

Medicina Estética y Anti-Aging

SOARME

News

Órgano Oficial de la
Sociedad Argentina de Medicina Estética

AÑO 2 - Nº 5 - AGOSTO 2013

Lipomodelación 0 invasiva: Método I-Lipo

Prof. Dr. Raúl Pinto
Dr. Ricardo Hoogstra

Nueva generación de detergentes para el tratamiento no quirúrgico de la grasa localizada

Dres. Tejero P., Insúa E., Aguilar G.,
Cerrud L., Peters B., Sunkel V.

Nuevas técnicas mínimamente invasivas para rejuvenecer el cuello

Dres. Gálvez Ruiz R., Vorobieva X.

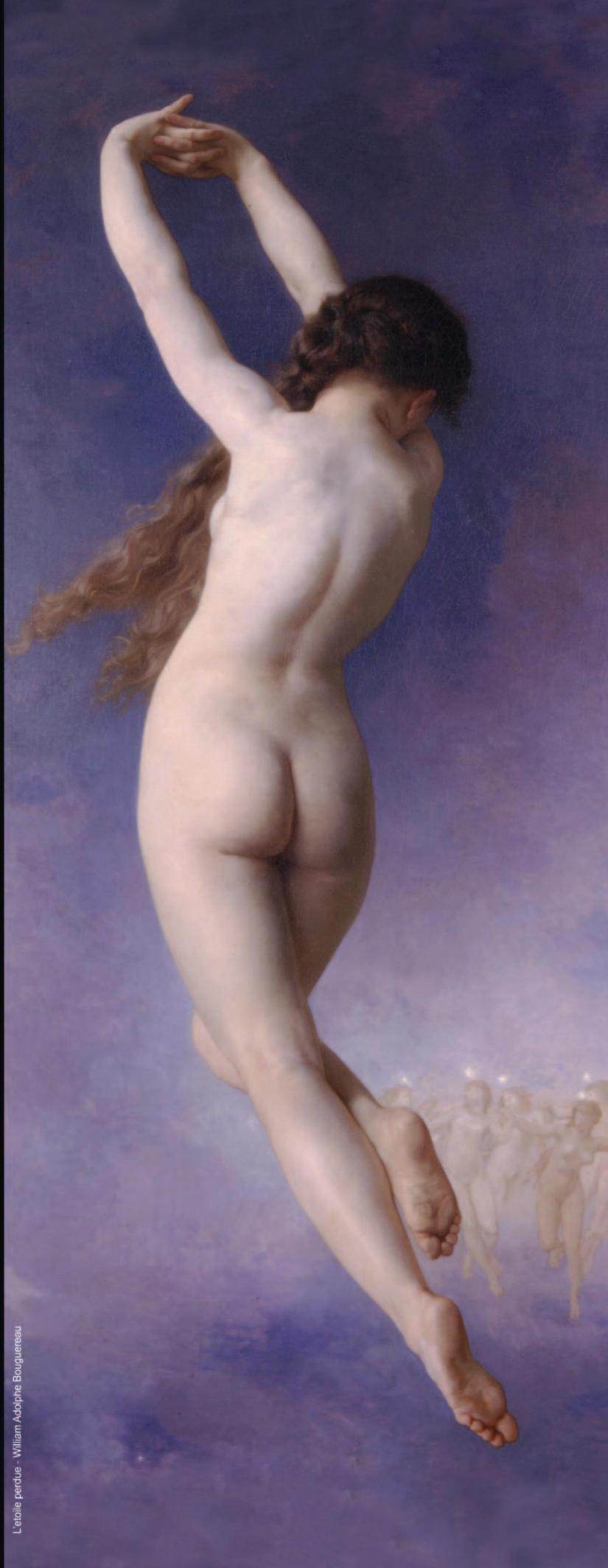
Evolución de los cánones estéticos del perfil facial y conceptos actuales

Dres. Sanz A. M., Casteleiro A.



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

L'étoile perdue - William Adolphe Bouguereau



24^o

CONGRESO ARGENTINO DE MEDICINA ESTETICA

Aesthetic Medical Workshops & Expo

20 al 22 de marzo de 2014

Buenos Aires - Argentina

Auditorio UCA

Universidad Católica Argentina

Av. Alicia Moreau de Justo 1680

Puerto Madero



Informes e inscripciones:

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

(1107) Buenos Aires - Argentina

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

e-mail: info@soarme.com

web: www.soarme.com

SE
NTO

Creación oficial en Bélgica de una nueva especialidad:

sumario

- 2 Editorial**
Por el Dr. Raúl Pinto
- Notas científicas:**
- 4 Lipomodelación 0 invasiva: Método I-Lipo** · Prof. Dr. Raúl Pinto, Dr. Ricardo Hoogstra
- 10 Nueva generación de detergentes para el tratamiento no quirúrgico de la grasa localizada** · Dres. Tejero P., Insúa E., Aguilar G., Cerrud L., Peters B., Sunkel V.
- 18 Nuevas técnicas mínimamente invasivas para rejuvenecer el cuello**
· Dres. Gálvez Ruíz R., Vorobieva X.
- 24 Evolución de los cánones estéticos del perfil facial y conceptos actuales** · Dres. Sanz A. M., Casteleiro A.
- 33 Bélgica: creación de una nueva especialidad**
- 37 Calendario científico**
- 38 Empresas**
- 39 Cultura: El arte de nuestra tapa**
- 40 Normas de publicación de artículos**

L'Etoile perdue
William Adolphe Bouguereau



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

Publicidad: Tel.: (5411) 5709-4114

editorial

Queridos colegas:

Sean uds. muy bien bienvenidos al **número 5** de **SOARME News-Medicina Estética**, medio que comunica a quienes practican con pasión la medicina estética con nuestra siempre activa Sociedad Argentina de Medicina Estética.

Este número nos encuentra con una doble sensación. Por un lado, la alegría de saber que la especialidad ya es un realidad en Bélgica, situación que nos permite ser optimistas porque sabemos que el objetivo está un poco mas cerca, también, para los médicos de este continente. Pero por otro lado, con la triste noticia de la desaparición física de nuestro amigo el Dr. Patrick Rabineau, reconocido dermatólogo francés que acompañó desde su inicio al Dr. Jean-Jacques Legrand como vicepresidente de la Sociedad Francesa de Medicina Estética, que fue en 1973, la primera sociedad de nuestra especialidad creada en el mundo. Lo recordaremos siempre elegante, simpático, con su amplia sonrisa, fumando un puro y generoso para brindar sus conocimientos profesionales a quienes se lo solicitaran.

Cambiando de tema, concluimos en nuestro país, en el pasado mes de abril, de forma exitosa, la edición número 23 del Congreso Argentino de Medicina Estética, con una asistencia de 600 inscriptos, con disertantes extranjeros y nacionales que pusieron de manifiesto su reconocida valía y con la presencia de una cincuentena de *stands*, que confirmaron que es "el" Congreso de Medicina Estética de nuestro país y también del continente; no solo por tener el mayor número de ediciones y de convocatoria de América, sino por ser el más representativo, según los comentarios de los propios participantes.

Los invito a jerarquizar la medicina estética, mediante el aporte de artículos científicos para que sean publicados en nuestra revista, **SOARME News-Medicina Estética**.

¡Hasta la próxima!

Prof. Dr. Raúl Pinto
Director



BODY HEALTH PRESENTA:

BHS 156 CRIO RADIOFRECUENCIA

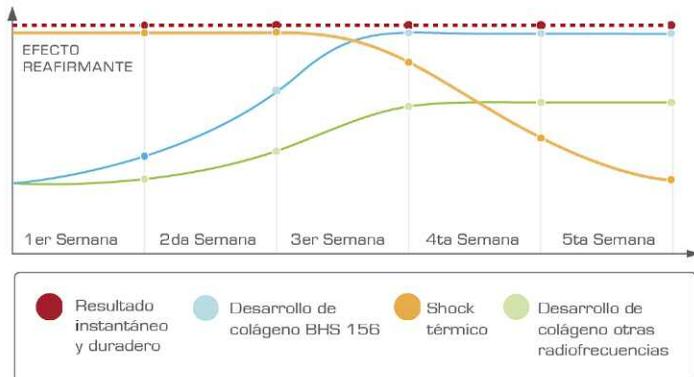


EQUIPO RECONOCIDO
MUNDIALMENTE

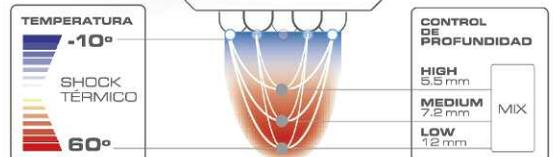
Hace mas de un año Body Health innovó una vez más el mercado mundial de la estética lanzando el 156 CRIOGENA que rompe las berreras del tiempo. Presentado en las ferias más renombradas alrededor del mundo y confirmando en todas ellas su rotundo éxito.

Este tratamiento es un mix de Radiofrecuencia Multipolar y Criolipolisis, la unión del frío (-10 grados) y calor generan un Shock Termico que produce un inmediato tensado de la piel, eliminación de celulitis y adiposidad localizada.

Durante este tiempo, Body Health ha sido reconocido mundialmente gracias a sus avances en el área de la medicina estética, la innovación sumada al desarrollo tecnológico son los pilares que hacen que Body Health sea lider en el mercado, sosteniendo esa meta día a día ofreciendo tratamientos avalados por profesionales de todo el mundo.



EFECTO
LIFTING
NO INVASIVO



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

 **BODY HEALTH**[®]
www.bodyhealthgroup.com

 seguinos en
Facebook

TECNOLOGÍA EXCLUSIVA DESARROLLADA POR BODY HEALTH

Lipomodulación 0 invasiva Método I-Lipo

Prof. Dr. Raúl Pinto
Medicina Estética- Argentina
Dr. Ricardo Hoogstra
Cirugía Plástica- Argentina

Resumen

La capacidad de los láseres de diodo de baja intensidad para reducir los contenidos de los adipocitos y, por consiguiente, sus volúmenes, sin producir daño de este ni de los tejidos vecinos, ya fue demostrada en un protocolo que lo integraba como tratamiento complementario de la liposucción, con el objetivo de reducir el edema y el discomfort de esta última (1) (2) (3).

Objetivo

El objetivo de este trabajo es demostrar la capacidad de un láser de diodo de 630-660nm (I-Lipo®) para reducir el tejido adiposo de un área determinada, sin tener la necesidad de recurrir a un procedimiento quirúrgico asociado para tal fin. Para este trabajo de investigación clínica, se eligieron 15 pacientes normopeso, que presentaban adiposidades localizadas abdomino-dorsales; se acordó con ellos que durante el tratamiento deberían mantener el peso o tener una reducción mínima de este para descartar así la posibilidad de que el resultado obtenido fuera debido a la dieta.

Introducción

El efecto biológico y fisiológico del láser de baja intensidad fue comprobado en los años 1960 y 1970 principalmente en Hungría y la Unión Soviética, donde se comprobó su efecto sobre la cicatrización de tejidos. Hoy en día, el efecto lumínico del láser de baja potencia se utiliza en forma cotidiana en la terapia del dolor y en la reparación de tejidos. (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10).

En el año 2000, el Dr. Neira demostró, a través de estudios microscópicos y resonancia magnética, cómo el adiposito liberaba su contenido a través de poros a nivel de la membrana celular, sin llegar a la destrucción celular. Este tratamiento con láser de diodo se realizaba previo a la lipoaspiración, y el objetivo era reducir el discomfort posterior a consecuencia del edema y de los hematomas (1) (2).

En el 2008, Chromogenex Ltd. produce el I-Lipo láser de diodo de baja intensidad para el tratamiento de las adiposidades localizadas. Este tratamiento se basa en una luz láser de diodo rojo, visible, de 650nm. Esta longitud de onda, como se ha demostrado previamente, tiene como *target* a la mitocondria, pero una vez que el estímulo mitocondrial cesa, el adipocito vuelve a su estado normal (3).

Mecanismo de acción del láser de diodo 650nm

La primera ley de la fotobiología, establece que para que la luz visible de baja potencia pueda tener algún efecto en un sistema biológico de vida, los fotones deben ser absorbidos por las bandas de absorción electrónicas pertenecientes a algunos fotorreceptores moleculares o cromóforos (11). Cromóforos casi siempre ocurren en una de dos formas: los sistemas conjugados de electrones pi y complejos metálicos. Ejemplos de estos cromóforos se pueden ver en la clorofila, la hemoglobina, el citocromo c oxidasa, la mioglobina, flavinas, flavoproteínas y porfirinas. La absorción de la energía del fotón promueve electrónicamente estados excitados, los procesos primarios moleculares darán lugar a un efecto biológico a nivel celular que podemos medir.

En el caso del tratamiento láser de baja intensidad en la célula adiposa, el cromóforo es aceptado como componente en las reacciones de la cadena respiratoria mitocondrial (12). Los espectros de absorción obtenidos para citocromo c oxidasa (COX), en diferentes estados de oxidación, se registraron y se encontró que son muy similares a los espectros de acción para las respuestas biológicas a la luz, por lo que se propuso que (COX) es el fotorreceptor principal de la zona roja-NIR en las células mamíferas (13). La absorción de la luz por parte de estos fotorreceptores, causa una activación a corto plazo de la cadena respiratoria y la oxidación de la piscina NAD, y cambia el estado redox tanto de la mitocondria como del citoplasma (14).

La activación de la cadena de transporte electrónico se traduce en un aumento de la fuerza de los protones, potencial eléctrico de la membrana mitocondrial, un aumento en el pH del citoplasma de la célula por el movimiento de los iones de hidrógeno a través de la membrana mitocondrial a cabo en el citoplasma celular y un resultado neto de aumento en la fosforilación del ADP, para aumentar la reserva de ATP. Estos son los efectos quimiosmóticos normales que se ven durante la respiración celular (15)(16). La inferencia de que la absorción de luz de ciertas longitudes de onda puede crear esta aceleración temporal de la tasa de respiración celular normal, se ha confirmado con la experimentación; la fuerza de los protones mejora, así como el potencial eléctrico y la síntesis de ATP mediante el uso de un láser de He-Ne en la mitocondria (17) y se produce mayor actividad de los ATP sintetizados con la luz de banda ancha visible (8).

