

Órgano Oficial de la Sociedad Argentina de Medicina Estética AÑO 2 - Nº 6 - NOVIEMBRE 2013

Radiofrecuencia, nuevas perspectivas en rejuvenecimiento

Dr. J. M. Casanova y Dr. J. López

¿Cómo explicar el efecto tensor del Dimetil Amino Etanol (DMAE) tópico?

Dr. Philippe Deprez

Nuevo producto para el paciente alopécico

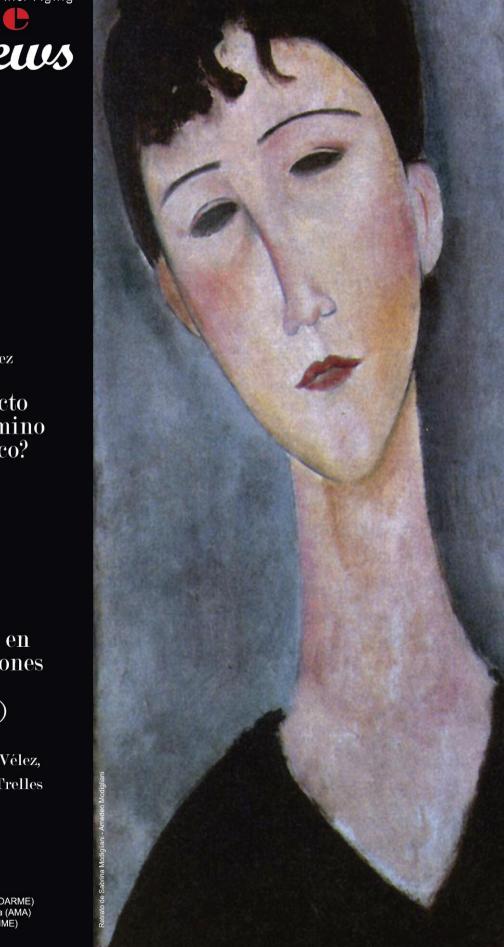
Dr. Daniel Llorens

Intensificación de la absorción del láser en el tratamiento de lesiones vasculares: Radiofrecuencia (RF) y láser de diodo

Dres. Xavier Álvarez, Mariano Vélez, Oswaldo R. Trelles y Mario A. Trelles







24°

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









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



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

Oueridos colegas:

Nuevamente en contacto, a través del número 6 de la SOARME NEWS -*Medicina Estética*, que acerca a los profesionales que practican con pasión la medicina estética a la Sociedad Argentina de Medicina Estética.

Les comento que el 6 de septiembre ppdo., se ha conmemorado en todo el mundo el Día Internacional de la Medicina Estética. Las 27 sociedades nacionales que integran la UIME, Union Internationale de Médecine Esthétique, se han encargado de promover y fomentar, entre el público en general, las actividades asistenciales y de docencia relacionadas con nuestra especialidad.

Y como desde hace mas de dos décadas, esta época del año nos encuentra trabajando en una nueva edición del Congreso Argentino de Medicina Estética, la 24^a, que se va a desarrollar entre el 20 y 22 de marzo de 2014 en el auditorio y salones de la Universidad Católica Argentina y, esperamos, como es habitual todos los años, una importante asistencia de inscriptos de todos los países del continente americano.

El Congreso contará con la participación de reconocidos disertantes extranjeros y nacionales y una Expo comercial paralela, donde las empresas presentarán las novedades del sector. La Sociedad Argentina se siente orgullosa de organizar el congreso de Medicina Estética de mayor número de ediciones de América y de mayor convocatoria, pero más aún, porque sabemos que es el Congreso más representativo, según los comentarios de los propios inscriptos.

Los invito a jerarquizar la Medicina Estética participando del congreso y como siempre, quedan abiertas las puertas a todos los colegas que deseen presentar artículos científicos para que sean publicados en nuestra revista, SOARME News-Medicina Estética.

¡Hasta la próxima!

Prof. Dr. Raul Pinto Director



BODY HEALTH PRESENTA:

BHS 156 CRIO RADIOFRECUENCIA



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.



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



CONTROL DE PROFUNDIDAD

MEDIUM





TEMPERATURA

-10°

SHOCK TÉRMICO

Radiofrecuencia* Nuevas perspectivas en rejuvenecimiento

*Thermafine Lift

Dr. J.M. Casanova, Ing. J. López

Muchos son los tratamientos utilizados para producir un rejuvenecimiento facial, pero muchos de ellos necesitan un período de recuperación importante (CO2,Er:Yag,peelings profundos).

Otros mas actuales como láseres y fuentes de luz están siendo utilizados para rejuvenecimiento facial, pero en muchos casos se necesitan muchas sesiones o no se obtienen los resultados esperados.

En la mayoría de casos estos tratamientos lesionan la epidermis y parte de la dermis para conseguir sus objetivos.

Lo ideal seria un tratamiento que sin lesionar la epidermis consiguiese los efectos que sobre la dermis tienen los tratamientos de mas agresivos.

La radiofrecuencia ha sido utilizada en medicina para diversas aplicaciones como resolución de arritmias, ablación de cáncer prostático etc.

El sistema empleado en este trabajo utiliza las ondas de radiofrecuencia entrelazadas con el sistema exclusivo casos estos tratamientos lesionan la epidermis y parte MTO® para lograr un rejuvenecimiento facial realizando de la dermis para conseguir sus objetivos. aproximadamente 4 sesiones y sin postoperatorio.

La radiofrecuencia liberada por este sistema de forma controlada consigue llegar a las capas profundas de la dermis sin dañar la epidermis.

En este articulo describimos los resultados conseguidos sobre el rejuvenecimiento facial (arrugas, textura de piel) de una serie de 500 pacientes.

Material y métodos

El numero de pacientes es de 500. La edad varia de 28-75 años. En todos ellos se aplica a toda la cara tratándose fundamentalmente arrugas y laxitud de piel, tratándose también 10 casos de acné.

Después de eliminar el maquillaje y limpiar la cara con alcohol a 70º aplicamos el cabezal del aparato durando el tratamiento no mas de 30 minutos.

No es necesario anestesia, puesto que el paciente solo experimenta una ligera sensación de calor.

El numero de tratamientos es de aproximadamente 4 con intervalos de 3 a 4 semanas entre cada uno.

El nivel de tratamiento oscilo entre 60-80 joules/ cm≈.

Se empieza por la zona periocular, frente, mejillas, peribucal y cuello. Con este sistema podemos controlar la elevación de la temperatura externa para conseguir los resultados deseados, evitando una excesiva elevación de esta.

El método consigue mantener la elevación de temperatura no mas allá de 3-5 grados y entre 15-30 minutos, tiempo suficiente para lograr los cambios histicos deseados.

Resultados

El tratamiento no es doloroso y es perfectamente tolerable. El paciente describe la sensación de un ligero calor en la piel. Inmediatamente al tratamiento aparecía un ligero eritema que desaparecía en pocas horas.

La respuesta al tratamiento, aunque es evidente ya desde la realización de la 1ª sesión, mejora con el tiempo y es mas visible a las 4-6 semanas.

Aproximadamente el 80% de pacientes manifiestan una gran mejoría en la textura y laxitud de la piel ya desde el primer tratamiento.

Discusión

La radiofrecuencia tiene como objetivo producir un aumento de temperatura en la dermis y tejido subcutáneo. Este calor que se induce produce pequeños traumatismos y posible contracción del tejido de colágeno existente, lo que hace evidente la mejoría en pocos días y además producirá a largo plazo la activación de fibroblastos con formación de nuevo colágeno y contracción del tejido interviniendo también en este proceso las células endoteliales y factores de crecimiento.

Aplicando el cabezal del aparato se produce pues un calentamiento de dermis fundamentalmente. La profundidad de la estimulación dependerá de la distancia entre los electrodos del cabezal.

La aplicación de radiofrecuencia generara una corriente de iones que producirá los efectos de calor deseado en la dermis que sera proporcional a la impedancia del tejido diana como: energía(j)=i≈xrxt donde i es corriente, r es impedancia, y t es tiempo de aplicación. Un tejido con baja impedancia conduce mas alta corriente de radiofrecuencia, mientras zonas de alta impedancia conducen menor corriente de radiofrecuencia.

Este método no necesita un sistema de refrigeración puesto que la temperatura que proporciona no supera los 43° al nivel dérmico, a diferencia de otros sistemas que alcanzan temperaturas alrededor de 80° y que supondrán la necesidad de un sistema refrigerante pero ademas abrirán interrogantes sobre su efecto sobre diversos implantes faciales muy comunes en Europa (siliconas, metacrilatos).

El 50% de pacientes llevaban algún implante realizado anteriormente y no hubo ningún efecto secundario.

Diferentes grupos de estudio (Ruíz-Esparza, Jacobson) han descrito que la radiofrecuencia produce un engrosamiento

de la dermis que a nivel facial se traduce en un efecto lifting que si bien no es tan espectacular presenta algunas ventajas sobre esta técnica como es su mínimo riesgo y la no existencia de postoperatorio.

Conclusión

Los resultados obtenidos sobre estos pacientes podemos afirmar que la radiofrecuencia tiene un gran futuro como técnica en el rejuvenecimiento facial por su engrosamiento y compactación del tejido conjuntivo, pero sobre todo por sus nulas complicaciones y sencillez en este caso del método.

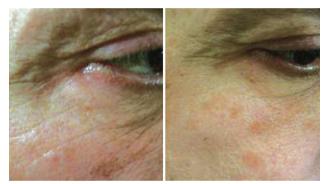


Figura 1.



Figura 2.

La radiofrecuencia liberada por este sistema de forma controlada, consigue llegar a las capas profundas de la dermis sin dañar la epidermis.



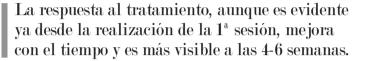






Figura 3.

Figura 4.



Bibliografía

- 1. S. Gabriel. ét al. The dielectric properties of bilogical tissues: parametric models for dielectric spectrum of tisues. Phys. Med. Biol. 41:2271-2293, 1996
- 2. Selective cooling of biological tissues:aplication for thermally mediated therapeutic procedures. Phys. Med.Biol.1995, 40, PP 241-252
- 3. Jacobson L, Geronemus R, Treatment of nasolabial folds and jowls with non invasive radiofrecuency device. Presented at :combined annual Meeting of American Society of Dermatologic Surgery and the american college of mohs micrographic surgery and cutaneous oncology ;2002:CHICAGO, III.
- 4. Ruiz-Esparza J. Radiothermopexy:a noninvasive fecelift using nonablative radiofrecuency. Presented at: combined Annual Meeting of american society of dermatology surgery and the american college of mohs micrographic surgery and cutaneous oncology; 2002; Chicago, III.
- 5. Ruiz-Esparza J, Barba-Gomez JM, BuckmaN P, ét al. First case reports of a new radiofrecuency procedure to non invasively contract facial skin. Presented at Meeting of the American Academy of Dermatology; 2002; New Orleans, L.A.
- 6. Shilesh Iyer, MD; KIttisak Suthamjariya, MD; Richard E.Fitzpatrick, MD. *Using a radiofrecuency energy device to treat the lower face: a treatment paradigm for a nonsurgical facelift.* Cosmetic Dermatology, February 2003, Vol 16 N°2.



¿Cómo explicar el efecto tensor del Di Metil Amino Etanol (DMAE) tópico?

Dr. Philippe Deprez, Policlínica estética y antienvejecimiento de Ampuria Brava (Gerona)

Introdución

El DMAE es utilizado, desde hace poco tiempo, como aplicación tópica para producir un «efecto lifting». Si la realidad del logro de un efecto tensor en la cara parece no tener ninguna duda ("split face study", 2002), en cambio, no existe ningún dato estructurado en cuanto a su forma de acción por esta vía. Veremos en este artículo qué estructuras cutáneas pueden responder al DMAE y por qué se podría explicar difícilmente esta acción por una mejora en tensión de las masas musculares con estrías de la cara.

Química

El Dimetilamino etanol, también llamado Deanol, Dimetiletanolamina o Norcolina, es una pequeña molécula hidrófila de peso molecular reducido (89.1) y de fórmula C4H11NO o (CH3)²N(CH2)²OH. Este poco peso molecular le permite una fácil penetración cutánea. El DMAE es un precursor de la acetilcolina (ACh), vía la colina (ver figuras 1, 2 y 3). Es un líquido viscoso, transparente como el agua, pero con un olor frecuentemente caracterizado de amoniacal, que recuerda más bien al pescado, cuando ha pasado ampliamente su fecha de caducidad. Las anchoas, las sardinas y el salmón son importantes fuentes naturales de DMAE. Está naturalmente presente en el organismo y se le puede detectar en pequeñas cantidades en el cerebro. El DMAE es una molécula muy básica (pH 11) que no se puede utilizar como tal sin correr el peligro de crear quemaduras químicas cutáneas. Debe de estar parcialmente neutralizado para una utilización de pH 7.

Entonces, han sido utilizados numerosos derivados, como el bitar tárate o el acetamidobenzoate de DMAE, pero estas formas están más adaptadas a la toma oral que a la aplicación tópica. Las formulaciones de DMAE dan a menudo la dosificación de la sal de DMAE utilizado, cuyo DMAE puro solo forma una parte del peso total. Por ejemplo, 100 mg. de DMAE cyclohexylcarboxylate, equivalen a solo 33 mg de DMAE puro; 350 mg. de DMAE bitar trate corresponden a 130 mg de DMAE puro.

El autor prefiere utilizar una formulación utilizando láctate de DMAE con el fin de beneficiar también propiedades del alpha hidróxido ácido combinado al DMAE.

