro.com.ar

Mosconi 91 • Beccar • San Isidro • Buenos Aires • Argentina

54 (011) 4747-5102 • 54 (011) 4743-8295



INSTITUTO
PINTO

Excelencia Educativa
en Medicina Estética

Escuela Oficial UIIME
Universidad Argentina John F. Kennedy



INSCRIPCIONES
PERMANENTES

INSTITUTO PINTO | FORMAMOS LÍDERES EN MEDICINA ESTÉTICA

Cursos de Formación para Médicos



Diplomatura Universitaria e Internacional de Medicina Estética y Anti-Aging

Curso de Especialización en Medicina Estética y Anti-Aging

Acreditación Universitaria de Competencias, Conocimientos y Habilidades en Medicina Estética y Anti Aging - Carga horaria: 1350 horas (para gestionar la Especialidad en países que la reconocen de forma oficial)

Formación en Medicina Estética Facial y Corporal para Médicos Residentes en la Argentina

Formación en Medicina Anti-Aging para Médicos Residentes en la Argentina

Curso Práctico de Medicina Estética de la Asociación Médica Argentina -AMA-

Intensivo de Formación en Ginecología Estética

Cursos de Formación para otros Profesionales



Diplomatura Universitaria de Kine-Fisiatría Estética

Asistente Universitario de Medicina Estética y Anti-Aging

Diplomatura Universitaria para Odontólogos -Manejo de la Región Labial y Peribucal en la Estética de la Sonrisa

Tecnicatura de Cosmiatría, Cosmetología y Estética (Universidad Argentina John F. Kennedy con resolución del Ministerio de Educación de la Nación Argentina)

Cursos Monotemáticos Específicos



Son cursos intensivos de uno a tres días de duración y cuyo objetivo en común, es el abordaje con la actualizada información sobre un determinado tema, patología, técnica o tratamiento, con una visión práctica remarcando especialmente los aspectos terapéuticos. Algunos son:

Implantes de Fibroblastos para el Rejuvenecimiento Facial

Aplicación de Células Madre y Plasma Rico en Plaquetas con Fines Estéticos

Intensivo Teórico-Práctico del Uso de la Toxina Botulínica e Implantes Líquidos

Avanzado Teórico-Práctico del Uso de la Toxina Botulínica e Implantes Líquidos

Internacional de Capacitación en Medicina Ortomolecular Medicina Estética Intima

Full Immersion de Lifting No Quirúrgico

Práctico de Estética Ginecológica

Capacitación en Cosmeto-Cosmetología

Manejo de las Adiposidades Localizadas con Métodos Mínimamente invasivos

Celulitis. El manejo del tabique fibroso y las Irregularidades Cutáneas

Intensivo de Fleboestética Práctica

Rejuvenecimiento Vulvo-Vaginal

Internacional de Investigación Científica en Medicina Estética y Anti-Aging

Bioseguridad para el Uso del Laser y Luz Pulsada

Manejo Práctico de las Hormonas y Antioxidantes en Medicina Anti-Aging

Manejo Práctico de las Hormonas en Medicina Estética Suturas de Sustentación Glútea

Hilos de Sustentación Facial

Manejo de la Ciencias Morfoestéticas y de la Longevidad

Biomodelación y Perfiloplastia Facial No Invasiva

Rinomedelación No Quirúrgica

Gluteomodelación No Quirúrgica

Manejo del Envejecimiento Sexual Masculino

Estética del cuello con Procedimientos Mínimamente Invasivos

Aprendiendo con Maestros de Maestros

Didáctico Interactivo de Mesoterapia Estética

Intensivo de Radiofrecuencia y Ultracavitación

Av. Alicia Moreau de Justo 846 piso 2º "21"
(CP1107) Buenos Aires - Argentina
Tel./Fax: (54-11) 4334-0114 / 4334-0115
e-mail: info@institutopinto.com
web: www.institutopinto.com



