

Cosmetic SURGERY TIMES

EDICIÓN ESPAÑOLA

El enigma
de la celulitis 10

Consejos
sobre venas 20

DICIEMBRE 2012 | Vol. 3 | Nº 6

EL PODER DE LA LUZ

Lecciones en la liposucción

> Pág. 18

Obesidad y ansiedad

> Pág. 24

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN DE LA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA Y CIRUGÍA COSMÉTICA



SUMMUM RADIANCE

INNOVACIÓN EN COSMÉTICA DERMATOLÓGICA

cumlaude

lab: tecnología
del bienestar

Acción iluminadora antiaging

Tratamiento formulado para devolver la luminosidad natural de la piel y combatir el envejecimiento cutáneo.



2012

DICIEMBRE

VOL. 3-Nº 6

SUMARIO

**EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA TOXINA BOTULÍNICA:
UN MEDICAMENTO INSUSTITUIBLE** 3
Dr. J. Víctor García

EL PODER DE LA LUZ 4
Láser y lifting facial tradicional para optimizar el rendimiento estético

¿CUÁL ES LA REALIDAD? 8
La seguridad de la combinación de los procedimientos vaginales y la cirugía plástica a examen

EL ENIGMA DE LA CELULITIS 10
Tres factores imprescindibles: adiposidad corporal, celulitis y edad

HACIENDO EQUILIBRIOS 12
Añadir el tratamiento vascular a la cirugía cosmética para salir de la crisis

DOMINIO DE LA ZONA MALAR 16
La clave del lifting facial es la almohadilla grasa de la zona malar

CONSEJOS SOBRE VENAS 20
La terapia láser endovenosa aumenta las oportunidades de las clínicas de cirugía cosmética

REVISIÓN 911 22
Ante el aumento de mastoplastias se hace necesaria la cirugía de revisión

QUÉ DICE LA LEY 30
Responsabilidad administrativa del profesional

NOVEDADES 31

NOTICIAS 32

TÉCNICAS

BUSTO

EL ENIGMA CAPSULAR 14
La contractura es más frecuente en la mastoplastia de aumento primaria

CUERPO

LECCIONES EN LA LIPOSUCCIÓN 18
SAFEliipo, un método atérmico que minimiza la hemorragia, el trauma y las asimetrías

OBESIDAD Y ANSIEDAD 24
Estudio de su relación a través del cuestionario STAI E-R

dietowin[®]



sistema experto nutricional

EDITOR
Manuel García Abad
DIRECTOR
J. Víctor García

COMITÉ EDITORIAL

JAUME ALJOTAS I REIG
Director de la Unidad de Investigación
Básica del Envejecimiento,
en la Fundació Institut de Recerca Hospital
Universitari Vall d'Hebron de Barcelona

CONSUELO BORRÁS BLASCO
Doctora en Farmacia. Profesora
de Fisiología de la Facultad de Medicina,
en la Universidad de Valencia

MAURIZIO CECCARELLI
Director del International Centre for Study
and Research in Aesthetic
and Physiological Medicine en Roma

JAVIER CLASTRE BOZZO
Letrado de la SEMCC

ALFONSO DEL POZO CARRASCOSA
Profesor Titular de Farmacia y Tecnología
Farmacéutica de la Universitat
de Barcelona

JUAN MIGUEL DOMÍNGUEZ VENTURA
Letrado de la SEMCC

JULIO FERREIRA
Presidente de la Academia Sudamericana
de Cirugía Cosmética. Director
del International Board of Cosmetic Surgery

JOAN FONTDEVILA FONT
Jefe del Servicio de Cirugía Plástica
del Hospital Clínic de Barcelona. Profesor
de la Facultad de Medicina
en la Universitat de Barcelona

JOSÉ IGNACIO LAO VILLADONIGA
Director de la Unidad de Genética
y Medicina Molecular,
en el Laboratorio de Análisis
Dr. Echevarne de Barcelona

JOSÉ M^o MARTÍNEZ GARCÍA
Presidente del Instituto para la Gestión
de la Sanidad y Director Asociado
de Medical Economics