Efectos segundarios y precauciones

Su pH muy alto convierte el contacto del DMAE puro incompatible con ácidos fuertes, las mucosas o los ojos, asimismo el DMAE puro es incompatible con el cobre o el zinc. El láctate de DMAE será entonces utilizado.

El DMAE es una molécula muy volátil que solo se podrá presentar válidamente en tubos y no en tarros, con el fin de evitar que el producto activo no se evapore.

Algunos casos de dermatitis alérgica han sido relatados durante contactos prolongados con muy grandes dosis de DMAE y la aplicación palpebral en sujetos atópicos deberá hacerse bajo estricto control.

El DMAE no está considerado como carcinógeno, cocarcinógeno o inmunodeprimente. La exposición crónica a vapores concentrados de DMAE en el ambiente del trabajo, puede provocar molestias oculares.

Figura 1: DMAE.

Figura 1: Colina

Figura 3: Acetilcolina.

Toxicidad

El DMAE ha sido muy utilizado por vía oral. Existen principalmente comprimidos dosificados a 100 mg para un uso contra las molestias cognoscitivas ligadas a la involución senil, a la dosis de 600 mg/día.

La dosis LD50 para la rata en administración por vía oral, es de 2 gr/kg. La dosis LD50, en aplicación cutánea en el conejo, es de 1.370 mg/kg. En inyección subcutánea en el ratón, de LD50 es de 961 mg/kg.

Un estudio clínico humano ha sido publicado (Casey; N.Engl.J.of Med., 1974, 291:797): la administración por vía oral de 1600 mg/día no ha permitido poner en evidencia ningún efecto segundario. La utilización tópica utiliza dosis muy lejanas del límite teórico de toxicidad; En efecto, se aplicará sobre la piel sobre 30 a 50 mg de DMAE, dos veces al día para obtener un efecto de mejor tensión cutánea, que la literatura anglo-sajona no duda en traducir por "lifting effect". Permaneceremos conscientes de que un tópico, aunque sea muy eficaz, no puede entrar actualmente en competición con un proceso quirúrgico, contrariamente a lo que pretende la publicidad televisiva.

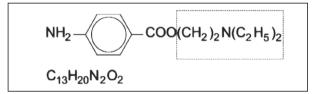


Figura 4: Procaína.

Figura 5: PABA.

Utilización histórica y "habitual" del DMAE

La procaína, que se utiliza ampliamente en mesoterapia, es el principal activo del bien conocido (y muy criticado en su tiempo) «Gerovital H3» puesto a punto por la Dra. Ana Aslan de Rumania. Desde entonces, las ciencias bioquímicas han permitido la evolución en la comprensión -sino también la aceptación – del modo de acción de la procaína.

La procaína o "2-Dietilaminoetil 4 - aminobenzoate hiocloride" [C13H20N2O2•HCl] ha sido sintetizada en 1905 por el químico alemán Alfred Einhorn que le dió el nombre de "novocaína" [del latín novus = nuevo al cual añadió el sufijo de la cocaïne, producto de referencia hasta entonces]. Otro alemán, el Dr. Heinrich B, introdujo el uso de la novocaína en medicina.

En el organismo, la procaína esta hidrolizada (acción fácil sobre el enlace Ester) en "PABA" [ácido para amino benzoico] y en "DEAE" [dietil amino etanol], estructura cercana del "DMAE". El PABA, responsable de la gran mayoría de las reacciones alérgicas "a la procaína", está rápidamente excretado por los riñones. El PABA es utilizado más a menudo como pantalla solar, pero a veces se le llama también "vitamina Bx", aunque no se trate de un producto esencial para el hombre y que el organismo no pueda sintetizar del folate a partir del PABA. La formula del PABA es {NH2 - fenil - COOH} (ver fig.5). Para algunos autores, el método "Aslan", sólo se basaría pues, sobre la acción combinada del PABA y del DEAE/DMAE. La lidocíina –anestésica local de tipo amide–, no sigue las mismas vías metabólicas puesto que se transforma en "MEGX" [monoetilglicina xilidida] y en "acetaldehído". La lidocaina no puede, entonces, pretender las mismas acciones que la procaína.

El PABA actúa supuestamente a través de sus propiedades anti radicalarias, que han sido probadas científicamente.

Además del efecto antioxidante (2) y antiinflamatorio, numerosas acciones han sido revindicadas para el DMAE tomado por vía oral y que citaré para la información: efecto antienvejecimiento, mejora de la memoria y de la inteligencia, aumento de la síntesis de acetil colina, disminución de los estados depresivos, mejora de la coordinación motriz, de los comportamientos compulsivos, impulsivos, hiperactivos o inadaptados a la vida social, disminución de los estados de cansancio crónico y de la calidad del sueño, facilidad del paro nicótico o alcohólico, disminución de las cefaleas, mejora del potencial de concentración, mejora de la esquizofrenia, aumento del vigor muscular y del "nivel energético" global de un

El DMAE puede estar incluído en la estructura membranaria de las células, en el nivel de las cuales, sus propiedades antioxidantes, refuerzan la resistencia membranaría al estrés oxidativo, que puede venir de las rupturas radicalarias de la doble capa fosfolipídica y de la producción de eicosanoides asociados a un estado inflamatorio cutáneo.

⁽¹⁾ El efecto antioxidante del DMAE ha sido innegablemente probado por ESN (electrón espín resonancia) en lo que se refiere al radical hidroxilo. En cambio el DMAE parece no tener acción anti súper oxide.

La degradación de las membranas celulares y la inactivación subsiguiente de las proteínas y receptores transmembranarios están consideradas como principales factores responsables del envejecimiento celular.

El carbacol, a semejanza del betanecol, es un colinérgico potente (utilizado para obtener un miosis). Su estructura (ver fig. 6), está cerca de la colina y de su precursor, la DMAE. Otros agentes muscarínicos, por ejemplo, la pilocarpina, sin embargo, poseen una estructura química totalmente diferente de la colina.

Aplicación tópica cutánea

La aplicación tópica de la DMAE provoca un efecto visible de tensión, de fortalecimiento, generalmente llamado "lifting effect". Este efecto tensor puede ser visible ya en 20–30 minutos después de la aplicación del producto sobre la piel y se le puede observar una diferencia de tensión entre dos hemifaces, cuando solo una de ellas está tratada por el DMAE. La tensión cutánea sigue mejorando durante los 6 primeros meses de aplicación dos veces al día, con variaciones individuales importantes, y permanece estable durante las 4 a 8 semanas después de la interrupción del tratamiento tópico. Esta cinética hace pensar en una acumulación cutánea del producto, al igual que a la constitución de un depósito.

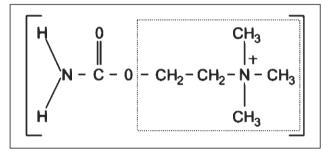


Figura 6: carbacol, observad la similitud de la parte derecha de la molécula con la DMAE y la colina.

Modo(s) de acción(s) del DMAE

El DMAE es un precursor de la colina; también induce una inhibición del metabolismo de la colina en los tejidos. Cuanto más colina esta disponible, las reacciones bioquímicas trasladan su equilibrio hacia un aumento de la síntesis de ACh. El DMAE puede estimular la actividad de los macrófagos y mejorar las defensa anti antimicrobianas. El modo de acción del DMAE por vía general sin embargo no se conoce todavía mucho y su actividad, en aplicación local lo es menos todavía. Debemos emitir entonces numerosas hipótesis para intentar comprender este efecto tensor.

Acción sobre la musculatura con estría facial

La toxina botulínica (2) (TXB), utilizada para "alisar la piel", actúa, como la DMAE, sobre el Ach. Su acción es, sin embargo, al inverso de la del DMAE; La TXB está destinada a relajar los músculos cuando la DMAE, en cambio, aumenta el tonus. Por ello, estas dos moléculas son incompatibles. Parece que no lo sean. porque los blancos de estas dos moléculas parecen diferentes y las células musculares desactivadas por la TXB no son las mismas que las que están activadas por el DMAE. La TXB es una gran molécula de PM, comprendido entre 150.000 y 940.000 kD. Este peso molecular no permite su paso transcutáneo en aplicación tópica y la TXB debe ser inyectada directamente en el músculo que se guiere paralizar para obtener un resultado estético. La TXB no tiene efecto epidérmico ni dérmico porque bloquea la transmisión colinérgica al nivel de la unión neuromuscular de los músculos con estrías en la cara, e impide, de esta forma, la formación o el mantenimiento de las mímicas que generan las rídulas de expresión. No hay unión neuromuscular colinérgico en la dermis o la epidermis, en las cuales no existen, sin embargo, células musculares con estrías que permiten movimientos voluntarios. En efecto, la inervación cutánea únicamente es sensitiva o autonómica.

La TXB está inmediatamente captada y no hay posibilidad de "ascenso" por difusión a través de la capa grasienta hipodérmica. La DMAE es, por el contrario, una muy pequeña molécula hidrófila de PM 89.1kD, que penetra fácilmente en la epidermis y la dermis, pero cuya penetración a través de la capa grasienta hipodérmica es teóricamente imposible.

La DMAE no puede entonces actuar al nivel de los grupos musculares con estrías que producen los movimientos voluntarios de la cara y no puede pues contradecir los efectos de la TXB.

Esta hipótesis fisiológica se verifica clínicamente durante la aplicación conjunta de los dos tratamientos.

Las propiedades físico químicas de la DMAE hacen que esta molécula presente una afinidad importante para la dermis y la epidermis.

La cinética de acción de la molécula hace emitir la hipótesis de un "depósito" cutáneo, este último solo se podría localizar al nivel de las capas profundas epidérmicas porque si estaría al nivel de la dermis, un gradiente de concentración favorecería la rápida eliminación de esta pequeña molécula por resorción venosa y/o linfática. La TXB y la DMAE no son entonces incompatibles debido a sus formas de administración, de sus blancos, de sus características y de sus modos de acción diferentes: la administración de una no influirá en la eficacia de la otra. El decaimiento cutáneo y muscular ligado a la edad, no se ha podido relacionar con una deficiencia en ACh de los músculos decaídos. Una acción de la DMAE al nivel de la musculatura con estrías faciales es pues, no solo improbable, pero aún inútil.

^{(2) «} Botúlico » ó « Botulínico » ? La toxina está producida por el microorganismo « clostridium botulinum » . Botulus es una palabra latina que significa la « morcilla, la salchicha ». No sería más lógico preferir botulínico a Botúlico ? Sin embargo, la Academia Francesa ha hecho una elección diferente y la enfermedad se llama el « botulismo »



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



Programas

- > Sin dolor
- > No trepida ni vibra
- > Dosificación controlada
- > Modo Automático
- > Rafaga o Nappagge
- Programas > 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 absorcíon
- > Mayor cantidad de gas
- > Inyecta GAS a temp ambiente
- > Dosificación programable
- > Flujo hasta 160ml/min

Otros modos de acción que la improbable estimulación muscular con estría, deben entonces considerarse aún más, cuando algunas publicaciones (Dr. Perricone, USA) informan sobre una mejora del tonus y un rejuvenecimiento del aspecto de la piel peri ocular y peri labial después de solo unos días de tratamiento. Dado que se reconoce que la parálisis (o la hipotonía) de los músculos con estrías de estas regiones por la TXB da un «alisado» de la piel, sería ilógico pretender que la estimulación (DMAE) de los mismos grupos musculares puedan dar resultados parecidos. Tenemos que buscar así pues, en otro sitio, al nivel de las estructuras cutáneas que poseen receptores colinérgicos.

Acción epidérmica

Los keratinocitos humanos manifiestan unos receptores colinérgicos en las células de las capas de base, espinosas y granulosas. Utilizan entre otros el ACh para su adhesión entre los unos a los otros. Además, los keratinocitos humanos sintetizan, almacenan, degradan y liberan el ACh.

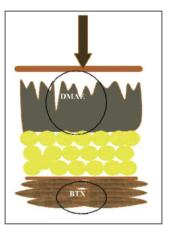


Figura 7: diferentes capas: capa córnea, keratinocitos, dermis, Hypoderma y tejido grasiento subcutáneo, músculos. El DMAE actuará al nivel del epidermis y del dermis, cuando la toxina botulínica actúa sobre el músculo esquelético.

Una síntesis de ACh ha sido puesto en evidencia en las regiones peri nucleares de los keratinocitos humanos gracias a la presencia de una colina acetil transferasas (esta enzima transforma el acetil CoA en ACh). Por el contrario de la célula, en el



mismo interior o cerca de las membranas celulares, una acetil colina esterasa ha sido puesta en evidencia. Esta enzima degrada el ACh con el fin de evitar la acumulación tóxica. Los keratinocitos están dotados de la capacidad de desplazarse, esencial durante la segunda fase de cicatrización, gracias a la miosina (3) y la actina citoplásmicas, cuya interacción hace desplazar la actina relativo a la miosina, de la misma forma que un golpe de zagual hace avanzar un kayak o que un deportista corre sobre una cinta rotativa (el deportista representa la miosina y la cinta la actina).

Ha sido demostrado recientemente, por inmunohistoquímica, que terminaciones nerviosas libres existían en todas las capas de la epidermis et una función neurotrópica de los keratinocitos esta actualmente puesta en duda. El ACh actúa local-mente, al nivel de la epidermis, como una hormona que puede también ser un « mensajero » estimulando la dermis. Por lo tanto se puede emitir la hipótesis que un depósito epidérmico de DMAE pueda interactuar con la dermis vía el ACh del cual es precursor.

El DMAE esta supuesto por otra parte inhibir la formación y favorecer la eliminación de la lipofucsina, un desecho del metabolismo celular envejeciendo ácidos grasos. Algunas pruebas experimentales de la eliminación de la lipofucsina hepática por DMAE existen.

