



Medicina Estética y Anti-Aging

SOARME

News

Órgano Oficial de la
Sociedad Argentina de Medicina Estética

AÑO 2 - Nº 4 - MARZO 2013

Tratamiento de hipercromías con *peeling* químico

Dra. Mariela Barriga Córdoba

Radiofrecuencia monopolar en el envejecimiento cutáneo facial

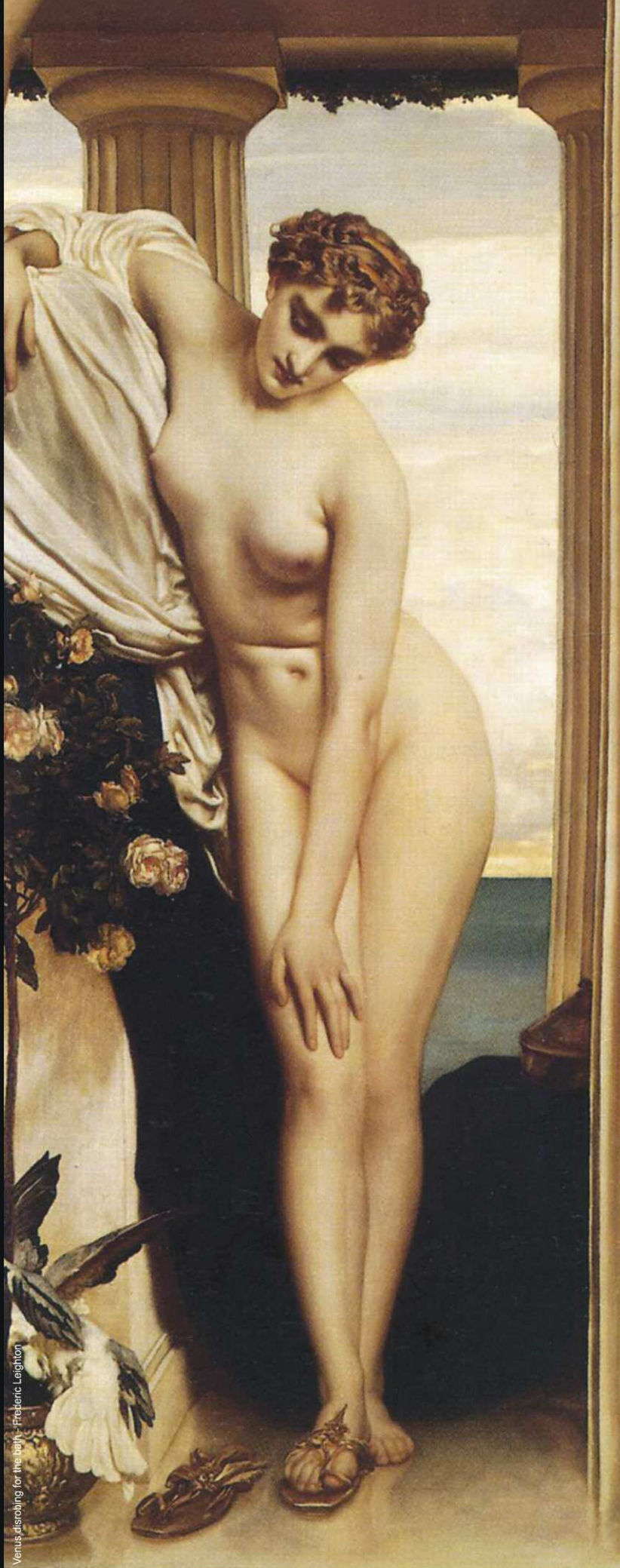
Prof. Dr. Raúl Pinto

El artículo científico: Menos complicado de lo que parece

Baena, A., González, L.



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



Venus disrobing for the bath - Frederic Leighton

le lab
DE BEAUTÉ
LUXURY PRODUCTS



GLOBALPERFECTION

A FAVOR DE LA PERFECCIÓN

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

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

2 Editorial

Por el Dr. Raúl Pinto

Notas científicas

6 El artículo científico: Menos complicado de lo que parece

14 Radiofrecuencia monopolar capacitiva/resistiva de 0,5 MHz en el envejecimiento cutáneo facial

24 Tratamiento de hiperchromías con *peeling* químico

34 Congreso de Medicina Estética de Sudáfrica

38 Empresas

44 Calendario científico
Día Mundial de la Medicina Estética

Venus disrobing
for the bath.
Frederic Leighton



Saludamos a nuestras lectoras en el Mes de la Mujer

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: Escripitoria

Publicidad: Tel.: (5411) 5709-4114

editorial

Queridos colegas:

Como todos los años para estas fechas, nos encontramos en la preparación de una nueva edición del Congreso Argentino de Medicina Estética, en esta oportunidad, ¡¡la número 23 !!!

Quedó consagrado como el primer congreso de Medicina Estética realizado en nuestro continente y, con el correr de los años, se ha transformado en el de mayor convocatoria del continente americano, siendo considerado “el congreso de referencia” de la disciplina. Los disertantes internacionales y nacionales que ya han confirmado su presencia, vuelven a augurar un gran congreso.

También desde la SOARME, con convenios societarios y universitarios firmados con la Union Internationale de Médecine Esthétique (UIME), la Asociación Médica Argentina (AMA), la Universidad Argentina John F. Kennedy (UK) y el Instituto Pinto, nos encontramos en plena organización de cursos de formación, diplomaturas y cursos de especialización en Medicina Estética y Anti-Aging. Siempre con el objetivo de brindarle al profesional una formación académica con serias bases científicas, reconocida titulación de importantes entidades y que pueda ser aplicada en la práctica diaria con la mayor celeridad posible.

Desde esta editorial de **SOARME NEWS - Medicina Estética**, deseo extenderles la invitación formal para colaborar en la jerarquización de la Medicina Estética, participando de nuestro congreso anual, de los cursos de formación y también, aportando artículos científicos para que sean publicados en nuestra revista.

¡Hasta la próxima!

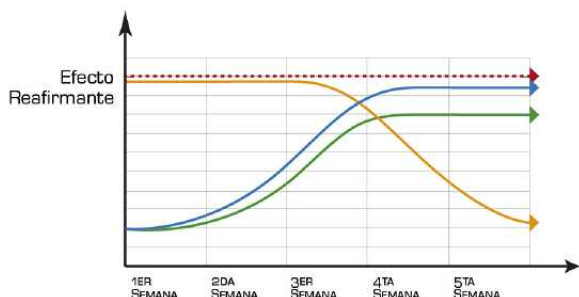
Prof. Dr. Raúl Pinto
Director



DESCUBRÍ CRIO-RADIOFRECUENCIA® UN SHOCK TERMICO QUE CAMBIARÁ TU CUERPO Y TU VIDA.

EFFECTO
LIFTING
NO INVASIVO

Body Health continúa siendo líder la hora de desarrollar equipos de estética no invasivos, en este caso presenta el **BHS 156 RF Criógena**, unico equipo con **Crio-Radiofrecuencia®**. Este tratamiento es un mix de **Radiofrecuencia Multipolar** y **Criolipolisis**, la unión del frío (-10 grados) y calor generan un **Shock Térmico** que produce un inmediato tensado de la piel, eliminación de celulitis y adiposidad localizada.



Desarrollo de Colágeno en otras Radiofrecuencias (Verde) | Shock Térmico BHS 156 (Amarillo) | Desarrollo de colágeno BHS 156 (Azul) | Resultado Instantáneo y duradero BHS 156 (Rojo)



Consultas: www.bodyhealthgroup.com/formulario
Tel. (011) 4740-9444 - Cel (011) 15-6566-5565 -
ventas@bodyhealthgroup.com

seguimos en
Facebook

BODY HEALTH®
www.bodyhealthgroup.com

TECNOLOGÍA EXCLUSIVA DESARROLLADA POR BODY HEALTH

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

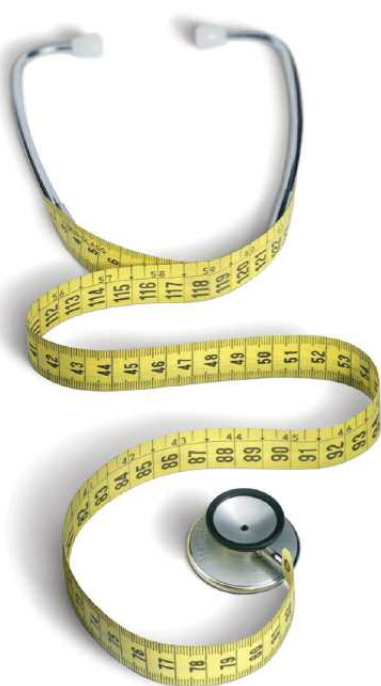
Los resultados alcanzados cuando el estudio ProKal ha llegado a los seis meses de tratamiento confirman lo que ya se intuía en los primeros datos recogidos cuatro meses antes. El Método PronoKal® consigue reducir el triple de peso y de perímetro abdominal que las dietas hipocalóricas, con una mayor proporción 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

El artículo científico:

Menos complicado de lo que parece

Baena, A., González, L.

Unitat de Tractament del Tabaquisme. Hospital Universitari de Bellvitge

González, L.

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport. Universitat Ramon Llull.//

Medicina estética – N.º 27 38

Resumen

Es frecuente, especialmente en los primeros intentos de publicación, no tener muy claro por dónde empezar a escribir un artículo o qué estructura darle al texto. Podemos tener una buena información que se desaprovecha por una mala comunicación, una revista no adecuada o una redacción tan repetitiva y circular que, al final, solo entiende el propio autor.

En definitiva, es necesario para todo profesional, pero aun más para el colectivo en el que se encuentra aplicando sus conocimientos, ser capaz de comunicar eficazmente, traducir su trabajo diario en palabras y números, en un artículo bien redactado que sea fácil de leer y cuente algo interesante sin dejar ninguna información importante, sin incluirlo todo, que sea comprensible y que, además, ayude. Incluso alcanzados los objetivos anteriores, faltaría uno de los más importantes, que es seguir el formato más o menos típico de las publicaciones en revistas científicas y que persigue facilitar la lectura, el análisis crítico y la replicabilidad con la menor dedicación de tiempo posible, ya que el propio texto, léase autor, lo pone fácil.

Este artículo es un primer aporte introductorio a los aspectos más formales de la producción científica.

Palabras clave: escritura científica, publicación científica, investigación.

Introducción

Suele ser frecuente que un profesional tenga una información

que considere relevante compartir con el resto de la comunidad científica, pero no sepa cómo hacerlo o que, cuando lo haga, sea en un formato, publicación o estilo inadecuado. Además, cualquier profesional de la sanidad tiene la obligación deontológica de utilizar el tratamiento más eficaz acorde con el conocimiento actual. Toda intervención clínica o tratamiento debería, por lo tanto, ser comunicado a la comunidad científica, ya que es una obligación social adquirida.

Estaremos de acuerdo en que la ciencia se puede definir como “el conjunto de conocimientos organizados que se adquiere tras la aplicación del método científico”. Así que tenemos un conocimiento que debe ser observable, público, objetivo, preciso, fiable y, cuando menos, reproducible, exactamente los mismos adjetivos que encontramos en los artículos científicos de nivel. Pero no es el objetivo de este documento repasar el método científico sino, dando por hecho la rigurosidad científica de una investigación, repasar cada uno de los elementos y pasos por seguir para que el documento en el que presentamos los datos a la comunidad tenga la calidad suficiente y refleje el esfuerzo que representa la investigación.

Resumiendo lo dicho hasta ahora, vemos cuatro aspectos básicos que todo documento científico debe incluir: el contenido técnico (revisión bibliográfica), el enunciado de un problema (hipótesis), la propia investigación (metodología) y la interpretación y discusión de los resultados (métodos estadísticos e inferencias), sin olvidarnos que todas estas ideas serán estructuradas en un documento con una escritura simple, apropiada y lingüísticamente correcta.



CALIDAD
RESPONSABILIDAD
CAPACITACIÓN

ADN. La identidad de Meditea

Únicos no somos, pero nuestro
ADN nos hace distintos.

Asesoramiento y Capacitación.

Meditea se construye desde la interacción con sus clientes, respondiendo necesidades y exigencias del mercado: brindar un completo asesoramiento acerca de los más de 50 equipos disponibles, acompañar a los profesionales de la salud en su crecimiento profesional, apoyándolos con recursos necesarios para la investigación y constante capacitación.



MEDITEA

Líderes en tecnología aplicada
a la rehabilitación y estética

www.meditea.com



Seguinos en:



Viamonte 2255/65 - Buenos Aires - Argentina - CP (C1056ABl) Tel. 54-11 4953-6114 / 4951-9079 / Fax 4953-6111

Formato de un artículo científico

Actualmente, con la facilidad para copiar y pegar texto, muchas veces se considera que, para escribir un artículo, lo primero que hay que hacer es ponerse directamente a escribir. El documento ya se arreglará luego. Pero hay que tener en cuenta que redactar un artículo es mucho más fácil siempre y cuando se haya planificado antes qué escribir, y a esa planificación ayuda el gran número de convenciones existentes sobre las características de un buen artículo científico. Lo que se pretende es facilitar el intercambio de información y que diferentes artículos tengan una estructura similar que facilitará su lectura crítica.

En definitiva, un artículo bien redactado es el que es fácil de leer, cuenta algo interesante, incluyendo toda la información necesaria y, además, tiene una estructura correcta y claramente definida. Por ejemplo, es de sobras conocido que pocos investigadores leerán el artículo de principio a fin, por lo que aun es más importante si cabe cuidar el formato, el cómo además del porqué. Hay tener siempre presente que, si el documento sigue fielmente las recomendaciones de la revista a la que ha sido enviado, es mucho más probable que el editor lo reciba de forma más favorable.

Para facilitar lo comentado anteriormente, se aconseja que un artículo científico no supere las más que suficientes 2.000 a 2.500 palabras para sintetizar una investigación, lo que suelen ser entre 8 y 10 páginas de un borrador a doble espacio. Muy pocos artículos bien redactados son rechazados por ser demasiado cortos; lo contrario sí que es mucho más habitual. Si nos encontramos con que para plasmar nuestra investigación necesitamos entre 30 y 40 páginas, pueden pasar dos cosas. La primera es que no se haya sintetizado suficientemente la información y se abuse de redundancias y exceso de información que no añada nada al texto y que más bien nos haga perder el objetivo real del documento por un exceso, muchas veces, de ambición de este.

La segunda es que nuestra investigación puede ser tan amplia y con tantas variables e información que de forma justificada bien merece dos artículos diferentes para ser compartidos. No olvidemos que el artículo científico es un documento especializado dirigido a un público que ya posee unos conocimientos mínimos en la materia, a diferencia de, por ejemplo, un capítulo en un manual monográfico, que sí puede requerir una mayor extensión ante lectores noveles.

Título

El título debe ser lo más parecido a un resumen del artículo en una frase. Debe atraer a los lectores con una explicación representativa, concisa y atractiva de lo que se va a encontrar y, siendo el primer elemento que se va a leer, resulta uno de los más importantes, por lo que se recomienda su redacción en última instancia.