**SANTIAGO PALACIOS
GIL-ANTUÑANO**
Director del Instituto Palacios de Salud
y Medicina de la Mujer en Madrid.
Presidente de la Fundación Europea
Mujer y Salud

ROSA M^o RAICH ESCURSELL
Catedrática numeraria del Departamento
de Psicología Clínica y de la Salud
de la Universitat Autònoma
de Barcelona

JOSÉ JUAN RODRÍGUEZ JEREZ
Profesor Titular del Departamento
de Ciencia Animal y de los Alimentos
de la Universitat Autònoma
de Barcelona y Director
de su Observatorio de Seguridad
Alimentaria

AUGUSTO SILVA GONZÁLEZ
Ex-director General de Terapias Avanzadas
y Trasplantes. Ministerio de Sanidad
y Política Social. Madrid

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

REDACCIÓN

Marta Donoso Muñoz-Torrero, coordinación
Celia Gutiérrez
Javier Galego

MAQUETACIÓN

Carlos Sanz y Carolina Vicent

PUBLICIDAD MADRID

Raúl del Mazo. Antonio López, 249 (1^o). 28041 Madrid
Tel.: 91 500 20 77. E-mail: rdelmazo@drugfarma.com

PUBLICIDAD BARCELONA

Pilar Uviedo. Numancia 91-93 (local). 08029 Barcelona
Tel.: 93 419 89 35. E-mail: puviedo.spa@drugfarma.com

ADMINISTRACIÓN

Ana García Panizo

SUSCRIPCIONES

Manuel Jurado. suscripciones@drugfarma.com

Fotomecánica e impresión: Eurocolor

© 2012 Edición española Spanish Publishers Associates, S.L.

Antonio López, 249 (1^o) - Edificio Vértice. 28041 Madrid
Tel.: 91 5002077 Fax: 91 5002075. E-mail: spa@drugfarma.com
Numancia 91-93. 08029 Barcelona. Tel.: 93 4198935 Fax: 93 4307345

© 2012 Advanstar Communications Inc. All rights reserved. Cosmetic Surgery Times is a
trademark belonging to Advanstar Communications Inc., located in Duluth, Minnesota, USA.
Published under license

D.L.: M-49254-2009 S.V.: 01/10-DEN ISSN: 2171-0155



Dr. J. Víctor García
DIRECTOR DE COSMETIC SURGERY TIMES

Eficacia y seguridad de la toxina botulínica: un medicamento insustituible

En España solo existen tres medicamentos compuestos de toxina botulínica autorizados para el tratamiento de las arrugas de expresión: Vistabel® (Laboratorios Allergan), Azzalure® (Laboratorios Galderma) y Bocouture® (Laboratorios Merz).

Un cuarto medicamento con toxina botulínica (Botox®) está autorizado para el tratamiento de la hiperhidrosis axilar primaria y la migraña crónica.

A día de hoy, numerosos estudios científicos acreditan la eficacia y seguridad de la toxina botulínica en el tratamiento de las arrugas de expresión.

Eficacia sustentada en la experiencia clínica adquirida por los centenares de médicos que la utilizamos todos los días, y consolidada por los resultados obtenidos reiteradamente en miles de pacientes, en los que las expectativas han sido plenamente satisfechas.

Seguridad sustentada en el hecho de tratarse de un medicamento fabricado por laboratorios farmacéuticos de máximo prestigio y de someterse, por ello, a los estrictos controles de la normativa vigente.

Ilegalidad e irresponsabilidad

No cabe justificación alguna para recurrir a toxinas botulínicas de desconocidos o variopintos orígenes, llegadas a nuestras latitudes por canales de distribución sin ningún tipo de control administrativo ni sanitario. Amén de otras consideraciones, en estos productos la toxina botulínica (el principio activo del medicamento) suele estar estabilizada en proteínas de origen bovino y/o porcino, que pudieran ser responsables de graves problemas sanitarios, el menor de los cuales podría ser la creación de resistencias.