Esta acumulación –que se hace en todos los órganos – no se ha podido responsabilizar de ninguna enfermedad excepto de lentigos seniles del dorso de las manos y antebrazos, por ejemplo. Ciertos autores informan sobre la disminución progresiva de los lentigos de las manos bajo tratamiento por vía oral al DMAE. Ningún estudio ha sido publicado actualmente sobre la utilización tópica del DMAE en el tratamiento de los lentigos.

Acción dérmica

El DMAE está utilizado por sus propiedades antioxidantes, de estabilización membranaría, de inhibición y de reparación de los "cross-linkings", proteínas que participan claramente en los fenómenos de envejecimiento. Podría así pues, favorecer el mantenimiento de un colágeno y de un elastina de buena calidad y ralentizar así el envejecimiento de la dermis.

Efecto vasomotor

Los vasos dérmicos están inervados por fibras adrenérgicas que provocan una vasoconstricción y fibras colinérgicas que provocan una vaso-dilatación.

El DMAE, precursor del ACh, podría provocar una vasodilatación infraclinica lo suficiente como para producir un efecto de edema transitorio, de acumulación de agua en las estructuras hidrófilas de la dermis y luego de volver a la tensión de la epidermis. Esta hipótesis solo permite explicar parcialmente la cinética particular de la acción del DMAE tópico. Por otro lado, el tratamiento de una hemicara que demuestra una mejora únicamente homolateral, implica que la acción del DMAE se hace a nivel local y no pasa por una transformación del DMAE en ACh al nivel del organismo entero. El flujo sanguíneo local, que disminuye con la edad, es esencial para la nutrición y la defensa dermo-epidérmicas. Una ligera vasodilatación persistente permitiría así una mejor perfusión cutánea -sobre todo en fumadores- y una mejora de las aportaciones por difusión que podrían participar al efecto global de rejuvenecimiento observado por la aplicación tópica de DMAE.

⁽³⁾ Existen diferentes tipos de miosina para diferentes tipos de desplazamientos; Así, los desplazamientos celulares (miosina II) no son producidos por la misma miosina que la que permite la endocitosis (miosina VI) ó el transporte intracelular de vesículas (miosina V).



INNOVACIÓN Y CALIDAD EN EQUIPAMIENTO PARA MEDICINA ESTÉTICA Y KINESIOLOGÍA

Av. Rivadavia 11018 (C1408AAX) C.A.B.A. Tel. (5411) 4642-7247 Viamonte 2250 (C1056ABJ) C.A.B.A. Tel. (5411) 4951-9168 info@electromedicinamorales.com

f /electromedicinamorales



@emorales_online

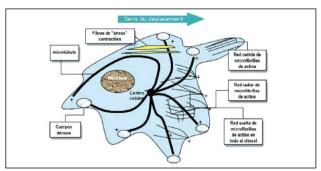
Efecto sobre los miofilamentos y células musculares alisadas (CML)

Los míofilamentos son constitutivos del endoesqueleto de las células. Los encontramos en los CML y en el citoplasma de células «no musculares», pero dotadas con capacidades de desplazamiento o de contracción. Los CML pueden modular su contracción de manera mucho más fina que las células musculares con estrías (CMS). El acortamiento de los CML puede ser mucho más importante que la de los CMS. En efecto, el acortamiento de los CMS está limitado al posible desplazamiento en el sarcomero, mientras que en el caso de los CML, los filamentos de miosina pueden desplazase sobre una distancia mucho más larga, a lo largo de los filamentos de actina repartidos en el citosol. La fuerza producida por los CML es menor que la de los CMS pero puede ser mucho más constante.

Músculo erector del pelo: está bajo control adrenérgico y no responderá a un aumento de concentración local en ACh. Los fibroblastos y los miofibroblastos son células extremadamente interesantes en el cuadro de la reflexión sobre las posibilidades de acción de la DMAE. En efecto, los fibroblastos poseen míofilamentos citoplásmicos que les permite viajar en la dermis cuando se revele necesario (4). Diferentes subpoblaciones de fibroblastos existen; ciertos autores sostienen que estas diferentes subpoblaciones se desarrollan en caso de necesidad por expresiones fenotípicas diferentes cuando otros consideran que estas subpoblaciones coexisten en permanencia en la dermis. De todas formas, estas dos hipótesis no son incompatibles. Los miofibroblastos (MFB) son fibroblastos fenotipicamente modificados, que poseen la capacidad secretoria de los fibroblastos que les permite sintetizar una fibra fuerte de fibronectina. Expresan además, las características fenotípicas de una célula "no muscular", pero dotada con capacidades contráctiles (CML) que les permiten ser responsables de la mayoría de los fenómenos de contracción fibrótica del organismo. Las fibras de fibronectina sintetizadas por los MFB les sirven, en efecto, de apoyo sobre el cual "tirar" durante la contracción, lo que permite a la herida cerrar en el orden del 40%. Los MFB sintetizan mucho más fibras de actina que los fibroblastos "clásicos" y además, poseen fibras de miosina cuya interacción con la actina constituye el motor contráctil de los MFB. Se encuentra MFB en los tejidos en el transcurso de la cicatrización; entonces forman el 40% del pool global de fibroblastos presentes. Se encuentra igualmente mucho MFB en la cápsula constrictiva periprotética de los implantes mamarios encapsulados, mientras que no se puede poner en evidencia estos MFB si ninguna cápsula se forma alrededor de la prótesis.

En patología, se encontrarán cantidades anormales de MFB en enfermedades como la fibrosis pulmonar, la enfermedad de Crohn, etc. Numerosos CML responden a una estimulación de tipo paracrino, es decir. que el mediador está liberado en el entorno de las células blanco y difunde hacia la célula al nivel de la cual interactúa con un receptor membranario.

Los MFB no están unidos a ninguna sinapsis, lo que convertiría su desplazamiento imposible, pero la exposición de los MFB a algunos mediadores, provoca una contracción importante, comparable a la que se encuentra en los CML. Se puede representar el potencial contráctil de estos CML recordando que los mamelones, tanto como el escrotum, poseen numerosas células contráctiles de este tipo, sensibles a diferentes estimulinas. La diferencia es que la contracción fibrótica de los MFB durante la cicatrización de las heridas, es irreversible. Los fibroblastos y MFB, como numerosas CML, poseen en su superficie numerosos receptores para diferentes mediadores: ACh, adrenalina y noradrenalina, ocitocina, vasopresina, histamina, angiotensina II y prostaglandinas. Al ser el ACh, una pequeña molécula hidrosoluble, su receptor membranario puede ser un receptor canal iónico ligandos-dependiente o estar acoplado a las proteínas G heterotriméricas (RCPG) que controlan la actividad de una proteína blanco, que puede ser una enzima o un canal iónico. La abertura o el cierre de canales iónicos provocan una polarización o una despolarización de los míofilamentos y la CML (endotelial, por ejemplo) se contracta o se dilata. La proteína G desempeña el papel de transductor. Al ser el ACh un "ligando" de pequeño tamaño, la extremidad N-terminal de la proteína G al estar en el medio extracelular, será de pequeño tamaño. La presencia de una cantidad más elevada de ACH, en el medio pericelular de los MFB, podría entonces estimular con más fuerza ciertos receptores membranarios y aumentar su potencial contráctil. La DMAE, precursor del ACh, podría entonces estimular la contracción de los MFB. Sin embargo, debe de existir un umbral de reactividad de los MFB al ACh con el fin de evitar la contracción inútil de estas células y la constitución de fibrosis patológicas. La hipótesis aquí emitida es, por consiguiente, solo un aumento débil de la concentración extracelular en ACh (por transformación de la DMAE) y podría estimular ligeramente la contracción de los fibroblastos y hacerlo de una forma reversible, sin instalarse fibrosis, puesto que, clínicamente, el efecto de la aplicación tópica de DMAE es reversible durante las 4 - 8 semanas que siguen la interrupción del tratamiento. Este mejor tonus, esta contracción reversible de los fibroblastos, podría explicar la cinética de acción clínica de la DMAE en aplicación tópica.



Diferentes tipos de organización de las microfibrillas (MF) de actina y de los microtúbulos (MT) en una célula en desplazamiento - Polarización organizada de los MF y MT.

⁽⁴⁾ Desplazamiento a lo largo de las fibras de fibrina/fibronectina durante fenómenos de cicatrización, por ejemplo.

Glándulas exócrinas

Las glándulas sudoríparas poseen una inervación colinérgica (5); Las glándulas sudoríparas ecrinas, que se aplican directamente a la piel, poseen una inervación autonómica mucho más densa que las glándulas sudoríparas apocrinas, asociadas a las unidades pilo-sebáceas. El ACh es el neurotransmisor activo a este nivel y la respuesta de la glándula sudorípara dependerá de la dosis de ACh que la estimule. Las células míoepiteliales se contraen en respuesta al ACh. Con una fuerte dosis (6), los receptores muscarínicos son estimulados y la glándula reacciona por una sudación con gotitas gordas. Con una concentración más débil (7), el receptor nicotínico estará estimulado y la glándula reaccionará por una sudación con gotitas microscópicas. El eventual aumento de ACh, provocado por la aplicación de DMAE, no podrá, claro está, estimular los receptores muscarínicos y no se nota, por otro lado, sudación profusa después de la aplicación de DMAE. En cambio, un ligero aumento de la concentración de ACH dérmico podría estimular -de una manera paracrina-, los receptores nicotínicos de las glándulas sudoríparas y aumentar la hidratación de las capas córneas y, por consiguiente, la "pliabilidad" y la resistencia de la piel. Las glándulas sebáceas están en cuanto a ellas, bajo control de las hormonas circulantes y no bajo control colinérgico. El DMAE no modificará su función.

Conclusiones

El DMAE es un precursor del ACh, un neuromediador que desempeña un papel importante en la piel. Tanto los keratinocitos como los fibroblastos, los míofibroblastos, las células sudoríparas y endotelialas poseen receptores y responden al ACh. Su estimulación no pasa por una organización pre y post sináptica, pero si por una difusión paracrina que puede activar receptores membranarios específicos. La hipótesis emitida es que la DMAE en aplicación tópica no puede estimular las fibras musculares con estrías a las que no tiene posibilidad de acceso. Además, el decaimiento muscular ligado a la edad no es debido a un déficit en ACh. El efecto tensor del DMAE podría resultar una estimulación

colinérgica de los receptores membranarios de los (mío) fibroblastos y estimular la contracción progresiva de los míofilamentos de su citosol. El DMAE posee igualmente actividades anti-radicalarias, antilipofucsina y reparadoras del cross linking proteínico (colágeno y elastina); el modo de acción del DMAE tópico podría, por consiguiente, resultar una combinación sinérgica de acciones a diferentes niveles: tensión de las células "no musculares" dérmicas, cohesión y desplazamientos de keratinocitos, hidratación y plasticidad de la córnea, mejor nutrición y defensa de la piel, antioxidante, uniformador de la tez. Resulta de ello, una eficacia muy interesante en la apariencia y la tensión de la piel.

Bibliografía:

- 1. Bolognia JL; Aging skin; Am J Med 1995 Jan 16;98(1A):99S-103S.
- 2. Grando SA, Kist DA, Qi M, Dahl MV; Keratinocitos humanos sintetizan, segregan, y degradan la acetilcolina. J Invest Dermatol 1993 Jul;101(1):32-6.
- 3. Stenback F; Weisburger JH; Williams GM; Efecto de toda una vida de administración de dimetilaminoetanol sobre una longevidad, con cambios al envejecer, y criptogénico neoplasmas en C3H ratones. Mech Ageing Dev 1988 Feb;42(2):129-38.
- 4. Isabelle Uhoda, Najat Faska1, Caroline Robert2, Geert Cauwenbergh3 and Gérald. E.; Un estudio minucioso de la cara sobre el efecto de tensión cutánea de 2-dimetilaminoetanol (Deanol) ha convencido. Piérard Skin Res Technol 2002 Aug;8(3):164-7.
- 5. Grando SA; Keratinocitos humanos sintetizan, segregan, y degradan la acetilcolina. J.invest.dermatol 1993 jul;101(1):32-6.
- 6. Freinkel R.K., Woodley D.T.; La biología del skin. Parthenon publishing, 2001. 7. Page EH, Cook CK, Hater MA, Mueller CA, Grote AA, Mortimer VD.; Cambios visuales y oculares asociados a la exposición de dos tercios de aminos. Occup Environ Med. 2003 Jan; 60 (1):69-75.
- 8. Sakagami H, Kikuchi K, Takeda M, Sato T, Ichikawa S, Fujimaki M, Wada C, Komatsu N.; *La estimulación activa de Macrófago al antimicrobial N,N-dimetilaminoetil paramilon. In Vivo.* 1991 Mar-Apr;5(2):101-5.
- Nagy I, Floyd RA.; Demostración espectrópica de resonancia electrónica giratoria del hidroxilo carroñero radical independiente, propiedades del dimetilaminoetanol en experimentos recogidos que confirman la base molecular para los efectos biológicos de centrofenoxina. Arch Gerontol Geriatr. 1984 Dec;3(4):297-310.
- 10. Semsei I, Zs-Nagy I.; Capacidad carroñera radical Superóxido de la centrofenoxina y sus dependencias de sal in Vitro. J Free Radic Biol Med. 1985;1(5-6):403-8.
- 11. Eddy RJ., Petro JA., Tomasek JJ.; Evidencia para la naturaleza "no muscular" del miofibroblasto de tejido granulado y cicatriz hipertrófica. Un estudio inmunofluorescente. AM.J. of pathology, 1988; vol 130, 252-260.
- 12. She ZW, Mays DC, Sagone AL Jr, Davis WB; Componentes ácidos Amino benzoicos como HOCl recogidos para neutro filos en actividad. Free Radic Biol Med. 1997;22(6):989-98.