Si bien no hay límite, los títulos se prefieren cortos (no más de 15 palabras), simples, claros y comprensibles, que eviten oraciones completas que nos hagan perder en los derroteros de frases subordinadas, sin sentido o con abreviaturas y siglas que nadie conoce (eso sí, se aceptan las que son muy conocidas). Las fórmulas expresivas que llamen la atención del lector, sin menoscabar lo anteriormente comentado, son

muy recomendables. Eso sí, no es nada conveniente empezar el título con frases vacías, tales como: "Aspectos de", "investigaciones de", "estudios de...", frases que, si son eliminadas, no afectan a la precisión del título.

En cuanto a su relación con los datos, los títulos pueden ser descriptivos o informativos. Los primeros no ofrecen resultados, mientras que los segundos comunican el resultado final de la investigación. La mayoría de revistas utiliza los títulos descriptivos.

Autores

Deben incluirse solo aquellos investigadores que hayan realizado algún aporte relevante e identificable en el artículo, incluso si es posible definiendo dicho aporte de manera pormenorizada, independientemente del criterio por el que se hayan decidido los autores. Obviamente, la forma de inclusión debe permitir la identificación y afiliación (instituciones adonde trabajan) correcta de todos ellos, seleccionando a uno como el responsable de la gestión de la correspondencia y que no necesariamente debe ser el autor principal, en caso de haberlo.

No nos cansaremos de recomendar solucionar cualquier tema sobre la autoría, incluso, si es posible, antes de iniciar la investigación o redacción del documento. Siempre es más fácil solucionar cualquier desavenencia al inicio que a posteriori.

Ya que muchas publicaciones y autores siguen las reconocidas "Indicaciones Vancouver sobre la Autoría", vamos a resumir las tres condiciones que defiende para la consideración de autor:

- Cada autor debe haber participado suficientemente en el estudio como para poder hacerse responsable de su contenido.
- La inclusión de autores debe realizarse únicamente sobre la base de su contribución en el diseño, análisis o interpretación de los datos, redacción o revisión crítica del contenido.
- Aprobación final de la versión por ser publicada.

Una vez que se han decididos los autores, aparece un nuevo problema para solucionar: el orden de aparición de ellos. El primero es el autor principal; en cambio, el último suele ser el miembro del grupo con mayor experiencia, incluso puede haber sido el foco inicial de la idea de la investigación. Entre ambos se incluirá el resto de coautores, habitualmente según su contribución al artículo de más a menos o alfabéticamente o al azar. Se recomienda un máximo de cinco autores.

El último paso consiste en decidir cómo escribir el nombre de los autores. Es importante que desde el primer artículo se firme de la misma forma, ya que así se evitan errores de citado. Si se quieren incluir los dos apellidos, se recomienda unirlos con un guión para que los citados en otros idiomas no utilicen el segundo apellido erróneamente.

No queremos pasar al punto siguiente sin abordar tangencialmente el tema del plagio. Según diferentes definiciones, podemos decir que "un plagio es la falsa asunción de una autoría", o sea, presentar el trabajo de otro como propio. De forma que podemos incurrir en dos errores. El primero sería la utilización de las ideas de otros sin dejar clara su autoría o nuestra inspiración, lo que sería, sin dudas, ilegal.

El segundo error se daría cuando, utilizando las ideas de otros, las modificamos y las hacemos propias, lo que sería más un problema ético que legal. Una buena cita y referencia de los contenidos no originales evita claramente este problema.

Resumen

Resumir el artículo permite al lector saber si le interesa o no el resto. De ahí que podamos decir que es uno de los apartados más importantes por lo anteriormente comentado y, más aún, porque aparece en la mayoría de las bases de datos de documentos científicos, por lo que a veces puede sustituir la lectura del artículo y generar citas. Aunque no es recomendable quedarnos en este nivel de análisis crítico, muchos lectores lo hacen.

Está claro, pues, que el resumen es un miniartículo de unas 200 palabras, que sintetiza los cinco aspectos principales de cualquier investigación: objetivo, diseño, métodos, resultados y conclusiones. El BMJ recomienda un esquema del tipo: objetivos, diseño, escenario, participantes, principales medidas, resultados y conclusiones, y pueden ser redactados, incluso, como subapartados. Eso sí, no hay que olvidar que, si el artículo original se ha redactado en español, hay que incluir, también, una versión de la traducción al inglés.

Palabras clave

Identifican el contenido del artículo mediante conceptos generales que, además, permiten su indexación en las bases de datos. Es muy recomendable consultar en la revista en la que se quiere publicar si tiene algunas propuestas, una lista normalizada de términos o si son términos libres.

Acudir a una lista determinada para publicaciones similares o, en última instancia, repasar artículos de temática parecida al que se pretende publicar también es una buena fuente de información, junto con el diccionario *Thesaurus*. Sea como sea, hay que decidir razonadamente la selección, ya que las palabras clave, junto con el resumen, pueden acercar posibles lectores, citadores o futuros colaboradores, o alejarlos. Se recomienda utilizar entre 3 y 10 palabras, o frases cortas.

Introducción del trabajo

La introducción tiene por objetivo explicar en qué consiste el trabajo realizado, qué se estudió y con qué finalidad se hizo. Para ello será necesario definir claramente el problema en su marco teórico o aplicado; eso sí, en relación con su interés en el contexto científico actual.

Las mejores introducciones son aquellas con una extensión de una página como máximo, con tres párrafos bien definidos y que evitan toda información que los potenciales lectores ya conocen sobradamente. En el primer párrafo, se expondrá qué sabemos, es decir, un resumen del estado actual de conocimiento del campo en que la investigación se enmarca. Esta primera aproximación nos llevará directamente al segundo bloque, en el que se abordará qué es lo que otras personas han investigado hasta el momento, qué limitaciones han podido presentar dichos estudios y qué preguntas aún deben ser contestadas; es decir, qué es lo que no sabemos. Por último, responderemos el por qué se ha realizado el es-

tudio. Esta parte es esencial, ya que aporta información sobre el objetivo o hipótesis, y es un error importante incluir aquí los resultados clave que se han alcanzado.

Material y métodos

El objetivo de esta sección es describir cómo se han obtenido los resultados. Por lo tanto, es necesario aportar los detalles precisos de la selección de la información o de los individuos que conforman la muestra, el diseño del estudio, los procedimientos utilizados en el procesamiento del objeto de estudio (equipos, herramientas de recogida de datos, métodos estadísticos, etcétera), los métodos empleados en la recolección de los datos y cómo estos fueron analizados. Tampoco estaría de más aportar información sobre dónde se realizó el estudio.

Teniendo en cuenta que la parte fundamental de cualquier investigación es la metodología y su replicación, podemos llegar a entender la importancia de este apartado. Por eso habría que justificar y razonar todas y cada una de las elecciones metodológicas para que el lector tenga clara la finalidad de cada uno de los pasos y decisiones que los investigadores tomaron, pero tampoco es necesario alargar en exceso o artificialmente dicha explicación, mucho menos con información irrelevante. No olvidemos que lo correcto es redactarlo siempre en forma pasada: “se midió”, “se contó”, “se seleccionó”...

Ética

Además del tema del plagio, ya tratado anteriormente, cualquier intervención con personas requiere el consentimiento de los participantes o la revisión desde la ética y la deontología de las condiciones de la investigación, especialmente porque se trabajará con personas. Asimismo, siempre se deben poseer los derechos de uso de cualquier documento o imagen original y que no nos pertenezca. Incluso, si hemos tomado nosotros mismos las fotos de algún paciente, debemos pedirle el consentimiento informado para su uso documental. Eso sí, tener el consentimiento no evita que la manipulación y publicación de las imágenes se haga de forma que garanticemos el anonimato de la persona que nos ha cedido las imágenes.

Muestra

Hay dos factores centrales en relación con la muestra. El primero hace referencia al tamaño de esta y, la segunda, a su representatividad. En cuanto al primer factor, si bien hay fórmulas estadísticas que nos permiten hacer una estimación objetiva del número de personas que necesitamos para una investigación en concreto, está claro que la muestra debería ser lo suficientemente grande como para proporcionar una estimación precisa del efecto, o ausencia de este, de la intervención sobre las variables estudiadas, lo que confirmará o no la hipótesis planteada.

El segundo factor nos lleva a valorar la representatividad de las personas que conforman la muestra como grupo. El punto más importante es cómo se realizó la selección de los individuos (aleatoriamente o no) y si se tuvieron en cuenta algunos criterios de inclusión/exclusión, estratificación en relación con alguna característica..., lo que nos tendría que dar una media de la validez interna y externa de dicha investigación.



Mundo Sveltia

Forma parte de nuestra amplia
Red de Servicios y Beneficios Exclusivos,
empeza hoy a descubrir el **Mundo Sveltia.**



Sveltia



@Sveltia



www.sveltia.com

El artículo científico: Menos complicado de lo que parece

El diseño del trabajo de investigación

El diseño hace referencia, por una parte, a la propia esencia de la investigación con personas al aplicar el método científico y, por otra, a la validez del trabajo científico. Es muy importante diseñar adecuadamente la investigación con el fin de acercarnos al máximo al análisis de la realidad, reduciendo, a su vez, al máximo posible cualquier elemento contaminador o si, por el contrario, hemos cometido tal número de errores (de apreciación, planificación de acción, percepción...) como para que tengamos que poner en duda los resultados obtenidos.

Métodos estadísticos

Se describirán en este apartado los métodos estadísticos utilizados con suficiente nivel de detalle como para que un lector mínimamente informado y con acceso a los datos originales pueda comprobar los resultados publicados. En la medida de lo posible, se cuantificarán los resultados y se presentarán con los correspondientes indicadores de error.

Sección	Preguntas a responder	Propósito	Tamaño esperado (A4, fuente 10-12 y 1,5 interlineado)
Título	¿Qué se va a encontrar?	Resumir el artículo en una frase	Unas 15 palabras
Autores	¿Quién?		5 autores
Resumen	¿Qué?	Atraer la atención con un miniartículo	200 palabras
Palabras clave	¿Por qué?	Facilitar la indexación y centrar el tema del documento	3-10 palabras
Introducción	¿Por qué?	Resumir el contexto del estudio y establecer los objetivos claramente	1 página
Métodos	¿Qué se hizo?	Dar suficientes detalles como para que se pueda repetir el estudio	2-3 páginas
Resultados	¿Qué se encontró?	Describir la muestra del estudio y al análisis de los datos para responder a los objetivos del estudio	2-3 páginas
Tablas y figuras	¿Qué es lo que los resultados muestran?	Clarificar los resultados	3-6 tablas o figuras
Discusión	¿Qué significan los resultados?	Interpretar los resultados en el contexto de la literatura científica y describir su potencial impacto en la salud	2-3 páginas
Referencias	¿Quién ha hecho otros estudios importantes en este campo?	Citar los estudios más relevantes y recientes	20-35 referencias
Total			12-20 páginas

Tabla 1. Planificar un borrador de artículo. Fuente: Modificado de Peat (2002)

Tipo de publicación	Número de autores
Revista científica	8-9
Cartas	4-5
Revisiones	3-4

Tabla 2. Número de autores según tipo de publicación. Fuente: Modificado de Peat (2002)

Resultados

Esta sección es puramente factual, es decir, únicamente se incluyen los números, tablas, gráficos, etcétera, de forma secuencialmente lógica, pero dando prioridad a los resultados más relevantes. Sería un error incluir una simple repetición por escrito de las representaciones gráficas, ya que lo que el lector espera es una explicación o síntesis de la información mostrada. Se aprecia mucho que la información mostrada sea breve y clara y, si no es posible conseguirlo por las características de los datos, se deben incluir estos en un anexo.

Además, no olvidemos que el texto es la manera más rápida y eficaz de presentar los datos. Por eso se aconseja una forma gradual para la presentación de estos desde la estadística univariable, que describe las características de la muestra, pasando por el análisis bivariado, que describe la relación entre las variables explicativas y los resultados para, finalmente, realizar cualquier análisis multivariable. No corresponde a este apartado, aunque muchos autores comenten el error de hacerlo, la discusión sobre los resultados hallados, sino simplemente su exposición.

Discusión

En esta sección se insistirá en los aspectos novedosos e importantes del estudio, por lo que no es necesario repetir con detalle los datos y otros materiales ya incluidos en apartados anteriores. Sí se abordarán las repercusiones de los resultados y sus limitaciones, además de las consecuencias de la investigación para el futuro.

Es aquí donde el autor o autores aceptan o rechazan la hipótesis, contextualizan y comparan los resultados con los obtenidos anteriormente y tratan de explicar cualquier diferencia encontrada y que no explica el simple azar. Se valora mucho la prudencia, la imparcialidad y la franqueza en la exposición y conclusión, en lugar de, a veces, ir demasiado lejos o desestimar resultados favorables o, incluso, interpretar erróneamente los datos, de ahí que la interpretación más conservadora es la más valorada.

La aceptación acrítica de las conclusiones presentadas en la discusión lleva consigo la incorporación de información errónea en nuestro cuerpo de conocimiento. Si, además, la investigación no es válida, puede, incluso, llegar a dificultar el desarrollo del campo de investigación. De ahí lo importante que es valorar la estrecha relación entre las conclusiones y la fortaleza de la metodología y los datos utilizados. Se puede incluir algún elemento de valoración personal, pero debe estar claramente diferenciado del resto de afirmaciones fundamentadas.

Este conservadurismo no quiere decir que para justificar o afianzar nuestros hallazgos no se puedan o deban comparar nuestros resultados con los de otras investigaciones análogas con el

fin de emitir juicios sobre diferencias o similitudes, que pueden ayudarnos a tener una visión de conjunto.

También, se deben reconocer las limitaciones y excepciones de la investigación, incluso explicando el motivo por el cual no se pudieron o se supieron eliminar dichas limitaciones. De esta forma, aportamos al lector una visión más realista y clara para que se pueda evaluar críticamente.

Agradecimientos

Esta sección reconoce la ayuda de personas e instituciones al desarrollo de la investigación por medio de subvenciones, ayuda técnica, sugerencias, etcétera.

A diferencia de las tesis, los artículos científicos casi nunca incluyen dedicatorias ni agradecimientos afectuosos, estos se harán personalmente. Eso sí, si uno decide incluir este apartado, todas y cada una de las personas que sean incluidas en este apartado deberán haber concedido su autorización ya que lleva implícita la aceptación de los resultados de la investigación.

Referencias bibliográficas

Las referencias bibliográficas se componen de una serie de citas bibliográficas de datos que permiten describir de forma abreviada cualquier documento para que pueda ser consultado, por una parte, y para dejar claramente definida la autoría de una idea o la investigación previa realizada. Generalmente con este apartado se concluye el contenido científico del artículo aunque aún se puede incluir cierta información en el apartado "apéndice". Hay diferentes normativas para la elaboración de una bibliografía pero una de las más utilizadas como norma en las revistas biomédicas son las llamadas "Normas de Vancouver" en las que siempre se debe seguir un orden alfabético de autor y de aparición de la referencia en el texto (con números arábigos entre paréntesis).