Tampoco cabe el recurso al uso inadecuado del medicamento. Solo un médico puede estar capacitado y autorizado para, tras el adecuado diagnóstico, adquirirla y administrarla a un paciente. ¡El paciente y las autoridades sanitarias deben exigir y velar porque así sea!

Solo cabe utilizar un vial (frasco) del medicamento para cada paciente y para un solo tratamiento. El paciente debería exigir que desprecinten el vial en su presencia y que se lo asignen fehacientemente con su nombre u otro dato inequívoco de identificación, si al final del tratamiento hubiera un excedente que pudiera destinarse a un repaso o retoque necesarios.

Un dato significativo y que todos conocemos: un vial de cualquiera de los medicamentos autorizados en España no cuesta menos de 100 euros. ¿Cómo es posible entonces que puedan ofrecerse tratamientos por menos de 100 euros? El médico, si es que lo es, ¿no factura honorarios? ¿Regala el medicamento? ¿Se utiliza un vial para varios pacientes? ¿El producto empleado no es uno de los medicamentos autorizados o ni siquiera es un medicamento?

Seamos tajantes al respecto: los médicos debemos revelarnos contra estas "irregularidades". No hacerlo sería una irresponsabilidad porque podría tener importantes consecuencias sanitarias.

Cosmetic
SURGERY TIMES

EDITORIAL ADVISORY BOARD

TINA S. ALSTER, MD DIRECTOR,
Washington Institute of Dermatologic Laser
Surgery. Clinical Professor of Dermatology,
Georgetown University Medical Center

JAMES H. CARRAWAY, MD
Plastic and Reconstructive Surgery Eastern
Virginia Medical School, Virginia Beach, VA

JEAN CARRUTHERS, MD, FRCS Cosmetic
Ophthalmology Aesthetic. Laser Surgery
Clinical Professor. Department
of Ophthalmology, University
of B Columbia

DAVID P. CLARK, MD
Dermatologic Surgery Associate
Professor of Medicine (Dermatology) & Sur-
gery Chief, Dermatologic Surgery, University
of Missouri

SUSAN E. DOWNEY, MD
Post-Bariatric Surgery, Los Angeles, CA

STEVEN FAGIEN, MD, FACS
Cosmetic Oculoplastic Surgery, Boca Raton
Center for Ophthalmic Plastic &
Reconstructive Surgery, Boca Raton, FL

DAVID H. MCDANIEL, MD
Dermatologic Surgery & Laser Assistant
Professor of Clinical Dermatology & Plastic
Surgery Eastern Virginia Medical School,
Virginia Beach, VA

PATRICK G. MCMENAMIN, MD
The Cosmetic Surgery Center
of Sacramento, Sacramento, CA

JEFFREY C. POPP, MD, FACS
Cosmetic & Reconstructive Surgery Popp
Cosmetic Surgery, Omaha, NE

RANDALL J. YETMAN, MD, FACS HEAD,
Section of Breast Surgery, Department
of Plastic & Reconstructive Surgery,
The Cleveland Clinic, Cleveland, OH

El poder *de la* luz

*La técnica de láser mínimamente
invasiva actúa sola o en combinación
con el lifting facial tradicional*

Ilya Petrou

REDACTOR

Las técnicas de *lifting* facial han evolucionado con el paso de los años y, en la actualidad, tienden a convertirse en procedimientos mínimamente invasivos con menos tiempo de recuperación posoperatoria. Las nuevas e innovadoras estrategias, como las técnicas de incisión asistidas por láser, pueden utilizarse solas o en combinación con las técnicas tradicionales o con las menos invasivas de incisión mínima, con lo que se optimiza el rendimiento estético.

“La premisa es que la tecnología láser aplicada a nivel subcutáneo es menos agresiva con el tejido que las estrategias quirúrgicas más invasivas”

Patrick McMenamin, M. D.
Sacramento, California

“Nos encontramos en los albores de esta técnica de *lifting* asistida por láser, que aún está evolucionando; sin embargo, en manos diestras, puede conseguir resultados estéticos extraordinarios”, según Patrick McMenamin, M. D., anterior presidente de la Academia Americana de Cirugía Cosmética de Sacramento, California.