⁽⁵⁾ Catecolaminas, el péptido intestinal vaso activo y el péptido natri urético han sido igualmente detectados cerca de las glándulas sudoríparas. (6)Inyección intradérmica de 0.1 mg de Ach: estimulación colinérgica post ganglionar (Biología del Skin, p58) (7)Inyección intradérmica de 0,001 mg de ACh: reflejo de axona autonómica (Biología del Skin, p59).

Nuevo producto para el paciente alopécico

Dr. Daniel Llorens, Cirugía Capilar. ClínicaPlanas. Barcelona

Utilizado durante años en EE.UU. y en multitud de países del globo, por cirujanos estéticos especializados en transplante y tratamiento del cabello, llegan a España las Microfibras de queratina como una excelente herramienta de trabajo para el profesional de la Medicina Estética y como un complemento a tener en cuenta por el paciente, en el tratamiento de su alopecia.

Este producto tiene diversas aplicaciones, pero es de gran utilidad para disimular todo signo de intervención (básicamente para disimular las pequeñas costritas de la zona receptora), lo que permite al paciente incorporarse en un corto espacio de tiempo a sus actividades y obligaciones diarias. Igualmente, las Microfibras de queratina son perfectas para ser utilizadas como complemento hasta que los folículos transplantados no inician su crecimiento.

Las Microfibras de queratina suponen una excelente alternativa para aquellas personas que posponen su paso por el quirófano, pero quieren una solución temporal.

Finalmente, este producto es igualmente de gran valía cuando hablamos de pacientes cuyo capital capilar es limitado y desean una densidad mayor, así como para aquellas personas que no son candidatas a una intervención de este tipo (mujeres y hombres con patrón de alopecia difusa). Las Microfibras de queratina están formuladas a partir de proteína de queratina orgánica pura, sulfato de sodio y colorante alimentario y están avaladas y recomendadas por "The Alopecia Society", así como por algunos de los ciruja-

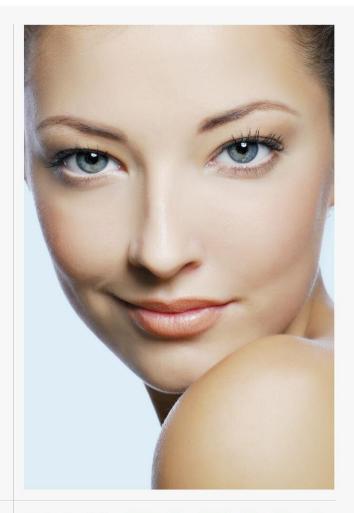
nos estéticos y clínicas capilares de mayor renombre del mundo, y puede ser utilizado junto con cualquier tratamiento que el paciente esté siguiendo (minoxidil, finasteride, etc.)

¿Cómo funcionan?

Las Microfibras de queratina se adhieren al cabello o vello existente gracias a su carga electroestática, de modo que al aplicarlas sobre las zonas con poca densidad capilar, se produce un efecto de aumento de volumen instantáneo, dotando a cada cabello de una densidad y grosor mucho mayor, siendo el resultado estético obtenido sumamente real y muy difícil de distinguir, incluso en casos de cercana exploración.

Las Microfibras de queratina son resistentes al viento, la lluvia moderada y la transpiración, si bien se eliminan por completo con un simple lavado de champú normal. Los resultados obtenidos con este producto son, siempre que se conserve parte del cabello, sumamente satisfactorios.

Las Microfibras de Queratina suponen una excelente alternativa para aquellas personas que posponen su paso por el quirófano, pero quieren una solución temporal.

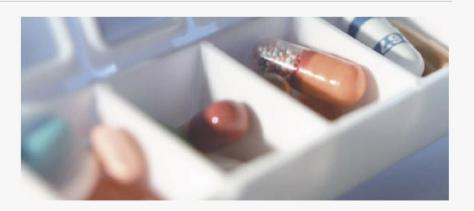


BIOFARMA FARMACIA Y LABORATORIO

Una farmacia al servicio de la estética.

www.farmaciabiofarma.com.ar

Recetas magistrales Ortomolecular Anti age



Esta afirmación es igualmente válida cuando hablamos de las Microfibras de queratina como producto para disimular los signos derivados de toda intervención en aquellos pacientes que se someten a sesiones de "relleno", si bien se recomienda que no se utilice hasta que las costras se hayan formado y secado por completo. (5 días postintervención).

Las Microfibras de queratina son especialmente efectivas cuando hablamos de pacientes con alopecía difusa y son de suma ayuda para aquellos pacientes que, habiéndose sometido a una intervención, deben esperar a que los cabellos transplantados inicien su crecimiento definitivo, alrededor de tres meses después de la fecha de intervención.

Gracias a que los resultados son inmediatos y su aplicación sumamente sencilla, es muy gratificante el comprobar la transformación moral de los pacientes que sufren alopecía y cuyo capital capilar es limitado, bien en términos de número de cabellos donantes, o en calidad de su cabello donante. Este producto posibilita, además, un contacto permanente con el paciente pues éste debe acudir al centro periódica-

mente con objeto de adquirir nuevamente el producto, lo que prolonga la relación con el centro o consulta hasta que el paciente decida someterse a una primera o nueva sesión.

En resumen, podemos aplicar o indicar este producto como coadyuvante de su tratamiento médico basado en:

- · Alopecías en fases iniciales.
- · Alopecías difusas no tributarias de cirugía.
- Alopecías areatas de dimensiones reducidas.
- · Efluvios telogénicos importantes.
- · Alopecias seniles No candidatas a cirugía.
- Postoperatorio de injertos capilares.
- Pacientes que deseen aumentar su densidad capilar.

Su aplicación continuada no tiene contraindicaciones. Nos encontramos ante un producto médico cosmético de fácil aplicación y con grandes posibilidades de proyección por su amplio abanico de aplicaciones.

Las Microfibras de Queratina son especialmente efectivas cuando hablamos de pacientes con alopecia difusa y son de suma ayuda para aquellos pacientes que los cabellos transplantados inicien su crecimiento definitivo.









Figura 1.

Figura 2.



Ultracavitador 40 KHz



Ultracavitación 40 KHz y Radiofrecuencia al mismo tiempo



TRINITY Radiofrecuencia Tripolar



Electroestimulador 10 canales



Electroestimulador 4 canales



RESULTADOS REALES COMPROBADOS

FABRICACIÓN NACIONAL

EXCELENTE CALIDAD



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

Intensificación de la absorción del láser en el tratamiento de lesiones vasculares: radiofrecuencia (RF) y láser de diodo

Dres. Xavier Álvarez, Mariano Vélez, Oswaldo R. Trelles y Mario A. Trelles, Instituto Médico Vilafortuny / Fundación Antoni De Gimbernat

Palabras clave: Varículas, tratamiento de varículas, láser, radiofrecuencia, esclerosis.

Resumen

En la práctica médica, el tratamiento de las pequeñas varículas de las piernas por vía percutánea, constituye un reto importante para el láser y los avances tecnológicos consecuentes.

La elección de unos parámetros adecuados para el tratamiento de las pequeñas venas, es difícil debido a los múltiples parámetros a tener en cuenta, entre los que destacan el fototipo cutáneo, el color del vaso, su diámetro y su localización, sea en profundidad o según se encuentre en la cara o piernas.

Para analizar casos particulares, se presenta un estudio retrospectivo de 20 pacientes que presentaban varículas de 1 a 4 mm de diámetro, en el cual, la combinación de la radiofrecuencia y el láser, se presentan como una alternativa importante en el tratamiento de las varículas de las piernas.

Introducción

El tratamiento de las varículas de las piernas con láser, aún hoy día, representa un importante desafío en la práctica médica. La existencia de varios factores como son el color de la vena diana y su localización, junto a las variables que han de adoptarse para seleccionar los parámetros láser, hacen del tratamiento un acto complicado que obtiene resultados irregulares (1).

Para que la luz láser atraviese la superficie cutánea y su energía se absorba afectando la estructura del vaso, es necesario que supere la barrera óptica representada por la melanina localizada en la epidermis (2-6).

Los fenómenos que ocurren durante la interacción láser-tejido, exigen para el tratamiento, la selección de una adecuada longitud de onda y, en consecuencia, tener en cuenta sus particulares relaciones con el fototipo cutáneo. La luz láser de emisión en el espectro visible, como el haz amarillo o verde, al entrar en contacto con la piel, ven limitada su posibilidad de llegar a la localización del vaso por la absorción parcial que ocurre por la melanina que absorbe bien estos colores (7).

El láser pulsado de colorante, que emite pulsos de milisegundos en el espectro de la luz correspondiente al amarillo, ha demostrado ser efectivo para el tratamiento de los pequeños vasos superficiales y hemangiomas planos. Las longitudes de onda 585nm y 595 nm, son las que logran los mejores resultados en la eliminación de este tipo de lesiones (8). Sin embargo, la luz láser del espectro visible está lejos de ser la ideal para la coagulación de las pequeñas varículas de las piernas. El láser KTP de 532 nm (emisión que corresponde a la frecuencia doblada del láser de Nd:YAG, de 1064 nm) (9), es también efectivo para coagular pequeños vasos superficiales, especialmente aquellos que se encuentran en la cara.

Dependiendo de la localización, en las extremidades o en la cara, el vaso tiene una presión sanguínea diferente. En los vasos de la cara, la presión sanguínea es menor. Aquí los resultados son mejores que en los vasos localizados en las piernas, donde existe mayor posibilidad de que ocurra una recanalización después de la coagulación por láser. La profundidad en la cual se encuentra el vaso que se desea coagular, su diámetro y la presencia de pigmento en la piel, constituyen asimismo limitaciones en el tratamiento láser. A lo largo del recorrido de un mismo vaso pueden encontrarse diferencias en su localización, en su profundidad y en su diámetro, que habrán de ser tenidas en cuenta cuando se decide la técnica de tratamiento. La suma de todos estos factores dificulta y limita la eficacia del tratamiento láser de las varículas de las piernas (10-12).

El diámetro del vaso necesita ser correlacionado con la programación de la duración del pulso. La duración del pulso habrá de aumentarse si la varícula es más gruesa, a fin de "inyectar" más energía, y prolongar su interacción con la sangre en el interior del vaso y producir su coagulación. Durante esta operación con un pulso largo del láser se arriesga la supervivencia de la epidermis durante el paso del haz láser hacia el interior de la piel o, posteriormente, por la difusión térmica que ocurre desde el interior al exterior del vaso tras su absorción, porque la onda térmica avanza también hacia la superficie cutánea (13).

Si el programa de tratamiento de las varículas con el láser ha de considerar la Fototermolisis Selectiva, habrá de contarse con que, siendo el vaso de varios diámetros y/o contenido de sangre, el pulso seleccionado de un tiempo específico no irá de acuerdo con los varios diámetros del vaso diana. Deberá adoptarse la técnica que emplea un pulso suficientemente largo para que el efecto térmico difunda hacia la pared de la vena a fin de lesionar su capa íntima produciendo su esclerosis (14).

Frente a estas dificultades, la combinación de la energía del láser y de la radio frecuencia (RF) que actúa, ésta última, sin verse limitada por el color de la piel, constituye una alternativa en el tratamiento de las varículas de las piernas.

El principio terapéutico

El efecto térmico que ocurre cuando la corriente eléctrica entra en contacto con la piel, depende de la resistencia que opone el tejido a su paso. La resistencia al paso de la corriente se conoce como impedancia. La impedancia puede modificarse calentando el tejido (15) la RF es electricidad, cuya transmisión en ondas es de una frecuencia muy superior a la de la electricidad normal.

La tecnología ELOSTM (Electro-Optical Synergy), corresponde a una patente de la firma Syneron (Yohenan, Israel). Esta tecnología combina los efectos de la energía eléctrica de la RF bipolar y la energía óptica de un láser de diodo de 915 nm que dispara pulsos de 250 ms, con energías de hasta 140 l/cm2.

La RF bipolar puede emplearse para tratar las varículas de las piernas. Al entrar en contacto la pieza de mano del aparato con la superficie de la piel, la electricidad se conduce entre los dos electrodos. El sistema ELOSTM cuenta con un dispositivo para enfriar la superficie de la piel durante el contacto que ejerce la punta de la pieza de mano. El enfriamiento de la piel se realiza para prevenir su lesión, y a fin de cambiar la impedancia: Es decir, al enfriarse la superficie de la piel, la corriente "prefiere" buscar un paso de menos resistencia y se dirige al punto caliente del tejido. La RF, programada a energías de tratamiento entre 80 y 100 J/cm2, "busca" la varícula calentada previamente por el disparo del láser. En este sentido, cuando se presiona el gatillo de la pieza de mano, el pulso láser de 915 nm en primer lugar pasa la superficie de la piel y se absorbe por la hemoglobina, proteínas y en menor medida por el agua. Estos 2 últimos elementos se encuentran en la sangre en mayor cantidad que fuera del vaso. El que la sangre tenga un contenido importante de agua y que su composición proteica es más importante que la del tejido circundante, facilitan la absorción de la energía del láser de 915 nm.

La corriente eléctrica de la RF al pasar de un electrodo a otro se transmite en el interior de la piel hasta una profundad que se estima corresponde a la mitad de la distancia entre los dos electrodos.

La absorción principal de la energía de la RF a nivel del foco caliente en el vaso se sumará al efecto térmico conseguido en la varícula por el disparo láser. Ambas energías consiguen cerrar el vaso por una doble acción: centrífugamente, por la energía óptica del láser desde el interior al exterior del vaso y, centrípetamente, por la energía eléctrica de la RF del exterior al interior del vaso, incrementando la lesión de esclerosis (16).