**FORMAMOS LÍDERES
EN MEDICINA ESTÉTICA**

2013

ABIERTA LA INSCRIPCIÓN



Excelencia Educativa
en Medicina Estética

Escuela Oficial UIME
Universidad Argentina John F. Kennedy

Informes e inscripciones:

Av. Alicia Moreau de Justo 846 piso 2º "21"

(1107) Buenos Aires - Argentina

Tel/Fax: (54-11) 4334-0114 / 4334-0115

e-mail: info@soarme.com

web: www.soarme.com

Ultrasonido HIFU para mejorar la ptosis glútea

Generalidades

El surco glúteo es la línea límite entre el muslo y el glúteo. El ideal de belleza supone la no existencia del surco o, como máximo, que se presente solo hasta el medio del muslo.

En niños y jóvenes delgados y de glúteos no hipertróficos, el surco glúteo suele ser identificado solo como un discreto pliegue. Cuando esta región deja de ser la adecuada, ya sea por gran volumen adiposo acumulado o por flacidez, la piel que necesariamente es redundante pasa a crear un surco entre la nalga y el muslo.

El surco infraglúteo no tiene ninguna relación con los músculos de la región glútea o de la parte posterior del muslo. El surco es parte del sistema suspensorio del surco interglúteo y está compuesto por tejido conectivo denso que conecta las estructuras ostioligamentarias de la pelvis a la dermis, para fijar y mantener en posición a los tejidos blandos de la región. Este sistema se denomina *sistema de sustentación glútea*.

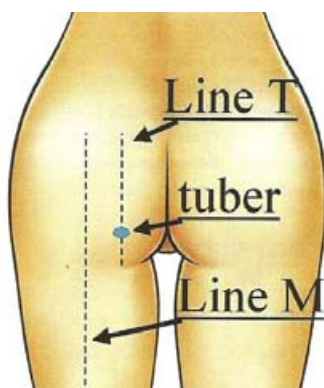
Las expansiones que el sistema de sustentación hace desde la tuberosidad isquiática hasta la dermis de la región más prominente de la nalga son las responsables de sostener la protuberancia glútea y de la formación del surco glúteo.

La ptosis glútea es, entonces, la redundancia de la piel y del tejido adiposo de la región glútea que pasa caudalmente del surco glúteo en la línea media posterior del muslo.

Clasificación de la ptosis glútea

Como la caída de la nalga ocurre gradualmente del sentido medial hacia el lateral, dos líneas sagitales son útiles para clasificar el avance de la ptosis glútea:

- La primera: cruzando por la tuberosidad isquiática, línea T.
- La segunda: cruzando por medio del muslo vista desde atrás, línea M.



La evaluación debe realizarse con el paciente de pie, en postura de reposo y sin retro o anteversión de la cadera. La línea T se debe definir por la palpación de la tuberosidad isquiática y, la línea M, por una visión amplia del muslo posterior, alineado con el plano posterior del paciente.

- Grado 0: Ptosis inexistente: el surco no existe o no sobrepasa la línea T. No existe ptosis.
- Grado 1: Preptosis mínima: el surco llega hasta la línea T.
- Grado 2: Preptosis moderada: el surco llega hasta la línea M.
- Grado 3: Preptosis limítrofe: el surco sobrepasa la línea M.
- Grado 4: Ptosis verdadera: el surco llega hasta el lateral del muslo. Existe ptosis.

Para medir la profundidad del surco en la ptosis glútea grado 4, se debe tomar en la línea media de la parte posterior del muslo con el paciente de pie (línea M), recto y sin flexión de la cadera. Se levanta la nalga *ptosada* para exponer el surco y se calza una regla en la vertical, se deja caer la nalga y se toma la medida en milímetros de todo el segmento de la nalga que esconde la regla.

Para medir la distancia lateral, se debe medir con una cinta métrica flexible la distancia que hay desde el punto exacto donde comienza el surco hasta el lateral del muslo siguiendo una línea imaginaria como si el surco existiera hasta el lateral.