La presión osmótica mueve los iones de hidrógeno de alta a bajas concentraciones y se aplica igualmente a las células individuales. El aumento de la concentración citoplasmática de iones de hidrógeno que genera cambios en la membrana celular, permite la circulación del contenido celular al espacio extracelular para restaurar el equilibrio del pH a través de la membrana celular. Poros transitorios en las células adiposas irradiados a través del cual el contenido celular puede salirse, han sido claramente demostrados en el trabajo de Neira (19).

Los cambios en la actividad de la cadena respiratoria, también alteran el flujo de iones de calcio entre la mitocondria y el citoplasma, lo que resulta en un cambio en el balance de

los iones Ca^{+}/Ca^{2+} hacia un aumento de los iones Ca^{2+} . El aumento en la concentración local de iones Ca^{2+} inicia una migración de los iones de calcio a través de los canales de calcio en la membrana celular, un proceso regulado por el monofosfato de adenosina cíclico (AMPC). AMPC también ha demostrado estar implicado en la regulación del metabolismo de los lípidos. Los cambios de concentración en los niveles de CAMP en la superficie interna de la membrana adiposa, activan las enzimas lipasa citoplasmática para convertir los triglicéridos almacenados en los ácidos grasos y glicerol, ambos elementos que fácilmente pueden pasar a través de la membrana celular a través de los poros transitorios.

Una vez en el espacio extracelular, los ácidos grasos libres y el glicerol serán transportados a través del sistema linfático con el fluido normal de exceso de residuos, para ser drenado en el sistema circulatorio subclavia a través del conducto torácico.

Material y método

Se seleccionó a una población de 15 pacientes del sexo femenino con normo o bajo peso, con los cuales se convino que durante el tratamiento no debían bajar de peso o tener un descenso mínimo. Todos los pacientes seleccionados presentaban adiposidades antiestéticas en abdomen y dorso.

A todos los pacientes se les realizaron 8 sesiones de 20 minutos cada una, a razón de dos sesiones semanales. Inmediatamente después de estas, se complementó con ejercicio físico del tipo aeróbico por aproximadamente 45 minutos.

Protocolo

Medición: seleccionado el área a tratar, se colocaron los dispositivos o *pads* sobre ella; se tomaron tres medidas: la primera en la parte superior del dispositivo, la segunda en la mitad del mismo y la tercera en la parte inferior. Se midió al paciente en posición de pie desde el piso y estas marcaciones fueron estándar durante todo el tratamiento, para poder realizar una correcta evaluación pre y postratamiento. Se usó la misma cinta métrica metálica.

Se le recomendó a los pacientes no tomar bebidas tales como gaseosas, mate, té y café, para evitar la distensión abdominal que estos producen.

Estudio fotográfico: se tomaron fotografías antes del inicio del tratamiento y al finalizar la 8ª sesión, con la misma cámara, distancia, luz y fondo.

Peso: se registró el peso antes, durante y al finalizar el tratamiento.

Tratamiento

Se colocaron los dispositivos de la siguiente manera: primero en la región dorsal derecha, flanco derecho y hemiabdomen derecho durante 10 minutos, finalizado el tiempo, se repitió el esquema en la región dorsal izquierda, flanco izquierdo y en el hemiabdomen izquierdo durante otros 10 minutos.

Lipomodelación 0 invasiva - Método I-Lipo

El total de cada sesión fue de 20 minutos. Se realizaron 8 sesiones a razón de dos sesiones semanales.

El procedimiento se basó en colocar al paciente en posición supina y se le colocaron las bandas que luego van a sostener los dispositivos láser, alrededor de cada área a tratar. Se puso en marcha el equipo para que realice el testeado de todas sus funciones con dos sensores de piel.

El equipo tiene 4 dispositivos de 130 mm por 84 mm que cubren una superficie de 109 cm². Cada dispositivo tiene 9 salidas láser de 40mV y de 650nm y cubren una superficie de 72 cm². Además, cuenta con dos dispositivos extras para la estimulación linfática que fueron usados para el estímulo de la cadena linfática de la región inguinal.

Finalizado el tratamiento, se realizó drenaje de la zona tratada con el objetivo de movilizar lo antes posible, los áci-

dos grasos al torrente sanguíneo.

Para finalizar, se realizó un trabajo aeróbico acorde a cada paciente, con bicicleta fija, durante 40 minutos, con frecuencia cardíaca, alternando de 110 a 150 pulsaciones por minuto.

Resultados

El área tratada en nuestra población fue la circunferencia abdomino-dorsal (abdomen supraumbilical, flancos y dorso), con una reducción media de 5 cm contemplando las 3 medidas y al final del estudio.

Clínicamente, observamos que la media no presentó descenso de peso o este fue leve y que las zonas tratadas disminuyeron dicha circunferencia. Esto fue comprobado por mediciones con cinta métrica y tomas fotográficas.



Pre



Post



Pre



Post

Radiofrecuencia más Ultracavitación en Simultáneo



Splenda® suma y potencia los beneficios de la Radiofrecuencia y Ultracavitación en un solo tratamiento.



www.meditea.com

Seguinos en:   facebook.



MEDITEA

Tecnología aplicada a la rehabilitación y la estética.
Viamonte 2255/65 - Buenos Aires Argentina - CP (C1056ABI)
Tel. 54-11 4953-6114 / 4951-9079 / Fax 4953-6111
VENTAS: 0810-666-9097

Tabla de medidas de pacientes resultado i-lipo

Edad	Genero	Area Tratada	Medidas PRE cm	Medidas POST cm	Total cm bajados de las 3 medidas	Peso inicial	Peso final	Diferencia de peso
53	F	Abdomen	92	87	5	71,3 kg	70,4 kg	0,9 kg
			93,6	88,8	4,8			
			96,5	91	5,5			
39	F	Abdomen	86	78,8	7,2	68,2 kg	67,1 kg	1,1 kg
			91,6	84,3	7,3			
			94,1	87,4	6,7			
62	F	Abdomen	89,5	80,8	8,7	69,2 kg	68,4 kg	0,8 kg
			89,8	84	5,8			
			91,5	87	4,5			
52	F	Abdomen	91,5	85,5	6	71,2 kg	70,5 kg	0,7 kg
			92	87,5	4,5			
			94,3	90,4	4			
70	F	Abdomen	73	69,7	3,3	52,5 kg	52,5 kg	0,0 kg
			76,5	73,5	3			
			83,5	81,5	2			
63	F	Abdomen	90,5	84,5	6	68,5 kg	68 kg	0,5 kg
			92,4	87	5,4			
			95,4	91,6	3,8			
46	F	Abdomen	88,5	83	5,5	65,8 kg	65,2 kg	0,6 kg
			93	89	4			
			96	92,5	3,5			
44	F	Abdomen	97	87,5	9,5	78,6 kg	77,7 kg	0,9 kg
			99	92,5	6,5			
			103	97	6			
50	F	Abdomen	86	79,5	6,5	63,8 kg	63,2 kg	0,6 kg
			88	82	6			
			89,5	85,5	4			
46	F	Abdomen	73	68	5	55,8 kg	55,8 kg	0,0 kg
			76,8	73	3,8			
			81	77,5	3,5			
51	F	Abdomen	78	72,5	5,5	62,3 kg	62,3 kg	0,0 kg
			83	78	5			
			86	82,2	3,8			
54	F	Abdomen	86	77,7	8,3	67 kg	66 kg	1 kg
			87,5	81	6,5			
			91	86,5	4,5			
61	F	Abdomen	89,5	85	4,5	67,4 kg	67,2 kg	0,2 kg
			92	88	4			
			93,7	90,5	3,2			
43	F	Abdomen	87	81	6	64,3 kg	63,8 kg	0,5 kg
			93	87,5	5,5			
			98,3	93	5,3			
38	F	Abdomen	84	76,5	7,5	58,7 kg	57,9 kg	0,8 kg
			86,5	81	5,5			
			89	83,8	5,2			

Discusión

De acuerdo a los resultados obtenidos, el estudio ha demostrado que el láser de diodo de 630-660nm, produce una reducción del tejido adiposo local sin necesidad de recurrir a un procedimiento complementario quirúrgico. Consideramos además, que la actividad física realizada postratamiento, es fundamental para obtener el resultado buscado. Consideramos que representa una gran evolución en la terapéutica de las lipodistrofias localizadas, ya que al concepto de método "mínimamente invasivo" frecuentemente utilizado, podemos ofrecer la alternativa de otro "cero invasivo".

Conclusión

Con el uso del láser de diodo a 630-660nm (I-Lipo® Chormogonex), como único método terapéutico, se logró una reducción media de 5 cm al final del estudio, de la zona abdomino-dorsal y se redujeron las adiposidades localizadas de forma no invasiva e indolora. Las reducciones fueron visibles y medibles al finalizar cada sesión.

La dieta en pacientes con peso normal o levemente aumentado puede ser un factor coadyuvante útil, pero la reducción de la circunferencia corporal tratada del grupo estudiado no se debió al descenso de peso como lo demuestra la tabla.

Otro detalle a destacar, fue que nuestra población refirió un mejor estado general al finalizar el mes de tratamiento. Sin embargo, consideramos que fue la actividad física realizada durante el tratamiento la responsable de este bienestar.

Bibliografía

1. Neira R, Jackson R, Dedo D, et al. *Low-level laser assisted lipoplasty: appearance off at demonstrated by MRI on abdominal tissue*. Am J Cosmetic Surg. 2001; 18:133-140
2. Neira R. *Fat liquefaction: effect of low-level laser energy on adipose tissue*. Plast. Reconstr. Surg. 2002; 1 10:912-922.
3. Neira R. et ál. *Low level laser assisted lipoplasty appearance off at demonstrated by MRI on abdominal tissue*, Am. J. Cosmetic. Surg., 2001;18(3):133
4. Mester E, *the use of the laser beam in therapy*, ORV Hetil. 1966, 29; 107(22):1012-1016.
5. Anders JJ, Borke RC, Woolery SK, Van de Merwe WP, *Low power laser irradiation alters the rate of regeneration of the rate facial nerve*. Láser Surg. Med. 1993; 13:72.-82
6. Bjordal JM, Couppe C, Chow RT, Tuner J, Ljunggren EA. *A systematic review of low level laser therapy with location- specificity doses for pain from chronic Joint disorders*. Aust J Physiother. 2003; 49: 107-116.
7. Gur A, Karakoc M, Cevik R, Nas K, Sarac AJ, Karakoc M. *Efficacy of low power laser therapy and exercise on pain and functions in chronic low back pain*. Laser Surg. Med. 2003; 32: 233-238.
8. Guyton AC. *Basic Neuroscience, Anatomy and Physiology*. 2nd ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 1991.
9. Kulekcioglu S, Sivrioglu K, Ozcan O, Parlak M. *Effectiveness of low level laser therapy in tempo-mandibula* Kleinkort J. ET AL, *Laser acupuncture: its use in physical therapy*, AM.J. Acup. 1984; 12:51-56.
10. Kleinkort J. et ál. *Laser acupuncture: its use in physical therapy*, AM.J. Acup. 1984; 12:51-56.
11. Sutherland JC. *Biological effects of Polychromatic light*. Photochem Photobiol. 2002; 76; 164-70
12. Karu TI. *Molecular mechanism of the Therapeutic effect of low intensity laser radiation*. Lasers in the life sciences. 1988; 2(1); 53-74
13. Karu TI and Kolyakov SF. *Exact action spectra for cellular responses relevant to phototherapy*. Photomed Laser Surg. 2005; 23: 355-61.
14. Krebs MA and Veech RL. *Regulation of the redox state of the pyridine nucleotides in rat liver*. In Sund H (ed). *Pyridine Nucleotide-Dependant Dehydrogenases*. Springer-Verlag. Berlin. 1970. Pp 413-434.
15. Mitchell P. *Coupling of phosphorylation to electron and hydrogen transfer by a chemi-osmotic type of mechanism*. Nature. 1961: 191; 144-148
16. The Nobel Prize. *Peter Mitchell "for his contribution to the understanding of biological energy transfer through the formulation of the chemiosmotic theory"* 1978. (<http://nobelprize.org/chemistry/laureates/1978/index.html>)
17. Passarella S et ál. *Increase of proton electro-chemical potential and ATP synthesis in rat liver mitochondria irradiated in vitro by He-Ne laser*. FEBS Letters. 1984; 175(1); 95-99.
18. Nedilina O.S et ál. *Redox regulation in ATP synthesis*. Biofiiika. 1985; 30(1); 179-191.
19. Neria et ál. *In vitro culture of adipose cell after irradiating them with a low level laser device*. In Proceedings of the Bolivian Plastic Surgery Meeting. Lima, Perú. Oct 6-8, 2001 *Responses relevant to phototherapy, photomed*. Laser. Surg. 2005; 23(4):355-361.

Fe de erratas: Por motivos ajenos a nuestra redacción, no fue incluida a la Dra. María Posternak como coautora del artículo publicado en el número III de nuestra revista, con el título "Peelings con ácido retinoico y ácido mandélico, en vehículo polivinílico, en el tratamiento del envejecimiento cutáneo". Pedimos las disculpas correspondientes.

Nueva generación de detergentes para el tratamiento no quirúrgico de la grasa localizada

Tejero P., Insúa E., Aguilar G., Cerrud L., Peters B., Sunkel V.