Para un detalle más pormenorizado de las "Normas de Vancouver", se puede consultar el aporte de estas en Fisterra:

http://www.fisterra.com/recursos_web/mbe/vancouver.asp, entre muchos otros.

Complementos

Se pueden incluir ilustraciones, tablas, anexos y citas siguiendo algunas normas simples. Las ilustraciones deben estar numeradas secuencialmente. Las tablas además de la numeración anterior deben tener un título explicativo, cita del origen de los datos y posicionadas en el contexto. Son ideales para presentar los datos precisos y repetitivos. Las figuras son ideales para presentar los datos con tendencia o patrones interesantes.

Bibliografía

1. Meltzoff, J. *Crítica a la investigación. Psicología y campos afines*. Madrid: Alianza Editorial; 2000.
2. Peat J, Elliot E, Baur L, Keena V. *Scientific writing. Easy when you know how*. London: BMJ books; 2002.
3. Sierra Bravo, R. *Tesis Doctorales y trabajos de Investigación Científica*. 5ª Ed. Madrid: Paraninfo; 1999.
4. Gibaldi, J. *MLA Handbook for writers of Research Papers*. 6ª ed. New York: The modern language Association; 2003.

Radiofrecuencia

monopolar capacitiva/resistiva de 0,5 MHz en el envejecimiento cutáneo facial

Prof. Dr. Raúl Pinto
Director del Instituto Pinto
Buenos Aires - Argentina

Resumen

Es conocido que el envejecimiento cutáneo facial y su consecuencia estética más visible, las arrugas, son situaciones fisiológicas que, a pesar de ello y al no ser aceptadas por la mayor parte de la sociedad, son tratados casi como una patología con diferentes terapéuticas clínicas, quirúrgicas, kinesiológicas y cosmecéuticas.

La radiofrecuencia monopolar capacitiva/resistiva (RFM), también conocida como *transferencia eléctrica capacitiva resistiva*, tiene su utilidad en el tratamiento del envejecimiento cutáneo facial por ser 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, por 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 21 pacientes de sexo femenino con distintos grados de envejecimiento cutáneo facial. Se aplicó una pauta terapéutica seriada y las pacientes fueron evaluadas con distintos parámetros de monitoriza-

ción y control, antes y después del tratamiento, y se registró una evolución favorable de todos los parámetros controlados, sin observar fenómenos adversos relacionados con el tratamiento.

Envejecimiento cutáneo

El envejecimiento cutáneo que sucede con el paso de los años, a pesar de ser un fenómeno fisiológico, es mal tolerado porque afecta al aspecto físico y también a la propia autoestima del individuo y su relación con el entorno, conllevando frecuentes problemas psicológicos debidos al rechazo social.

En el envejecimiento intervienen factores genéticos y ambientales, y las arrugas faciales constituyen uno de los parámetros más visibles del envejecimiento cutáneo.

El envejecimiento de la piel se produce por un fenómeno intrínseco, debido a razones cronológicas; y otro extrínseco, como consecuencia de dos factores principales: el sol y el tabaco.



SCORPION

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

VIBRACION BIOMOLECULAR ULTRASOUND HIFU



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

PISTOLAS ELECTRONICAS PARA MESOTERÁPIA



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

BUSCADOR DE VENAS VEIN FINDER



- > Tecnología LED Frio
- > Cabezal Ergonómico
- > Para cualquier tipo de piel
- > Ajuste de intensidad
- > Funciona a luz ambientein

CARBOXITERAPIA DIGITAL SUBCUTÁNEO PULSADO



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

En la piel envejecida, se observan numerosos cambios en todos los estratos cutáneos, sin excepción: epidermis, dermis, tejido celular subcutáneo y anexos cutáneos. Asimismo, se detectan diferentes grados de adelgazamiento y sequedad, color blanco-amarillento, aspecto algo traslúcido, discreta disminución de las secreciones glandulares y disminución del número y volumen de los folículos pilosos. El panículo adiposo está reducido, la piel incrementa su fuerza de tensión y muestra una disminución de la velocidad de retorno, la secreción sebácea se modifica y es habitual comprobar que en la cara y en el cuero cabelludo las glándulas sebáceas segregan de manera muy activa^{1,2,3}.

Las arrugas se producen por modificaciones biológicas de los tejidos, fundamentalmente por alteraciones de las estructuras colágenas. Los surcos y pliegues son consecuencia de la mímica y se originan especialmente por las contracciones exageradas de los músculos superficiales.

La pérdida del tono muscular y tegumentario son los responsables de la alteración del óvalo de la cara, la aparición del doble mentón o papada, bolsas bajo los ojos y de la ptosis palpebral⁴.

Radiofrecuencia monopolar capacitiva/resistiva de 0,5 MHz

La radiofrecuencia monopolar capacitiva/resistiva (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 externa⁵.

Cuando esta energía o corriente atraviesa los tejidos vivos que poseen una impedancia (ohmios), se produce un aumento en la diferencia de potencial (voltios), que 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; segundo, 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);
- 2) y 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. Este electrodo es el activo y se corresponde con la primera placa de este. 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 las dos técnicas se utiliza una placa neutra de gran superficie y un electrodo, aislado o no, 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 sobre la base de las acciones térmicas, propias de los sistemas clásicos de hipertermia. De hecho, la RFM no se contraindica en situaciones en las que no se recomiendan 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 eléctrico⁶.

Los efectos biológicos inducidos por la RFM en el abordaje del envejecimiento cutáneo facial pueden resumirse en las siguientes acciones⁷:

- 1) Vasodilatación arterial: incrementa la disponibilidad de oxígeno a nivel tisular.
- 2) Incremento del drenaje venoso y linfático.
- 3) Mayor permeabilidad de la membrana celular.
- 4) Aceleración de procesos reparadores celulares.
- 5) Restauración del potencial eléctrico celular.
- 6) Activación de la neocolagénesis

Estudio clínico

En el Pinto Institute de Buenos Aires, se efectuó un protocolo de estudio en 21 pacientes de sexo femenino con un rango de edad comprendido entre los 40 y los 56 años, y una media de 46 años. El objetivo del estudio fue evaluar: a) cambios en la hidratación y el sebo cutáneo; b) temperatura y elasticidad de la piel; c) el ancho y la profundidad de las arrugas ("patas de gallo"), como consecuencia de la aplicación de un equipo de diatermia por radiofrecuencia monopolar de 0,5 MHz. 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 40 a 56 años, con diferentes signos de envejecimiento cutáneo.

Los criterios de exclusión utilizados fueron:

Embarazo; marcapasos; patologías sistémicas, autoinmunes o dermatológicas; diabetes o hipotiroidismo coincidentes con la realización del estudio.

Material y métodos

Todas las pacientes recibieron un tratamiento de 15 sesiones, a razón de una aplicación diaria. El esquema fue de 10 minutos de transferencia capacitiva, seguido por 5 minutos de transferencia resistiva en cada mitad de la cara.

La aplicación se efectuó situando la placa de retorno (electrodo neutro) en la espalda a nivel dorsal; como electrodos activos se utilizaron los de 3 cm de diámetro con la técnica capacitiva y de 3,5 cm de diámetro con la resistiva.



Sesión de TECR facial en la etapa de transferencia capacitiva

Criterios de evaluación

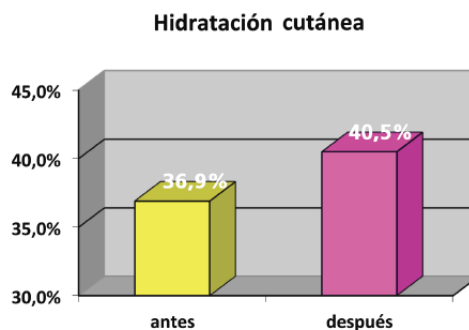
- Hidratación cutánea
- Sebo cutáneo
- Temperatura cutánea
- Elasticidad cutánea
- Microfotografías de la piel y medición de las arrugas
- Fotografías pretratamiento y postratamiento

Hidratación cutánea

Se utilizó el equipo Corneometer® modelo CM825 de la marca Courage & Khazaka, en adecuadas condiciones de temperatura y humedad ambiental de la sala de estudios. Se comparó la hidratación cutánea de ambas mejillas, con mediciones antes y después del tratamiento. El equipo registra unidades de escala de 0 a 99, que se trasladan a un esquema porcentual, y relaciona la capacidad eléctrica de la piel con el contenido acuoso del estrato córneo, utilizando los principios del método capacitivo.

La media fue 36,9% al inicio y 40,5% al concluir el tratamiento. Se registró así un aumento promedio de la hidratación cutánea del 3,6% en términos absolutos y que corresponde a un aumento relativo del 9,7% en relación con el valor basal.

La hidratación cutánea contenida en el estrato córneo está en relación directa y proporcional con la capacidad de acumulación de la humedad de la piel y constituye un parámetro crítico de la disminución del film hidrolipídico.

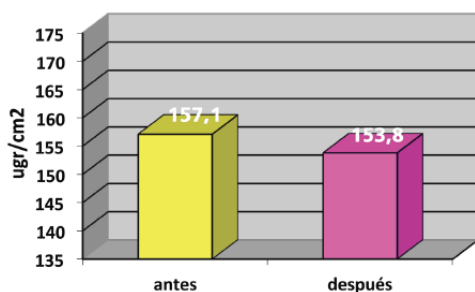


Sebometría cutánea

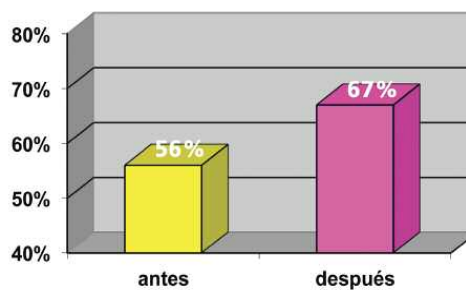
Para esta medición se utilizó el equipo Sebumeter® modelo SM815, fabricado por Courage & Khazaka. Se basa en el método fotométrico y se cuantifica en $\mu\text{g}/\text{cm}^2$ de piel.

Se realizaron estudios comparativos de sebometría cutánea en zona medial de la frente y el promedio fue de $157,1 \mu\text{g}/\text{cm}^2$ al inicio del tratamiento y de $153,8 \mu\text{g}/\text{cm}^2$ al concluirlo. Se registró una pérdida promedio de $3,3 \mu\text{g}/\text{cm}^2$ en valores absolutos, que corresponde con una disminución relativa del 2,1%.

Sebometría cutánea



Medición de la elasticidad cutánea



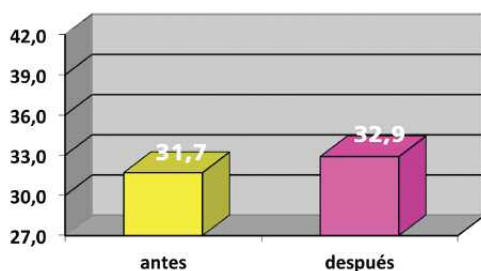
Temperatura cutánea

Se utilizó un equipo de marca Bodyform® modelo BM4800, fabricado por Laica SpA, que mide la temperatura de la piel a distancia por medio de rayos infrarrojos, estandarizado a dos centímetros de la superficie cutánea.

Se practicaron evaluaciones comparativas de la temperatura cutánea en ambas mejillas y se registró un promedio de 31,7 °C al inicio y de 32,9 °C al terminar el tratamiento. Se registró así un aumento promedio de 1,2 °C en términos absolutos, que se correspondería con un aumento del 3,7% de media en valores relativos.

Este incremento se puede interpretar como la transmisión a la superficie de la piel de la temperatura profunda conseguida por la acción residual de la RFM y como producto de la activa angiogénesis.

Temperatura cutánea

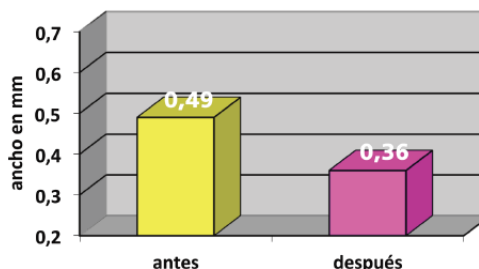


Microfotografías de la piel

A estos efectos se utilizó un equipo marca Anti-Aging SD® fabricado por Clinipro. Este equipo permite la obtención de microfotografías cutáneas y su interpretación por un sistema computarizado, a través de la medición del ancho y de la profundidad de las arrugas denominadas "patas de gallo". Las tomas fotográficas correspondieron a controles de los pacientes, antes y a los 30 días de la finalización del tratamiento.

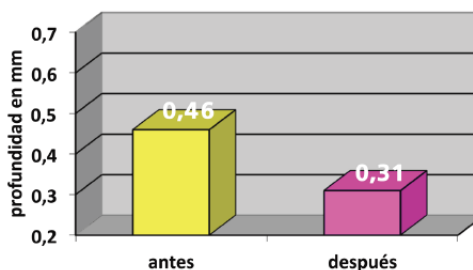
En referencia al ancho de dichas arrugas, se registró una media de 0,49 mm al inicio y de 0,36 mm al concluir el tratamiento. Ello indica una disminución promedio de 0,13 mm, correspondiente a una disminución del 26,5% de media en valores relativos.

Arrugas "patas de gallo"



En relación con la profundidad, se registró un valor basal de 0,46 mm y de 0,31 mm al finalizar el tratamiento. La disminución promedio de 0,15 mm en valores absolutos se corresponde con una disminución relativa del 32,6% de media.

Arrugas "patas de gallo"



Elasticidad cutánea

Se evaluó la elasticidad cutánea con un equipo Cutometer® modelo MPA 580 de la marca Courage & Khazaka, al inicio y al final del tratamiento, en ambas mejillas.

Se observó un aumento de la elasticidad cutánea de 56% inicial a 67% al final del tratamiento. Esta diferencia del 11% en valores absolutos corresponde con un aumento promedio relativo del 19,6% en relación con las cifras basales.

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

Se registraron los cambios visibles y medibles de diferentes pacientes con arrugas periorcarias ("patas de gallo").



Caso 1: "Pata de gallo" antes del tratamiento.



Caso 1: "Pata de gallo" posterior al tratamiento con RFM.



Caso 2: "Pata de gallo" antes del tratamiento.



Caso 2: "Pata de gallo" posterior al tratamiento con RFM.



Caso 3: "Pata de gallo" antes del tratamiento.



Caso 3: "Pata de gallo" posterior al tratamiento RFM.

Discusión

La RFM es una de las metodologías versátiles que, a partir de 1985, ha sido parte activa de los tratamientos de diversas especialidades. En medicina estética tiene utilidad como técnica electroterápica que basa su acción biológica, por una parte, en la transformación de energía de alta frecuencia relativa (0,5 MHz) en un significativo incremento de temperatura celular y tisular y, por otra, en acciones no dependientes de la temperatura y en la que distintos estudios están profundizando en la actualidad.

Una de las indicaciones de la RFM es el tratamiento de la flacidez cutánea y justifica su uso por su doble acción sobre el sistema de sostén. Por un lado, el incremento de temperatura a nivel tisular interno que conlleva al acortamiento de las fibras colágenas, que al producirse en masa da como resultado final la compactación del tejido cutáneo, es decir, un efecto *tightening*. Por otro, el efecto biológico de estimulación sobre el fibroblasto favorece a la neocolagénesis.