Las tecnologías láser mínimamente invasivas están encontrando su lugar y se empiezan a utilizar como estrategia quirúrgica mínimamente invasiva. La técnica de incisión asistida por láser es cada vez más popular porque sus resultados pueden rivalizar con los de otras estrategias quirúrgicas más invasivas y, en algunas áreas, incluso superar los resultados cosméticos conseguidos con las estrategias tradicionales.

“El *lifting* tradicional no siempre resuelve adecuadamente ciertas áreas del rostro, como los pliegues nasolabiales, las mejillas, las comisuras de la boca y la parte inferior del labio. La técnica asistida por láser puede ayudar a elevar y estirar estas áreas con resultados cosméticos más pronunciados”, dice el Dr. McMenamin.

CÓMO SE HACE. Aplicando anestesia tumescente, el Dr. McMenamin hace cuatro incisiones pequeñas, detrás de los lóbulos de las orejas y en cada aspecto lateral del pliegue submentoniano, dentro de la corteza interna de la mandíbula. Con la lima de Blugerman y la espátula de 4 mm, se tuneliza bajo la piel a través de los dos tercios inferiores de la cara y el cuello. Luego, se insertan cánulas especialmente diseñadas a través de las incisiones y se aplica energía láser dentro de múltiples puntos premarcados en las áreas a tratar.

En la técnica de *lifting* asistida por láser, el Dr. McMenamin utiliza el JOULE de Sciton combinando las longitudes de onda de 1.064 y 1.319 nm de Nd:YAG. Muchos fabricantes de dispositivos láser venden su tecnología y longitudes de onda como las mejores en términos del control del trauma inducido en los tejidos subcutáneos. De acuerdo con el Dr. McMenamin, ninguna plataforma ha conseguido demostrar científicamente que su tecnología sea la óptima para esta indicación.



Dr. McMenamin

“Con la técnica asistida por láser, podemos crear un traumatismo subcutáneo similar al de las técnicas de *lifting* estándar. En mi opinión, tanto el traumatismo mecánico como el térmico, que producimos en los tejidos tratados, junto con la capacidad de curación posterior

del organismo, son en parte lo que provoca los resultados cosméticos que conseguimos”, explica el Dr. McMenamin.

Independientemente de la tecnología láser utilizada, es importante aplicar la energía láser a una temperatura constante que oscile entre los 40 y los 42 grados centígrados. Este calentamiento subcutáneo inducirá neocolagénesis y reorganización de la arquitectura cutánea, que puede dar lugar a un resultado estético muy satisfactorio.

“En esencia, lo que hacemos es causar un traumatismo, y es nuestro conocimiento de la capacidad de autocuración del organismo y de cómo va a sanar lo que puede en potencia crear resultados estéticos positivos”, detalla el Dr. McMenamin. “La premisa es que la tecnología láser aplicada a nivel subcutáneo es menos agresiva con el tejido que las estrategias quirúrgicas más invasivas”.

INCLUIR LOS PROCEDIMIENTOS COMBINADOS. Robert H. Burke, M. D., F. A. C. S., del Centro de Cirugía Cosmética de Michigan, Ann Arbor, Michigan, comenta que “hay



Paciente antes (izquierda) y nueve meses después del *lifting* láser, tratada con una pequeña incisión detrás de los lóbulos de las orejas y a ambos lados del pliegue submentoniano. (Fotos: Patrick McMenamin, M. D.).

una tendencia evidente hacia el uso de técnicas de *lifting* mínimamente invasivas. Una técnica asisti-



Paciente antes (izquierda) y 12 meses después del *lifting* láser, tratada con una pequeña incisión detrás de los lóbulos de las orejas y a ambos lados del pliegue submentoniano. (Fotos: Patrick McMenamin, M. D.).

da por láser es menos invasiva que las estrategias de *lifting* tradicionales. Sin embargo, dependiendo del grado de flacidez cutánea, creo que esta técnica no puede conseguir resultados similares a las técnicas quirúrgicas tradicionales si no se aplica en combinación con procedimientos quirúrgicos convencionales”.