En algunos casos, el sistema de sustentación glútea es largo en la parte que forma el surco, genéticamente o por pérdida de peso, y por ello se cae toda la nalga, porque el surco desciende. En este caso la nalga pierde proyección y se vuelve alargada, plana y esparcida.

Como consideramos que el surco debe ser la línea maestra para determinar el grado de severidad de la ptosis, a estos casos de pérdida de referencia se los denomina *pseudoptosis*.

Sin embargo, a estos casos también se los puede evaluar en grado de severidad de cero a cuatro, con las mismas referencias de línea T y M que en la ptosis.

Ultrasonido HIFU

El único procedimiento que se conoce hasta hoy para mejorar la ptosis glútea de manera no invasiva es la aplicación de ultrasonido enfocado, o lo que se conoce como *Ultrasound HIFU* (High Intensity Focused Ultrasound).

El *ultrasonido HIFU* es una tecnología que emite energía mecánica enfocada de alta potencia que afecta a determinadas células y proteínas sin dañar ningún tejido adyacente, a una frecuencia específica según la aplicación.

El tipo de emisión es convergente en un haz y concentra toda la energía irradiada en un punto.



Cabezal corporal

Cabezal facial

La aplicación de ultrasonido HIFU permite atacar la adiposidad localizada, la fibrosis, la celulitis y la flacidez. Dependiendo del grado de ptosis y de la severidad, se podrán lograr cambios estéticos claramente visibles.

SCORPION fabrica y comercializa un equipo de ultrasonido HIFU digital de última generación.

Posee selector digital de programas que permiten modificar los parámetros de funcionamiento para poder realizar lipólisis, destrucción de la fibrosis, regeneración tisular y reestructuración proteica, o la combinación de ellas, por ejemplo para reducir la celulitis.

El equipo viene previsto de dos cabezales anatómicos y livianos, uno para tratamientos faciales y otro para tratamientos corporales.

El equipo de ultrasonido HIFU emite con un *carrier* de 3 MHz en muy alta potencia, lo cual permite llegar a una profundidad de hasta 30 mm. De

acuerdo con el programa seleccionado, la emisión actúa a mayor o menor profundidad desde la piel hasta el tejido adiposo, lo que produce cambios mecánicos por el roce entre moléculas, cambios térmicos, que aumentan la temperatura local, y cambios químicos, que generan distintos efectos sin dañar los tejidos circundantes.



Aplicación de ultrasonido HIFU para mejorar la ptosis glútea

Cada paciente se evalúa, por supuesto, individualmente, y no hay una regla rígida por seguir.

De todas maneras, en términos generales, se recomienda, en primera instancia, reducir la banana subglútea, continuar disminuyendo la celulitis y, para finalizar, trabajar sobre el tensado, o *tightening*, y la lipólisis hasta lograr la modelación deseada.

Aplicación estándar

1. Aplicar en el programa de lipólisis, en la banana subglútea para reducirla. Tener en cuenta que la banana subglútea se puede extender hacia la cara interna y externa del muslo. Para acelerar la reducción es recomendable realizar ultralipólisis. Tiempo de aplicación: 15 minutos por lado.

2. Aplicar en el programa de celulitis, en la zona externa de cada glúteo. No olvidar que, al aplicar en el programa Celulitis, aparte de la acción específica de este programa, también genera efecto tensor. Tiempo de aplicación: 20 minutos por lado.

3. En el programa de celulitis, aplicar en todo el glúteo, pero con menor tiempo que el resto de las aplicaciones. Tiempo de aplicación: de 5 a 10 minutos por lado, dependiendo del grado de celulitis.

4. En el programa de *tightening* corporal, aplicar el cabezal hacia el centro del glúteo. Tiempo de aplicación: 20 minutos por lado.

5. Para los casos de adiposidad localizada en las zonas laterales (trocanter mayor), se recomienda modelar con el programa de lipólisis, independientemente de las aplicaciones descritas. Para acelerar el proceso de modelado, es recomendable realizar ultralipólisis. Tiempo de aplicación: 10 a 20 minutos por lado.