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 RFM (CRet System INDIBA) en un tratamiento estético facial. Se estudiaron 21 pacientes con distintos grados de envejecimiento cutáneo a los que se les instauró una pauta terapéutica seriada de 15 sesiones, a razón de 15 minutos por sesión para cada mitad del rostro y divididas en 10 minutos de capacitiva y 5 de resistiva.

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: aumento relativo del 10% de la hidratación cutánea, disminución del 2% del sebo cutáneo, aumentos del 4% de la temperatura de la piel y un incremento del 20% en la elasticidad cutánea, siempre en relación con los valores basales pre-tratamiento.

La microfotografía de la piel⁸ puso en evidencia la disminución del 27% en el ancho y del 33% de la profundidad de las arrugas denominadas "patas de gallo". Dicho relleno es interpretado como una reestructuración de la morfología de la superficie de la piel consecuente con la mayor elasticidad y a la presencia de nuevas fibras colágenas (neocolagénesis).

No se registraron fenómenos adversos. Se concluye que la técnica propuesta es una alternativa eficaz y segura en el tratamiento del envejecimiento cutáneo y flacidez facial.

Bibliografía

1. Bartoletti C, Legrand JJ, Pinto R. *Manual práctico de medicina estética*. 2^{da}. edición. Buenos Aires: CAME, 1993.
2. Legrand JJ, Bartoletti C, Pinto R. *Manual Pratique de Médecine Esthétique*. 3^{ra}. edición. París: SFME, 1999.
3. Pinto R, Legrand JJ. *Manual práctico de medicina estética*. 4^{ta}. edición. Buenos Aires: SOARME, 2009.
4. Meneeghini F. *Clinical facial Analysis*. Berlin: Springer, 2005.
5. Zauner A. *Introducción a la transferencia eléctrica capacitiva*. Barcelona: Jims, 1993.
6. Calbet J. *Transferencia eléctrica capacitiva*. Barcelona: Doyma, 1992.
7. Pinto R. *Guías universitarias de medicina estética*. 11^{ava}. edición. Buenos Aires: SOARME 2007.
8. Agache P. *Physiologie de la peau et explorations fonctionnelles cutanées*. Cachan cedex: EMInter, 2000.



BIOFARMA
FARMACIA Y LABORATORIO

Una farmacia
al servicio de la estética.

www.farmaciabiofarma.com.ar

Recetas magistrales
Ortomolecular
Anti age





NUESTRA FABRICA
David Luque 519 X5004KM
CÓRDOBA - ARGENTINA
Tel: 54-351-424-0051/52
info@starbene.com



Star Light
by Starbene®

Lo mejor en Luz Pulsada Intensa



El éxito de nuestra línea Starlight en **Fotodepilación y Fotorejuvenecimiento** se debe a su moderna tecnología de emisión de luz que, utilizada en medicina estética, ofrece los mejores resultados sin provocar dolor.





El valor de la excelencia

WWW.STARBENE.COM



LipoCell[®] **CRIO**

Novedosa Tecnología Intense Freeze



LipoCell Crio es una novedad en el mundo de la estética, su objetivo es la **reducción del tejido graso** mediante la aplicación de **frío intenso**, controlado y preciso.



Tratamiento de hiperchromías con *peeling* químico

Dra. Mariela Barriga Córdova

El tratamiento de las lesiones benignas hipercrómicas de la piel es, probablemente, uno de los mayores desafíos para los profesionales de la salud y requiere la correcta utilización de todos los factores involucrados en el tratamiento y cuidado de la piel.

La clave para un tratamiento con éxito es el conocimiento de la fisiopatología de las lesiones y un dominio completo de la farmacodinámica de las sustancias químicas, que son capaces de bloquear la formación de la melanina, así como de producir la exfoliación fina de la piel.

Además, es fundamental contar con un amplio conocimiento médico que permita realizar un correcto diagnóstico entre lesiones hipercrómicas benignas de la piel y las que son malignas o tienen posibilidad de malignizarse.

En este estudio, tratamos de enfocarnos en el tratamiento del melasma específicamente, pero también veremos otras patologías de hiperpigmentación de la piel como diagnósticos diferenciales.

Melasma. Cloasma o máscara del embarazo

El melasma se presenta como máculas hiperpigmentadas simétricas, que pueden ser confluentes o punteadas.

La hiperpigmentación macular del melasma es de color marrón y aparece entre 1 y 3 patrones: centrofacial, malar o mandibular. Además, el exceso de melanina se puede visualizar localizado en la epidermis o en la dermis mediante el uso de la lámpara de Wood (longitud de onda, 340-400 nm). Cuando se examina la piel con la lámpara de Wood, el pigmento epidérmico se potencia, mientras que el dérmico no lo hace.



Mancha de hiperpigmentación posinflamatoria, ocasionada por quemadura con vapor de agua. Con la luz de Wood, se observa un patrón de localización claramente superficial.



Mancha de hiperpigmentación posinflamatoria, ocasionada por quemadura con vapor de agua. Con la luz de Wood, se observa un patrón de localización claramente superficial.



A los 21 días de tratamiento despigmentante.



A los 80 días de tratamiento despigmentante.

Afecta a todas las etnias, pero es más frecuente en pieles de tipo marrón, y mucho más frecuente en mujeres que en hombres.

En algunos casos, parece existir una relación directa con la actividad hormonal femenina, puesto que aparece en el embarazo y con el uso de anticonceptivos orales.

Otro factor importante en el desarrollo del melasma es la exposición a la luz del sol.

Clínica: son manchas de diversos tonos de marrón, claro u oscuro, sintomáticas, mal definidas, simétricas, localizadas en región centro-facial, malar, labio superior, dorso de nariz.

Histopatológica: El pigmento mecánico puede encontrarse distribuido en: epidermis basal y suprabasal y, en dermis, en macrófagos cargados de pigmento mecánico.



Tratamiento

Es largo y difícil; lo principal es la protección solar diaria y el uso de pantallas o filtros solares que protejan tanto de RUVa como de UVB. Se usan con buenos resultados diversos despigmentantes, como la hidroquinona, ácido kójico, ácido azelaico, retinoides tópicos a diversas concentraciones, ácido glicólico y corticoides tópicos, así como combinaciones. Los *peelings* químicos tienen mejores resultados en los fototipos I y II de Fitz Patrick.

Entre otras patologías hiperpigmentarias, tenemos:

Dermatosis pigmentarias por alteración del pigmento melánico

Son las más frecuentes, se dividen en lesiones por aumento del pigmento melánico o hipercrómicas o melanosis por disminución de este o hipocrómicas o leucodermas.

El pigmento melánico es producido por los melanocitos que derivan de los melanoblastos, que emigran desde la cresta neural durante el desarrollo fetal y se ubican en piel y retina. En la capa basal epidérmica, se encuentran en una proporción aproximada de 1 melanocito por cada 10 queratinocitos, formando la unidad melano-epidérmica. El número de melanocitos es constante en todas las etnias, la diferencia reside en el tamaño y disposición de los melanosomas, que son elementos que se encuentran en las dendritas de los melanocitos, que es donde se produce la melanina.

Dermatosis hipercrómicas o melanosis

Bronceado: se produce por un mecanismo de protección a la injuria causada por los rayos solares, aparece de forma gradual hasta 48 horas después de la exposición solar, especialmente por UVB. Dura semanas; incluso, meses.

Mecanismo: la tirosinasa se activa por nucleótidos residuales de los sitios donde se ha inducido el daño del ADN melanocítico. Debe diferenciarse de hiperpigmentaciones generalizadas.

Hiperpigmentación generalizada o difusa

Puede producirse por causas hormonales:

Enfermedad de Addison

En esta existe un aumento de la pigmentación generalizada (bronceado) con acentuación de pliegues palmo-plantares y pigmentación de mucosas y uñas. Se produce por aumento de la secreción hipofisiaria de hormonas melanotróficas.

En el Cushing, la hiperpigmentación es parecida al Addison, pero menos acentuada; se produce por aumento de la ACTH y MSH. Igual sucede en el embarazo, en el cual puede existir un aumento de la pigmentación generalizada, acentuación del pigmento en areola, línea alba y pliegues. Se cree que es por incremento de la MSH. Existen causas metabólicas de hiperpigmentación generalizada, como en Tb, desnutrición, cirrosis biliar P. y porfiria cutánea tarda. Algunos fármacos son causa de hiperpigmentación generalizada: clorpromazina, busulfán, bleomicina, psoralenos, medicamentos arsenicales, clofacimina, quinacrina, amiodarona, minociclina, entre otros.

También, metales de origen industrial o medicamentoso: plata, oro, mercurio.

Berloque

Es un tipo de dermatitis de fotocontacto o fototóxica, que ocurre después de la aplicación de productos que contienen bergamota o algún psoraleno, seguido de exposición solar.



Clínica: consisten en máculas hiperpigmentadas, casi siempre en configuración lineal (forma de aplicación del producto); en fase aguda también se producen ampollas y eritema.

Los psoralenos se encuentran en diversos perfumes y agua de colonia; además, ciertas plantas los contienen: cebolla, lima, zana-horia, higos.

Exantema fijo medicamentoso

Es una dermatosis bastante frecuente, caracterizada por máculas ovales color marrón violáceo, generalmente únicas, pero también múltiples, que se presentan posteriormente a la ingesta de medicamentos.

Pueden localizarse en cualquier sitio del cuerpo, pero son más frecuentes en extremidades y en mucosas, especialmente genital.

Las lesiones iniciales son eritematosas y pruriginosas; incluso, pueden ser vésico-ampollosas y las reactivaciones por ingesta posterior del fármaco suelen ser en el mismo sitio de la aparición anterior.

El diagnóstico es clínico con el antecedente de la ingesta de determinados medicamentos.

Los medicamentos comúnmente implicados son: sulfas, AINE, tetraciclinas, barbitúricos.

Histopatología: es la única erupción por fármacos con histología característica y diagnóstica. Se encuentra en áreas de vacuolización de la membrana basal con presencia de células disqueratóticas.

Eritema discrómico perstans o dermatitis cenicienta

Es una dermatosis rara y controvertida, ya que algunos autores no la consideran una entidad propia, sino que la creen secundaria a otros procesos inflamatorios de la piel, o una forma de liquen plano pigmentado.

Clínicamente, se caracteriza, en general, por manchas simétricas y sintomáticas con un característico color gris azulado (ceniciento); al inicio suelen presentar un borde eritematoso.

Se presenta a cualquier edad, en ambos sexos y de preferencia en ciertas poblaciones étnicas con fototipo IV y V: asiáticas, hispanas y negras, grupos poblacionales en los cuales también aparecen con mayor frecuencia otras dermatosis gris azuladas, como los nevos de Ota y de Ito y las manchas mongólicas.

Histológicamente, se encuentran muchos melanófagos en dermis reticular y focos de vacuolización de la capa basal epidérmica.

Son de tratamiento difícil.

Mancha mongólica

Son máculas y parches azul-grisáceos de tipo congénitos, comúnmente observados entre asiáticos, polinesios, negros y mestizos, localizadas en región lumbosacra y glúteos.

Suelen ser únicas, miden algunos centímetros de diámetro, regresan y desaparecen durante la niñez.

Incontinencia pigmenti o Síndrome de Bloch-Sulzberger

Es una genodermatosis dominante ligada al cromosoma X, que suele ser letal en varones, y son las mujeres las que presentan la enfermedad.

Clínicamente, se presenta en 3 o 4 fases. La primera es la vesiculosa, que va desde la vida intrauterina hasta las primeras semanas de nacimiento. Son lesiones vesiculosas que tienen disposición en remolinos o lineal, siguiendo las líneas de Blasco.

La fase segunda o verrucosa sigue a las lesiones vesiculosas anteriores; son pápulas verrucoides de disposición lineal. Pueden durar algunos meses.

Fase tercera o hiperpigmentada: Son máculas color gris azulado, también en forma reticulada o lineal, que pueden persistir hasta la vida adulta.

La cuarta fase vendría a ser de involución, en la cual las lesiones anteriores pueden desaparecer o quedar como manchas hipo-

pigmentadas.

Esta genodermatosis se asocia a anomalías del SNC, oculares, malformaciones esqueléticas, cardíacas y otras.

El estudio histopatológico varía según la fase. En la forma vesiculosa, encontramos espongiosis y hendiduras intraepidérmicas más infiltrado dérmico eosinofílico.

La forma verrucoide muestra la histología de un nevo epidérmico verrucoso.

En la fase pigmentada, llaman la atención abundantes melanófagos en dermis.

Nevus de OTA y de ITO

Son grandes manchas color café grisáceo o violáceas, que aparecen en la infancia y están localizadas en la parte lateral de la cara, área malar y ocular (OTA), y en espalda (ITO).

El nevus de OTA debe diferenciarse del nevus adquirido parecido al OTA. O nevus de Hori⁴, que aparece en adultos y es bilateral.

Histopatología: muestra en dermis melanocitos dendríticos entre los haces de colágeno acompañados de melanófagos.

Pigmentarias.

Tratamiento: láser Yag o láser de Alexandrita.

Eférides o pecas

Son máculas color café claro, pequeño (menor de 0,5 cm), que se oscurecen luego de la exposición solar; aparecen desde la infancia temprana, especialmente en personas con piel y cabello rojizos; se localizan en cara y áreas de exposición solar.

Léntigos

Son máculas color café más grandes y más oscuras que las pecas, y no se oscurecen con la exposición solar. Existen dos tipos: léntigo juvenil y léntigo senil o solar.

Se debe proteger del sol por el riesgo de desarrollar cáncer de tipo epidermoide.

Pigmentaciones extrínsecas

Son los tatuajes por aplicación de diversos tipos de pigmentos en la piel; pueden ser producidos por el mismo paciente, o en forma accidental, por ejemplo, en mucosa oral el tatuaje por amalgama.

El tratamiento de los tatuajes es con láser siempre existe el riesgo de producir hiperpigmentaciones o cicatrices queloides residuales.

El tratamiento para las manchas es la exfoliación de la piel, que remueve así las células manchadas, dando oportunidad a que nuevas células se formen más rápido que el ciclo normal de intercambio.

1. Medidas generales.

Fotoprotección. Es obligado el uso de pantalla solar antes de iniciar cualquier tratamiento específico y continuarlo después.



AFRODITA

Ultracavitador 40 KHz



CORAL

Ultracavitación 40 KHz y
Radiofrecuencia al mismo tiempo



TRINITY

Radiofrecuencia Tripolar



CALISTO TEN

Electroestimulador 10 canales



CALISTO FOUR

Electroestimulador 4 canales



ATHENEA

MEDICAL & AESTHETIC

RESULTADOS REALES COMPROBADOS

*

FABRICACIÓN NACIONAL

*

EXCELENTE CALIDAD



Athenea Medical | Showroom y ventas:

Marcelo T. de Alvear 1381 - 4to piso - Capital Federal - Argentina

Tel. (011) 2058-0849 | ventas@atheneamedical.com | www.atheneamedical.com



Dermatología y Estética

Creaciones magistrales de excelencia

Mesoterapia

Implantes de Ácido Hialurónico

Toxina Botulínica

Parches Transdérmicos

- Dermatología
- Estética
- Orthomolecular
- Nutrición
- Cirugía Plástica
- Flebología

Peeling de
Fenol Atenuado



Tratamiento
Anti-Age con
Células Madre
de Uva



¡NUEVO!