Experiencia clínica

Presentamos el análisis retrospectivo de 20 mujeres, de edades entre 26 y 62 años (media de 39 años) y fototipos II, III y IV que fueron tratadas de varículas, con diámetros entre 1 y 4 mm, rojas y azules localizadas en las extremidades inferiores (EEII) (Tabla 1). No se trataron, mujeres que sufrían fotosensibilidad, embarazadas, diabéticas, las que usaban anticoagulantes, o tenían historia de coagulapatías o cicatrices hipertróficas. Todas las pacientes habían dado su consentimiento para el tratamiento.

Antes de realizar el tratamiento a todas se les realizó un ecodoppler de las EEII para descartar cualquier patología venosa que pudiera contraindicar el tratamiento.

El tratamiento se realizó con el aparato de RF/Láser, modelo Polaris LVTM de la firma Syneron Medical Ltd.

Tabla 1:	Características	de los	nacientes
iabia i.	Caracteristicas	ue ios	Dacientes

	Edad				
		Fototipo	01-feb	03-abr	Color
1	26	III	*		R
2	46	П	*		Α
3	62	IV		*	Α
4	26	Ш	*		Α
5	32	IV		*	R
6	37	Ш		*	Α
7	30	IV	*		R
8	47	II		*	Α
9	45	П		*	Α
10	35	III		*	R
11	44	П		*	Α
12	25	III	*		R
13	37	III	*		R
14	57	IV		*	Α
15	41	IV		*	Α
16	29	Ш		*	R
17	49	II		*	Α
18	29	II	*		Α
19	52	IV		*	Α
20	36	III		*	R

A: Azul; R: Rojo; Edad media: 39,25.

Los parámetros programados en todas las pacientes fueron para el láser de Diodo, 60 J/cm2. El tamaño del área de disparo fue 5 x 8 mm, con un pulso de 250 ms. El disparo de RF se programó para 100 J/cm2. Se realizó un disparo por segundo. Previamente al tratamiento se aplicó gel sin enfriar (Aquasonic Clear Ultrasound Gel), para obtener el contacto óptimo con la piel para el paso de la RF. Para tratar el vaso, en cada lugar se realizaron de 1 a 3 disparos apretando el gati-

llo de la pieza de mano. Los pulsos se realizaron siguiendo la técnica de avance-retroceso, que consistió en desplazar la punta de la pieza de mano después del disparo desde el punto diana a otra parte del vaso. Después de enfriar, por contacto, en este segundo punto, se disparó, retornando al punto donde previamente se había disparado, dónde se volvía a disparar. Este movimiento de contacto y disparo, consigue enfriar la epidermis pre- durante y posteriormente al disparo. Como guía del programa del tratamiento se tuvo en cuenta la reacción del vaso y el nivel de molestias que manifestaba la paciente durante los disparos. Se consideró que el tratamiento había sido eficaz cuando se observó vasoespasmo, blanqueamiento y/o ennegrecimiento del vaso diana (Fig. 1 A,B). La maniobra de enfriamiento por contacto consigue reducir la temperatura de la superficie de la piel en 5° C, gracias al sistema de circulación del refrigerante que incorpora la pieza de mano. El número máximo de sesiones fue 3, con 2 semanas de intervalos entre ellas. No se empleó ningún tipo de anestesia, ni se realizó ningún método de compresión tras el tratamiento. Los efectos secundarios y complicaciones se evaluaron inmediatamente después del tratamiento, a las 48 horas, 2 semanas y 2 meses después del último tratamiento.

La decisión de 1, 2 ó 3 pases durante el tratamiento, se hizo

según la presencia de espasmo en el vaso seguida de edema





Figura 1. Relieve cutáneo que sigue la trayectoria de la vena tratada, traduciendo reacción edematosa por el efecto térmico.

en el trayecto de la vena (Fig. 2 A,B). Los tratamientos (2 ó 3), se hicieron si la respuesta no había sido satisfactoria para la paciente. Se decidió no realizar las sesiones posteriores al tratamiento (hasta un número máximo de 3) si el paciente o el médico convenían que los resultados eran satisfactorios, o si el médico consideraba que los tratamientos posteriores no conseguirían incrementar la calidad de los resultados.





Figura 2. Vaso espasmo que enseña puntos de coagulación en la silueta de la vena.

La Nouvelle Pharmacie

Dra. Michelle Saint Martin

Productos de Excelencia para lograr Cambios



Antes
ultados EST. SILVANA MUÑOZ LIBRETTI



Después



Antes



Después

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

GROWTHFACTORSALACNEQUICK
TENSEQUICKFADENATURALYOUTH
SANSDESRIDESNOUVELLEIMAGELAFKEN
REDEFINERCONTOURGROWTHFACTOF
SALACNEQUICKTENSEQUICKFADE
NATURALYOUTHSANSDESRID
ESNOUVELLEIM

La Nouvelle Pharmacie Intensificación de la absorción del láser en el tratamiento de lesiones vasculares: radiofrecuencia (RF) y láser de diodo.

Tabla 2 : Número de sesiones de tratamiento

Pacientes	1 Tratamiento	2 Tratamientos	3 Tratamientos
1			*
2		*	
3		*	
4			*
5	*		
6	*		
7			*
8	*		
9		*	
10		*	
11		*	
12		*	
13	*		
14		*	
15		*	
16		*	
17		*	
18	*		
19		*	
20		*	

Tabla 3: Resultados a los 2 meses

	Paciente	MD	Computadora
Muy buenos	4	6	7
Buenos	7	7	8
Regulares	5	5	4
Pobres	4	2	1
Peores	0	0	0

Muy buenos (75% - 100%); Buenos (50% - <75%); Regulares (25% - <50%); Pobres (0% - <25%); Peores (Situación peor que antes del tratamiento).

Para controlar la evolución y los resultados del área tratada, se tomaron fotografías usando una cámara digital de alta resolución (Sony Mavica MVC-FD9) de 1-mega píxeles, Tokio, Japón). Las fotografías se realizaron antes, inmediatamente después y 2 meses después del último tratamiento. Para la evaluación objetiva, las fotografías de antes y después fueron examinadas comparativamente por un médico ajeno al tratamiento, que tenía conocimiento de las técnicas de esclerosis de varículas de las piernas. Los resultados fueron calificados como: "Muy bien": 75% a 100% de mejoría; "Bien": 50% a < 75% de mejoría; "Regular": 25% a < 50% de mejoría; "Pobre": 0% a <25% de mejoría; "Peor": situación peor que antes del tratamiento.

De las 20 pacientes estudiadas, a 4 se les tomó biopsias antes e inmediatamente después del tratamiento. Las biopsias se realizaron con un punch suficientemente grande para abarcar el diámetro del vaso. La biopsia de inmediatamente después del tratamiento se realizó alejada 1 cm de la biopsia anterior, una vez finalizado el tratamiento de la totalidad de la varícula. Las muestras fueron preparadas rutinariamente y se empleó tinción de Hematoxilina-Eosina, Tricrómico de Masson y Tinción de Inmunohistoquímica CD 34. La interpretación de las muestras la realizó un histopatólogo independiente de los protocolos de tratamiento.

La respuesta clínica de los vasos tratados se valoró mediante análisis informático de las fotografías en todas las pacientes. Para este examen, las fotografías fueron valoradas por un programa de ordenador (17). A este fin, en el momento de realizar las fotografías se colocaron unas etiquetas estándar, para que sirvieran de guía al programa informático, que detectaba debido a estas referencias el área de tratamiento, realizando un balance equivalente de las condiciones de luz y color de las fotografías siguiendo la silouethe de la vena. El pro-grama de análisis de imagen (Universidad de Málaga, Dpto. de Ingeniería de





Figura 3. Paciente de 48 años de edad. fototipo III. A) Varículas color azul de 4 mm de diámetro, localizadas en cara externa del muslo izquierdo. Las etiquetas indican el área de tratamiento. preparada para control objetivo con programa de ordenador. B) Resultado después de 3 tratamientos. Control 2 meses después del último tratamiento. Los resultados se

clasificaron subjetivamente por el paciente como muy buena, e, igualmente, de forma objetiva por el médico y el programa de ordenador.

Computadores) valoró el número de píxeles, haciendo un recuento comparativo de antes y después, examinando áreas iguales de tratamiento con referencia a la silouethe de la vena. El cálculo se efectuó a partir de considerar 100% como línea basal (al inicio del tratamiento) y deduciendo el porcentaje de aclaración del vaso en base al cálculo efectuado por el ordenador con respecto a la imagen de la vena. Se tomó en cuenta la disminución en píxeles al comparar las fotografías de antes y en la evaluación de los resultados del tratamiento.

También, a todas las pacientes, se les entrevistó para que dieran su opinión y valoraran los resultados obtenidos. Sin ver las fotografías, debían valorar los resultados al observar las áreas tratadas. Las valoraciones fueron apuntadas en una escala visual: Peor, Pobre, Regular, Bien, Muy bien. De esta forma, las apreciaciones subjetivas de las pacientes, pudieron compararse a la valoración objetiva del médico y a la del análisis realizado por el ordenador.

Resultados

Todas las pacientes acudieron al control realizado a los 2 meses. 5 pacientes, recibieron un solo tratamiento; 12 recibieron 2 tratamientos; y 3 recibieron 3 tratamientos. (Tabla 2) La reacción después del tratamiento fue de vaso espasmo, seguido de edema y eritema, que resolvió aproximadamente a las 48h. Todas las pacientes calificaron el dolor durante el tratamiento como tolerable, y ninguna desistió de hacerse el tratamiento por causa del dolor.

A los 2 meses, 7 pacientes observaron una aclaración del área tratada igual o superior al 75%(Muy buenos) (Fig. 3 A,B), 4 pacientes observaron una aclaración entre 50%- <75% (Buenos), 5 pacientes observaron una aclaración entre 25% - <50% (Regulares), 4 entre 0%-<25% (Pobres) y ningún paciente calificó el resultado como peor. (Tabla 3).

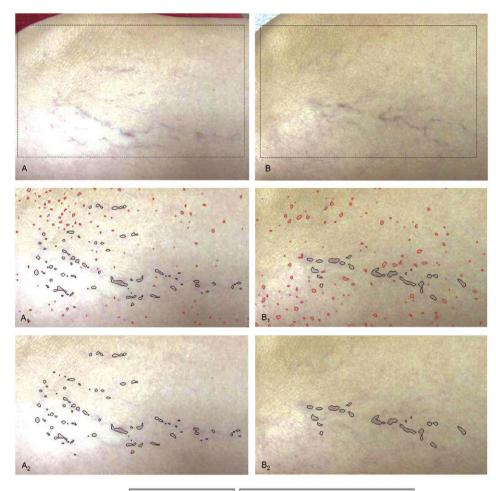


Figura 4. Valoración objetiva
por ordenador de los
resultados del tratamiento
de venas de las piernas con
tecnología ELOS (RF + Láser
Diodo 900 nm). A) Antes del
tratamiento. B) Control 2
meses después de la 2ª sesión
de tratamiento. La paciente
consideró que después de los
resultados obtenidos eran
suficientes y no aceptó el
3er tratamiento propuesto.
El color de las fotografías ha
sido ajustado por el programa
de ordenador y el área de
examen seleccionada con
iguales dimensiones en píxeles
como muestran las figuras
A1 y B1, son analizadas
seleccionando la imagen de
la vena y eliminándose los
elementos, relieves y defectos
cutáneos que capta el
ordenador, conocidos como
(ruido) "noise". A continuación,
las figuras A2 y B2, muestran
la disminución de la imagen de

Figure 4 Valaración abiativa

la vena. En el gráfico inferior, se presenta el cálculo mostrando la mejoría (25%) obtenida con 2 tratamientos. Este tipo de análisis permite la cuantificación objetiva y seguimiento del resultado del tratamiento.

	Figura A2 (Antes)	Figura B2		
		(Después del 2º tratamiento)		
Área Total	265668	265668		
Área señalada	4665	3417		
Mejoría		25%		

Esta evaluación subjetiva fue contrastada con la evaluación dada por el médico que analizó las fotos y que calificó a 7 pacientes con aclaración igual o superior al 75% (Muy buenos), 8 pacientes con aclaración entre 50% - <75% (Buenos), 5 entre 25% < 50% (Regulares), 2 entre 0% - < 25% (Pobres) y ninguno peor. (Tabla 3).

La evaluación objetiva realizada por el ordenador dio los siguientes resultados: 7 pacientes con aclaración igual o superior al 75% (Muy buenos), 8 pacientes con aclaración entre 50% - <75% (Buenos), 4 entre 25%-<50%(Regulares), 1 entre 0%<25%(Pobres) y ninguno peor (Tabla 3) (Fig. 4 A, B).

Se observó hiperpigmentación en 3 pacientes, que a los 2 meses después del último tratamiento habían resuelto totalmente. No se observó relación entre efectos secundarios y fototipo cutáneo. Una paciente desarrolló matting que permanecía, aunque con menor intensidad a los 2 meses. No se observaron quemaduras ni ampollas en ninguna paciente. Con la tinción de Tricrómico de Masson en las histologías, se observó que inmediatamente después de tratamiento la epidermis aparecía conservada. La luz del vaso se mostraba

cerrada, con cambios fibroescleróticos de la pared. Las fibras de colágeno aparecían coaguladas perivascularmente y también en la dermis adyacente. En la tinción de inmunohistoquímica específica para verificar la condición del colágeno, se notó el efecto de fleboesclerosis, con colapso de la luz vascular y lesión de la pared de la vena, apreciándose fenómenos de hialinización, con coagulación de las proteínas del colágeno (18). El vaso presentaba una forma anfractuosa, con aspecto de haberse encogido, y en forma tortuosa. (Fig 5 A, B).