Resumen

Cada vez son más los pacientes que requieren procedimientos no quirúrgicos para el tratamiento de las adiposidades localizadas. La finalidad de estas técnicas, es lesionar el tejido adiposo subcutáneo sin necesidad de eliminación del tejido graso tratado, lo que los diferencia de la liposucción. Nos propusimos valorar la tolerancia, complicaciones, cambios clínicos, histológicos, ecográficos y metabólicos secundarios a la infiltración de una sustancia microgelatinosa que contiene deoxicolato de sodio (Aqualix®), sustancia con una reconocida acción detergente sobre las membranas celulares. Seleccionamos 10 pacientes voluntarios, portadores de adiposidades localizadas en abdomen y flancos, que fueron tratados con una solución microgelatinosa de deoxicolato de sodio (Aqualix®), con la finalidad de valorar la posible del panículo adiposo tratado. Los resultados obtenidos, confirman la buena tolerancia del procedimiento, a través de valoración clínica y estudios complementarios (controles ecográficos y bioquímica sanguínea). Se observaron escasos efectos colaterales y todos fueron a nivel local; se objetivó reducción del panículo adiposo tratado a través de medidas antropométricas y ecográficas, mientras que el estudio histológico confirmó la lisis adipocitaria.

Palabras clave

Adiposidades localizadas, adipocitolisis, intralipoteraia, deoxicolato de sodio.

Abstract

Each time there are more and more patients that requires non-invasive aesthetical procedures for body countouring. The purpose of this techniques is to damage the subcutaneous adipose tissue without the need of removing it by suction, which makes them diferent from the surgical procedures. In this present work we have put forward the evaluation of tolerance, side effects, clinical, histological, echographic and metabolic changes due to injection of a microjelly substance that contains sodium deoxycolate (Aqualix®) a celular membrane detergent action substance that causes destruction of the adipocyte wall when it´s infiltrated in the superficial adipose tissue, causing the reduction of its thickness. We selected ten patients. The results obtained confirm the good tolerance of the procedure (clinical rating and biochemical testing).

With few side effects and all premises and reduction of the treated adipose panniculus confirmed with ultrasound and anthropometric measures. The histological study confirms the lysis of the adipocytes.

Keywords

Localized fat, adipocitolysis, intralipototherapy, sodium deoxycolate.



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 Nappage
- > 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

1^{er} Premio Comunicaciones Libres Sesión I-B del XXVIII Congreso de la SEME y 9^a Congreso Europeo de la UIME.

Dra. Tejero P.

Directora médica de Clínicas Mediestetic. Toledo, España.

Dra. Insúa E.

Responsable del Depto. de medicina estética. Clínica Barragán.

Madrid, España

Dr. Aguilar, G.

Médico estético Clínicas Dorsia. Valencia, España.

Dr. Cerrud L.

Director médico de Clínicas Dorsia, Madrid, España.

Dr. Peters B.

Médico estético Clínicas Dorsia. Valencia, España.

Dr. Sunkel V.

Médico estético Clínica Mediestetic. Madrid, España

Introducción

La demanda de soluciones no quirúrgicas para la remodelación corporal y disminución de acúmulos grasos localizados, ha aumentado de forma exponencial en las últimas décadas. Desde los años 80, varios grupos de trabajo se interesan en desarrollar técnicas para el tratamiento de la grasa localizada como alternativa a la liposucción. Se destacan los trabajos de Ceccarelli (1,2) utilizando infiltraciones de suero hipoosmolar, seguido por Rittes (3), que infiltra soluciones de fosfatidilcolina en las bolsas grasas palpebrales, o los trabajos de Hagenschwandtner (4) y Salti (5) entre otros, que utilizan fórmulas de fosfatidilcolina y deoxicolato de sodio para el tratamiento de adiposidades localizadas o para el tratamiento no quirúrgico de lipomas (6).

Los trabajos publicados evidencian una gran variedad en los productos utilizados con esta finalidad, tales como suero hipoosmolar (7) o fórmulas, combinando fosfatidilcolina, deoxicolato de sodio y otras sustancias (8), observándose también resultados variables a nivel histológico cuando se infiltra una solución de fosfatidilcolina en la grasa de animales de experimentación como en los trabajos de Salles (9) y Rittes (10).

A medida que se incrementa la demanda de este tipo de tratamientos, también lo hacen las publicaciones que describen complicaciones graves que ponen en entredicho la seguridad de los mismos (11-14) hasta que en el año 2011, Francia prohibió las técnicas para el tratamiento estético de las adiposidades localizadas (15) y lo ratificó con algunas correcciones en el 2012.

Por todas estas circunstancias, se planteó la necesidad de establecer las indicaciones, mecanismo de acción, seguridad y resultados clínicos de la solución microgelatinosa de deoxicolato de sodio comercializada en nuestro país como Aqualix®

dado que éste es el único producto autorizado en la actualidad para el tratamiento no quirúrgico de las adiposidades localizadas como dispositivo médico Clase III.

El análisis de la bibliografía disponible, también mostró la existencia de una controversia en cuanto a los términos utilizados, ya que muchos de estos tratamientos se difunden como marcas comerciales o confunden los términos *lipólisis* con *lisis adipocitaria*, hasta que las publicaciones de Motolese y Rotunda (16,17) establecen que el efecto de lisis celular adipocitaria, no de lipólisis, ocurre exclusivamente por la acción detergente del deoxicolato de sodio y no de la fosfatidilcolina. Se define entonces la adipocitolisis como la lesión de la pared del adipocito para diferenciarla de la lipólisis, concepto que implica el metabolismo de los triglicéridos contenidos en el interior de la célula grasa en ácidos grasos y glicerol, hecho que no implica la lesión de la pared celular (16).

La falta de estudios experimentales en este ámbito nos llevó a la realización de una valoración clínica independiente que seguía la línea de investigación que habíamos iniciado en el año 2009 (18).

Material y métodos

Con el objetivo de valorar los resultados obtenidos en la reducción del panículo adiposo tratado, objetivados mediante determinaciones antropométricas y ecografía, el grado de satisfacción de los pacientes y la presencia o ausencia de complicaciones locales y/o sistémicas, analizando el mecanismo de acción del deoxicolato en la grasa superficial, mediante el estudio histológico, se seleccionó a un grupo de voluntarios que demandaban reducción del contorno corporal y presentaban adiposidades en flancos y abdomen, a los que tratamos con una solución microgelatinosa de deoxicolato de sodio (Aqualix®). De 10 pacientes voluntarios portadores de grasa localizada en abdomen y flancos, se seleccionaron 9 de ellos de acuerdo a los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión: adultos de entre los 18 y 70 años en buen estado de salud, que acepten el tratamiento propuesto y cumplir con todas las sesiones previstas, que acepten firmar el consentimiento informado, autorización para la realización de fotos y publicación de estas en reuniones y publicaciones científicas, que presenten adiposidades localizadas en abdomen y flancos con un espesor de $\geq 1,5$ cm. con normopeso o sobrepeso ($IMC \leq 29$), que no se encuentren realizando tratamiento dietético o ingiriendo medicación para la pérdida de peso. Además, se les pidió un compromiso en el mantenimiento de sus hábitos alimentarios y de ejercicio físico, así como no realizar ningún otro tratamiento estético ni dietético que pudiera interferir en los resultados.
- Los criterios de exclusión fueron: embarazo o lactancia, infección local o sistémica en el momento del tratamiento, enfermedad mental o incapacidad para com-

prender el protocolo o el consentimiento informado, alteración de la coagulación (ingesta de aspirina, anticoagulantes, sangrado habitual), portador de enfermedades autoinmunes o enfermedad circulatoria grave de las extremidades, portadores de hepatopatías agudas o crónicas, insuficiencia renal, obesos ($IMC \leq 30$), portadores de diabetes tipo I y II, insuficiencia cardíaca o alergia a lidocaína o derivados.

De los diez pacientes, se excluyó a uno por tener un espesor de panículo adiposo inferior a 1,5 cm. en el abdomen. Se seleccionaron pacientes con adiposidad central para tratar las regiones de flancos y abdomen. Todos los pacientes incluidos tenían normopeso o sobrepeso con $IMC \leq 29$ con espesor del panículo adiposo de la región a tratar igual o superior a 2 cm.

TABLA 1: Características de los pacientes incluidos

- Edad: 40,9 + 14,5 (26-67)
- Sexo: 8 femenino 1 masculino
- Regiones tratadas: Flancos, 7; abdomen, 5

Los pacientes fueron estudiados mediante historia clínica, fotografía, bioimpedancia, ecografía del panículo adiposo a tratar y determinación de bioquímica sanguínea (triglicéridos y colesterol total) previo al tratamiento, a las 48 hs de la primera sesión y al mes de la última sesión. También se realizó biopsia del tejido graso, previa y posterior (al mes) a la sesión.

El seguimiento se llevó a cabo mediante entrevista clínica, antes y después de cada infiltración, para recoger el grado de tolerancia y satisfacción con el procedimiento, así como la presencia o ausencia de efectos colaterales (dolor, inflamación, hematomas, etc.). Todos los datos, así como los parámetros antropométricos y hallazgos ecográficos, fueron registrados en la historia clínica y ficha de seguimiento.

Las determinaciones antropométricas (talla, peso, circunferencia de cintura), estudio de bioimpedancia para determinación del porcentaje de masa corporal, estudio ecográfico con medida del espesor del panículo adiposo de la región a tratar, fotografía y determinación de bioquímica sanguínea y biopsia por punción del tejido graso de la zona a tratar, se realizaron antes de la primera sesión.

Antes de cada sesión y al mes de la última, se procedió a la valoración clínica, fotografía, determinación del peso corporal, medida de circunferencia de cintura, bioimpedancia y ecografía del panículo adiposo.

La biopsia por punción del panículo adiposo de la zona tratada se realizó antes y al mes de la primera sesión. No se realizaron biopsias con posterioridad. La bioquímica sanguínea se realizó inmediatamente antes, a las 48 hs. de la primera sesión y al mes de la última.

Todos los pacientes fueron sometidos a ecografía del panículo adiposo tratado y seguimiento de efectos colaterales en todos los controles y previamente a la siguiente infiltración para determinar que el espesor del tejido graso seguía siendo superior a 1,5 cm. y que no existían contraindicaciones para continuar con las sesiones.

En todos los pacientes se realizaron tres sesiones con un intervalo mínimo de 4 semanas entre cada sesión.

En cuanto a la técnica utilizada para la infiltración, fue la denominada intralipoteraia descrita por Motolese (16). Esta técnica consiste en realizar una infiltración en abanico en el espesor del panículo adiposo con agujas largas de 70 mm y calibre 25G (Lipoinject®),

La infiltración se realizó con solución microgelatinosa de dexocolato de sodio (Aqualix®) adicionando 0,2 ml de lidocaína al 2% sin epinefrina a cada vial de 8 ml para minimizar las molestias de la infiltración. Debe depositarse el producto en cada uno de los pases en abanico, evitando la infiltración en bolo y no dejando depósito cerca de los orificios de punción para evitar complicaciones cutáneas. Cuando se realiza correctamente, la infiltración es indolora y no debe visualizarse la aguja, lo que confirma la posición profunda de esta, pero paralela a la superficie

para evitar el riesgo de infiltración en estructuras profundas.



Figura. Técnica de infiltración: punción



Figura 2. Técnica de infiltración: infiltración en abanico

Se utilizó una dosis máxima de un vial de 8 ml por región de 10 x 10 cm y una dosis máxima por sesión de 3 ampollas (24 ml).

La técnica fue realizada por la misma persona en todas las sesiones. Se indicaron prendas de compresión que se colocaron inmediatamente después de la infiltración y debían mantenerse de manera continua durante un mínimo de 48 hs. posteriores a la infiltración, pudiendo extender su uso hasta los 7 días según tolerancia.

Resultados

Todos los pacientes completaron las tres sesiones y el grado de satisfacción fue bueno o muy bueno. Los resultados clínicos fueron muy satisfactorios, con cambios significativos después de una sola sesión. Estos cambios fueron objetivados mediante fotografías en las cuales se observó una significativa reducción del volumen corporal a nivel de las regiones tratadas como podemos ver en las figuras 2 y 3 mientras que los cambios antropométricos mostraron reducción de los valores de circunferencia de cintura en todos los pacientes con discretos cambios a nivel del peso y porcentaje de grasa.



Figura 3. Resultados con una sesión en abdomen: antes



Figura 4. Resultados con una sesión en abdomen: después

Todos los pacientes redujeron el valor de la circunferencia de cintura; el promedio fue de 9,2 cm. con variaciones del peso que en promedio no superaron los 1-800 gramos y reducción

del porcentaje de grasa corporal del 2,16%.

A nivel ecográfico, se observaron los siguientes cambios:

- Cambios ecográficos inmediatamente después de la infiltración. Los pacientes presentaron clínicamente eritema e inflamación de grado variable después de la infiltración, datos clínicos que coincidieron con cambios ecográficos compatibles con alteraciones de la ecogenidad con zonas de mayor ecogenidad en el tejido graso tratado respecto del no tratado así como zonas hipoeogénicas compatibles con edema.