Tratamiento
Masculino con
Células Madre
de Argan y Uvas



Consulte el vademecum en nuestro sitio web



Corrientes 2101, C.A.B.A
Tel.: (5411) 5648-8222
info@uezenpharma.com
www.uezenpharma.com

Tratamiento de hiperchromías con *peeling* químico

Las pantallas solares físicas son más efectivas que las químicas en la disminución de aparición de melasma. Se recomienda protectores solares mayores de 15, media hora antes de la exposición al sol.

2. Agentes despigmentantes.

En relación con estos agentes, existe una amplia gama de agentes químicos despigmentantes. Todos estos permiten blanquear la piel, muchas veces solo en forma temporal, y es bastante frecuente la reaparición del melasma al poco tiempo de suspender el tratamiento.

Dentro de los despigmentantes que existen en el mercado, tenemos los siguientes:

- Hidroquinona ácido fítico.
- Ácido kójico, ácido glicólico.
- Arbutín tretinoína.

Cabe mencionar que la hidroquinona, a pesar de ser un producto químico muy antiguo, sigue siendo uno de los mejores despigmentantes con que contamos actualmente, aunque siguen saliendo nuevos productos.

Con el empleo de estos agentes, es necesario tener algunas precauciones:

- Evitar las sustancias capaces de originar una leucodermia química como consecuencia de la destrucción y pérdida permanente de melanocitos. Pueden causar despigmentación satélite en confeti (a distancia del lugar de aplicación).
- Se recomienda el uso nocturno de estas sustancias.
- Se sugiere el empleo permanente de protectores solres durante el día.

3. *Peeling* químico.

Es una alternativa de tratamiento ideal para el melasma. También, ayuda para pecas, léntigo e hiperpigmentación posinflamatoria.

El *peeling* químico es un procedimiento sencillo que se realiza en consultorio por dermatólogos y forma parte del tratamiento complementario del melasma.

Es la aplicación de una sustancia química en la piel, que ocasiona exfoliación en piel y recambio cutáneo. Se obtiene una piel más blanca y se reemplaza epidermis pigmentada con piel nueva.

Dentro de las sustancias químicas que se utilizan tenemos:

- Ác. salicílico: 10-15%
- Ác. glicólico: 30-50%,
- Solución de Jessner (ác. salicílico, resorsina, ác. láctico).
- Yellow peel
- Fenol, entre otros.

4. Los *peelings* se realizan cada 2 semanas, dependiendo del agente por utilizar; durante el tratamiento, el paciente puede seguir sus actividades normales y las mujeres pueden seguir maquillándose sin ningún problema.

La idea de realizar un estudio de los tratamientos despigmentantes surge mediante la inquietud de poder encontrar un tratamiento adecuado y eficaz, ya sea específico, combinado o no, para las hiperchromías en la piel producidas por enfermedades u otros factores, como los ambientales.

El objetivo es poder realizar mediante una reseña bibliográfica el estudio del tratamiento adecuado y específico basándonos en hallazgos encontrados en diferentes estudios de tratamientos determinados por medio del *peeling* facial.

Población: se realiza el estudio y recopilación de datos encontrados en 50 artículos realizados sobre el tratamiento de las hiperpigmentaciones basados en *peelings* químicos.

Muestra: pacientes estudiados en 50 artículos relacionados con el tratamiento de hiperpigmentaciones y su tratamiento con *peeling* químico.

Variables: estudios realizados en mujeres con alteraciones de hiperpigmentación en la piel, con resultados óptimos dados por el tratamiento mediante *peeling* químico.

Presentamos a continuación los diferentes *peelings* químicos en estudio, su composición y, lo más importante, su acción y modo de uso.

Ác. salicílico.

Es un betahidroxiácido con acción queratolítica. Reduce la cohesión de los corneocitos, disolviendo el cemento intercelular y produciendo su desprendimiento o exfoliación, seguido de epidermólisis o destrucción de las células epidérmicas y subsiguiente eliminación.

Su uso es aconsejado para tratar los comedones cerrados. Afina la capa córnea facilitando su extracción posterior. Se aplica para eliminar arrugas, cicatrices del acné y alteraciones causadas por el fotoenvejecimiento.

Sus beneficios son realzar la epidermis y renovar la piel. Mejora el aspecto de las pieles proacnéicas, limpiando los comedones, aclara las manchas del cloasma y rejuvenece las pieles envejecidas.

Aplicación recomendada: una sesión cada 2 o 4 semanas (si se completa la descamación) hasta un total máximo de 6 sesiones).

Ác. glicólico

Es un alfa-hidroxido ácido (AHA) perteneciente a un grupo de ácidos no tóxicos y no se absorbe a nivel sistémico; es extraído de las frutas o de otros alimentos. Se diferencia de los demás AHA porque contiene solo dos átomos de carbono y por este motivo es el único en lograr un efecto de *peeling* químico superficial y profundo, es decir, una progresiva exfoliación y adelgazamiento de la capa córnea, pero con un aumento progresivo de espesor de los demás estratos epidérmicos y de la dermis, un aumento del metabolismo celular, un incremento de la hidratación cutánea y una mejor estructura dérmica general. Actúa disolviendo los ligamentos entre los queratinocitos, logrando que se despeguen suavemente día a día.

Gracias a que esta sustancia actúa directa o indirectamente sobre varios procesos bioquímicos de la piel, estimula la formación de los glicosaminoglicanos dérmicos, induce la síntesis del colágeno propio y se logran mejorías en elastosis (pérdida de elasticidad de la piel), alteraciones del color (hiperpigmentación), sequedad, , pieles grasas, estrías, fotoenvejecimiento, daños por sol, entre otros. Aunque su efecto es altamente be-

neficioso para todos estos problemas de piel, tendrá que ir acompañado del tratamiento adecuado a cada caso. Además, el AHA favorece la penetración de otros cosméticos, convirtiéndolos en más efectivos.

Solución de Jessner

La solución de Jessner (ác. salicílico 14 g, ác. láctico 14 g y resorcina 14g en solución alcohólica) es otra forma de usar el ác. salicílico, como también la combinación de ác. salicílico al 3% o al 10% con glicólico al 50% parcialmente neutralizado, que tiene un mayor efecto en las hiperpigmentaciones.

Resorcina: es difenol, hidrosoluble, isómero con el catecol y la hidroquinona, emparentado químicamente con el fenol; precipita las proteínas por ruptura de los enlaces de hidrógeno de la queratina. La combinación con el ác. salicílico hace un *peeling* óptimo para el acné.

Ácido glicólico: es un alfa-hidroxiácido que, combinado con el ác. salicílico, permite una mayor penetración de este último por ablandamiento de la capa córnea que realiza el glicólico.

Presentación: los agentes que podemos utilizar son: ácido salicílico, resorcina y ácido glicólico. Estas soluciones deben estar bien realizadas químicamente, con compensadores de fórmulas para no producir acciones irregulares en la piel. En las máscaras para *peeling*, debemos tener en cuenta que estas actúan en forma oclusiva; por lo tanto, su acción será más profunda que cuando usamos solución. Por ejemplo, la solución alcohólica de salicílico al 30% tiene una acción superficial y actúa, fundamentalmente, en la capa córnea. Para esa misma acción, podemos utilizar 15% de salicílico en una máscara arcillosa.

El pH de los agentes es otra variable para tener en cuenta. De acuerdo con la menor o mayor acidez, la profundidad del *peeling* es diferente: a mayor acidez, mayor profundidad. Esto puede verse cuando combinamos el ácido salicílico con ácido glicólico, ya que este último puede variar su pH según esté sin neutralizar o parcialmente neutralizado.

Es uno de los factores que determina el grado de destrucción celular. A mayor concentración, mayor profundidad.

La cantidad de aplicaciones en una sesión también es una variable; se puede producir un *peeling* superficial, medio o profundo, según el número de aplicaciones.

1 capa	exfolia capa córnea
3-4 capas	destruye epidermis
7-10 capas	destruye la dermis papilar

A mayor tiempo, mayor destrucción y, por lo tanto, mayor profundidad. Este factor va a estar fundamentalmente regulado por la sensibilidad del paciente, quien dará la pauta de permanencia del *peeling*, ya que la sensación de ardor es considerable. Lo aconsejable para un primer *peeling* es un tiempo de entre 5 y 10 minutos según el eritema y las molestias en cada paciente.

Se debe considerar el *peeling* como parte de un tratamiento y no en forma aislada. Cuando lo realizamos, la frecuencia va

estar dada por el tiempo de descamación del paciente, que puede variar entre una semana y dos, según el *peeling* efectuado. La descamación que caracteriza al ácido salicílico es fina, abundante y cae fácilmente.

Yellow Peel

El Yellow Peel es el *peeling* químico más reciente y más suave que puede promover la eliminación de la epidermis, a diferentes profundidades, y también se puede ajustar al tipo de lesión. Este *peeling* usa la acción exfoliante del ácido retinoico (a concentraciones altas), junto con la acción de tres sustancias (ácido fítico, ácido kójico y ácido azelaico), que bloquean la síntesis de la melanina. Este *peeling* se puede utilizar en el tratamiento del melasma epidérmico, en las lesiones hipercrómicas benignas de la epidermis, en arrugas superficiales y en secuelas del acné. Es fácil de aplicar y, cuando se repite, puede proporcionar las mismas ventajas que los *peelings* más agresivos.

El Yellow Peel se debe usar en forma de capa fina y continua sobre toda la piel, o bien solo en el área que necesita tratamiento, tras un *peeling* superficial usando el Alpha Beta Complex Peel (cuyo objetivo es preparar el estrato córneo para una penetración perfecta y uniforme del Yellow Peel).

El Yellow Peel se debe dejar en la piel durante un período continuado de 2 horas, y entonces eliminarlo con un jabón neutro. Normalmente, este tratamiento se debe repetir durante otros períodos de 2 horas, según el tipo de piel por tratar, o por indicación del médico. Durante el tratamiento del melasma epidérmico, el tratamiento solo se repite de 2 a 3 veces, lo que es suficiente para provocar un *peeling* epidérmico superficial, que ofrece el mínimo proceso inflamatorio y resulta ideal para el tratamiento del melasma epidérmico. Para el tratamiento de las arrugas, de las secuelas del acné y de la piel fotoenvejecida, es posible reaplicar el Yellow Peel mediante 5 o 6 aplicaciones de 4 horas, produciendo una gran irritación de la piel, que promueve un *peeling* epidérmico (renovación de la epidermis a diferentes profundidades, según la irritación producida). También, con esta estimulación de la dermis, se pueden obtener beneficios superiores en el tratamiento de las secuelas del acné y de las arrugas de tipo medio.

El período *post-peeling*, que ocurre tras la aplicación del Yellow Peel, se debe tratar con vaselina o con pomada de hidrocortisona, aplicada varias veces al día, hasta que la piel pierda su capa epidérmica (3 a 5 días). Tras esta pérdida, la capa epidérmica de la piel se debe mantener húmeda durante al menos 5 días más. Al finalizar este período, se pueden utilizar blanqueadores de la piel sin ácidos retinoico o glicólico; por ejemplo, Stand By C Cream o Facial C Lotion / Mene Moy System, que no contiene hidroquinona.

Fenol

El fenol es una forma de ácido poderosa, que con frecuencia se usa para *peelings* contra las arrugas medias y profun-

das, las cicatrices de acné y etapas iniciales de cáncer, así como para cambios en la pigmentación. El *peeling* con fenol se realiza casi exclusivamente en la cara. El fenol tiene tendencia a eliminar la capacidad de la piel de formar pigmentación completamente. Por esta razón, el tratamiento no es adecuado para personas con piel oscura y, tras la cirugía, con frecuencia es necesario que el paciente se proteja el área tratada de la exposición permanente a la luz solar. Normalmente, un solo *peeling* con fenol no es suficiente para alcanzar los resultados deseados.

Ácido kójico

Es producido por especies de *Aspergillus* y *Penicillium*, y gran número de cadenas fúngicas aisladas a partir de alimentos fermentados procedentes de Japón. Es fácilmente soluble en agua etanol y acetona. Ha sido demostrado que inhibe la tirosinasa, lo que le da propiedad despigmentante sobre lesiones vertiginosas y efélides.

El ácido kójico actúa en los melanocitos, inhibiendo la síntesis de melanina al bloquear la transformación de la L-tirosina, aminoácido precursor de la melanina. Su potente acción blanqueadora se completa con un moderado efecto antibiótico.

Para evitar la recidiva de las lesiones, se requiere emplear un eficaz bloqueante solar.

Conclusión: recopilando los resultados obtenidos por diferentes autores con varios años de experiencia y los diferentes artículos en estudio, y comprobados por estos mismos los resultados adquiridos con los diferentes métodos de *peeling*, su modo de uso y aplicación de acuerdo con el estudio de cada paciente por tratar, y considerando su fisonomía y respuesta al tratamiento, con presencia de alteraciones degenerativas e inestéticas y en la eliminación de manchas, se ha llegado a la conclusión de que, valorando sus pros y contras y puesto que la técnica ha mejorado notablemente en estos últimos años, el *peeling* con fenol se presenta como el mejor procedimiento, sin competencia con otras técnicas; por supuesto, aplicado correctamente por un especialista cualificado.

Creemos necesario subrayar que estas técnicas comentadas, altamente agresivas, pero de grandes resultados y pocos riesgos, deben ser ejecutadas siempre por especialistas experimentados que, además, también pueden solucionar eventuales complicaciones, con independencia de su mayor o menor valoración clínica.

Material y método: reseña bibliográfica de 50 artículos de tratamiento de hiperpigmentación con *peelings* químicos.

Métodos estadísticos: pacientes femeninos con alteraciones hipercrómicas de la piel que se realizaron el tratamiento mediante *peeling* químico.

Recursos: estudio retrospectivo en el cual se utilizaron como banco de datos 50 artículos relacionados con el tratamiento de *peelings* químicos para el tratamiento de hiperqueratosis en la piel.

Tiempo: estudio realizado en tres meses.

Silhouette

INDIB-AR®

100%

Unico equipo Capacitivo y Resistivo del mercado.



La mejor tecnología Europea fabricada en Argentina.

Premio "Ideas Emprendedoras" Secretaria Pymes 2012.

TRATAMIENTOS FACIALES: orbicular de ojos, patas de gallo, párpados caídos, bolsas y ojeras, surco naso geniano, doble mentón, labios, líneas de expresión, lifting, cuello, antiaging.

TRATAMIENTOS CORPORALES: celulitis en todas sus fases, adiposidad localizada, modelado, reafirmación, reafirmación: senos, escote, glúteos, brazo, entrepierna; caderas, post-parto; estrías.