Al finalizar cada sesión, se sugiere realizar un vendaje compresivo o que el paciente utilice una faja o una calza reductora.

Tipos de aplicaciones: Generalidades

• **Aplicación para la celulitis:** requiere varias sesiones de acuerdo con el grado de celulitis. Se recomienda en algunos casos, en los que la celulitis está muy avanzada, hacer una sesión por semana. Se sugiere complementar con otras terapias, como carboxiterapia, para mejorar la circulación, y mesoterapia, para acortar los tiempos de recuperación.

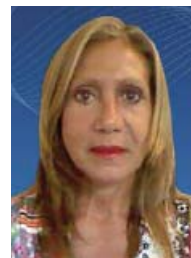
• **Aplicación para la flacidez:** requiere varias sesiones de acuerdo con el grado de flacidez. En algunos casos, en los que está muy avanzada, se recomienda hacer una sesión por semana.

• **Aplicación para lipólisis:** una sesión por semana hasta lograr el resultado deseado.

• **Aplicación para ultralipólisis:** una sesión cada 20 días y entre sesiones de ultralipólisis. Se pueden intercalar dos sesiones de lipólisis con intervalo de 5 días.

• **Aplicación para fibrosis:** se puede realizar una sesión por semana hasta lograr el resultado deseado.





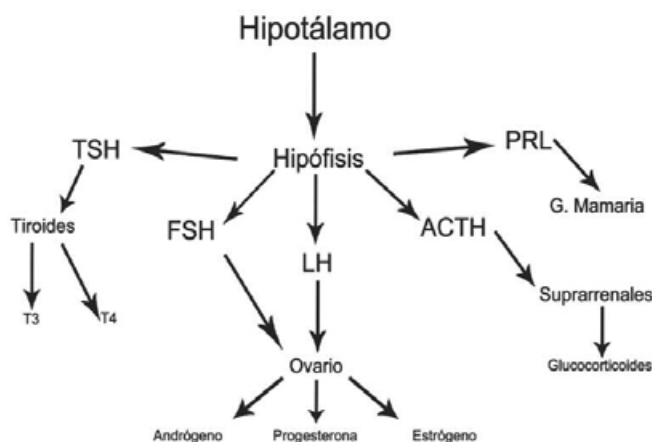
Dra. Claudia Miracca

Hormonas: Sus efectos

Los mecanismos de regulación hormonal son un fino engranaje que mantiene el equilibrio metabólico, en el cual intervienen fenómenos ambientales y emocionales que ejercen sus efectos sobre estructuras.

Neurológicas = hipotálamo
Endocrinológicas = hipófisis
Inmunológicas = timo/bazo
Gonadales = ovarios
Otras glándulas = tiroides/suprarrenales

Estímulos ambientales GPGNRH Marcapasos
(pulso circohoral)



El hipotálamo se encuentra localizado en el diencefalo (SNC), el cual es capaz de producir y secretar una sustancia que es un decapeptido neurohormona denominado "GNRH". A su vez, este ejerce un estímulo sobre la hipófisis, lo que a través de pulsos, con una actividad rítmica y horaria que se denomina "circohoral", provoca conjuntamente la liberación de gonadotrofinas por esta última.

Las gonadotrofinas son hormonas reguladoras de la producción y secreción del resto de las glándulas del eje, sobre todo a nivel de los ovarios, que son, a su vez, productores de estrógenos, progestágenos y otras hormonas esteroideas (andrógenos).

Hormonas gonadotróficas hipofisarias

FSH (Folículo estimulante): actúa sobre el ovario estimulando el crecimiento y maduración folicular.

LH (Luteinizante): actúa sobre el ovario produciendo el pico ovulatorio.

PRL (Prolactina): actúa sobre la glándula mamaria produciendo y sosteniendo la lactancia.

TSH (Tirotrófina): actúa sobre tiroides produciendo T3 y T4, que regulan el metabolismo lipídico Hdc e insulina.