Figura 5. Resultados con una sesión en flancos y abdomen: antes



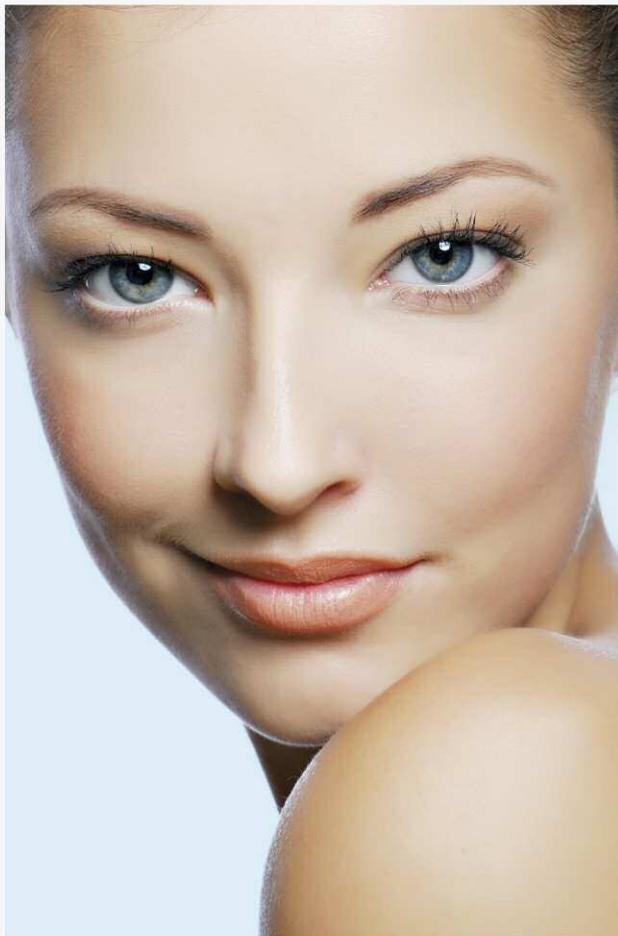
Figura 6. Resultados con una sesión en flancos y abdomen: después

- Cambios ecográficos alejados: los pacientes sometidos a control ecográfico al mes de la sesión presentaban cambios ecográficos persistentes y que coincidían clínicamente con nódulos indurados y levemente dolorosos palpables en el panículo adiposo tratado. Dichos hallazgos clínicos coincidieron con seromas o zonas de fibrosis.

Además, la ecografía del panículo adiposo permitió objetivar la reducción del espesor del panículo adiposo tratado que fue del 24,44% en flancos y del 25,80% en abdomen.

No se observaron cambios significativos en las determinaciones séricas de colesterol y triglicéridos a las 48 horas de la primera sesión ni en el control efectuado al mes de finalizar el tratamiento.

La biopsia del tejido graso obtenida por punción al mes de la sesión, confirmó la existencia de lisis adipocitaria e infiltrado inflamatorio compatible con necrosis grasa.



BIOFARMA
FARMACIA Y LABORATORIO

Una farmacia
al servicio de la estética.

www.farmacibiopharma.com.ar

Recetas magistrales
Ortomolecular
Anti age



Estos hallazgos confirman el efecto detergente sobre la membrana adipocitaria de la solución microgelatinosa de deoxicolato de sodio utilizada.

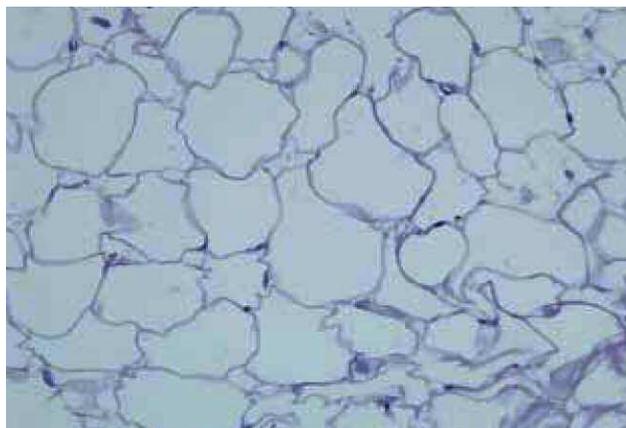


Figura 7. Histología: Grasa normal (hematoxilina y eosina x 20 aumentos)

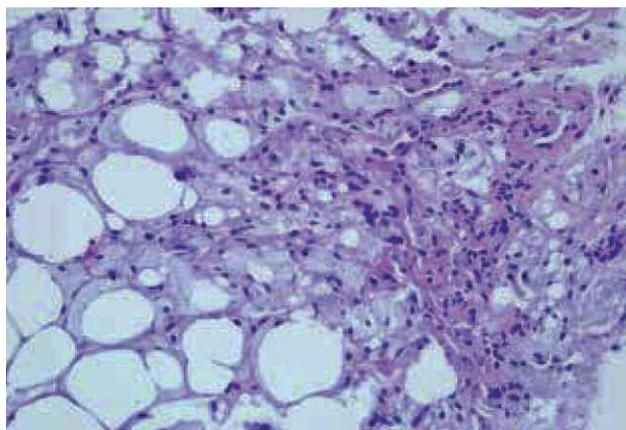


Figura 8. Histología: Necrosis grasa (hematoxilina y eosina x 10 aumentos)

No hubo complicaciones ni efectos adversos a nivel sistémico durante el seguimiento de los pacientes, los efectos colaterales registrados fueron a nivel local.

Todos los pacientes refirieron dolor leve a moderado con signos de inflamación las primeras 48 hs, lo que mejoraba con la prenda de compresión y hematomas de grado variable que remitieron espontáneamente en 5 a 10 días sin necesidad de tratamiento. En seis pacientes se palparon nódulos o zonas induradas en las regiones tratadas a partir de la segunda o tercera semana, que correspondieron ecográficamente a zonas de fibrosis o seromas. Todas remitieron de manera espontánea y sin tratamiento.

Discusión

En los sujetos vivos, la infiltración de deoxicolato de sodio en el panículo adiposo superficial, ocasiona necrosis grasa que evoluciona hacia la fibrosis con reducción del espesor de la

zona tratada (16-19) lo que se ha confirmado en el estudio histológico realizado en nuestros pacientes. No obstante, la variabilidad en los resultados obtenidos y el riesgo de complicaciones cuando se utiliza una inadecuada técnica de infiltración o el uso de sustancias no autorizadas, ha conducido al descrédito de este tipo de tratamientos y su prohibición en Francia, hecho que no se corresponde con los resultados obtenidos en España.

A pesar del pequeño número de pacientes evaluado, pensamos que el tratamiento es seguro si se hace una adecuada selección de pacientes respetando las indicaciones y realizando una correcta técnica de infiltración en el panículo adiposo, ya que el procedimiento precisa curva de aprendizaje y es técnico-dependiente.

En ninguno de nuestros pacientes ha habido cambios sistémicos inmediatos ni alejados, tal como pudo evidenciarse en los controles de bioquímica sanguínea, habiéndose observado solo cambios locales post infiltración, así como zonas de induración más o menos duraderas. El grado de satisfacción de nuestros pacientes ha sido alto, lo que nos anima a seguir con este trabajo, aunque no sabemos el tiempo de duración de los resultados, ni cómo se comportarán ante cambios de peso corporal, lo que podría plantear una nueva investigación en esa línea con una muestra más representativa. Realizaremos un seguimiento de estos pacientes a los seis y doce meses de haber concluido el tratamiento.

Conclusiones

Los resultados obtenidos en nuestra experiencia, nos demuestran que el uso de una solución microgelatinosa de deoxicolato de sodio (AqualyxR) para el tratamiento no quirúrgico de las adiposidades no localizadas es un método seguro, con complicaciones de grado leve a nivel local y excelentes resultados en la reducción del panículo adiposo tratado.

Este tratamiento debería indicarse para regiones determinadas y en casos seleccionados, dada la gran variabilidad de los resultados según pacientes y regiones. Deben cumplirse los requisitos de indicación, utilizándolo solo cuando el espesor del panículo adiposo a tratar sea \leq a 1,5 cm y conocer la técnica de aplicación, siguiendo la técnica descrita por Mototese como "intra lipoterapia".

Pensamos que nuestros resultados no pueden expresarse como concluyentes por el pequeño tamaño de la muestra, pero son prometedores y nos obligan al compromiso de seguir investigando en las posibilidades de tratamiento no quirúrgico de la grasa localizada, pudiendo desarrollar en el futuro un estudio multicéntrico a nivel español.

Bibliografía

- (1). Ceccarelli M, Pignatelli V. *Biochemical evaluation of the effects of classical ultrasonic hydrolyolipoclasia*. La Med. Estét. 1993;17:1.
- (2). Ceccarelli M, Pignatelli V, Bartoletti CA. *Ultrasonic hydrolyolipoclasia in the treatment of localized fat excess: A modification of the protocol and further evaluation*. La Med. Estét. 1995; 19:2.
- (3). Rittes PG. *The use of phosphatidylcholine for correction of lower lid bulging due to prominent fat pads*. Dermatol. Surg. 2001; 27(4):391-2.
- (4). Hasengschwandtner F. *Injection lipolysis for effective reduction of localized fat in place of minor surgical lipoplasty*. Aesthet. Surg. J. 2006 Mar-Apr; 26(2):125-30.
- (5). Salti G, Ghersetich I, Tantussi F, Bovani B, Lotti T. *Phosphatidylcholine and sodium deoxycholate in the treatment of localized fat: a double-blind, randomized study*. Dermatol. Surg. 2008 Jan; 34(1):60-6.
- (6). Bechara FG, Sand M, Sand D, Rotterdam S, Stücker M, Altmeyer P, Hoffmann K. *Lipolysis of lipomas in atients with familial multiple lipomatosis: an ultrasonography-controlled trial*. J. Cutan. Med. Surg. 2006 Jul-Aug; 10(4):155-9.
- (7). Song AY, Bennett JM, Marra KG, Cimino WW, Rubin JP. *Scientific basis for the use of hypotonic solutions with ultrasonic liposuction*. Aesthetic Plast. Surg. 2006 Mar-Apr; 30(2):233-8.
- (8). Hasengschwandtner F, Furtmueller F, Spanbauer M, Silye R, Linz WJ. *Detailed documentation of one lipolysis treatment: blood values, histology, and ultrasound findings*. Aesthet. Surg. J. 2007 Mar-Apr; 27(2):204-11.
- (9). Salles AG, Valler CS, Ferreira MC. *Histologic response to injected phosphatidylcholine in fat tissue: experimental study in a new rabbit model*. Aesthetic Plast. Surg. 2006 Jul-Aug; 30(4):479-84.
- (10). Rittes PG, Rittes JC, Carriel Amary MF. *Injection of phosphatidylcholine in fat tissue: experimental study of local action in rabbits*. Aesthetic Plast. Surg. 2006 Jul-Aug; 30(4):474-8.
- (11). Paschoal LH, Ribeiro AL, Urzedo A, Fraga D, Machado CAS. *Alerta! Efeitos da fosfatidilcolina*. In: XVI Congresso Brasileiro de Cirurgia Dermatológica; Porto de Galinhas- Brasil -2004. (N de T: Actas de congreso).
- (12). Herreros FO, Velho PE, De Moraes AM, Cintra ML. *Cutaneous atypical mycobacteriosis after ultrasound hydrolyolipoclasia treatment*. Dermatol. Surg. 2009 Jan; 35(1):158-60.
- (13). Bechara FG, Georgas D, Sand M, Tomi N, Altmeyer P, Hoffmann K. *Encapsulated fat necrosis after lipolysis of the calf with phosphatidylcholine*. Dermatology 2008; 216(2):180-1.
- (14). Benjoar MD, Lepage C, Hivelin M, Lantieri L.: *Complications of injections of hypoosmotic solutes in an underage patient*. Ann. Chir. Plast. Esthet. 2009 Apr; 54(2):161-4.
- (15). Documentos oficiales: Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé: Décret no 2011-382 du 11 avril 2011 *relatif à l'interdiction de la pratique d'actes de lyse adipocytaire à visée esthétique*.
- (16). Motolese P. *Phospholipids do not have lipolytic activity. A critical review*. J.Cosmet. Laser Ther. 2008 Jun; 10(2):114-8.
- (17). Rotunda AM, Weiss SR, Rivkin LS. *Randomized double-blind clinical trial of subcutaneously injected deoxycholate versus a phosphatidylcholine-deoxycholate combination for the reduction of submental fat*. Dermatol. Surg. 2009 May; 35(5):792-803.
- (18). Insúa, E; Naranjo P; Simarro J.L; Fernández-Tresguerres J.A: *Evaluación de las técnicas de lipoclasia (hidrolipoclasia hipoosmolar, hidrolipoclasia + cavitación, cavitación, láser lipólisis y ultrasonidos focalizados) en el tratamiento de las adiposidades localizadas*. Medicina Estética 2010 Jul-Sep; (24): 31-37.
- (19). Rotunda AM, Suzuki H, Moy RL, Kolodney MS. *Detergent effects of sodium deoxycholate are a major feature of an injectable phosphatidylcholine formulation used for localized fat dissolution*. Dermatol. Surg. 2004 Jul; 30(7):1001-8.



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.

Nuevas técnicas mínimamente invasivas para rejuvenecer el cuello

Gálvez Ruiz R., Vorobieva X.

Resumen

El ingenio de diferentes médicos y cirujanos estéticos nos ofrece permanentemente nuevas técnicas, fruto de su imaginación y trabajo. Al igual que las técnicas tradicionales y siguiendo parámetros de la demanda social, aparecen innovaciones constantes a las que no podemos estar ajenos.

En el siguiente artículo se analizarán los pros y los contras de dos de estas técnicas de las que hemos estudiado, comprobado y establecido, un juicio práctico que aquí compartiremos.

La primera técnica que tiene ya unos años desde su comercialización, consiste en la colocación de un dispositivo de ácido poliláctico en forma de lámina con múltiples enganches y que tracciona de la aponeurosis del platysma hacia la mastoide, con el objetivo de despejar la piel sobrante de la zona más central del cuello.

La segunda técnica, no cuenta más de 18 meses desde que la CE aprobó el dispositivo que facilita su colocación. En nuestra opinión, ha sustituido a la primera al conseguir mejores y mucho más permanentes resultados, en el tiempo en lo que a la zona del cuello se refiere. Tanto la satisfacción de los pacientes, como la de los profesionales, es superior.

Palabras clave

Técnicas mínimamente invasivas, rejuvenecer, cuello, platysma, endotine ribbon®, elasticum®.

Abstract

The ingenuity of various medical and cosmetic surgeons new techniques constantly offers his imagination and experience.