MEDICINA ESTETICA: Mesoterapia virtual, preparación lifting quirúrgico, capsulitis por implantes mamarios, post-cirugía de mamas, edema por mastectomía,

pre/post-liposucción, pre/post-reducción abdominal, drenaje linfático.



Potencia de Salida: RF Capacitiva: 350 VA
RF Resistiva: 100 W

-Versión digital.

-Pantalla digital con información

-Controles en panel frontal.

-Ultra liviano y silencioso.

-Mayor potencia del mercado.

Fabricado en Argentina por INGEMED S.A.

Distribuidor Exclusivo.



NEUTEC®

www.neutec.com.ar

Medicina-Estética y Rehabilitación

Av Cabildo 3449 10 B (C1429AAR), Ciudad Autónoma de BsAs. Argentina

Tel. 54(11)4702-8637 | www.neutec.com.ar | info@neutec.com.ar

Bibliografía:

- Mene, R. *Melasma: Tratamiento con Yellow Peel*. Med. Estética 2003; 5(5): 23-25.
- Fitz, P. *Dermatología en medicina laboral* 2010; 4(220): 2122-2125.
- Mosher, DB, Fitzpatrick, TB, Hori, Y et ál. *Disorders of pigmentation*. En: Fitzpatrick, TB et ál (ed.). *Dermatology in general medicine*, 4.ª ed. NY: McGraw Hill; 1993; 903-95.
- Vásquez, M, Maldonado, H, Benaman, C, Sánchez, JL. *Melasma in men: a clinical and histologic study*. Int J Dermatol 1988; 27:25-7.
- Van der Steen, P, Happle, R. *Dyschromia en confetti as a side effect of topical immunotherapy with diphenylcyclopropenone*. Arch Dermatol 1992; 128:518-20.
- Drake, LA, Dinehart, SM, Golts, RW et ál. *Guidelines of care for chemical peeling*. J Am Acad Dermatol. 1995; 33:497-503.
- Lim, JTE, Tham, SN. *Glycolic acid peels in the treatment of melasma among Asian women*. Dermatol Surg. 1997; 23:177-9.
- Klein, M. *Amino Fruit acids: the new cosmeceutical*. Cosmetic dermatology 2000: 25-8.
- Murad, H, Shamban, AT, Moy, LS, Moy, RL. *Study shows that acne improves with glycolic acid regimen*. Cosm Dermatol. 1992; 5:32-5.
- Murad, H, Shamban, A, Scott Premo, P. *The use of glycolic acid as a peeling agent*. Dermatol Clin. 1995; 13:285-307.
- Van Scott, EJ, Yu, RJ. *Alpha hydroxy acids: therapeutic potentials*. Can J Dermatol. 1989; 1:2108-12.
- Van Scott, EJ, Yu, RJ. *Alpha hydroxy acids; procedure for use in clinical practice*. Cutis. 1989; 43:222-8.
- Lim, JTE, Tham, SN. *Glycolic acid peels in the treatment of melasma among Asian women*. Dermatol Surg. 1997; 23:177-9.
- Coleman, WP III, Futrell JM. *The glycolic acid trichloroacetic acid peel*. J Dermatol Surg Oncol. 1994; 20:76-80.
- Fitzpatrick, TB, Eisen, AZ, Wolff, K, Freedberg, IN, Austen, KF. *Alteraciones de la pigmentación*. Dermatología en medicina general. 3.º ed. 1998; 930-92.
- San Gil Sorbet, A. *Tratamientos despigmentantes*. 1) Amelan y peeling de Krulig.
- Deprez, P. Fecha de publicación: diciembre de 2001. *Un Nuevo peeling de AHA de liberación retardada y sin neutralizar1*.
- Cabani i Tuset, I. *Versatilidad y múltiples aplicaciones de los peelings químicos*. Fecha de publicación: octubre de 1998.
- Rev. argent. dermatol. v. 88. n. 2. Ciudad Autónoma de Buenos Aires abr/jun 2007 *Hiperpigmentación cutánea*. Rev Argent Dermatol v. 88. n. 2.
- Hiperpigmentación cutánea y homeostasis del hierro: rol de la hepcidina*. Wolf, C.
- Wolff C, Armas R, Frank J y Poblete P. *Mutations of hemochromatosis gene in volunteer blood donors and Chilean porphyria cutanea tarda patients*. Medicina 2006; 66 (5): 421-426.
- Fleming, DJ, Jaques, PF, Tucker, KL, Massaro, JM, D'Agostino, RB, Wilson, PW, Wood, RJ. *Iron status of the free-living, elderly Framingham heart study cohort: an iron-replete population with a high prevalence of elevated iron stores*. Am J Clin Nutr 2001; 73: 638-646.
- Troisier, M. *Diabète sucre*. Bull Soc Anat Paris 1871; 44: 231-235.
- Von Recklinghausen, FD. *Über Haemochromatosis*. Tegeblatt Versammlung Dtsche Naturforscher Arzte Heilgderberg 1889; 62: 324-325.
- Merryweather-Clarke, AT, Pointon, JJ, Shearman, JD, Robson, KJ. *Global prevalence of putative haemochromatosis mutations*. J Med Genet 1997; 34: 275 -278.
- Pietrangelo, A. *Hereditary Hemochromatosis - A new look at an old disease*. N Engl J Med 2004; 350: 2383-2397.
- Bacon, B. *Hemochromatosis: Diagnosis and management*. Gastroenterology 2001; 120: 718-725.
- Gambling, L, Danzeisen, R, Gair, S, Lea, RG, Charania, Z, Solanki, N, Joory, KD, Srai, SK, McArdle, SJ. *Effect of iron deficiency on placental transfer of iron and expression of iron transport proteins in vivo and in vitro*. Biochem J 2001; 356: 883-889.
- Feder, JN, Gnirke, A, Thomas, W, Tsuchihashi, Z, Ruddy, DA, Basava, A et ál. *A novel MHC class-1-like gene is mutated in patients with hereditary haemochromatosis*. Nat Genet 1996; 13: 399-409.
- Park, CH, Valore, EV, Warin, AJ, Ganz, T. *Hepcidin, a urinary antimicrobial peptide synthesised in the liver*. J Biol Chem 2001; 276: 7806-7811.
- Merryweather-Clarke, AT, Cadet, E, Bomford, A, Capron, D, Viprakasit, V, Miller, A et ál. *Digenic inheritance of mutations in HAMP and HFE results in different types of haemochromatosis*. Hum Mol Genet 2003; 12: 2241-2247.
- Nicolas, G, Kahn, A. *Hepcidin, the conductor of iron homeostasis*. Presse Med 2003; 32: 1395-1396.
- Krause, A, Neitz, S, Mägert, HJ, Schultz, A, Forssmann, WG, Schulz-Knappe, P, Aderman, K. *LEAP-1, a novel highly disulfide-bonded human peptide, exhibits antimicrobial activity*. FEBS Letters 2000; 480: 147-150.
- Pigeon, C, Ilyin, G, Courselaud, B, Leroyer, P, Turlin, B, Brissot, P, Loeval, O. *A new mouse liver-specific gene, encoding a protein homologous to human antimicrobial peptide hepcidin, is overexpressed during iron overload*. J Biol Chem 2001; 276: 7811-7819.
- Ganz, T. *Hepcidin, a key regulator of iron metabolism and mediator of anemia of inflammation*. Blood 2003; 102: 783-788.
- Nemeth, E, Valore, EV, Territo, M, Schiller, G, Lichtenstein, A, Ganz T. *Hepcidin, a putative mediator of anemia of inflammation, is a type II acute-phase protein*. Blood 2003; 101: 2461.
- Nicolas, G, Bannoun, M, Devaux, I, Beaumont, C, Grandchamp, B, Kahn, A, Vaulont S. *Lack of hepcidin gene expression and severe tissue iron overload in upstream stimulatory factor 2 (USF2) knockout mice*. Proc Natl Acad Sci USA 2001; 98: 8780-8785.
- Frazer, DM, Anderson, GJ. *The orchestration of body iron intake: how and where do enterocytes receive their cues?* Blood Cells Mol Dis 2003; 30: 288- 297.
- Gehrke, SG, Kulaksiz, H, Herrmann, T, Riedel, HD, Bents, K, Veltkamp, C, Stremmel, W. *Expression of hepcidin in hereditary hemochromatosis: evidence for a regulation in response to the serum transferrin saturation and to nontransferrin-bound iron*. Blood 2003; 102: 371-376.
- Nemeth, E, Valore, EV, Territo, M, Schiller, G, Lichtenstein, A, Ganz, T. *Hepcidin, a putative mediator of anemia of inflammation, is a type II acute-phase protein*. Blood. 2003; 101: 2461-2463.
- Dallaglio, G, Fleury, T, Means, RT. *Serum hepcidin in clinical specimens*. Br J Haematol 2003; 122: 996-1000.
- Roy, CN, Custodio, AO, de Graaf, J, Schneider, S, Akpan, I et ál. *An Hfe-dependent pathway mediates hyposideremia in response to lipopolysaccharide-induced inflammation in mice*. Nat Genet 2004; 36: 481-485.
- Weinstein, DA, Roy, CN, Fleming, MD, Loda, MF, Wolfsdorf, JI, Andrews, NC. *Inappropriate expression of hepcidin is associated with iron refractory anemia: implications for the anemia of chronic disease*. Blood 2002; 100: 3776-3778.
- Del Castillo Rueda, A, López-Herce Cid, JA y De Portugal Álvarez, J. *Hemochromatosis hereditaria. Diagnóstico clínico: manifestaciones precoces, procesos relacionados y formas atípicas*. An Med Interna (Madrid) 2002; 19: 251-256.
- Bomford, A. *Genetics of haemochromatosis*. Lancet 2002; 360: 1673-1681.
- Roetto, A, Papanikolaou, G, Politou, M, Alberti, F, Girelli, D, Christakis, J, Loukopoulos, D, Camaschella, C. *Mutant antimicrobial peptide hepcidin is associated with severe juvenile hemochromatosis*. Nat Genet 2003; 33: 21-22.
- Lanzara, C, Roetto, A, Daraio, F, Rivard, S, Ficarella, R, Simard, H, Cox, TM et al. *Spectrum of hemojuvelin gene mutations in 1q-linked juvenile hemochromatosis*. Blood 2004; 103: 4317- 4320.
- Papanikolaou, G, Samuels, ME, Ludwig, EH, MacDonald, ML, Franchini, PL et al. *Mutations in HFE2 cause iron overload in chromosome 1q-linked juvenile hemochromatosis*. Nat Genet 2004; 36: 77-82.
- Ollague, W. *Manual de dermatología y venereología*. 6ª edición, 1984.
- Noblecilla, G. *Enfermedad de Addison*. Dermatología, abril 1993.
- Acavedo, M, Merino, C, Calero, H. *Incontinencia pigmenti asociada a atresia anal*. Dermatología 1996; 5(1).
- Acquired bilateral nevus de Ota-like maculas*. Dermatology Online Journal 11 (4:1).
- Ackerman, AB. *A Clinical atlas of 101 common skin diseases*. 1ª, 2000.
- Páez Loaiza, R. *Vitiligo: Estudio epidemiológico, clínico, histopatológico y ensayo terapéutico*. Tema de tesis. Disp. IESS. Guayaquil-Ecuador, 1990.
- Ali Karaman MD1, Cihangir Aliagaoglu, MD2. *Waardenburg syndrome type 1* Dermatology Online Journal 12 (3): 21 Arias, Mota M. *Apparent non penetrance for dystopia in Waardenburg Syndrome type 1 with some hints on the diagnosis of dystopia canthorum*. J. genet hum 1978; 26:103-131.
- Spritz, RA. *Molecular basis of human piebaldism*. J invest dermatology 1994;103(5):1375.
- Ackerman, AB. *Histology diagnosis of inflammatory skin diseases*. Second edition. Hagerstown: Williams y Wilkins; 1997.
- Zvilunov, A. *Púrpura de Schamberg en un niño*. Dermatology Online Journal 5 (1): 2.
- Wong, WK, Ratman, RV. *A report of two cases of pigmented purpuric dermatitis treated with PUVA therapy*. Acta Derm venerea 1991; 71:68-70.
- Iglesias, DL. *Tratado de dermatología*. 2ª ed. Madrid: Interamericana; 2004.



VISCODERM 1,6 %

Ácido Hialurónico

Un nuevo concepto en bio revitalización cutánea.



Bajo licencia de Gelfipharma International S.R.L.

Bagó
Ética al servicio de la salud

Congreso Mundial de Medicina Estética de Sudáfrica

En la pujante Ciudad del Cabo, en la sorprendente Sudáfrica y, durante cuatro días del mes de febrero pasado, se desarrolló el 19º Congreso Mundial de Medicina Estética organizado por la Aesthetic and Anti-Aging Society of South Africa y con el soporte de la Union Internationale de Médecine Esthétique.

El congreso contó con la asistencia de más de 500 médicos provenientes de los 5 continentes y con una impactante exposición comercial con más de 70 stands.

La organización del evento estuvo a cargo de la presidente de AAMSSA, la Dra. Riekie Smit.



La Dra. Olga Panova de Rusia, nuevo presidente UIME 2013/2015, con el Prof. Dr. Raúl Pinto durante las sesiones científicas del 19th World Congress of Aesthetic Medicine.

Dermoplástica®

Tratamiento
avalado por
protocolo
médico

Fabricación de equipos de uso médico para
Cirugía Plástica, Dermatológica y Estética.

Producción nacional

CelluNature
3W.x

Dermadeep
Plus

FleboNature

UltraNature

DermaUltraNature
100W

Distribuidores exclusivos

IPL

Hydrofor

EUFOTON
MEDICALASERS

Antera 3D™

Más información en

www.dermoplastica.com.ar

+5411 4823-6766

 /DermoplasticaArgentina



BB Cream



Kit Extra Blanqueador



Kit 5 Ala



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

ENVÍOS A TODO EL PAÍS

www.farmacaviip.com
marketing@farmaciaviip.com



Vitamina C Complex



Face Relax CC



Línea Lactobiónico + Stem Cell



DERMOTHERAP



NUEVAS TECNOLOGÍAS EN ESTÉTICA

BTL en Argentina



ONDAS de
CHOQUE

EXILIS
La radiofrecuencia
INTELIGENTE



Avda. Elcano 3030, C1426EJO CABA, República Argentina
Te. (54-11) 4556-1570 / (54-11) 4553-1962
www.dermotherap.com

ABIERTA LA
INSCRIPCIÓN
2013



INSTITUTO
PINTO

Excelencia Educativa
en Medicina Estética

Escuela Oficial UIME
Universidad Argentina John F. Kennedy

INSTITUTO PINTO | FORMAMOS LÍDERES EN MEDICINA ESTÉTICA

Diplomatura Universitaria e Internacional de Medicina Estética y Anti-Aging UIME / UK



8 al 26 de abril de 2013

Director del Curso: Prof. Dr. Raúl Pinto

Condiciones generales Curso SOARME 2013:

Dirigido a: Médicos.

Iniciación: 8 de abril de 2013.

Finalización: 12 de abril de 2013.