ACTH (Adrenocorticotrofina): actúa sobre suprarrenales produciendo glucocorticoides y esteroides adrenales.

Hormonas ováricas

Progesterona: induce la fase secretora del endometrio y es el sostén de la gestación.

Estrógenos E1, E2 y E3: función reproductiva, función trófica (maduración del aparato genital) y función somática (desarrollo de los caracteres secundarios femeninos).

La producción extragonadal de estrógenos proviene de las glándulas suprarrenales, y la enzima responsable de esta conversión es la aromataasa P450, que se encuentra en músculos y adipocitos.

Por esta razón, en mujeres obesas aún en el climaterio, el estrógeno en forma de estrona está aumentado. Esto también sucede en trastornos tiroideos con obesidad, en los cuales aumenta asimismo la producción a partir de andrógenos.

Alteraciones del eje: hipotálamo-hipofisario-gonadal

Pueden ser provocadas por diversas causas:

Nutricionales: la falta de alimentación adecuada disminuye la actividad del eje causando amenorreas.

Ejercicio físico intenso: consume energía en desproporción, disminuyendo la carga grasa necesaria para mantener ciclos normales.

Psicológicos: incapacidad para afrontar situaciones cotidianas.

Metabólicas: hipoglucemias, hipotiroidismo, hiperprolactinemia.

Disfunción hormonal fisiológica = climaterio

Causas y efectos

La prevalencia de síntomas climatéricos depende de factores socio-culturales, dietéticos, individuales y, también, de la población en estudio. Se manifiesta de manera distinta en mujeres occidentales que en mujeres orientales.

Aun ante estas diferencias, existe un consenso general, que indica que los síntomas son atribuidos a la privación de estrógenos. Estos suelen ocasionar:

Cambios vasomotores: HTA, rubefacción.

Psicológicos: irritabilidad, depresión, cefaleas, cambios del humor.

Atrofia de los tejidos estrógeno-dependientes: sequedad vaginal, disuria, — dispareunia, prurito vulvar.

Alteraciones metabólicas = síndrome metabólico: alteraciones del perfil lipídico, aumento de LDL, TG, disminución de HDL, insulina, obesidad, diabetes, — dislipemias.

Alteraciones óseas: disminución del ingreso de calcio y mayor reabsorción (osteopenia, osteoporosis).

Cambios cutáneos mucosos: Declinación ovárica.

La piel, uno de los órganos más complejos y grandes del cuerpo, con una altísima variedad celular, se ve particularmente afectada por los cambios hormonales durante el transcurso de la vida, especialmente en la perimenopausia.

La capa externa de la epidermis está constituida por queratinocitos y melanocitos, ambos de origen ectodérmico. Los melanocitos son los

encargados de elaborar los pigmentos que dan color a la piel, mientras que los queratinocitos son los encargados de la producción de colágeno tipo 4 y, en la capa más profunda de la dermis, se produce colágeno tipo 1 y 2, y son los fibroblastos los encargados de esto. Las fibras elásticas son otro componente de la dermis, se encuentran en la membrana basal que es la encargada de la separación dermoepidérmica y donde se producen fenómenos de diferenciación celular, orientación en procesos de adherencias e intercambio de macromoléculas. El colágeno tipo 4 también forma parte de la membrana basal.

Hasta la fecha, se han detectado receptores estrogénicos en células epidérmicas, fibroblastos, anexos cutáneos, glándulas sudoríparas, glándulas sebáceas, pelo y folículo piloso. El déficit estrogénico causa severos desórdenes en el tejido conjuntivo (piel, huesos, vasos sanguíneos).