Comentarios

Antes de tratar las varículas de las piernas con láser, frecuentemente son necesarios los tratamientos con escleroterapia química. Este tratamiento continúa siendo una técnica indispensable en el tratamiento de las varículas de las piernas especialmente si los vasos tienen un calibre de más de 4 mm. Con la finalidad de aumentar la eficacia del Polidocanol, se puede elaborar espuma. Esta técnica de inyección permite el seguimiento ecográfico.

Cualquiera de las técnicas de esclerosis que se utilicen exige tener en cuenta los criterios de selección y exclusión de pacientes, la obtención del consentimiento informado y la previa realización de un eco-doppler.

En general, podemos decir que, en base a la experiencia clínica, los tratamientos de las venas de las piernas con el láser obtienen mejores resultados en las venas de color azul, cuando estas son gruesas (hasta 4 mm de diámetro), y cuando su localización es superficial. En los vasos localizados en zonas de menor presión venosa mejoran las expectativas de buenos resultados, que son mejores que en las zonas donde existe mayor presión venosa.

Debe diferenciarse entre la RF bipolar y la RF monopolar. La RF monopolar actúa desde un electrodo poniendo el otro electrodo en otra parte distante del cuerpo. La corriente eléctrica debe pasar a través de la piel con importante divergencia y, consecuentemente, pérdida de la intensidad del efecto térmico específico en la diana. La RF bipolar se sirve de dos electrodos y hace fluir la corriente eléctrica de un electrodo a otro. La profundidad que alcanza la energía eléctrica en su paso por el tejido es la mitad de la distancia entre los 2 electrodos.

Si se guía la absorción de la energía eléctrica modificando la impedancia del tejido, pueden conseguirse mejores efectos y más concretos en la diana seleccionada. Al disparar el láser en primer lugar, su absorción preferentemente por la sangre produce el calentamiento del vaso. Este calor cambia la impedancia del tejido, que es aprovechado para "guiar" el paso de la electricidad y sus efectos hacia el vaso diana.

En el tratamiento de las varículas de las piernas, la combinación de la energía del láser de diodo de 915 nanómetros con la energía eléctrica de la RF, es especialmente relevante por su sinergia de acciones, debido a la absorción del láser por la hemoglobina, y la RF que suman sus efectos para producir una coagulación vascular eficaz.

La energía láser absorbida por el vaso tiene una difusión hacia fuera del vaso. Es una difusión centrífuga, que es aprovechada por la energía eléctrica que pasa desde fuera hacia el interior del vaso, de forma centrípeta. Esta combinación de la RF con el efecto primero del láser en el vaso, lleva a una lesión eficaz visible también en el tejido adyacente. Consecuentemente, el cierre del vaso se realiza por un doble efecto térmico: interno y externo.

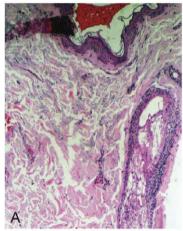
La longitud de onda de 915 nm tiene una penetración profunda porque es menos absorbida por el cromóforo melanina. El calentamiento en el interior del vaso producido por la energía óptica del láser se intensifica al sumarse al efecto de la energía de la RF.

La energía de la RF no es absorbida por la melanina y sus efectos no dependen de cromóforos como sucede con el láser. La energía de la RF genera calor ante la resistencia que le opone el tejido al paso de la corriente. Sus actuaciones según el principio físico de la impedancia; es decir, la corriente eléctrica sigue siempre la trayectoria marcada por la conductividad más alta, que puede incrementarse por el calor (o el paso de menor resistencia) (19). La sangre tiene una conductividad eléctrica muy alta y su aumento de temperaturas se correlaciona con una conductividad creciente; por lo tanto, en términos concernientes de tratamiento de las venas de las piernas, cuando se combina la RF con el láser, la energía de la

RF es absorbida preferencialmente a nivel del vaso debido al incremento de temperatura a nivel de éste (originadas por la absorción de la energía del láser de diodo).

Por el aumento térmico originado por la absorción de la energía del láser del diodo, la corriente eléctrica de la RF se le suma alcanzando una temperatura eficaz para causar la contracción y/o la destrucción irreversible del vaso.

Las evaluaciones incorporadas en el diseño de este estudio han incluido la fotografía digital, la evaluación por parte del paciente y del médico; así como una evaluación objetiva computerizada y el análisis de los efectos histológicos después del tratamiento. Los resultados confirman que la combinación de la RF y el láser es segura y eficaz para tratar venulectasias y venas reticulares hasta de 4 milímetros de diámetro (20).



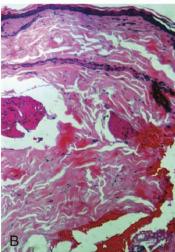


Figura 5. Piel x250 He/Eo. A) antes del tratamiento. Epidermis y dermis normales. Vasos dilatados en dermis con sianos de elastosis y evidentes espacios interfibrilares. B) Inmediatamente después del tratamiento con RF y Diodo de 900nm (Sistema ELOS). En la epidermis presentada se aprecia coagulación del vaso con pérdida de su patrón anatómico y coagulación parcial de las fibras adyacentes.

Aproximadamente tres cuartos de la población, en este estudio retrospectivo, mostró aclaramiento de la lesión de un 50% al realizar 1 a 3 sesiones de tratamiento y cerca del 30% mostraron aclaramiento de la lesión entre el 75% a 100%, corroborado por las fotografías digitales examinadas de los resultados.

En tanto que el análisis computerizado, mostró que el 80% de los pacientes alcanzaron un aclaramiento del 50%, afirmando de forma objetiva la eficacia de la combinación RF y láser.

Los resultados evaluados por el ordenador fueron cercanos a la evaluación del médico.

El examen histológico mostró que el tratamiento combinando da lugar a efectos coaguladores en el colágeno, con pérdida de la integridad de la pared vascular que incluye muestras de coagulación y de degeneración endotelial en todos los casos examinados que constituyen una muestra cruzada de los pacientes que participaron en el estudio (18). La hiperpigmentación temporal observada en muy pocos pacientes aclaró en todos los casos a los 2 meses después del último tratamiento, situación que ha sido antes observada en pacientes tratados con otros sistemas láser (21). Las complicaciones observadas fueron mínimas, y no se empleó anestesia, lo que califica a este tratamiento combinado de RF y láser como seguro. Por lo que se demuestra que el sistema combinado de RF y láser es eficaz para el tratamiento de las venas rojas y azules de las piernas de hasta 4 milímetros de diámetro.

Claramente, ajustes de metodología, y la técnica para emplear la RF y el láser combinadamente, todavía pueden ser refinados en la práctica de estudios posteriores.

Bibliografía:

- 1.- Kauver ANB. The role of lasers in the treatment of leig veins. Semin Cutan Med Surg 2000;19:245-252.
- 2.- Eremia S, Li C, Umar SH. A side-by-syde comparative study of 1064 nm Nd:YAG, 810 nm diode and 755 nm alexandrite lasers for treatment of 0.3-3 mm leg veins. Dermatol Surg 2002;28:224-230.
- 3.- Lupton AR, Alster TS, Romero P. Clinical comparison of scleroterapy versus long-pulsed Nd:YAG laser treatment for lower extremity telangiectases. Dermatol Surg 2002;28:694-697.
- 4.- Sadick NS. Updated laser approaches to the management of cosmetic leg veins. Phlebology 2003;18:54-64.
- 5.- Weiss RA, Dover JS. Laser surgery of leg veins. Dermatol Clin 2002;20:19-36.
- 6.- Dover JS, Sadick NS, Goldman MP. The role of lasers and light sources in the treatment of leg veins. Dernatol Surg 1999;25:328-336.
- 7.- Sadick NS, Weiss RA. The utilization of a new yellow light laser (587 nm) for the treatment of Class I red telangiectasia of the lower extremities. Dermatol Surg 2002;28:21-25.
- 8.- West TB, Alster TS. Comparison of the long-pulse dye (590-595 nm) and KTP (532 nm) lasers in the treatment of facial and leg telangiectasias. Dermatol Surg 1998;24:221-226.
- 9.- Goldman MP. Treatment of leg veins with lasers and intensed pulsed light: Preliminary considerations and review of present technology. Fundament Cosmet Surg 2001;19:467-473.
- 10.- Groot D, Rao J, Johnston P, Nakatsui T. Algorihm for using a long-pulsed Nd:YAG laser in the treatment of deep cutaneous vascular lesions. Dermatol Surg 2003: 29:85-42.
- 11.- Sadick NS. A dual wavelength approach for laserlintense pulsed light source treatment of lower extremity veins. J Am Acad Dermatol 2002;46:66-72.
- 12.- Sadick NS. Laser treatment with 1064 nm laser for lower extremity class I-III veins employing variable spots and pulse with parameters. Dermatol Surg 2003;29:916-919.
- 13.- Duck FA. Physical properties of tissue. New York, NY: Academic Press Limited, 1990.
- 14.- Gabriel S, Lau RW, Gabriel C. The dielectric properties of biological tissues: Ill. Parametric models for the dielectric spectrum of tissues. Phys Med Biol 1996; 41:2271-2293.
- 15.- Sadick NS, Makino Y. Selective electro-thermolysis in aesthetic medicine: A review. Lasers Surg Med 2004;34:91-97.
- 16.- Sadick NS, Trelles MA. A clinical, histological, and computer-based assessment of the polaris LV, combination diode, and radiofrequency system, for leg vein treatment. Lasers in Surgery and Medicine 2005; 36, # 2: 98- 104.
- 17.- Martin-Vázquez MJ, Trelles MA. Sola A, Calderhead RG. Trelles OR. A new user-friendly software platform for systematic classification of skin lesions to aid in their diagnosis and prognosis. Laser in Medical Science 2006; V.21 # 1:54 60.
- 18.- Chess C. Prospective study on combination diode laser and radiofrequency energies (ELOS) for the treatment of leg veins. J Cosmet Laser Ther 2004;6:86-90.
- 19.- Trelles MA, Manuel Martín-Vazquez M, Trelles OR., Mordon SR. Treatment Effects of Combined Radio-Frequency Current and a 900 nm Diode Laser on Leg Blood Vessels. Laser in Surgery and Medicine 2006 Mar;38(3):185-95.
- 20.- Trelles MA. The combination of optical and electrical energies produces different histological findings from when laser alone is used in leg vein treatment. Laser in Medical Science 2004;V19 # 4:165-166.
- 21.- Trelles MA., Allones,I, Alvarez J, Vélez M, Martín-Vázquez M, Trelles OR, Luna R, Buil C, Mordon SR. The 800-nm diode laser in the treatment of leg veins: Assessment at 6 months. Journal of American Academy of Dermatology 2006; 54, # 2: 282-289.



Escuela Oficial UIME Universidad Argentina John F. Kennedy



INSTITUTO PINTO FORMAMOS LÍDERES EN MEDICINA ESTÉTICA

Diplomado Universitario Internacional de Medicina Estética para Médicos Matriculados en Argentina



17 de marzo al 1 de diciembre de 2014

Condiciones generales:

Dirigido a: Médicos con matricula médica argentina vigente. Sede: Instituto Pinto

Iniciación: 17 de marzo de 2014. **Finalización:** 1 de diciembre de 2014.

Día: Lunes.

Horario: 09:00 a 19:00 horas.

Director del Curso: Prof. Dr. Raúl Pinto

Certificados: Diploma de la Universidad Argentina John F. Kennedy, el Diploma Internacional de Medicina Estética de la Union Internationale de Médecine Esthétique UIME y del Instituto Pinto.

Curso de Formación en Medicina Antienvejecimiento para Médicos Residentes en Argentina



13 de marzo al 4 de diciembre de 2014 - Un jueves al mes

Director del Curso: Prof. Dra. Patricia Frisari Director Académico: Prof. Dr. Raúl Pinto

Condiciones generales:

Dirigido a: Médicos.

Iniciación: 13 de marzo de 2014. **Finalización:** 4 de diciembre de 2014.

Día: Jueves.

Horario: 09:30 a 18:00 horas.

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

Argentina de Medicina Estética.

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



14 de marzo al 5 de diciembre de 2014 - Un viernes al mes

Director del Curso: Prof. Dra. Patricia Frisari **Director Académico:** Prof. Dr. Raúl Pinto

Condiciones generales:

Dirigido a: Médicos.

Iniciación: 14 de marzo 2014. Finalización: 5 de diciembre 2014

Día: Viernes.

Horario: 09:30 a 18:00 horas.

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

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 FORMAMOS LÍDERES EN MEDICINA ESTÉTICA

32ª Diplomatura Universitaria e Internacional de Medicina Estetica v Anti-Aging

24 de marzo al 11 de abril de 2014

Director del Curso: Prof. Dr. Raúl Pinto

TRIPLE ACREDITACION:

- 1- Diploma Internacional de Medicina Estética y
- 2- Diploma Internacional de Medicina Anti-Aging otorgados por la Union Internationale de Médecine Esthétique -UIME- y
- 3- Diploma Universitario de Medicina Estética y Anti-Aging otorgado por la Universidad Argentina John F. Kennedy e Instituto Pinto -Docencia e Investigación en Medicina Estética.

Requisito obligatorio para el ingreso al programa del curso de ESPECIALIZACION UNIVERSITARIA **EN MEDICINA ESTETICA Y ANTI-AGING** Universidad Argentina John F. Kennedy e Instituto Pinto.