Horario: 09:00 a 19:00 horas.

Sede: Sociedad Argentina de Medicina Estética

Certificados: Diploma de la Sociedad Argentina de
Medicina Estética.

Condiciones generales Curso PASAM 2013:

Dirigido a: Médicos.

Iniciación: 15 de abril de 2013.

Finalización: 19 de abril de 2013.

Horario: 09:00 a 19:00 horas.

Sede: Sociedad Argentina de Medicina Estética

Certificados: Certificado de Acreditación Panamericana
en Medicina Estética PASAM

Condiciones generales Curso AAAMISO 2013:

Dirigido a: Médicos.

Iniciación: 22 de abril de 2013.

Finalización: 26 de abril de 2013.

Horario: 09:00 a 19:00 horas.

Sede: Sociedad Argentina de Medicina Estética

Certificados: Certificado de Acreditación Internacional
en Medicina Anti-Aging AAAMISO. Si ha aprobado los
cursos SOARME y PASAM, recibe el Diploma
Internacional de Medicina Anti-Aging UIME.

Curso de Formación en Medicina Antienvejecimiento para Médicos Residentes en Argentina



Marzo a diciembre de 2013 - Un viernes al mes

Director del Curso: Prof. Dra. Patricia Frisari

Director Académico: Prof. Dr. Raúl Pinto

Condiciones generales:

Dirigido a: Médicos.

Iniciación: 21 de marzo de 2013.

Finalización: 5 de diciembre de 2013.

Día: Jueves.

Horario: 09:30 a 18:00 horas.

Sede: Sociedad Argentina de Medicina Estética

Certificados: Diploma del Curso en Medicina
Antienvejecimiento otorgado por la Sociedad Argentina
de Medicina Estética.

Curso de Formación en Medicina Estética Facial y Corporal para Médicos Residentes en Argentina



Marzo a diciembre de 2013 - Un viernes al mes

Director del Curso: Prof. Dra. Patricia Frisari

Director Académico: Prof. Dr. Raúl Pinto

Condiciones generales:

Dirigido a: Médicos.

Iniciación: 22 de marzo 2013.

Finalización: 6 de diciembre 2013.

Día: Viernes.

Horario: 09:30 a 18:00 horas.

Sede: Sociedad Argentina de Medicina Estética.

Certificados: Diploma del Curso de Formación en
Medicina Estética Facial y corporal otorgado por la
Sociedad Argentina de Medicina Estética.

Curso de Especialización en Medicina Estética y Anti-Aging de la U. Argentina John F. Kennedy



Teóricos: A distancia

Prácticas presenciales: 29 de abril al 3 de mayo de 2013

Director del Curso: Prof. Dr. Raúl Pinto

Condiciones generales:

Dirigido a: Médicos que hayan aprobado el Diplomado
Universitario e Internacional en Medicina Estética y
Anti-Aging UK y UIME.

Clases prácticas: 29 de abril al 3 de mayo de 2013

Horario de prácticas: 9:00 a 19:00 horas

Sede de prácticas: Instituto Pinto

Clases teóricas: a distancia

Certificado: del curso de Especialización Universitaria en
Medicina Estética y Anti-Aging de la Universidad
Argentina John F. Kennedy y del Instituto Pinto.



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 UIIME
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

Reseña de la Tecnología HIFU

En el año 1980 fue desarrollado el primer Litotriptor, un equipo que emitía ultrasonido de alta potencia enfocado para el tratamiento de cálculos renales o de vías urinarias. En el año 1989, en Lyon (Francia), el Dr. Eduard Herriot desarrolló el primer equipo HIFU para tratar cáncer de próstata. La onda de choque o impacto producida, sumada a un aumento de temperatura que llegaba a los 100° C, destruía el carcinoma sin afectar ninguna de las células adyacentes, todo esto realizado en forma extracorpórea siendo este también un tratamiento ambulatorio.

Estos equipos llamados de *emisión HIFU, High Intensity Focused Ultrasound o Ultrasonido Enfocado de Alta Potencia* tienen la virtud de actuar sobre la patología específica, como los cánceres de próstata, riñón, hígado, páncreas y mamas, o tratamientos en el cerebro.

Los primeros que utilizaron el Ultrasonido HIFU en Europa para medicina estética fueron los franceses, en el año 2002. En el año 2008, en EE.UU. comenzaron la fabricación de un equipo de emisión HIFU para producir un efecto tensor en la cara.

SCORPION en el año 2009 lanzó un equipo tanto para tratamiento estético corporal como para producir efecto tensor con Sistema HIFU llamado *Vibración Biomolecular*.

Degradación de la piel

Las **proteínas de choque térmico** (HSP, *Heat Shock Proteins*), son un conjunto de proteínas producidas por las células cuando se encuentran en un medio ambiente que le provoca estrés como el frío, el calor, etc. Un incremento de alrededor de 5° C a la temperatura normal de la célula desata la rápida síntesis de HSP.

Las HSP son moléculas compuestas por aminoácidos enlazados que se pliegan para formar una estructura tridimensional llamada *conformación terciaria*; de esta manera pueden mantener su actividad biológica.

Si esta conformación es sometida a una fuerza de tensión, la estructura plegada pierde su conformación plegada, las hebras polipeptídicas se ponen en paralelo y se mantienen unidas por los aminoácidos apolares exclusivos de estas fibras. Cuando la fuerza de tensión cede, la molécula vuelve a su conformación inicial, o sea, a su estructura terciaria. Pero si el estrés persiste, genera cambios en la conformación terciaria de las proteínas, desplegándolas, exponiendo al agua a sus aminoácidos hidrofóbicos y causando la pérdida de su función. Este proceso se denomina "desnaturalización de la proteína".

La desnaturalización de la proteína produce la pérdida de las estructuras de orden superior (secundaria, terciaria y cuaternaria), y queda la cadena polipeptídica reducida a un polímero estadístico sin ninguna estructura tridimensional fija (estructura primaria).

Regeneración tisular y reestructuración proteica

Aplicación de Ultrasonido HIFU

El ultrasonido HIFU es una tecnología que emite una vibración mecánica que a través de choques moleculares genera calor. Tiene la capacidad de producir temperaturas internas de hasta 60° C identificables cuando la temperatura de la piel llega a los 40° C aproximadamente generando así la energía de activación que produce la reestructuración proteica que genera la retracción y remodelación del tejido conjuntivo.

Con el Sistema HIFU se encontró que el fenómeno de desnaturalización es reversible y es posible reestructurar las proteínas de manera selectiva poniendo en resonancia exclusivamente a los tejidos a tratar, sin producir riesgos a tejidos adyacentes ni quemaduras en la piel.

Las HSP o proteínas de choque térmico, ayudan a la célula con las proteínas desnaturalizadas, ya sea uniéndose a ellas para evitar su agregación, marcándolas para luego degradarlas, o manteniéndolas desplegadas en un estado competente, para que una vez terminado el estrés puedan volver a plegarse y recuperar su conformación tridimensional y su función normal. Podemos decir entonces que el efecto de reestructuración de la proteína se produce en forma inmediata en la elastina y en el colágeno existente, y también como un efecto secundario se estimulará a los fibroblastos para que sintetizen nuevas proteínas pudiendo visualizar mejoras en los días sucesivos a la aplicación.

Otra consecuencia de la acción de la emisión de energía que produce un efecto

térmico controlado es la retracción del tejido, seguida por una respuesta inflamatoria y una migración de fibroblastos. Eso se nota cuando la aplicación en la cara genera que los pómulos aumenten.

La aplicación de Ultrasonido HIFU genera en forma inmediata vasodilatación de la zona con hiperemia y aumento del flujo sanguíneo, con la consiguiente regeneración tisular, incremento de la proteína de choque térmico, incremento del metabolismo local, con estimulación de las funciones celulares, remodelación de la arquitectura de la zona tratada y reestructuración proteica.

Al producirse la estimulación del fibroblasto, se genera en forma mediata: aumento de colágeno, de elastina, de reticulina y de la matriz extracelular: ácido hialurónico y remodelación de la arquitectura de la zona tratada.

Lipólisis

El equipo de Ultrasonido HIFU emite a 3 Mhz y en alta potencia, lo cual permite llegar a una profundidad de hasta 30 mm. De acuerdo a la configuración elegida, la emisión actúa a mayor o menor profundidad desde la piel hasta el tejido adiposo. Al tipo de emisión con Sistema HIFU en alta potencia en función lipolítica se la denomina **"energía de impacto"** porque produce 30.000 impactos sobre los adipocitos, fragmentando la membrana celular. Una vez rotos los adipocitos, el glicerol es eliminado por diversos mecanismos.

En términos generales, con la aplicación de Ultrasonido HIFU se podrán obtener los siguientes resultados: Destrucción de los adipocitos y de la fibrosis (celulitis), reestructuración proteica, disminución de la flaccidez y eliminación de la piel de naranja.

Destrucción de la Fibrosis

Rompe la fibrosis con una onda de impacto de baja frecuencia. Esta emisión hace entrar en resonancia a la lesión, produciendo la fragmentación de la fibrosis de una manera natural, e impidiendo además que se vuelva a presentar ya que preserva todo el tejido conjuntivo sin causar sangrado ni rompimiento de venas, músculos, vasos u otra estructura adyacente.

Lifting Facial y Flaccidez Corporal

Con el Ultrasonido HIFU, la temperatura asciende a determinados rangos y se desencadena la activación de una cascada de mediadores biológicos que producen la estimulación del fibroblasto y la reestructuración proteica. Esto produce un aumento de la vascularización de la piel, una remodelación de la arquitectura de la zona tratada, un aumento de la producción del colágeno y otros componentes fibrilares que el fibroblasto produce, tales como las fibras de elastina y la reticulina, dando como resultado un aumento de la turgencia de la piel por aumento de la matriz extracelular. Lo sorprendente de esta revolucionaria técnica es el efecto inmediato de la remodelación arquitectónica del contorno facial, especialmente por la desaparición de la papada, sin provocar acartonamiento de la piel.

Celulitis

Por efecto de la cavitación y la onda de impacto rompe la fibrosis y, por elevación de temperatura afecta a la red vascular, produciendo dilatación que mejora la circulación y actúa sobre los fibroblastos, lo que mejora el colágeno y la elastina y remodela la zona.

Mejorar la circulación sanguínea que se produce por dilatación e hiperemia facilita el drenaje linfático. Por otro lado, al romper la fibrosis, mejora la piel de naranja y se liberan los vasos sanguíneos, con lo que se consigue una mejor circulación.

El Equipo

Posee 9 programas que permiten todo tipo de tratamientos corporales y faciales. Cabezales anatómicos, uno facial y uno corporal. Energía ultrasónica que no produce daños al tejido circundante. Un haz vibratorio convergente enfocado de alta potencia. Sistema HIFU.

SCORPION



¡BIENVENIDO A LO ULTIMO EN TECNOLOGIA!. BIENVENIDO A NOTO.



2 AÑOS DE GARANTÍA
+CAPACITACIÓN

N 1108. DOBLE COMANDO. UNICO
CON 2 APLICACIONES AL MISMO TIEMPO.
8 Canales, 16 Electrodo. 0. Rusas, Cuadradas y TENS. 50 Programas.

CAV 47. MAS SEGURO, MAS EFICAZ.
Ultracavitador de doble pastilla. Frecuencia de 38 khz.
45 watt Reales.

TRIMAX. N° 1 EN RADIOFRECUENCIA
RF Resistiva. Facial y Corporal. 90 watt. 3 Campos Cruzados.



UNICO CON 3 EMISORES
Y SENSORES DE TEMPERATURA.

NOTO. Innovación constante también al momento de pagar.

Ingrese en www.gruponoto.com, consulte los medios y promociones disponibles de su banco y descubra lo fácil que es llegar a su nuevo equipo Noto. Formas de pago disponibles en todos nuestros representantes.

SOLICITE ASESORAMIENTO PERSONALIZADO Y DEMOSTRACIÓN AL:

4712-9600 / 7797. info@gruponoto.com / www.gruponoto.com

NOTO

TECNOLOGIA PARA CONFIAR

Sheer Skin®

CIENCIA QUE CREA BELLEZA

SHEER SKIN ofrece a profesionales de la estética,
cosméticos de alta gama con activos de última generación.
CIENCIA QUE CREA BELLEZA nuestra filosofía.



Tel.: +5411 4383-0222 info@sheerskincosmeticos.com www.sheerskincosmeticos.com

La crio-radiofrecuencia de Body Health

Dra. Patricia Garino

Cuando hablamos de radiofrecuencia, nos referimos a una *termólisis selectiva*.

Es un procedimiento médico aplicado en tratamientos faciales para mejorar las líneas de expresión facial, bolsas de ojos o arrugas y en tratamientos corporales de reafirmación general, lipoescultura y anticelulíticos.

Tras la aplicación de radiofrecuencia, las ondas de energía generadas inducen una oscilación a nivel molecular, desplazando las partículas con carga y originando movimientos rotacionales a nivel de las moléculas de agua que se calientan. Las moléculas calientes de agua disipan su energía a los tejidos circundantes dependiendo de la conductividad térmica de estos.

Al calentarse los tejidos, se produce una activación de la microcirculación regional y se favorece el drenaje del edema y de las toxinas acumuladas. Esta lesión térmica controlada conduce a una retracción del tejido seguida de una respuesta inflamatoria, acompañada de migración fibroblástica en el área. La infiltración de fibroblastos como respuesta al estímulo calórico genera un reforzamiento de la estructura del tejido celular subcutáneo. El depósito de tejido conjuntivo provoca una matriz, a este proceso lo denominamos **neocolagenogénesis**.

La **neocolagenogénesis** se produce como consecuencia de la inducción de la liberación de las Proteínas de Choque Térmico (HSP). Las HSP están siempre presentes en las células, pero su presencia aumenta en situaciones de estrés, como el incremento o la disminución de la temperatura, entre otras. Por ejemplo, un incremento de 5° C desencadena un aumento de la síntesis de estas proteínas, que llegan a ser el 20% del total de las proteínas ce-



lulares. Por lo tanto, decimos que las HSP que se sintetizan frente a ciertas situaciones de estrés dan lugar al comienzo de la reparación tisular. Puntualmente, con la **radiofrecuencia** se induce la formación de HSP-47, proteína que tiene la capacidad de identificar la triple hélice del colágeno, llevando a un acotamiento de las fibras.

Además, el trauma o shock térmico a nivel de los adipocitos puede provocar la liberación de triglicéridos desde la célula grasa. Estos triglicéridos se rompen en ácidos grasos libres.

Con el fin de generar todos los efectos antes nombrados, hay algunas variables del resultado final del tratamiento como la energía (conductividad) utilizada, la frecuencia de la electricidad y el tipo de tejido donde se aplica. Así, la profundidad de penetración de la radiofrecuencia depende, en parte, de la frecuencia de la onda, de forma que a mayor frecuencia menor penetración, y los efectos logrados serán más superficiales.

¿Por qué es mejor la CRIO RF?