Like traditional techniques and following social demand parameters appear constant innovations which can not remain oblivious.

In the next article we will discuss the pros and cons of two of these techniques, we have studied, tested and established a practical judgment here share.

The first technique has a few years since he sold his device "ENDOTINE ribbon®", and is about placing a sheet of polylactic acid in the form of thin elongated plate with multiple hooks and pulls the fascia of the platysma to mastoid in order to redistribute the remaining skin more central area of the neck.

The second technique is very new and has no more than 12 months since your device was approved by the EC, in our opinion has replaced the first to achieve better results and more permanent over time.

Is the placement of a suture polyester and silicone rubber sold under the name "elasticum®".

Both patient satisfaction as ours is higher with this technique.

Introducción

Existen múltiples tratamientos para la mejoría estética de la piel del cuello, como la rehidratación; la redensificación, la eliminación de manchas, arrugas, flacidez, etc.

En este artículo nos queremos referir tan solo a dos posibles técnicas para tratar la flacidez de esa zona, mediante procedimientos mínimamente invasivos. Bien entendido es, que una relajación importante de las estructuras de la región del cuello necesita de la cirugía estética para la obtención de un resultado satisfactorio, actuando a nivel del platysma y del exceso de piel.

No obstante, existen múltiples pacientes que no presentan una flacidez de la zona suficiente como para justificar una intervención quirúrgica del estilo de un lifting cervical o cervico-facial. Es en estos pacientes, donde la utilización de alguna técnica como

las que vamos a describir, estaría indicada. Citamos los nombres comerciales de ambos dispositivos ya que ninguno de ellos tiene competencia en el mercado con las mismas características.

Las Técnicas

A) Placa dentada de ácido poliláctico (Endotine Ribbon®)

El dispositivo al que nos referimos está compuesto en su totalidad de ácido poliláctico sólido con una reabsorción aproximada a los 4-6 meses desde su colocación.

Se trata de una lámina dentada en uno de sus lados y de aproximadamente unos 11cm. de largo por 1cm. de ancho. Su colocación es relativamente sencilla y se debe realizar con el protocolo de total asepsia quirúrgica, como cualquier implante, inyectable o no.



Figura 1. Placa Endotine Ribbon®

En primer lugar, se diseña un canal que abarca desde la inserción del esternocleidomastoideo en la mastoide, hasta la zona medial del cuello aproximadamente en la línea del ángulo cérvico-facial y se procede a anestesiarlo mediante una solución de lidocaína con vasoconstrictor.



Figura 2. Diseño de la zona para la implantación de la placa

Posteriormente, se realiza una pequeña incisión de unos 2 cm. a nivel de mastoides y se procede a disecar un pequeño canal en un plano profundo del subcutáneo, para la posterior colocación del dispositivo.



Figura 3. Disecación de un pequeño canal en un plano profundo del subcutáneo

Una vez colocado en su bolsillo, se procede a liberarlo de su cápsula y a insertar las espículas en la fascia del platismo. (Figura 4).



Figura 4. Inserción de las espículas en la fascia del platismo

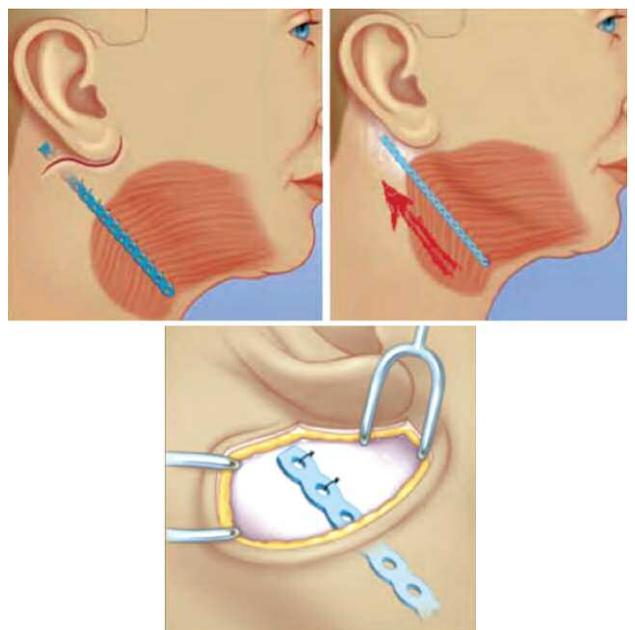


Figura 5: Tracción de la lámina hacia mastoides y sutura a la fascia

Se continúa la intervención con una tracción hacia mastoides y se fija con una sutura a la fascia del músculo esternocleidomastoideo. Se realizará el mismo procedimiento en el lado contralateral.

A continuación, se procede a cerrar la incisión y a realizar un compresivo suave de la zona disecada. La lámina de ácido poliláctico se irá reabsorbiendo a lo largo de los siguientes seis meses, y creará una fibrosis residual en toda la zona que, en teoría, perpetuará esta tracción mecánica ejercida, en un principio, por la placa.

B) MECANISMO DE SUJECCIÓN ELÁSTICO O TÉCNICA DE NEFERTITI

La técnica consiste en la colocación de una sutura elástica Elasticum®3 compuesta de poliéster y silicona que es la que ofrece la elasticidad y la que la convierte en un dispositivo no reabsorbible.



Figura 6. Sutura elástica Elasticum®

Su colocación tiene como objetivo, repartir la piel sobrante de la región del cuello, redibujando el ángulo cervico-facial. El procedimiento se realiza con anestesia local, tras diseñar el túnel por donde pasará dicha sutura elástica (Fig. 7).



Figura 7. Diseño del túnel por donde pasará Elasticum®

Como en todos los implantes, el protocolo de asepsia ha de ser de rango quirúrgico. Una vez anestesiado el trayecto y realizada la incisión en la región de la inserción en mastoides del esternocleidomastoideo, se procede a fijar uno de los extremos de la sutura a la fascia del músculo mediante un dispositivo-aguja que lleva incorporada esta sutura.).



Figura 8. Fijación de uno de los extremos de la sutura a la fascia muscular mediante un dispositivo-aguja

Posteriormente, y sin hacer disección subcutánea, se procede a realizar un canal por todo el ángulo cervico-facial hasta el lado contralateral, saliendo y entrando con la aguja en las zonas más convexas y salvaguardando el mismo plano para que la sutura no haga retracciones dérmicas que pudieran hacer patente la existencia de la sutura con los movimientos del cuello.



Figura 9. Canalización subcutánea del ángulo cervico facial

Una vez hemos llegado al lado contralateral, se procede a dar tensión a la sutura para conseguir devolver el máximo de ángulo cervico-facial. Por último, se fija igualmente a la fascia del músculo, se sutura la piel y no necesita de compresivo.



ATHENEA

MEDICAL & AESTHETIC

RESULTADOS REALES
COMPROBADOS

*

FABRICACIÓN NACIONAL

*

EXCELENTE CALIDAD



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 | Showroom y ventas:

Marcelo T. de Alvear 1381 - 4to piso - Capital Federal - Argentina
Tel. (011) 4811-8517 / (011) 2058-0849 | ventas@atheneamedical.com
www.atheneamedical.com



Figura 10- Sutura de la piel tras tensionar la sutura



Figura 11- Resultado inmediato

En la Figura 11 podemos ver el resultado inmediato de dicha intervención y en la Figura 12, a los 3 meses de esta.



Figura 12- Resultado a los 3 meses

CONCLUSIÓN

En nuestra opinión, cualquiera de las dos técnicas expuestas, es válida como procedimiento mínimamente invasivo para la corrección de la flacidez leve y moderada de la región del cuello. En el caso de existir un depósito de grasa importante en esta región, se recomienda la liposucción mecánica previa o, mejor aún, la asistida por láser. Al ser una región anatómica de un movimiento de giro de izquierda-derecha y flexo-extensión de casi 180°, el dispositivo elástico ofrece mayores posibilidades de camuflaje, resistencia y por lo tanto, durabilidad.

En ninguno de los procedimientos se han registrado complicaciones significativas, salvo leves molestias durante los primeros siete días.

En cuanto a los resultados, ambos procedimientos consiguen resultados satisfactorios, siempre que las expectativas, la técnica y el caso sean coincidentes, pero aún así, nos decantamos por el último procedimiento debido a la mayor permanencia de los resultados en el tiempo.

Bibliografía

- (1). Capurro S. *Un ago a due punte*. Riv Ital Chir. Plast. Sett.1983.
- (2). Capurro S. *Un ago a due punte*. Riv. Ital. Chir. Plast. 1984; 16: 1-2.
- (3). Capurro S. *The Double-Tipped Needle*. Pl and . Rec. Surg. 1987; 79: 6-1006.
- (4). Capurro S. Patent PC : *Sheathed elastic surgical thread*.2002.
- (5). Florez M. *Face Up Minilifting Subcutaneo no Chirúrgico con Suturas de Polipropileno*. Praxis Medical Center.2003.
- (6). Fournier P. *Le lifting invisible*. Rev de Chir Est Française. 2003; 27: 113.
- (7). Fournier P: *Histoire de l'aguiille à deux Pointes*. Rev de Chir Est Française. 2004; 28: 115.
- (8). Harvey AZ. *Discussion*. Pl and Rec Surgery. 2002; 109:7-2533
- (9). Yanai A, Fukuda O, Hirabayashi S. *Double-Tipped Center-Threading Suture Needle for Subcuticular Suturing*. Pl and Rec Surgery. 1985; 78:3.



ASTORMED es la línea de producción nacional de **Tecnoimagen**, destinada a proporcionar a médicos y profesionales de la salud una **opción de calidad, a un valor accesible, en pos de mejorar sus servicios y práctica profesional.**

Desarrollados siguiendo los estándares internacionales de fabricación, cuentan con **tecnología israelí**, cuna de los mejores desarrollos en medicina-estética.

HighLight

VectorRF

➤ **HIGHLIGHT** es un equipo de luz pulsada de alta calidad para **depilación médica permanente y para tratar diferentes discromías de la piel.**

➤ **VECTOR-RF** es un equipo de radiofrecuencia ideal para **rejuvenecimiento facial y reducción de contorno corporal.**

- Pantalla LCD, Touch-Screen. Interfaz intuitiva y en español.
- Alta frecuencia en repetición del pulso: modo simple y doble.
- Aplicadores: HR 590, HR 650 y SR 530.
- Equipo portátil y liviano, solo 8 kg.
- Sistema de enfriamiento por aire.
- Diseño ergonómico. Fácil instalación y transporte.
- Armazón 100% metal y cobertura plástica de alta densidad.

- 24 programas disponibles y modificables.
- Dos aplicadores: facial y corporal.
- Pantalla LCD, Touch-Screen. Interfaz intuitiva y en español.
- Regulación manual de parámetros.
- Control automático de temperatura.
- Armazón de metal y cobertura plástica de alta densidad.
- Pedal neumático de accionamiento.

Llámenos para coordinar una **demostración**
0810 - 333 - 8273
 MÁS DE 13 AÑOS DE EXPERIENCIA NOS AVALAN.

 **AstorMed**
www.astormed.com

 **Tecnoimagen**
www.tecnoimagen.com.ar

Evolución de los cánones estéticos del perfil facial y conceptos actuales.

Análisis de las preferencias de una población de médicos estéticos y población general.

Sanz A. M., Casteleiro A.

RESUMEN

Cuando valoramos una cara en nuestra consulta de medicina estética, estamos influenciados por factores subjetivos que hacen que el mismo defecto sea valorado de forma distinta, por clínicos o pacientes. Existen también factores históricos, culturales y sociales que nos influyen.

Por eso se analiza la evolución del concepto de belleza del perfil facial a través de la historia del arte, en comparación con la situación actual. Paralelamente, analizamos si las preferencias entre la población general y los médicos estéticos coinciden en los valores considerados normales. Para ello, realizamos una encuesta valorativa sobre el análisis morfológico del perfil labial sobre una muestra en 119 personas.

Parece ser que la muestra por debajo de los 30 años presenta una mayor preferencia por los labios gruesos en consonancia con la evolución del concepto de belleza actual con partes del cuerpo anormalmente exageradas ($\chi^2=7,067$; $P < .001$).

PALABRAS CLAVE

Perfil labial, cefalometría, estética facial, tejidos blandos.

ABSTRACT

When we value a face in our practice of Aesthetic Medicine, we are influenced by subjective factors.

Clinicians and patients could value the same defect differently. There is also historical, cultural and social influence. We analyzed the evolution of beauty concept through facial profile art history

in comparison we present trends. In parallel we examined whether preferences between general population and physicians judge as normal. We do a research on the morphological analysis of the labial profile in a sample of 119 people. It appears that the sample under age 30 has a greater preference for very thick lips in line with present trends of beauty abnormally exaggerated body parts.

KEYWORDS

Labial profile, cephalometrie, facial aesthetic, soft tissues.

INTRODUCCIÓN: EVOLUCIÓN DE LOS CÁNONES ESTÉTICOS DEL PERFIL FACIAL

Si repasamos la evolución de los cánones estéticos a lo largo de la historia, podríamos empezar por un ejemplo característico de representación humana del paleolítico como la Venus de Willendorf, actualmente en el Naturhistorisches Museum de Viena. En esta figura, la cara es negada y el cuerpo es exagerado para enfatizar la fertilidad, mucho más importante para el hombre del paleolítico que unos labios bonitos, por ejemplo.

Posteriormente, en el Antiguo Egipto ya se utilizaban espejos, que realizaban puliendo metales, y diseñaron un bloque de rejas con las proporciones del cuerpo ideales en el arte. Según esto, la cabeza debía ocupar 12 cuadrículas. Los perfiles eran claramente biprotusivos, eran africanos. Concretamente, el de la reina Nefertiti ideal de belleza oriental durante cientos de años, es el aspecto que más se aproxima a nuestro concepto de belleza actual.