El colágeno, principal componente de la dermis, está constituido por cadenas de aproximadamente 1000 aminoácidos en forma de triple hélice, y son la prolina y la hidroxiprolina los constituyentes principales en un 25%. Distribuido en distintos tejidos del cuerpo, el colágeno es el sustrato que más se ve afectado por la disminución de estrógenos. Esto ocurre de manera más acelerada a partir de los 35 años, y de forma gradual provoca: adelgazamiento de la piel, flacidez, pérdida de la luminosidad, surcos y cambios de coloración por transparencia vas-

cular, especialmente en rostro. Muchos de estos fenómenos regresivos se ven mejorados luego de tratamientos faciales con principios activos, estimulación de la síntesis de colágenos (radiofrecuencia) o tratamientos THR.

Otros cambios producidos por el descenso estrogénico son el aumento de peso, la redistribución de la grasa con localización de esta en cintura, cadera, muslos, región cervical y brazos. También, existe un aumento del vello corporal, de la sudoración y del tenor graso de la piel por un desequilibrio relativo de tipo androgénico.

Alteraciones de la sexualidad

La mujer puede por descenso de estrógenos cambiar en su sexualidad, debido a que orgánicamente hay una involución en el trofismo vulvovaginal, que provoca dispareunia (dolor coital), disminución del deseo sexual y disminución del orgasmo por atrofia del clítoris.

Aun así, la sexualidad en el climaterio está marcada por su historia personal y el mundo que la rodea, puesto que la sexualidad es una cuestión de género más que de genitalidad.

No importa la etapa de la vida en la que nos encontremos, una mujer es mujer por género y no por la edad que transite.

PronoKal®

Rigor y ciencia para la pérdida de peso



Sí a la pérdida de peso bajo control médico

Más de **250.000** pacientes tratados con el Método PronoKal®

- Pérdida controlada desde el inicio y mantenimiento a largo plazo
- Mejora de las patologías asociadas a la obesidad
- Soporte multidisciplinar para el médico prescriptor y para el paciente

Más de **3.000** médicos ya son prescriptores del Método PronoKal®

- Cursos de formación continuada
- Material científico y de apoyo
- Participación en estudios científicos

Si desea conocer los beneficios del Método PronoKal® para usted y sus pacientes, llame al teléfono:

0810 777 0101

www.pronokal.com

Tratamientos ideales para el invierno

Pieles con desórdenes pigmentarios

- Clarifying Cream (Crema despigmentante)

Unifica el tono de la piel, actuando sobre el metabolismo de la melanina. Se utiliza durante el tratamiento de desórdenes pigmentarios. (Uso profesional).

- Seasons Cream FPS • Filtro solar

Complemento vital para el tratamiento de todo tipo de piel.

Tratamiento *antiage*

- Moisturizing Cream Day Repair

Humectación reafirmante. Revitaliza y regenera la piel por acción de los liposomas "antiedad".

- Nourishing Cream Night Treatment

Acción nutritiva y reestructurante por acción de los silanoles. Rejuvenece la piel.



Informes: (54 11) 4383-0222 · www.sheerskincosmeticos.com

Lanzamiento: Hidra Skin: hidratación extrema. Último desarrollo de Ph Dermocosméticos.

La crema Hidra Skin incorpora innovadores principios activos específicos: Diffuporine, Hyadisine, Xpertmoist, Liposomas de ácido hialurónico integrados en una delicada base de proteína de seda.

La falta de hidratación en el estrato córneo (EC) provoca una alteración de la función barrera y pérdida transdérmica de agua. Este hecho conlleva una disminución de agua en EC, seguido de una pérdida del Factor Hidratante Natural y desnaturalización de proteínas del EC y descamación. Xpertmoist es un film molecular de hidratación extrema y regenerante de la piel más seca.

Diffuporine hexapéptido estimula la proteína AQP3, mejora el flujo del agua de la capa basal, mejora la función barrera e incrementa la síntesis de colágeno. Hyadisine exopolisacárido posee la capacidad de retener agua lo que logra hidratación inmediata y duradera y da una reducción instantánea de las arrugas.

facebook.com/phdermocosmeticos.