La técnica de *lifting* facial elegida depende del médico y de la preferencia del paciente, así como del grado de flacidez cutánea y del efecto *lifting* que se requiere. Cuando solo se requiere una mínima mejora de definición a lo largo de la línea mandibular y del cuello, el Dr. Burke explica que



Paciente antes (izquierda) y cuatro meses después del *lifting* láser, tratada con una pequeña incisión detrás de los lóbulos de las orejas y una submentoplastia muy limitada. (Fotos: Patrick McMenamin, M. D.).

puede utilizar primero la técnica asistida por láser y, después, continuar con la liposucción para extraer el exceso de líquido y grasa licuada que se acumula como resultado del procedimiento. Cuando es necesario un mayor efecto *lifting* en torno a la zona media e inferior del rostro, la línea mandibular y el cuello, el Dr. Burke puntualiza que puede combinar esta técnica láser con procedimientos tradicionales de *lifting*.

“Si hay suficiente flacidez cutánea y fascial en la zona facial media, o bien se tiene que eliminar piel y estirar la fascia, o bien es preciso añadir volumen con el fin de eliminar esa flacidez de la piel”, asegura el Dr. Burke.

“Dependiendo del grado de envejecimiento, puede que realmente sea imposible evitar el *lifting* tradicional o una intervención con mínima incisión para conseguir un resultado estético significativo”.

SELECCIÓN ADECUADA DE PACIENTES. La técnica asistida por láser puede conseguir buenos resultados cosméticos si se

aplica al paciente adecuado y si se adapta al grado de flacidez cutánea. En algunos casos, la flacidez cutánea y facial puede ir acompañada de falta de volumen. El Dr. Burke dice que en esos casos solo puede aplicar una lipotransferencia o utilizar rellenos como Sculptra (ácido poli-L-láctico de Sanofi-Aventis) o uno de los rellenos de ácido hialurónico para restablecer el volumen perdido. Sin embargo, en algunos pacientes, el

beneficio máximo se consigue combinando una técnica de relleno con la técnica asistida por láser y/o un *lifting* quirúrgico más tradicional, de nuevo, depende del grado de corrección y mejor que sea necesario.

“Escojo mis técnicas de *lifting* basándome en las necesidades de mis pacientes, el grado de flacidez cutánea y el marco temporal en el que se desea conseguir los resultados. Los rellenos de ácido hialurónico pueden ser ideales si se desean resultados rápidos y no se tiene tiempo para recuperarse de otras técnicas más invasivas”

Robert H. Burke, M. D., F. A. C. S.
Ann Arbor, Michigan

“Escojo mis técnicas de *lifting* basándome en las necesidades de mis pacientes, el grado de flacidez cutánea y el marco temporal en el que se desea conseguir los resultados”, dice el Dr. Burke. “Los rellenos de ácido hialurónico pueden ser ideales si se desean resultados rápidos y no se tiene tiempo para recuperarse de otras técnicas más invasivas”.

Utilizando la técnica de incisión más invasiva, el traumatismo asociado al calentamiento de los tejidos puede causar una mayor contracción y reafirmación de los tejidos. No obstante, se desconocen todavía los sutiles parámetros que influyen en este proceso, los cuales deben definirse y elucidarse de forma científica.

“Hay un claro proceso de inducción en términos de la aplicación de energía térmica a nivel subcutáneo utilizando la técnica láser, y lesionamos los tejidos tratados de manera diferente a como lo hacemos con el proceso mecánico durante un *lifting* convencional”, aclara el Dr. McMenamin. “Utilizando esta estrategia con láser solo o en combinación con el abordaje quirúrgico estándar se pueden conseguir buenos resultados. Sin embargo, aún tenemos mucho que aprender con la técnica asistida por láser”.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS:

El Dr. McMenamin es miembro del comité asesor, consultor, investigador y ponente de Sciton, y recibe honorarios de esta compañía. El Centro de Cirugía Cosmética de Michigan es un centro de excelencia y de investigación clínica de la Corporación Cynosure. El Dr. Burke enseña el uso de esta tecnología a cirujanos.