A mi entender, con la temperatura ocurre otra variable: si se enfría la piel del paciente, la penetración es mayor, y además hay menos daño superficial. Por el contrario, si se calienta la piel del paciente, la penetración es menor y ocurre mayor daño superficial. Por lo cual, yo utilizo en mi centro un equipo de radiofrecuencia llamado *crio-radiofrecuencia*.

La superficie del cabezal o aplicador en contacto con la piel del paciente es enfriada a menos 10 grados desde el cabezal a la dermis. Esto nos ofrece dos ventajas: en primer lugar, se logra seguridad total en el procedimiento frente al paciente, ya que se evitan quemaduras y molestias, por el hecho de que lo que contacta con la piel es una superficie fría del cabezal. En segundo lugar, además de ser mejor tolerado por el paciente, a los que realizamos este procedimiento nos permite hacerlo con mucha más tranquilidad, debido a que la superficie del cabezal o aplicador en contacto con la piel del paciente es enfriada a menos 10 grados desde el cabezal a la dermis.

El agregado de frío en el cabezal de aplicación permite realizar el procedimiento de radiofrecuencia con una temperatura alta, sin riesgos y es perfectamente tolerado por los pacientes. Y finalmente, al aplicar -10 grados desde la superficie y el incremento de temperatura desde el interior, se genera un *shock* térmico por el choque de ambas temperaturas, y se da como resultado un *lifting* realmente visible desde la primera sesión, que además es duradero en el tiempo. Por ello, creo que la CRIO RF es hoy la última y mejor tecnología disponible.

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 • ARÁÑITAS • VENITAS • ROSACEA.

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

WATERPROOF

FILTRO SOLAR

DESCUENTO A PROFESIONALES

Pulva Fijador • Corrector Stick • Magic Legs • Magic Face • Corrector



Paleta con
6 tonos Coverskin
+ Pulva Fijador



La mejor combinación
entre corrector y maquillaje.

covermark srl www.coverskin.com.ar

¿Piernas cansadas?

Insuficiencia venosa

Se calcula que un tercio de la población adulta padece de esta enfermedad que se manifiesta por várices, edemas, manchas en la piel, calambres nocturnos, prurito, piernas inquietas y grandes molestias en las extremidades.

La sensación de hinchazón, pesadez, prurito e incluso dolor en las piernas es el síntoma habitual del síndrome que altera la calidad de vida de las personas. Si existe una alteración, el retorno de sangre pobre en oxígeno al corazón a través de las venas se hace evidente cuando la circulación se enlentece.

La función de retorno alterada hace que la sangre se estanque en las venas y que sus paredes se dilaten. Esto trae alteraciones funcionales importantes que van agravándose con el paso del tiempo, llevando al paciente a la insuficiencia venosa crónica.

La dolencia afecta principalmente a mayores de 45 años y la relación es 4/1, cada 4 mujeres afectadas, 1 hombre llega a padecer Insuficiencia vascular periférica. **Es una de las causas más importantes de ausencia laboral y si no se trata puede conducir a la incapacidad física.**

Si duelen las piernas, los tobillos se hinchan (edema) especialmente en las noches, hay calambres y pesadez en las extremidades inferiores con sensación de hormigueo, podemos afirmar que las varices están dando sus primeros síntomas.

Las varices no son otra cosa que la dilatación del sistema venoso superficial (cuando es visible), y el sistema profundo, en donde las paredes de las venas se han vuelto tortuosas y ha habido ruptura de sus válvulas.

Suelen aparecer las varices como "arañitas" muy visibles que obligan a la consulta médica. Al existir una ruptura de las válvulas venosas en las venas profundas, el flujo ascendente normal circulatorio se afecta. La sangre regresa produciéndose un reflujo que por acción de la gravedad va dirigido a venas superficiales "dilatándolas". El resultado es alteración de la circulación.

Las varices que no reciben el adecuado tratamiento son las que forman la

"úlceras varicosas". La ruptura de la vena es llamada "varicorragia".

Cuando la vena forma coágulos en la sangre, puede producir tromboflebitis. Esta complicación se puede prevenir, pero sin tratamiento puede llevar a la muerte del paciente. Además, este trastorno circulatorio produce cambios tróficos en la piel. Las úlceras varicosas pueden tener complicaciones: el individuo puede presentar procesos infecciosos graves que determinarán su internación para seguimiento clínico y muchas veces quirúrgico.

En conclusión, es una enfermedad en donde la medicina preventiva es importante, teniendo en cuenta que se conocen los factores que pueden determinarla. Realizar masajes ascendentes, iniciando desde los dedos y planta del pie, dos veces por semana con una emulsión adecuada que contenga activos que mejoren la circulación es una forma de comenzar a prevenir y mejorar. Cuidar nuestra salud también es cuidar nuestras piernas, ellas son el apoyo del cuerpo. No dude y consulte con su especialista.

Dra. Lilian Gómez Delia.

www.liliangdelia.com

Lotion Anti Stress for Legs by Sheer Skin®

Emulsión para piernas cansadas con mentol, castaño de Indias, vitamina E y alcanfor.

Se trata de una exquisita fórmula con activos pensados en el bienestar de las piernas, que otorga: frescura, estimulación de la circulación y acción reafirmante en tratamientos con vendas frías.

Hidrata y recupera la elasticidad de la piel aliviando rápidamente la pesadez de las piernas. Indicado para quienes están mucho tiempo de pie, en una sola posición, embarazadas o tercera edad.

www.sheerskincosmetics.com



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



Distribuidor exclusivo

Neutec es distribuidor exclusivo de la marca Indib-Ar, modelo Silhouette, el único equipo capacitivo y resistivo fabricado en Argentina. Tiene la mejor tecnología europea 100% fabricada en la Argentina, digital y de mayor potencia del mercado. Además, fue ganador del premio Ideas Emprendedoras de la Secretaría Pyme 2012.

Tratamientos faciales:

Orbicular de ojos, patas de gallo, párpados caídos, bolsas y ojeras, surco naso geniano, doble mentón, labios, líneas de expresión, antiaging, cuello.

Tratamientos corporales:

Celulitis en todas sus formas, adiposidad localizada, modelado, reafirmación, senos, escote, glúteos, brazo, entrepierna, caderas, postparto, estrías.

Medicina estética:

Mesoterapia virtual, preparación lifting quirúrgico, capsulitis por implantes mamarios, postcirugía de mamas, edema por mastectomía, pre y postliposucción, pre y postreducción abdominal, drenaje linfático, grasa visceral.

Medicina - Estética y Rehabilitación

Av. Cabildo 3449, 10 B - (C1429AAR), CABA - Argentina - Tel.: 54 (11) 4702-8637 - www.neutec.com.ar - info@neutec.com.ar



Cuidados para la piel del hombre

La piel del hombre se caracteriza por contener gran cantidad de colágeno y poseer glándulas sebáceas muy activas, que al prolongar su acción a través de los años retarda la aparición de arrugas. Ellos prefieren utilizar productos simples, de resultados eficientes y que no se noten. Así la aplicación de productos en el postafeitado constituye un momento ideal para refrescar, cicatrizar y descongestionar así como también para generar bienestar, hidratar y mantener la piel joven.

Células madre, cuidado fundamental para la piel

Como solo se encuentra un pequeño porcentaje de ellas (2% al 7%) en la capa basal, poseen una expectativa de vida limitada y son fácilmente afectadas por factores ambientales, es necesario revitalizarlas y nutrirlas.

Si bien ya era conocida la función de las **células madre epidérmicas** en la capa basal para regenerar la epidermis, en los últimos años han cobrado gran importancia las **células madre dérmicas**. Hay un **innovador tratamiento de uso masculino** que une *stem cells* de argan (primer activo cosmético de acción sobre la dermis) y *stem cells* de uvas (poderoso antioxidante, blanqueador y regenerador celular por excelencia) en un



complejo liposomado de células madre, capaces de regenerar tanto la epidermis como la dermis. La sinergia de ambos activos constituye un gran aporte al cuidado de la piel del hombre ya que genera una revitalización de células madre del tejido epitelial, retarda la senescencia de las células esenciales y las protege frente al daño de la radiación UV. El

complemento brindado por el **ácido hialurónico y la coenzima Q10** aumenta la firmeza y densidad de la piel, con la consecuente reducción de arrugas finas. El agregado de **Bodyfensine** permite un aumento en las defensas naturales de la piel, y el **Sepicalm S** alivia la irritación provocada por el rasurado con efecto refrescante.

• **Crema Regeneradora:** Su uso diario ayuda a combatir eficazmente el envejecimiento • **Bálsamo Reparador:** Se aplica luego del afeitado para desinflamar y refrescar la piel • **Contorno de Ojos:** El uso del *roll-on* mejora las arruguillas del área peri-orbital.

Dra. María Cristina Uezen - Farmacéutica - mcuezen@yahoo.com.ar

Máxima eficacia en modelación corporal

Ultracavitación, sistema para modelar y esculpir el cuerpo

También llamada "liposucción sin cirugía", la ultracavitación es una novedosa técnica de modelación corporal. A una frecuencia de 38 khz y a una potencia de 45 watts, el CAV 47 permite trabajar los distintos tipos de adiposidad tales

como fibrosas, compactas, edematosas y laxas; es la mejor opción para combatir la celulitis y las adiposidades localizadas asegurando tratamientos cortos, indoloros, con resultados duraderos y visibles desde las primeras sesiones.



N 1108 PROGRESSIVE ¡DOBLE COMANDO!

Este equipo es el más avanzado de la línea de equipos para electroestimulación estética y fisioterapéutica de **Noto**. Posee la versatilidad de trabajar en forma conjunta sus 8 salidas o programar el equipo para 4 salidas con un tipo de programa y las otras 4 con otro programa, al mismo tiempo. Esta función, única en este tipo de equipos, permite trabajar diferentes zonas del

cuerpo atendiendo la necesidad de la terapia a aplicar en cada zona corporal.

Sus 8 canales operan en forma independiente o conjunta, con un transformador de aislamiento independiente por canal y 50 programas especialmente desarrollados utilizando ondas rusas, cuadradas y T.E.N.S. con arranque y finalización en rampa.



La nueva terapia del frío para la adiposidad localizada

Estudios científicos recientes han demostrado que la acción de la tecnología "Intense Freeze" es la mejor para poder eliminar la grasa localizada en zonas como abdomen, glúteos y flancos. En Starbene, introducimos esta terapia con Lipocell Crio como una novedad en el ámbito de la estética.

Lipocell Crio opera a través de un vacuum modelador y del congelamiento de la grasa mediante un conjunto de placas que permiten alcanzar temperaturas inferiores a los cero grados centígrados (-5°C).

La terapia se divide en 5 minutos preliminares de calor, para relajar y aumentar la circulación sanguínea local, y luego someter el pliegue a enfriamiento a menos de -5°C por un tiempo no menor a 40 minutos. La duración en cada área a tratar es de 45 minutos.

Para realizar el tratamiento, se coloca un parche anticongelante entre la campana del mango del Lipocell Crio y la zona a tratar del paciente; este va a proteger la piel y evitar la cristalización de la zona.

Cuando las células adiposas son sometidas a temperaturas inferiores a los -5°C , el agua que está en el interior de ellas y en las zonas periféricas (líquido extracelular) se congela y contribuye a que se active el mecanismo de apoptosis, conocido como "muerte celular programada". Debido a que las células están compuestas por agua, que es el medio necesario para que se produzcan las reacciones químicas, cuando se produce congelación de estas, se detiene el metabolismo celular.

Los resultados que se obtienen son la disminución del contorno corporal y



LipoCell**CRIO**

del pliegue del tejido graso tratado. El porcentaje de disminución del pliegue entre sesión y sesión es de un 20%. Incluso, se ha detectado que en algunos pacientes se puede lograr hasta un 35% o 40% de disminución.

Los pacientes pueden comenzar a ver los cambios tres semanas después del tratamiento y comprobarán los resultados más contundentes después de dos meses. Sin embargo, el cuerpo seguirá eliminando las células grasas por un período de hasta cuatro meses.

El Intense Freeze se considera seguro y eficaz para la mayoría de los pacientes que buscan la

eliminación de grasa de áreas específicas como en abdomen alto, abdomen bajo, flancos, zona ginoidea y glúteos. Ya que esta tecnología no produce pérdida de peso, los pacientes deben presentar solo adiposidades localizadas.

No es recomendable en casos de pacientes que superen el sobrepeso estético de los 10/12 kg. Siempre es recomendable realizar la anamnesis del paciente previamente a la aplicación de cualquier aparatología.

También es importante destacar que este tratamiento se puede complementar con la aplicación de radiofrecuencia, electroestimulación, electroporación y terapias de drenajes.



TEXEL
EQUIPOS ELECTROMEDICOS

DESDE
1980



SONOMAX es un Ultrasonido bifrecuencial de alta potencia con dos modos de emisión (continua - pulsada). Cuenta con pantalla color retroiluminada sensible al Tacto. Cabezal resistente al agua.

multionda
12 CANALES



MULTIONDA es un equipo generador de Múltiples Ondas, ONDAS RUSAS, INTERFERENCIALES, DIADINÁMICAS. Incorporamos amplios programas pre-establecidos para cada necesidad.

Cuenta con pantalla color retroiluminada sensible al Tacto.

ESPECIALISTAS EN ESTÉTICA, KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA

www.texel.com.ar

 facebook.com/texel.srl

Pichincha 54 Bis (ex. Riccheri 52 bis) S2002LOB - Rosario - Santa Fe - Argentina - Tel/Fax 54 341 439 7575 y rotat.

Día Mundial de la Medicina Estética

En la última reunión de Presidentes UIME en Ciudad del Cabo, Sudáfrica, se aprobó la propuesta del Dr. Raúl Pinto de crear el Día Mundial de la Medicina Estética. Se fijó el 6 de septiembre en homenaje a la fecha de nacimiento del francés Dr. Jean-Jaques Legrand, creador del concepto y padre de la medicina estética. Ese día y en todo el mundo, se festejará a través de la prensa y se harán públicas las diversas actividades relacionadas con técnicas, procedimientos, eventos, congresos, educación, novedades, etc.



El Dr. Jean-Jaques Legrand junto al Prof. Dr. Raúl Pinto.

Calendario Científico

2013

5 al 7 de abril

Argentina

23.º Congreso Argentino de Medicina Estética
Buenos Aires

10 al 12 de mayo

Italia

34.º Congreso Italiano de Medicina Estética
Roma

27 y 28 de septiembre

Francia

34.º Congreso Francés de Medicina Estética
París

20 al 22 de octubre

Colombia

10.º Congreso Panamericano de Medicina Estética
Cartagena

25 y 26 de octubre

Canadá

Congreso Canadiense de Medicina Estética
Toronto

15 y 16 de noviembre

Suiza

Congreso Suizo de Medicina Estética
Lausanne

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

RESTYLANE, RENOVANDO LA BELLEZA NATURAL

Restylane®

Galderma da la bienvenida a **Q-Med**
y su familia de productos **Restylane**.

Restylane Fillers se suma al más completo portfolio
de estética del mundo, diversificando la oferta
de rellenos en conjunto con **Emervel**.

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

Emervel.


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

metvix
multi-antioxidante

Q-MED 
a Galderma Division