Hidratación superior extrema para la piel extra seca

Laboratorio Vip lanza una solución integral de productos específicos para la hidratación profunda, con una inigualable sensación sobre la piel, H-Extreme. Con el avance de la tecnología, nuevas propiedades y productos se desarrollan para el cuidado y protección de la piel, con los más altos estándares de calidad: Xpertmoist, Diffuporine y Hyadisine, combinados en proporciones exactas y necesarias para aumentar la hidratación

aún en condiciones de sequedad extrema. Xpertmoist es un film molecular que contiene activos específicos altamente hidratantes y regenerantes. Diffuporine es un hexapéptido de aminoácidos naturales que resulta una herramienta efectiva para la estimulación de los activos promotores de las AQP3. Hyadisine posee una capacidad de retención de humedad mayor y más rápida que la acción del ácido hialurónico en un alto porcentaje.

H-extreme, la nueva línea de hidratación extrema, contiene un producto para cada necesidad: H-extreme Suero, H-extreme Emulsión, H-extreme Crema, H-extreme Redensificante Localizado y el más novedoso vehículo que logra mayor protección y penetración: H-extreme Butter.

H-extreme, la línea ideal para lograr una piel hidratada y uniforme.

La nueva concepción en anestesia en frío

Dermotherap presenta un nuevo producto complementario para la tarea del profesional médico que utiliza la anestesia en frío como agente terapéutico en los tratamientos en consultorio. La evidencia clínica demuestra que el uso del frío en diferentes condiciones terapéuticas cubre ampliamente las necesidades habituales para la realización de los distintos tratamientos mínimamente invasivos, pero hasta ahora no existía un producto que brindara la practicidad y comodidad para el uso habitual y cotidiano.

Skin Cool es confiable y sus componentes permanecerán inalterables durante años.

La analgesia habitual en los consultorios se realiza con cubos de hielo o *packs* refrigerantes, y quienes lo usan conocen lo incómodo y complejo que resultan.

Skin Cool se puede utilizar tanto en forma preventiva como paliativa para disminuir efectos indeseados como hematomas y dolor. Es un desarrollo novedoso, práctico y estético para la realización de una anestesia efectiva y exacta.



COVERSKIN® MAQUILLAJE CUBRITIVO IMPERMEABLE

Oculta imperfecciones en la piel,
...desde **decoloraciones menores**
hasta las **imperfecciones más serias.**

VITILIGO • MANCHAS • CICATRICES • OJERAS
TATUAJES • HEMATOMAS • ACNE • QUEMADURAS
VARICES • ARAÑITAS • VENITAS • ROSACEA.

Antiedad con vitamina E • Mineral Make Up
Todo tipo de Piel • Hipoalérgico • Humectante
Efecto Lifting • Tensioactivo • Testeado Dermatológicamente

WATERPROOF

FILTRO SOLAR



DESCUENTO A PROFESIONALES

Polvo Fijador • Corrector Stick • Magic Legs • Magic Face • Corrector



Paleta con
6 tonos Coverskin
+ Polvo Fijador



La mejor combinación
entre corrector y maquillaje.

covermark srl www.coverskin.com.ar

Normas de publicación de artículos para la revista *Medicina estética y anti-aging* - **SOARME News**