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 2270

Bs. As. - Argentina

Telf : (54) 11 4803-5351/59

Desde Ext: (00549) 11 3573-0822

michellesm@fibertel.com.ar



La Nouvelle
Pharmacie

1^{er} Premio Comunicaciones Libres Sesión I-A del XXVIII Congreso de la SEME y 9^o Congreso Europeo de la UIME

Dra. Sanz, A.M.

Doctor en medicina y cirugía.

Título de Especialista en Medicina Estética y Cosmética.

Dr. Casteleiro, A.

Médico estomatólogo.

Título de Especialista en Medicina Estética y Cosmética.

En la Edad de oro griega, las caras de las esculturas reflejan el equilibrio, la armonía y la proporción en las dimensiones que reflejan el pensamiento de los filósofos griegos, los primeros que se aplicaron al estudio de por qué una cara o un objeto nos resultan agradables a la vista. Por su parte, en el Renacimiento Italiano, Leonardo da Vinci se dedicó a investigar mucho buscando una fórmula matemática de la belleza y las proporciones de la cara, pero no halló la respuesta. También se han buscado en la cara, las proporciones áuricas o divinas, ya descritas por Euclides, con los números divinos (0.168 y 1.608) de Leonardo Fibonacci, contemporáneo de Leonardo da Vinci. En cuanto al ideal estético del Renacimiento, podemos decir que es una mujer modesta y sumisa, sin barbilla como se observa en esculturas y pinturas de la época.

Ya en el siglo XVIII podemos ver que el perfil que gustaba, y que podemos observar en las monedas de dólar de plata americanas, es severamente retrusivo si lo enjuiciamos según los cánones actuales y, sin embargo, ese era el paradigma de la juventud y belleza durante todo ese siglo, a diferencia del XIX, en el que el ideal estético está representado en el perfil plano de Apolo de Bellvedere, copia romana de una escultura griega que se perdió en el siglo II y que se encuentra en el Museo Vaticano. Esto es así, porque durante ese siglo, la aspiración era el neoclasicismo romano, que tenía como ideal la Grecia clásica.

Más cercano en el tiempo, durante los primeros años del siglo XX, se siguió con la misma tendencia, con el perfil plano del Apolo de Bellvedere como ideal. Pero con la proliferación de conflictos bélicos y las consiguientes deformidades y malformaciones, aumentó la preocupación por el aspecto físico de los individuos. Además, con el advenimiento de los medios audiovisuales (televisión, cine, fotografía), el gusto de la población fue cambiando y se imponían las facciones de la estrella cinematográfica del momento. Por ejemplo, Marilyn Monroe, paradigma de belleza e ícono sexual de su tiempo. Nadie diría hoy en día que su cuerpo cumple con los cánones de belleza actuales si vemos la famosa fotografía tomada por Bern Stern en 1962 y la comparamos con íconos sexuales actuales como podría ser Pamela Anderson, por ejemplo.

Por lo tanto, surge la pregunta de si nos encontramos en una era que define la belleza humana con partes del cuerpo antinaturales y exageradas como ideal y que parte, si tenemos alguna, de responsabilidad tenemos los médicos estéticos en todo esto.

Por ello, el objetivo de nuestro estudio es analizar las preferencias subjetivas del perfil labial en una muestra de la población general comparándola con una muestra de médicos estéticos, con el fin de valorar si se encuentran dentro de los criterios de normalidad de un análisis morfológico objetivo del perfil labial. Pero antes vamos a realizar una revisión de la bibliografía de referencia sobre este tema.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

En primer lugar se ha realizado una revisión bibliográfica de las mediciones y análisis que existen en la literatura para realizar un análisis morfológico del perfil labial, buscando en Pub-med y MEDLINE las palabras clave: cefalometría, tejidos blandos y perfil facial.

Hay que decir que muchas de las mediciones exceden los objetivos diagnósticos y de tratamiento de un médico estético por lo que, tras realizar dicha revisión bibliográfica se propone un método muy sencillo y cómodo de realizar en nuestra clínica para una valoración objetiva del perfil labial, para lo que nos basta una simple fotografía de perfil del paciente (Fig 1). Son mediciones del análisis horizontal, dado que las alteraciones verticales sobrepasan, de momento, nuestra capacidad de actuación como médicos estéticos.

Para valorar la posición antero-posterior de los labios, basta trazar una perpendicular a la horizontal verdadera desde subnasal: el labio superior debe ser tangente a esa línea y el inferior estar 2mms por detrás (desviación standard de 2 mms en ambos casos) (Fig 1).

Para el ángulo naso-labial trazamos desde subnasal una línea tangente a columela y otra a labio superior. El ángulo debe ser de 90° a 110° con un valor medio de 102° (desviación standard 8°). (Fig 1).

No todos asignan a este ángulo el mismo valor diagnóstico, debido a que la base de la nariz que es una de las variables, no puede ser considerada una referencia estable ya que su inclinación tiene muchas variaciones individuales, sin que éstas supongan una alteración estética. Una nariz respingona provocará un ángulo naso-labial más abierto. El labio superior no participa en este caso como causante de la abertura del ángulo.

Es por eso que se establece un nuevo criterio para el estudio del ángulo naso-labial, que consiste en la división de este ángulo en dos partes: una superior o nasal y otra inferior o labial, delimitados por una línea paralela a la horizontal verdadera del paciente que pasa por el punto subnasal.

Es decir, este ángulo se divide en dos componentes, uno superior y otro inferior. La línea que divide al ángulo es una paralela a la horizontal verdadera que pasa por el punto Sn.

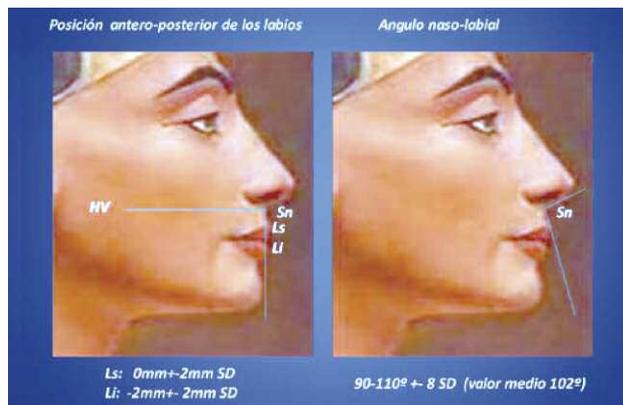


Figura 1: Valoración objetiva del perfil labial en nuestra consulta.

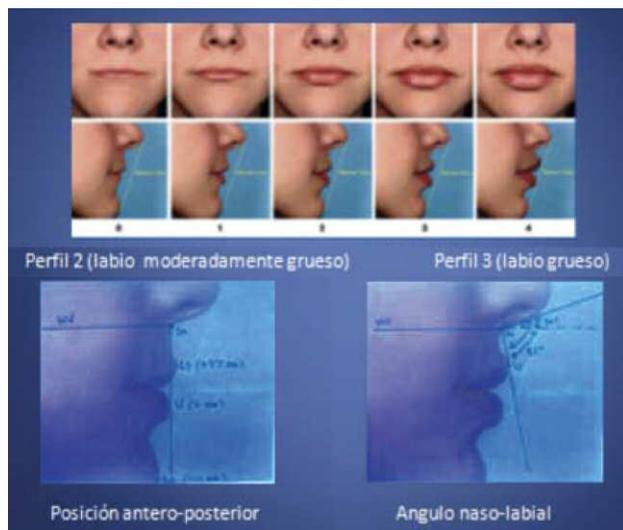


Figura 2: Aplicación de un método objetivo de valoración del perfil labial a los perfiles de la Escala Merz para el grosor de labio.

De esta forma, en el diagnóstico, analizamos por separado el ángulo nasolabial superior y el ángulo naso-labial inferior, lo que nos permite identificar cual de los componentes (columela o labio superior) es el responsable de su eventual alteración.

APLICACIÓN DE ESTOS PARÁMETROS A LOS PERFILES DE LA ESCALA MERZ PARA EL GROSOR DE LABIOS

Se han realizado las mediciones anteriormente descritas en cada uno de los perfiles de la Escala Merz. Escala ampliamente utilizada y de sobras conocida para el estudio de las preferencias del grosor de labios en relación a los parámetros de normalidad con los siguientes resultados:

Los perfiles que más se acercan a los criterios de normalidad de un análisis objetivo del perfil labial serían: en cuanto a posición antero-posterior del labio, el perfil 2. (Ver Figura 2). Dado que el ángulo naso-labial superior es el mismo en todos los casos (al ser la misma nariz en todos ellos), veinte grados, podemos considerar la medida total que puesto que los cambios que se observen serán debidos en su totalidad a los cambios producidos en el labio inferior. El perfil 3 es el que más se acerca al valor medio de la norma.

ENCUESTA DE PREFERENCIAS ENTRE MÉDICOS ESTÉTICOS Y POBLACIÓN GENERAL

Características de la muestra

Se han seleccionado aleatoriamente una muestra en 119 personas de las cuales 35 eran médicos estéticos españoles a los que se le realizó una encuesta valorativa mediante la Escala Merz.

La distribución de edad se encontraba en un intervalo entre 13 y 80 años (16 personas menores de 16 años, 73 personas de 30 a 50 años y 30 personas mayores de 50 años). De ellas, 45 son hombres y 74 mujeres. Siguiendo esta distribución se dividió la muestra en 3 grupos:

- Grupo A) Menores de 30 años.
- Grupo B) Entre 30 y 50 años.
- Grupo C) Mayores de 50 años.

La encuesta se realizó presencialmente mostrando los perfiles de la figura 2 y pidiéndoles que eligiesen del 0 al 4 que perfil de la fotografía preferían o les resultaba más atractivo.

Resultados

Encontramos una selección preferente de las opciones 2 y 3 que fueron votadas por 104 de los encuestados (87%), mientras que solo el 8,4% y el 4,2% habían optado por el labio 4 y el labio 1 respectivamente.

Una vez obtenidos los datos estadísticos, procede realizar un análisis sobre la representatividad de esta muestra, para ver si los datos son lo suficientemente fiables como para sacar conclusiones.

La muestra es lo suficientemente representativa, y el margen de error es lo suficientemente bajo (0,0106) como para validar los resultados y la conclusión a que nos llevan: las preferencias subjetivas del perfil labial, tanto de médicos estéticos como de la población general, se encuentran dentro de los criterios de normalidad encontrados en el análisis morfológico objetivo del perfil blando.

Grosor Labio	Votos
1	5
2	48
3	56
4	10
Total	119

Tabla I. Análisis general de resultados

Si analizamos los resultados en función del sexo, (Tabla II), vemos como los hombres parecen mostrar mayor preferencia por unos labios ligeramente más gruesos que las mujeres 16% vs 4% (Chi2=7,067; P <.001) si bien la distribución por género no es equitativa ya que han respondido 74 mujeres y 45 hombres.

Grosor labio	votos	%
1	4	9%
2	14	31%
3	20	44%
4	7	16%
Total hombres	45	
1	1	1%
2	34	46%
3	36	49%
4	3	4%
Total mujeres	74	
TOTAL	119	

Tabla II. Preferencias según el sexo

Por su parte, los médicos estéticos también muestran aparentemente preferencia por labios ligeramente más gruesos que la población general (Chi2=20,17; P <.001) y están más de acuerdo en sus opiniones (Tabla III). Lo que nos puede llevar a pensar que podríamos estar rellenando los labios por encima de las preferencias subjetivas de nuestros pacientes y las personas que les rodean.

Grosor labios	Votos	%
1	5	6%
2	35	42%
3	38	45%
4	6	7%
NO MÉDICOS	84	
2	13	37%
3	18	51%
4	4	11%
MÉDICOS	35	
Grand Total	119	

Tabla II. Preferencias según la profesión

En cuánto a la edad, (Tabla IV), en los tres grupos considerados se muestra la misma tendencia que en el análisis general, con los perfiles 2 y 3 como los más votados. Además, entre los más jóvenes se observa una preferencia estadísticamente significativa por los labios muy gruesos en comparación con el resto de grupos de edad como podemos ver en la Tabla.

Labios	A) <30	B) 30-49	C) 50-resto
1	6.3%	1.4%	10.0%
2	56.3%	37.0%	40.0%
3	18.8%	54.8%	43.3%
4	18.8%	6.8%	6.7%

Tabla IV. Preferencias según la edad

En contraposición, el grupo de más de 50 años es el que prefiere los labios más finos, mientras que el grupo de edad entre 30-49 años se observa una preferencia por los labios gruesos. (Chi2=44,49; P <.001).

CONCLUSIONES

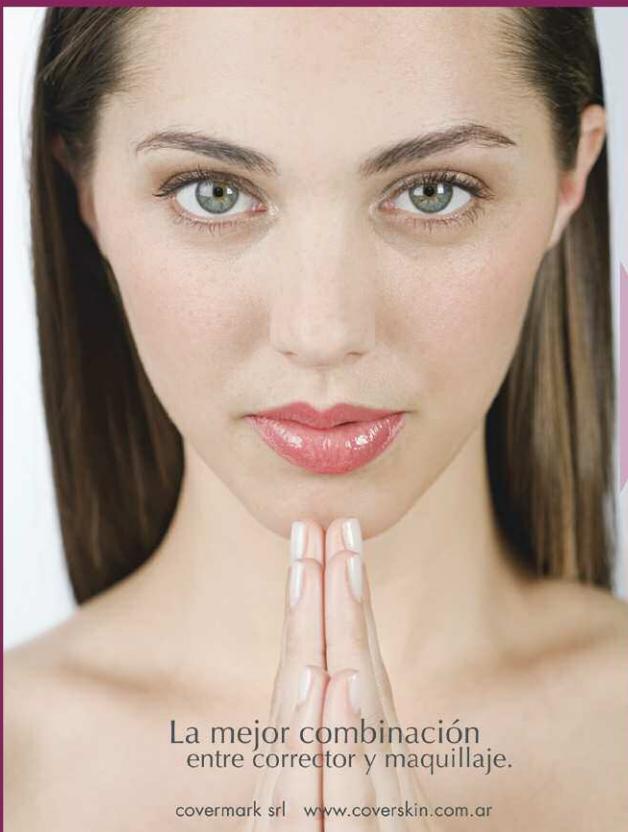
Actualmente, las preferencias subjetivas en el perfil labial, tanto de médicos estéticos como la población general, se encuentran dentro del rango considerado normal y equilibrado en el análisis morfológico objetivo del perfil blando.