CONDICIONES:

Dirigido a: Médicos

Vacantes: Limitadas a 40 inscriptos

CURSO SOARME 2013:

24 al 28 de marzo de 2014

Certificado: Diploma de la Sociedad Argentina

de Medicina Estética

CURSO PASAM 2013:

31 de marzo al 4 de abril de 2014 Certificado: Certificado de Acreditación Panamericana en Medicina Estética PASAM Requisito: tener aprobado el Curso SOARME

CURSO AAAMISO 2013:

7 al 11 de abril de 2014

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

9° Curso de Especialización en Medicina Estética de la **Universidad Argentina John F. Kennedy**

Teóricos: a distancia

Prácticas presenciales: 13 al 17 de abril

de 2014

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 Estetica SOARME-
- Pan-American Society of Aesthetic Medicine -PASAM-
- Aesthetic & Anti-Aging Medicine International Society -AAAMISO



OTUTITZAI

PINTO

Excelencia Educativa en Medicina Estética







SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA ESTÉTICA

CONGRESOS

CURSOS

DIPLOMADOS

ESPECIALIZACIONES





Miembro Institucional de la **Asociación Médica Argentina -AMA-**Capítulo Argentino de la **Union Internationale de Médicine 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

Congresos del exterior

34.° CONGRESO DE MEDICINA ESTÉTICA Y DE CIRUGÍA DERMATOLÓGICA



El 27 y 28 de septiembre se llevó a cabo en Francia, el 34 Congreso de Medicina Estética y de Cirugía Dermatológica, en el que El Dr. Raúl Pinto estuvo presente. En el evento, se conmemoraron los 40 años de la Sociedad Francesa de Medicina Estética; esta Sociedad fue la primera de la especialidad en fundarse en el mundo.

El evento tuvo un enorme éxito:

- 718 médicos participantes
- 81 oradores
- 100 presentaciones científicas
- 14 Talleres prácticos
- 40 Expositores comerciales





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









₱ FILTRO SOLAR

DESCUENTO A PROFESIONALES





Restylane® de GALDERMA cuida la calidad de la piel los 365 días del año

GALDERMA lanzó la línea Restylane® Skincare, formulada con tecnología de la más alta calidad.

La línea cuenta con nueve productos pensados para cada necesidad y momento del día. Son de uso específico y todos contienen ácido hialurónico, a excepción del limpiador facial.

- Limpiador Facial: efecto limpiador, hidratante, antioxidante y acondicionador de la piel. Contiene ceramida NP, aceite de girasol orgánico y acetato de tocoferol (vitamina E).
- Crema de Día: efecto hidratante y suavizante. Mejora la estructura de la piel y es antioxidante. Formulada con ácido hialurónico, ceramida, niacinamida (vitamina B3), creatina y coenzima Q10 (ubiquinona).
- Crema de Día con FPS 15: efecto hidratante y suavizante. Mejora la estructura de la piel, es antioxidante y proporciona protección UV. Contiene ácido hialurónico, ceramida, niacinamida (vitamina B3), creatina, coenzima Q10 y filtros UV orgánicos.
- Crema Blanqueadora de Día: efecto hidratante, otorga brillo, es antioxidante y suavizante. Contiene ácido hialurónico, Chromabright, aceite de semilla de arándano rojo y niacinamida (vitamina B3).
- Crema de Noche: efecto hidratante, calmante y antiirritante.
 Formulado con ácido hialurónico, ceramida, ácido glicirretínico y avenantramidas.
- Suero de Noche: efecto hidratante, reduce líneas finas y manchas de la edad, es antioxidante. Formulado con ácido hialurónico, 0,4% retinol (vitamina A) y cúrcuma.
- Suero de Ojos: tiene efecto hidratante, es antioxidante. Mejora la elasticidad de la piel, reduce las bolsas de los ojos y tiene efecto anti-ojeras. Contiene ácido hialurónico, Eyeseryl (Tetrapéptido acetil-5), aceite de semilla de arándano rojo (Vaccinium Vitis-IDAEA Seed Oil). Es rico en ácidos grasos omega-3.
- Crema de Manos: tiene efecto hidratante, antioxidante y fortalece las uñas. Contiene ácido hialurónico, ceramida, hidrogenado salvado, cera de arroz y Biotina (vitamina B7).
- Crema Restauradora: efecto hidratante. Reduce la posible hinchazón y moretones que pudieron provocarse como consecuencia de procedimientos estéticos. Es hidratante suavizante y antioxidante. Está formulada con ácido hialurónico, ceramida, extracto de flor de árnica Montana, hidrogenado de salvado, cera de arroz y Niacinamida (vitamina B3).

Solo se adquieren en consultorios y centros de estética.

Un poco más sobre Restylane®

Restylane[®], Ileva 16 años de experiencia en el cuidado estético de la piel. Es una línea de productos anti-envejecimiento con tecnología de la más alta calidad.

Galderma, a través de Restylane®, ofrece también Skinboosters, una línea de inyectables para la hidratación profunda de la piel. Para complementar el tratamiento y lucir una piel radiante, complementa el tratamiento con la línea Restylane® Skincare, para



utilizar en el domicilio, que tiene nueve productos formulados para cada necesidad y momento del día.

Restylane® skinboosters® + Restylane® Skincare®; una combinación perfecta entre el consultorio médico y el hogar.

Restylane® Skinboosters Inyectables; actúa desde el interior de la piel para crear plenitud, definición e hidratación.

Restylane Skincare, de aplicación domiciliaria, nutre y protege desde el exterior. Acompaña el tratamiento médico.

Tecnología de avanzada

Las partículas de ácido hialurónico de Restylane®, ayudan a mantener el agua en la piel. Rellena las líneas finas, mejora la hidratación y suma así, brillo y luminosidad.

Proporciona una base que imita la piel en su capa laminar. A través de la tecnología **KemSphere**, encapsula los ingredientes activos protegiéndolos de la degradación.

Los compuestos de Restylane®, son 10 veces más pequeños que las partículas utilizadas en las cremas en general. Forman un *microfilm* o película que permite la respiración normal de las células e impide la evaporación del agua. Esto hace también que se favorezca la correcta penetración de los ingredientes activos.

Sobre Galderma

Es una compañía farmacéutica multinacional, creada en 1981, producto de la asociación entre Nestlé v L'Oréal. Es una empresa líder en el mercado dermatológico mundial, posee 31 filiales en los principales países de los 5 continentes y emplea a más de 4.000 personas. El centro principal de Investigación y Desarrollo de Galderma está ubicado en el sudeste de Francia, en Sophia Antipolis. Con una superficie de 19.300 m², es el centro de investigación y desarrollo especializado en dermatología más grande del mundo. Establecida en la Argentina desde 1995, posee un amplio *portfolio* de drogas y productos para el cuidado y el tratamiento de enfermedades de la piel, pelo y uñas. Los productos varían desde tratamientos tópicos y orales, hasta la terapia fotodinámica y la toxina botulínica. Además de la línea de productos Cetaphil para la limpieza, humectación y fotoprotección de la piel, Galderma cuenta con productos para el tratamiento de afecciones de la piel como acné, rosácea, melasma, psoriasis, dermatitis seborreica, infecciones fúngicas, trastornos pigmentarios, cáncer de piel no melanoma y alopecia, entre otros.



OZONOTERAPIA

La ozonoterapia es la aplicación de ozono (O3) en el organismo, a través de técnicas especiales, con fines terapéuticos. La ozonoterapia es hoy, un tratamiento que revoluciona la medicina estética, ya que junto a la Cavitación Ultrasónica, el Drenaje Linfático y la Radiofrecuencia, se han convertido en una alternativa no quirúrgica a la liposucción y en una poderosa herramienta capaz de garantizar resultados para modelar la figura de manera segura, eficaz y duradera.

Las indicaciones de la **ozonoterapia** son muy amplias y están determinadas por sus propiedades antiinflamatorias, antisépticas, de modulación del estrés oxidativo y de mejoría de la circulación periférica. La concentración y modo de aplicación de ozono varía en función de la patología a tratar, ya que la concentración de este, determina el tipo de efecto biológico que produce, y el modo de aplicación marca su ámbito de acción en el organismo.

La **ozonoterapia** se utiliza en medicina para alergias en niños y adultos (estimula la respuesta inmune del organismo), diabetes, insuficiencia venosa crónica, osteoporosis, retinosis pigmentaria y se usa además en odontología, para enfermedades periodontales y desinfección de áreas de trabajo.

Aplicaciones en estética

La **ozonoterapia** es utilizada para tratamientos de recuperación capilar, acné, rosácea, reestructuración y tonificación de la piel ya que mejora notablemente la celulitis y flaccidez. La ozonoterapia, además, colabora en los procesos de adelgazamiento al eliminar los ácidos grasos.

El ozono, a diferencia del oxígeno, penetra a través de los poros de la piel, ya que actúa reactivando el metabolismo celular y produce una profunda desintoxicación, humectación y nutrición de la piel. Su utilización más difundida apunta a terminar con el problema de la celulitis.

Efectos de la Ozonoterapia en el organismo

La **ozonoterapia** tiene efectos muy positivos en el organismo, siempre que sea aplicada por profesionales. Algunos de estos efectos son:

Oxigenante: Aumenta la capacidad de la sangre para absorber y transportar mayor cantidad de oxígeno a todo el organismo, lo que mejora la circulación y las funciones celulares en general. También estimula las enzimas que participan en su metabolización. Estimula la glicolisis (aprovechamiento de los azúcares), que es la fuente fundamental de energía para todas las células. Por ello, es de gran utilidad en insuficiencias vasculares periféricas, cardiacas, etc.

Revitalizante: Posiblemente relacionado con el efecto anterior, tiene capacidad para promover la recuperación funcional de numerosos pacientes con enfermedades degenerativas tales como: demencia senil (vascular y Alzheimer), accidentes vasculares encefálicos y cardiacos, neuritis óptica, glaucoma, retinitis pigmentosa, hipoacusia, etc.

Antioxidante (eliminador de radicales libres): Es el único medio conocido, hasta el presente, capaz de estimular todas las enzimas celulares antioxidantes que se encargan de eliminar los radicales libres y otros oxidantes peligrosos del organismo (Glutatión peroxidasa, catalasa, superóxido dismutasa y otras, que garantizan el funcionamiento de los anteriores). Retarda también los procesos de envejecimiento celular.

Inmunomodulador: De acuerdo a las dosis y formas de aplicación, es capaz de estimular las defensas inmunológicas, tanto celulares, como humorales, en pacientes con inmunodepresión, o de modular las reacciones inmunológicas exacerbadas, que producen las llamadas enfermedades autoinmunes. Es por ello que se le considera un BRM (Modulador de la Respuesta Biológica).

Regenerador: Es capaz de promover la regeneración de diferentes tipos de tejido, por lo que es de gran utilidad en la cicatrización de lesiones de difícil curación, en ulceraciones de diverso tipo, en los tejidos articulares, en medicina estética, etc. **Antiálgico y antiinflamatorio**: En aplicación local, actúa neutralizando mediadores neuroquímicos de la sensación dolorosa, y facilita la metabolización y eliminación de mediadores inflamatorios como histaminas, quininas, etc.

Germicida: Inactiva o elimina todo tipo de microorganismos patógenos, tales como bacterias, hongos y virus.

EQUIPOS Bell 03

Es un equipo que utiliza el ozono como agente terapéutico en tratamientos estéticos y capilares. Bell O3 reestructura y tonifica la piel mejorando notablemente la celuli-



tis y flaccidez. También colabora en los procesos de adelgazamiento al eliminar ácidos grasos.

El equipo está provisto de dos dispositivos (uno corporal y otro facial) que permiten que el ozono sea introducido a través de la piel por poros y folículos pilosos, sin ser un método invasivo. El ozono producido es expulsado a una presión de 2,3 a 2,6 Kg/cm2 y un caudal de 9 litros/minuto (especificaciones técnicas de la bomba expulsora).



INSTITUTO PINTO Excelencia Educativa en Medicina Estética

Escuela Oficial UIME

Universidad Argentina John F. Kenned

INSTITUTO PINTO FORMAMOS LÍDERES **EN MEDICINA ESTÉTICA**

Cursos de Formación para Médicos



Diplomatura Universitaria e Internacional de Medicina

Curso de Especialización en Medicina Estética y Anti-Aging

Especialización Universitaria en Medicina Estética y Anti-Aging - 1376 horas cátedra / 172 créditos -Para médicos extranjeros

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

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

Curso Práctico de Medicina Estética de la Asociación

Cursos de Formación para otros Profesionales



Asistente Universitario de Medicina Estética y Anti-Aging

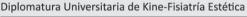
Diplomatura Universitaria para Odontólogos - Manejo de la Región Labial y Peribucal en la Estética de la Sonrisa

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

Estética y Anti-Aging

Médica Argentina -AMA-

Intensivo de Formación en Ginecología Estética



Específicos

Cursos Monotemáticos



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

Implantes de Fibroblastos para el Rejuvenecimiento Facial

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

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

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

Internacional de Capacitación en Medicina Ortomolecular

Medicina Estética Intima

Full Immersion de Lifting No Quirúrgico

Práctico de Estética Ginecológica

Capacitación en Cosmeto-Cosmetología

Manejo de las Adiposidades Localizadas con Métodos Mínimamente invasivos

Celulitis. El manejo del tabique fibroso y las Irregularidades Cutáneas

Intensivo de Fleboestética Práctica

Rejuvenecimiento Vulvo-Vaginal

Internacional de Investigación Científica en Medicina Estética y Anti-Aging

Bioseguridad para el Uso del Laser y Luz Pulsada

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

Manejo Práctico de las Hormonas en Medicina Estética

Suturas de Sustentación Glútea

Hilos de Sustentación Facial

Manejo de la Ciencias Morfoestéticas y de la Longevidad

Biomodelación y Perfiloplastia Facial No Invasiva

Rinomedelación No Quirúrgica

Gluteomodelación No Quirúrgica

Manejo del Envejecimiento Sexual Masculino

Estética del cuello con Procedimientos Mínimamente Invasivos

Aprendiendo con Maestros de Maestros

Didáctico Interactivo de Mesoterapia Estética

Intensivo de Radiofrecuencia y Ultracavitación

web: www.institutopinto.com



Empresas

De forma adicional, se le puede incorporar al equipo un dispositivo llamado COP (Cápsula de Ozono Corporal), donde el paciente se introduce y puede recibir el ozono en toda la superficie de su cuerpo, realizando un tratamiento de efecto desintoxicante y relajante.