1. La revista de la Sociedad Argentina de Medicina Estética -SOARME- considerará para su publicación trabajos de investigación originales, artículos de revisión, artículos especiales, casos clínicos y editoriales relacionados directamente con la medicina estética. Todos los trabajos recibidos serán sometidos a una revisión por expertos previa a su posible publicación.
2. Los artículos que se presenten no deben haber sido enviados simultáneamente a otras revistas ni publicados o estar pendientes de publicación. En el caso de que se haya publicado de forma parcial, se debe hacer constar en el texto.
3. Se da por cierto que todos los autores han dado su conformidad respecto al contenido del artículo y al orden en que aparecen los nombres de los mismos bajo el título del trabajo.
4. Los artículos pueden ser remitidos por correo electrónico a Info@soarme.com. Se aconseja el envío de un único archivo con un nombre claramente identificable y mail de contacto. Se incluirá la cesión del copyright, la declaración de autoría y la autorización firmada para su publicación por la totalidad de los autores.
5. Los artículos deben enviarse escritos en español, DIN-A4, formato Word, con letra Times New Roman cuerpo 12, a doble espacio y dejando unos márgenes laterales y superior e inferior de 2,5 cm y no deben ocupar más de 10 páginas. Todas las páginas irán numeradas consecutivamente en el margen inferior izquierdo, empezando por la del título.
6. Los artículos originales se dividirán en los siguientes apartados: título completo, nombre completo de los autores (no más de 8), el departamento o institución donde se realizó el trabajo, la ciudad y el país, el nombre el autor para correspondencia y su dirección, el resumen en castellano (150 palabras aproximadamente) y palabras clave en castellano (no más de 4), el resumen y palabras clave en inglés, introducción, material y métodos, resultados, discusión, bibliografía, tablas y pies de figuras y fotos.
7. Es preferible la utilización de nombres genéricos de fármacos o el principio activo en caso de ser uno. En el caso de tratarse de materiales o equipamientos específicos, se debe escribir entre paréntesis el nombre del fabricante.
8. Las referencias bibliográficas se citarán por orden de aparición en el texto mediante números arábigos entre paréntesis con la correspondiente numeración correlativa. Cuando se mencionan autores en el texto se incluirán los nombres si son uno o dos. Cuando sean más, se citará tan solo al primero, seguido de la expresión et ál. y en ambos casos el número de la cita correspondiente. Las abreviaciones de las revistas se ajustarán a las que utiliza el Index Medicus de la National Library of Medicine y para la confección detallada de las citas se seguirán estrictamente las Normas de Vancouver.
9. Tablas y figuras se presentarán en el mismo documento o archivo pero en hojas aparte incluyendo la numeración de la tabla en números romanos y de las figuras en arábigos, una sola tabla por hoja. Las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie.
10. 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 estas. Si aparecen personas, estas no deben ser fácilmente identificables y se les pedirá por escrito a los autores el consentimiento para su utilización.
11. El consejo editorial se reserva el derecho de seleccionar las tablas, figuras e imágenes que considere oportuno publicar.
12. El consejo editorial se reserva el derecho de realizar cambios o modificaciones en el estudio para una mejor comprensión de este 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 trabajos, así como de las posibles modificaciones a introducir, previa aceptación definitiva.
13. 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 trabajo y claramente reflejados todas aquellas relaciones de carácter financiero entre los autores y cualquier otra entidad que pudiera tener un convenio respecto al estudio.
14. Las opiniones expresadas en los artículos y comunicaciones publicados en la revista son del autor(es), y no necesariamente compartidos por el consejo editorial o por la SOARME, declinando, por tanto, cualquier responsabilidad sobre dicho material y sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos publicados.

Láseres para dermatología y estética



FOX Laser de Diodo 12 W + JAZZ (bisturí laser)



Origen Alemania



NUVOLAS Laser KTP 4/8 W

Lesiones pigmentadas
Telangectasia
Port Wine
Hemangiomas



C-LAS Laser CO2 30 W

Remoción de arrugas
Resurfacing
Terapia de acné
Cirugía



CHIROLAS Laser de Diodo 20 W

Lesiones vasculares
Endovascular



Estética, en armonía con la belleza



 **Dysport®**
TOXINA BOTULÍNICA TIPO A 500U

Estética al servicio
de una belleza natural

dysport.ar@galderma.com

Emervel®


Una nueva generación
de ácido hialurónico

emervel.ar@galderma.com

 **pliaglis™**
(lidocaina & tetracaina) Crema 7% / 7%

La anestesia tópica efectiva
que brinda tranquilidad

pliaglis.ar@galderma.com

metvix
metil aminolevulinato 

Tratamiento focalizado directo
Terapia fotodinámica

metvix.ar@galderma.com

GALDERMA
Committed to the future
of dermatology 