Aparentemente, los médicos estéticos prefieren los labios ligeramente más gruesos que los no médicos. Estos datos abren la puerta a estudios posteriores para analizar más profundamente las aparentes diferencias encontradas, porque nos ayudaría a conseguir mayor satisfacción de nuestros pacientes al realizar un relleno de labios en nuestra consulta de medicina estética.

En cuánto a la edad, vemos como entre los menores de 30 años se da una significativa diferencia en comparación con el resto de edades en la elección de los labios muy gruesos. Datos que podrían ir en consonancia con las tendencias estéticas actuales, como hemos comentado. Las limitaciones de una muestra en la que la proporción de mujeres supera a la de hombres y un tamaño no excesivo de la misma, hace que sean necesarios estudios posteriores que analicen más pormenorizadamente las diferencias generacionales por género.

Bibliografía:

- (1). Baldwin, D.C.: *Appearance and esthetics in oral health*. Comm.Dent. Oral Epidemiol. 1980; 8, 244-256.
- (2). De Smit A., Dermaut L.: *Soft tissue profile preferences*. Am Journal of Orthodontics, 1984; vol 86, Issue 1, 67-73.
- (3). Edds, C.W.: *Determination of lip position in aesthetic profiles*. Am J Orthod 1964; vol 50, Issue 10, 783-784.
- (4). Enlow, D.H., Moyers, R.E. et al.: *Procedure for the analysis of intrinsic facial form and growth*. Am J Orthod. 1969; 56: 6-23.
- (5). Farhad B. Naini, James P. Moss and Daljit S. Gill: *The enigma of facial beauty: Esthetics, proportions, deformity and controversy*. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 2006; 130:277-82.
- (6). Farkas LG, Hreczko TA, Kolar JC, Monro IR: *Vertical and horizontal proportions of the face in young adults North American Caucasians: revision of neoclassical canons*. Plast Reconstr Surg, 1984; 75:328-38.
- (7). Gola R., Cheynet F., Guyot L., Richard O.: *Analyse céphalométrique de profil fonctionnelle et esthétique*. Revue de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-faciale, 2010; vol 105, Issue 6, 329-335.
- (8). Hershon L.E., Giddon D.B.: *Determinants of facial profile self-perception*. Am J Orthod. 1980; vol 78, Issue 3, 279-295.
- (9). Levin, El.: *Dental Aesthetics and the golden proportion*. J. Prosthetic Dent. 1978; 40,244-252.
- (10). Lines P.A., Lines R.R., Lines C.A.: *Profilemetrics and facial esthetics*. Am J Orthod.1978; vol 73(6), 648-657.
- (11). Lundström A., Forsberg C.M., Peck S., McWilliam J.: *A proportional analysis of the soft tissue facial profile in young adults with normal occlusion*. Angle Orthod. 1992; January Vol. 62, Issue 2, 127-34.
- (12). Lundström, F, Sundström, A: *Natural Head positions as a basis for cephalometric analysis*. Am. J. Orthos Dentofacial Orthop 1992; 101: 244-247.
- (13). Nguyen D.D., Turley PK.: *Changes in the Caucasian male facial profile as depicted in fashion magazines during the twentieth century*. Am J Orthod.1998; vol 114, Issue 2, 208-217.
- (14). Peck, M. Peck, S.: *A concept of facial aesthetics*. The Angle Orthod. 1970; 40, 4, 284-317.
- (15). Peck, M. Peck, S.: *The aesthetically pleasing face: a myth*. Transact Europ Orthod. Soc., 1971.
- (16). Peck S., Peck H.: *The aesthetically pleasing face: an orthodontic myth*. Transact Europ Orthod Soc., 1971.
- (17). Peck S., Peck L.: *Selected aspects of the art and science of facial aesthetics*. Seminars in Orthodontics. 1995; Vol 1, Issue 2, 105-126.
- (18). Pogrel MA.: *What are normal aesthetic values?*. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 1984; vol 49, Issue 9, 963-969.
- (19). Ricketts, R.M.: *Esthetics, environment and the law of lip relation*. Am. J. Orthod.1968; 54, 4:272-289.
- (20). Ricketts, R.M.: *Orthodontic diagnosis and planning*. Section 3. Rocky Mountain Data System, Denver, 1982.
- (21). Rodrigues C. de D., Magnani R., Machado M.S., Oliveira O.B.: *The perception of smile attractiveness*. Angle Orthod. 2009; 79: 634-639.
- (22). Rosemie M. A. Kiekens, Anne Marie Kujipers-Jegtmans, Martin A. von T Hef, Bep E. van't Hop and Jaap C. Maltha: *Putative golden proportions as predictors of facial esthetics in adolescents*. Am J Orthod Dentofacial Orthop.2008; 134: 480-3.
- (23). Samir E. Bishara, Jane R Jakobsenm Timothy J Hession, Jean E Treder: *Soft tissue profile changes from 5 to 45 years of age*. Am J Orthod. 1998; vol 114, Issue 6, 698-706.
- (24). Samir E. Bishara, Timothy J Hession, Lawrence C. Peterson: *Longitudinal soft -tissue profile changes: A study of three analyses*. Am J Orthod. 1985; vol 88, Issue 3, 209-223.
- (25). Sanzari, M.J.: *A comparative evaluation of various aesthetic indicators used cephalometrically in orthodontics*, Am J of Orthodontics and DentofacialOrthopedics,1993; vol 103, Issue 5, 488.
- (26). Sforza C., Laino A., D'Alessio R., Grandi G., Binelli M., Ferrario V.F.: *Soft tissue facial characteristics of attractive Italian women as compared to normal women*. Angle Orthod.2009; 79:17-23



La mejor combinación
entre corrector y maquillaje.

covermark srl www.coverskin.com.ar

COVERSKIN®

MAQUILLAJE CUBRITIVO IMPERMEABLE

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

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

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

WATERPROOF

FILTRO SOLAR



DESCUENTO A PROFESIONALES

Poivo Fijador Corrector Stick Magic Legs Magic Face Corrector



Paleta con
6 tonos Coverskin
+ Polvo Fijador



Experiencias del 23° Congreso Argentino de Medicina Estética 2013



Del 5 al 7 de abril de 2013, se desarrolló en el Auditorio de la Universidad Católica Argentina (UCA), en el moderno barrio de Puerto Madero, de la Ciudad de Buenos Aires, el congreso de medicina estética con la mayor cantidad de ediciones realizadas en el continente americano, nos referimos al **23° CONGRESO ARGENTINO DE MEDICINA ESTÉTICA**, organizado por la Sociedad Argentina de Medicina Estética, Miembro Institucional de la Asociación Médica Argentina y Capítulo Argentino de la Unión Internationale de Médecine Esthétique.

Participaron 532 inscriptos que desbordaron las salas plenas y las salas de *workshops*, 323 eran profesionales argentinos y 209 colegas del extranjero, quienes Colaboraron generosamente, impartiendo sus conocimientos, más de 60 disertantes nacionales e internacionales, entre estos, en esta oportunidad hemos contado con conferencistas de EE.UU., Italia, Colombia, Guatemala, Brasil y Uruguay. Por otra parte, la presencia de 50 importantes empresas relacionadas con el sector, le dieron vida a **Expo MEBA**, la exposición comercial paralela.

Con seguridad, ha sido este, uno de los congresos nacionales con mayor concurrencia de la última década en nuestro país y también el de mayor asistencia del continente.





**FORMAMOS LÍDERES
EN MEDICINA ESTÉTICA**

2013/2014

ABIERTA LA INSCRIPCIÓN



Excelencia Educativa
en Medicina Estética

Escuela Oficial UIME
Universidad Argentina John F. Kennedy

Informes e inscripciones:

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

(1107) Buenos Aires - Argentina

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

e-mail: info@soarme.com

web: www.soarme.com

Creación oficial en Bélgica de una nueva especialidad: “Medicina Estética No Quirúrgica”

Me es muy grato comunicarles la creación oficial en Bélgica, de una nueva especialidad, la primera en un país de la Unión Europea y del mundo: **“Medicina Estética No Quirúrgica”**. Gracias al esfuerzo y tesón del Dr. Jean Hebrant, Presidente de la Sociedad Belga de Medicina Estética, quien consiguió que el proyecto fuese primero debatido en el Senado y finalmente, el pasado 18 de abril, que la Cámara de Representantes Belga lo aprobase, se dió luz verde a la nueva especialidad.

Quiero felicitar a la Sociedad Belga de Medicina Estética y especialmente a su Presidente por el logro conseguido, lo que nos hace vislumbrar un futuro prometedor para la Medicina Estética en el resto del mundo.

La Sociedad Belga de Medicina Estética fue una de la cuatro entidades que fundaron la Unión Internacional de Medicina Estética en 1975 y su actual Presidente, es Presidente de Honor de la UIME.

Es un orgullo que un colega amigo personal y una entidad perteneciente a la UIME, al igual que la SOARME, hayan logrado semejante logro por el que bregamos muchos de nosotros por mas de 40 años.

Es considerada una especialidad oficial y por lo tanto, para acreditarse la mecánica, será similar a las otras especialidades tradicionales de la medicina. Esto claramente se contrapone a lo que sucede en algunos países, donde entidades publicitan el otorgamiento de la especialidad basada en el dictado de cursos avalados con resoluciones universitarias, pero sin la ley ministerial que lo sustente y le otorgue el reconocimiento oficial.

En otros países en cambio, se ha llegado a la arbitrariedad de permitir que una única universidad en un país, pueda formar solo a “especialistas de elite”, con un cupo anual de dos médicos, lo que bloquea el acceso a todos los demás postulantes. Para nosotros, esto no es un modelo a seguir, solo buscamos una formación médica pluralista y que se ajuste a las mismas características y requisitos que las demás especialidades médicas.

Lo conseguido en Bélgica, que transforma una disciplina en una especialidad, es lo que ambicionamos todos los que amamos a la Medicina Estética y hemos invertido nuestra vida profesional en aras de su jerarquización y reconocimiento.

Desde la Sociedad Argentina de Medicina Estética seguiremos luchando para lograr el máximo reconocimiento en nuestro país, que ahora podemos ver más próximo.

Felicitaciones a todos!

Prof. Dr. Raúl Pinto



El Dr. Jean Hebrant junto al Prof. Dr. Raúl Pinto.



INSTITUTO
PINTO

Excelencia Educativa
en Medicina Estética

Escuela Oficial UIME
Universidad Argentina John F. Kennedy

INSTITUTO PINTO | FORMAMOS LÍDERES EN MEDICINA ESTÉTICA

31ª Diplomatura Universitaria e Internacional de Medicina Estética y Anti-Aging

7 al 25 de octubre de 2013 - 9 a 19 hs.

Director del Curso: Prof. Dr. Raúl Pinto

CONDICIONES:

Dirigido a: Médicos

Vacantes: Limitadas a 40 inscriptos

CURSO SOARME 2013:

7 al 11 de octubre de 2013

Certificado: Diploma de la Sociedad Argentina
de Medicina Estética

CURSO PASAM 2013:

14 al 18 de octubre de 2013

Certificado: Certificado de Acreditación
Panamericana en Medicina Estética PASAM
Requisito: tener aprobado el Curso SOARME

CURSO AAAMISO 2013:

21 al 25 de octubre de 2013

Certificado: 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

8º Curso de Especialización en Medicina Estética de la Universidad Argentina John F. Kennedy

Teóricos: a distancia

Prácticas presenciales: del 28 de octubre
al 1º de noviembre de 2013 - 9 a 19 hs.

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

Vacantes: Limitadas a 30 inscriptos

Certificado: del curso de Especialización en
Medicina Estética de la Universidad
John F. Kennedy y del Instituto Pinto

Promovido, auspiciado y reconocido por

- Universidad Argentina John F. Kennedy -UK-
- Instituto Pinto de Docencia e Investigación en
Medicina Estética
- Union International de Médecine Esthétique -UIME-
- Escuela Superior UIME Buenos Aires
- Sociedad Argentina de Medicina Estética -SOARME-
- Pan-American Society of Aesthetic Medicine -PASAM-
- Aesthetic & Anti-Aging Medicine International
Society -AAAMISO

Especialización Universitaria en Medicina Estética y Anti-Aging

1376 horas cátedra / 172 créditos para médicos
extranjeros.

Director del Curso: Prof. Dr. Raúl Pinto

1er Módulo Académico

Diplomatura Universitaria Internacional en
Medicina Estética y Anti-Aging
(600 horas cátedra / 75 créditos)

7 al 25 de octubre 2013 - Buenos Aires o Bruselas

2do Módulo Académico

Curso de Especialización en Medicina Estética
(300 horas cátedra / 37,5 créditos)

28 de octubre al 1 de noviembre 2013 - Buenos Aires

3er Módulo Académico (opción A)

Curso Intensivo de Prácticas del Alumno sobre
Pacientes + Tesina y evaluaciones
(476 horas cátedra / 59,5 créditos)
Fechas variables según elección de país.