Contraindicaciones

En el campo médico, el ozono es utilizado en una mezcla junto con el oxígeno, y una larga experiencia clínica indicaría la inexistencia de efectos secundarios, además, no causa reacciones alérgicas de ningún tipo, si dicho tratamiento se aplica correctamente siguiendo los protocolos establecidos. La experimentación efectuada ha demostrado que la ozonoterapia, en las concentraciones utilizadas en medicina, no determina ninquna variación sobre el ADN o el ARN.

A pesar de sus ventajas, la ozonoterapia está contraindicada en casos de intoxicación alcohólica aguda, alergias al ozono, fabismo, embarazo confirmado o sospechado, isquemia severa, grave hipertensión arterial no compensada, patologías cardiovasculares no compensadas, graves patologías infecciosas, insuficiencia renal, insuficiencia hepática grave, graves y persistentes alteraciones de la crasis hemática, diátesis hemorrágica o cualquier patología de naturaleza hemorrágica, graves alteraciones de la hemocuagulación, infarto miocárdico o ictus hermorrágico reciente, trombocitopenia, patologías de naturaleza espástica a cargo de la musculatura lisa o esquelética, alteraciones graves y permanente del metabolismo (en particular diabetes y dislipidemia), pacientes con tratamientos con anticoagulantes, fibronolíticos.

Las contraindicaciones mencionadas se deben al pequeño aumento de la presión arterial, lo cual, por otro lado, hace a esta terapia beneficiosa para aquellas personas que sufren de presión baja.









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

Cuenta con pantalla color retroiluminada sensible al Tacto.

ESPECIALISTAS EN ESTÉTICA, KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA

WWW.texel.com.ar





Calendario Científico

2013

15 v 16 de noviembre

SUIZA

Congreso Suizo de Medicina Estética

Lausanne

2014

20 al 22 de febrero

ESPAÑA

29° Congreso Español De Medicina Estética

Málaga

27 de febrero - 1 de marzo

RUSIA

10° Congreso Europeo de Medicina Estética

20 al 22 de marzo :

ARGENTINA

24º Congreso Argentino de Medicina Estética

Buenos Aires

14 y 15 de abril

TUROUIA

5º Congreso Nacional de Medicina Estética

Estambul

25 y 26 de abril:

MARRUECOS

20° Congreso Nacional Dermastic

Casablanca

14 y 15 de septiembre : FRANCIA

35° Congreso Francés De Medicina Estética

Paris

24 y 25 de octubre

CANADA

8º Congreso Canadiense de Medicina Estética

Toronto

20 al 23 de noviembre

COLOMBIA

10º Congreso Panamericano de Medicina Estética

Cartagena de Indias

2015

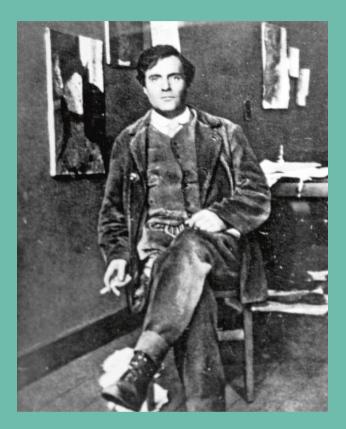
12 al 15 de noviembre

USA

20° Congreso Mundial de Medicina Estética

Miami

Amedeo Modigliani



I 12 de julio de 1884, en Livorno, nace Amedeo Modigliani. En 1898, su madre lo matriculó en la Academia de Bellas Artes de Livorno. Poco tiempo después, Amedeo contrajo la fiebre tifoidea y durante un mes estuvo al borde de la muerte. Aunque se recuperó, su salud quedó debilitada para siempre. En la primavera de 1902, ya repuesto, se fue a Florencia, donde aprobó el examen en la Escuela Libre de Desnudo.

Al año siguiente, parte a Venecia a estudiar en el Instituto de Bellas Artes y aprende la técnica pictórica y, especialmente, la del desnudo femenino, que termina siendo su sello de identidad. Allí entabla amistad con el pintor chileno Manuel Ortiz de Zárate.

En Venecia, Modigliani inicia su vida bohemia. Asiste a reuniones ocultistas y comienza a consumir drogas.

Llega a París en 1906, donde recorre museos y galerías, deslumbrado con las obras que veía. A los pocos días, se encuentra en un café con Picasso, a quien se acerca y con quien se genera un pequeño diálogo. Picasso se sorprende por los elegantes modales de Modigliani.

Modigliani se muda a Montmartre y se inscribe en la Academia Colarossi.

El primer cuadro que vendió fue *The Jewess*, el retrato de una mujer desconocida, que refleja la melancolía del período azul de Picasso, y fue el joven Dr. Paul Alexandre quien se lo compró.

En 1909, el Dr. Alexandre le encargó su retrato; le compró varios cuadros más y le consiguió encargos, entre ellos el retrato *La amazona*, para el cual posó la baronesa Marguerite de Hasse de Villers. Según Paul Alexandre, en su libro "Unknown Modigliani", a la aristócrata no le gustaron algunos detalles y rechazó el cuadro.

Pero *La amazona* fue una obra maestra. Estaba claro que Modigliani no quería ser el retratista de la "Belle Epóque", sino que perseguía su propio estilo. Modigliani pintó *El violonchelista*, con notable influencia de Paul Cézanne. Modigliani y Utrillo se emborrachaban y tenían peleas en los cafés y las calles, casi siempre porque el primero defendía su origen judío. Por ese entonces, su salud estaba muy deteriorada y viaja a Livorno a recuperarse. Allí pintó *The Beggar of Livorno*, un campesino con los ojos cerrados, probablemente ciego. A su regreso a París, Modigliani deja Montmartre para trasladarse al bulevard Raspail, en el barrio de Montparnasse.

Sus vecinos eran Soutine y el gran escultor rumano Constantin Brâncusi, uno de los primeros artistas del arte moderno, quien lo animó a trabajar con él.

Modigliani decidió con entusiasmo consagrarse a la escultura. Como no tenía dinero, se surtió de las grandes piedras con las que estaban construyendo una estación del Metro de París. Según Carlos Abella, autor del libro "Murieron tan jóvenes", la escultura de Modigliani muestra figuras alargadas, inspiradas en los ídolos africanos, que el artista definió como "pilares de la ternura". En cuanto a su salud, el polvo del taller le hacía mucho daño a sus pulmones por lo que partió a Livorno en 1912. Sus seres queridos lo cuidaron y él encontró un taller donde esculpir, pero sufrió una gran decepción: sus amigos despreciaron su obra y regresó a París.

En junio de 1914, al estallar la Primera Guerra Mundial, fue a alistarse en la Legión Extranjera, pero no lo admitieron por sus problemas pulmonares. Por esa misma razón, dejó de esculpir y se volcó en la pintura.

En junio de 1916, Léopold Zborowski, poeta y *marchand* polaco, se convirtió en su representante y amigo. Modigliani lo retrató varias veces. También hizo excelentes retratos de Jean Cocteau y de Soutine y desnudos como *Nude with Necklace*.

En julio de 1917, conoció a Jeanne Hébuterne, una estudiante de 18 años de la Academia Colarossi, de quien se enamoró.

Jeanne Hébuterne se fue a vivir con Modigliani a su estudio de la Rue de la Grande Chaumiere y quedó embarazada. El 29 de noviembre de 1918 dió a luz, en Niza, a una niña a la que llamaron Jeanne. Modigliani estaba encantado con la niña, pero Jeanne estaba muy deprimida y no pudo cuidar a su hija. La madre de Jeanne se llevó a la niña y la internaron en una institución en el campo cerca de París, pero sin darla en adopción.

En abril de 1919, Jeanne queda embarazada de su segundo hijo. El 5 de enero de 1920, Modigliani terminó el *Retrato de Paulette Jourdain*, el último que realizaría. Para entonces, su salud estaba demasiado afectada.

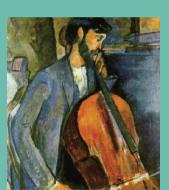
Ortiz de Zárate salió de viaje y a su regreso, encontró a Jeanne yaciendo al lado de Modigliani; este último estaba a punto de morir. Ambos habían estado comiendo solo sardinas durante ocho días y hacía dos días que Modigliani estaba sufriendo hemorragias.

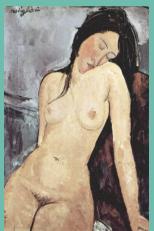
Ortiz de Zárate lo llevó inconsciente al hospital de La Caridad, donde llevaban a los desamparados. Modigliani murió de meningitis tuberculosa el 24 de enero de 1920. A sus funerales asistieron los artistas más importantes de París. Sus restos descansan en el cementerio Père Lachaise. Dos días más tarde, Jeanne se suicidó tirándose de la ventana del quinto piso de la casa de sus padres, muriendo con ella el hijo que llevaba en las entrañas.

Margherita, la hermana de Modigliani que vivía en Livorno, adoptó a su hija huérfana. Ya mayor, Jeanne escribiría la biografía de su padre "Modigliani: hombre y mito".

En 1952, uno de sus desnudos fue comprado por un coleccionista en París por un millón de francos. Pero el récord fue batido en el 2003, durante una subasta en

Christie's de Nueva York, que vendió uno de sus desnudos en 24 millones de dólares.

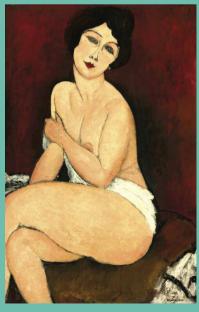








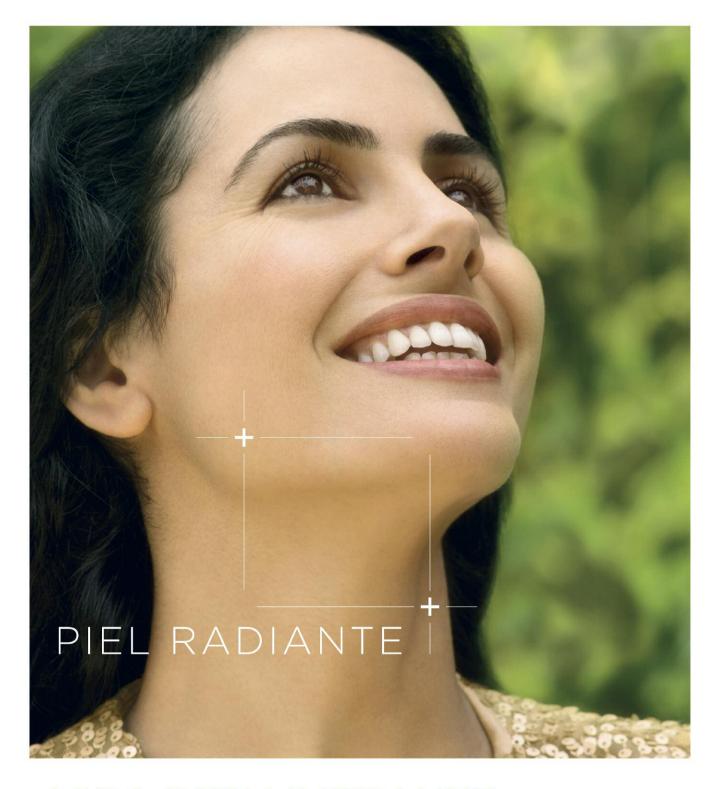




Normas de publicación de artículos para la revista Medicina estética y anti-aging - SOARME News

- 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 el autor para correspondencia y su dirección, el resumen en castellano (150 palabras aproximadamente) y palabras clave en castellano (no más de 4), el resumen y palabras clave en inglés, introducción, material y métodos, resultados, discusión, bibliografía, tablas y pies de figuras y fotos.
- 7. Es preferible la utilización de nombres genéricos de fármacos o el principio activo en caso de ser uno. En el caso de tratarse de materiales o equipamientos específicos, se debe escribir entre paréntesis el nombre del fabricante.
- 8. Las referencias bibliográficas se citarán por orden de aparición en el texto mediante números arábigos entre paréntesis con la correspondiente numeración correlativa. Cuando se mencionan autores en el texto se incluirán los nombres si son uno o dos. Cuando sean más, se citará tan solo al primero, seguido de la expresión et ál. y en ambos casos el número de la cita correspondiente. Las abreviaciones de las revistas se ajustarán a las que utiliza el Index Medicus de la National Library of Medicine y para la confección detallada de las citas se seguirán estrictamente las Normas de Vancouver.
- 9. Tablas y figuras se presentarán en el mismo documento o archivo pero en hojas aparte, incluyendo la numeración de la tabla en números romanos y de las figuras en arábigos, una sola tabla por hoja. Las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie.
- 10. Las imágenes o fotografías se enviarán digitalizadas en alta resolución para permitir una impresión de calidad, deben tener un pie de foto asociado y la confirmación de poseer los derechos de autor de estas. Si aparecen personas, estas no deben ser fácilmente identificables y se les pedirá por escrito a los autores el consentimiento para su utilización.
- 11. El consejo editorial se reserva el derecho de seleccionar las tablas, figuras e imágenes que considere oportuno publicar.
- 12. El consejo editorial se reserva el derecho de realizar cambios o modificaciones en el estudio para una mejor comprensión de este y 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.





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**