3er Módulo Académico (opción B)

Curso Europeo de Perfeccionamiento en Medicina
Estética + Tesina y evaluaciones
(476 horas cátedra / 59,5 créditos)
19 al 23 de mayo de 2014 - Bruselas



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



**INSTITUTO
PINTO**

Excelencia Educativa
en Medicina Estética

Escuela Oficial UIME
Universidad Argentina John F. Kennedy



INSTITUTO PINTO | FORMAMOS LÍDERES EN MEDICINA ESTÉTICA

2º SEMESTRE DE 2013

9º Curso de Asistente Universitario en Medicina Estética y Anti-Aging

11 al 15 de noviembre de 2013

Director del Curso: Prof. Dr. Raúl Pinto

Este curso tiene como objetivo la enseñanza de los procedimientos y técnicas que deben realizar los auxiliares de médicos estéticos, dermatólogos, flebólogos y cirujanos plásticos, como parte de un equipo multidisciplinario.

2º Acreditación en Cosmiatría Universitaria

18 al 22 de noviembre de 2013

Director del Curso: Ctra. Leticia Pepe

Director académico: Prof. Dr. Raúl Pinto

Este curso tiene como objetivo la enseñanza de diversos procedimientos y técnicas que pueden ser realizadas por las cosmetólogas, cosmiatras y esteticistas de manera independiente, y otros, que deben ser ejecutados bajo supervisión del médico, como parte de un equipo multidisciplinario.

3ª Diplomatura Universitaria de Kine-Fisiatría Estética

25 al 29 de noviembre de 2013

Director del Curso: Lic. Ma. Teresa Mayer

Director académico: Prof. Dr. Raúl Pinto

Este curso tiene como objetivo la enseñanza de diversos procedimientos y técnicas que pueden ser realizadas por los licenciados en kinesiología y Fisiatría de manera independiente, y otros, que deben ser ejecutados bajo supervisión del médico, como parte de un equipo multidisciplinario.

INSCRIPCIÓN 2014

9º Curso de Formación en Medicina Estética Facial y Corporal para Médicos Residentes en Argentina

Un viernes al mes

Director del Curso: Prof. Dra. Patricia Frisari

Director académico: Prof. Dr. Raúl Pinto

El objetivo académico del curso es que los alumnos adquieran los conocimientos necesarios para estar capacitados para diagnosticar y tratar a las patologías más frecuentes en Medicina Estética facial y corporal.

6º Curso de Formación en Medicina Antienvjecimiento para Médicos Residentes en Argentina

Un jueves al mes

Director del Curso: Prof. Dra. Patricia Frisari

Director académico: Prof. Dr. Raúl Pinto

El objetivo académico del curso es que los alumnos adquieran los conocimientos necesarios para estar capacitados para diagnosticar y tratar a las patologías más frecuentes en Medicina Antienvjecimiento o anti-aging.

2º Diplomado Universitario Internacional de Medicina Estética para Médicos Matriculados en Argentina

Un lunes al mes

Director del Curso: Prof. Dr. Raúl Pinto

Esta Diplomatura cuenta con una triple titulación, una internacional por parte de la UIME, el Diploma Internacional de Medicina Estética UIME, y dos nacionales, 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



SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA ESTÉTICA

CONGRESOS

CURSOS

DIPLOMADOS

ESPECIALIZACIONES



Miembro Institucional de la
Asociación Médica Argentina -AMA-
Capítulo Argentino de la
Union Internationale de Médecine Esthétique -UIME-

SOARME

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

Nuevo Thermage Total Tip

**Lo último en tensado de alta definición.
Thermage presenta una nueva solución para
lograr una mayor definición del óvalo facial.**

Thermage es un método revolucionario en el campo de la dermatología que permite, de forma segura y clínicamente probada, reafirmar la piel logrando mejoras en el contorno y la textura, a través de la estimulación del propio colágeno. Mediante un dispositivo especial de puntas descartables, se detecta el espesor de la piel y se transmite la energía necesaria para cada caso.

Recientemente, se lanzó al mercado una nueva punta para mayor definición del óvalo facial y reducción de papada. Para los pacientes interesados en revertir los signos de envejecimiento sin la recuperación que implica una cirugía, los cirujanos plásticos Elbert y Jacqueline Cheng, del Centro de Rejuvenecimiento Facial y Corporal de California, recomiendan Thermage®.

Estos doctores, usuarios de Thermage desde casi una década, cuando probaron la nueva punta descartable, se convirtieron en los usuarios más entusiastas de esta tecnología. "Empezamos a utilizar el Total Tip 3.0 hace seis meses y quedamos muy satisfechos porque vimos los resultados en nuestros pacientes mucho antes de lo esperado. Esta nueva punta, ofrece hasta dos veces mayor calentamiento que el *tip* facial convencional" sostuvo la Dra. Cheng.

Para el Dr. Elbert Cheng, el progreso ha sido exponencial "Desde

que el Total Tip 3.0 estuvo disponible para las aplicaciones faciales, el número de tratamientos Thermage llevados a cabo ha aumentado significativamente. Ahora, la gran mayoría de nuestros pacientes pueden ver mayor definición de la mandíbula, tonificación de las mejillas, los pliegues nasolabiales, y la zona de papada hasta el cuello".

El Dr. Cheng recomienda a sus pacientes regresar para una segunda aplicación dos meses después del tratamiento inicial, ya que esto permite aumentar aún más la formación de colágeno. Además de ofrecerlo para rejuvenecimiento facial, los doctores también ofrecen Thermage como una estrategia de prevención: "Es una manera de retardar los signos de envejecimiento" sentenció.



Ultracavitación corporal

Una alternativa en medicina estética es la ultracavitación; la onda mecánica de baja frecuencia del orden de los 40 KHz actúa sobre las moléculas de agua presentes en la célula grasa y en el líquido que hay entre ellas, ejerciendo su vibración y fricción y aumentando la temperatura hasta la ebullición (micro burbujas o cavitación), dentro del adipocito y fuera de él, lo que ocasiona el estallido de sus membranas. Por este motivo, es imprescindible ingerir agua antes del tratamiento, para hidratar las células y también para eliminar por orina.

Es recomendable además, realizar ejercicios físicos para disminuir su nivel en sangre y que no se deposite nuevamente en otros lugares no tratados. Es indicado para aquellas zonas resistentes a desaparecer con la dieta o ejercicios, adiposis localizadas, celulitis, etc. Es una buena alternativa a la lipoaspiración.

Es importante que el equipo con el cual se realiza el tratamiento, tenga la potencia suficiente como para ultracavitarse en segundos; esto se puede probar al sumergir un poco de papel de aluminio de cocina en un recipiente con unos centímetros de agua. Al colocarse en el agua el cabezal funcionando a una potencia máxima, en pocos segundos, debe

producir agujeros en el papel, pues implosiona las moléculas de agua que van rompiendo al aluminio. Esta prueba, es la que indica que el equipo es capaz de tener los resultados deseados en los tratamientos a realizar, es decir, produce ultracavitación.

Dr. Roberto Agostinelli - Cirujano plástico - M.P. 15.194
ATHENEA MEDICAL



Calendario Científico

2013

- 27 y 28 de septiembre : FRANCIA
34° Congreso Francés de Medicina Estética
París
- 20 al 22 de octubre : COLOMBIA
10° 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

2014

- 27 de febrero - 1 de marzo : RUSIA
10° Congreso Europeo de Medicina Estética
Moscú
- 20 al 22 de marzo : ARGENTINA
24° Congreso Argentino de Medicina Estética
Buenos Aires
- 20 al 23 de noviembre : COLOMBIA
10° Congreso Panamericano de Medicina Estética
Cartagena de Indias

2015

- 12 al 15 de noviembre : USA
20° Congreso Mundial de Medicina Estética
Miami

William Adolphe Bouguereau

Bouguereau nació el año 1825 en La Rochelle, en la costa oeste de Francia, en la región Poitou-Charrentes. Hijo de Théodore Bouguereau, de origen inglés, y Marie Marguérite Bonnin, Adolphe-William fue el segundo de los cuatro hijos de una familia de orientación calvinista; sin embargo, a la edad de cinco años, fue bautizado en la fe católica.



Desde muy temprana edad demuestra una innata capacidad para el dibujo, aptitud que su tío Eugène, se encargará de encauzar. Gracias a él, comienza a estudiar pintura de la mano de Louis Sage, quien había trabajado en el taller de Ingres y, más tarde, en la Escuela de Bellas Artes de Burdeos. Estudia y además trabaja en el negocio familiar, dedicado al comercio de vino y aceite. Una vez más gracias a su tío, consigue trasladarse a París en 1846, y se matricula en la escuela de Bellas Artes donde se destaca hasta tal punto, que en dos ocasiones, en 1848, obtiene el Premio de Roma. En 1850 gana el Grand Prix de Roma por el cuadro *Zenobia descubierta por pastores a orillas del río Araxes*. Ese mismo año, se establece en esta ciudad, en la Villa Médici. Allí permanece hasta 1854, aprendiendo de Jean Alaux y Victor Schnetz, y estudia en profundidad la pintura de Giotto; también le interesan las obras de varios pintores renacentistas italianos. Pintor de retratos de aspecto fotográfico, obras religiosas hábiles y sentimentales y desnudos tímidamente eróticos, Bouguereau fue poseedor de un dibujo virtuoso y preciso. Conocedor genial de la anatomía humana. Pintor de un gusto tonal cercano al decadentismo y la melancolía, excepto en sus obras más violentas, que versan sobre el infierno y el odio entre los hombres, como la obra *Dante y Virgilio en el infierno*, de 1850.



Thirst - (1886)



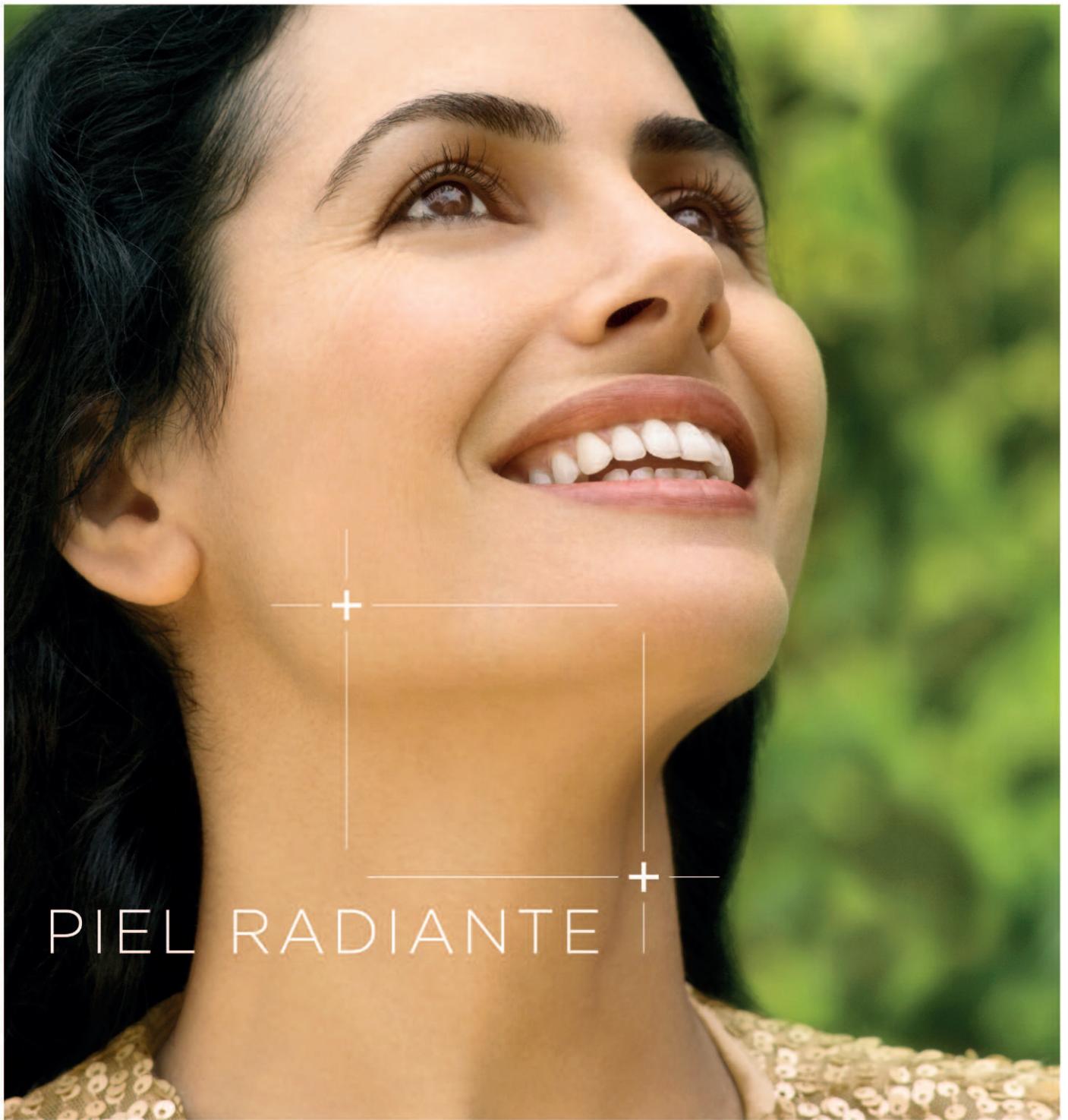
The Birth of Venus (1879)



La perle - (1894)

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

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



PIEL RADIANTE

VIDA DESLUMBRANTE

La piel radiante viene de muy adentro. Es por eso que Restylane® Skinboosters ofrece una hidratación profunda a la piel, donde más se necesita. Los efectos hidratantes se construyen con el tiempo, para darle a la piel un brillo natural y perceptible. Las innovadoras micro-inyecciones hidratantes se dirigen directamente a los niveles profundos de hidratación de la piel, para obtener resultados naturalmente deslumbrantes a través de los meses.

DESCUBRÍ LOS SECRETOS DE UNA PIEL RADIANTE

Los tratamientos con Restylane® skinboosters se realizan por un médico certificado. Para obtener más información, visita www.restylane.com

Restylane
SKINBOOSTERS™

GALDERMA
Committed to the future
of dermatology