Paciente de 69 años de edad antes (izquierda) y 13 meses y medio después de la operación, a la edad de 70 años. Se utilizó la tecnología Smarlipo (Cynosure) en el cuello y, como técnica auxiliar del *lifting* facial, en la cara. (Fotos: Robert H. Burke, M. D., F. A. C. S.).



Paciente de 25 años de edad antes (izquierda) y tres semanas después del *lifting* mínimamente invasivo en el cuello utilizando exclusivamente la tecnología Smarlipo (Cynosure). (Fotos: Robert H. Burke, M. D., F. A. C. S.).

XXI^{as} JORNADAS

Mediterraneas



DE
CONFRONTACIONES
TERAPEUTICAS
EN MEDICINA
Y CIRUGIA
COSMETICA



17 a 19 de Mayo 2013 • Hotel Meliá Sitges • SITGES - BARCELONA

Tel. +34934108400 • www.confitera.com

¿Cuál es la realidad?

Un análisis retrospectivo examina la seguridad de la combinación de los procedimientos vaginales y la cirugía plástica

Eliza Drewa
REDACTORA

Ya sea porque cada vez es más necesario desplazarse más lejos para recibir un tratamiento o porque el dinero y el tiempo están más limitados, lo cierto es que hay una tendencia creciente a solicitar más de un procedimiento en cada sesión; así lo explica un especialista en Obstetricia/Ginecología que realiza procedimientos de rejuvenecimiento vaginal por láser y tratamientos semejantes en los Ángeles.



Dr. Matlock

“Muchos de nuestros pacientes realizan un largo viaje hasta aquí y desean que se les realicen varios procedimientos a la vez”, dice David Matlock, M. D., y añade que tanto él como su socio, Alexander Simopoulos, M. D., motivados por estas solicitudes de combinación de procedimientos quirúrgicos, han realizado un análisis de la seguridad y de las complicaciones asociadas en su población de pacientes.

LA CUESTIÓN DE LA SEGURIDAD. “No es extraño que la paciente que va a ser histerectomizada pida también una liposucción”, comenta el Dr. Matlock, quien enseña sus técnicas de rejuvenecimiento vaginal y de vaginoplastia por láser a otros ginecólogos, urólogos y cirujanos estéticos en el Instituto Americano de Rejuvenecimiento Vaginal por Láser.

El cirujano que no hace liposucciones debe contratar a alguien que las haga, comenta el Dr. Matlock. “Los ginecólogos tenemos un repertorio completo de servicios para nuestras pacientes”, afirma. “En mis clases, les digo (a los cirujanos) que es necesario que se asocien con un buen cirujano plástico”.

La relación es beneficiosa para ambos. “Normalmente, el ginecólogo es también una buena fuente de pacientes que derivar al cirujano plástico”.



Hace tiempo que los Drs. Matlock y Simopoulos mantienen una relación regular con John Díaz, M. D., un cirujano plástico de Beverly Hills que se ocupa de la parte de cirugía plástica de sus tratamientos combinados.

No obstante, el Dr. Matlock afirma lo siguiente: "Si el ginecólogo pide al cirujano plástico que realice un procedimiento simultáneo a una técnica vaginal, ambos han de ser conscientes de la ausencia de datos de seguridad en la literatura. El cirujano puede dudar a la hora de acompañar al ginecólogo al quirófano para un procedimiento combinado", explica.

Sí hay datos publicados sobre la combinación de la cirugía plástica y la histerectomía, dice el Dr. Matlock, pero también se ha producido un aumento de la embolia pulmonar, y, por lo general, no es recomendable combinar la liposucción y la histerectomía (1, 2).

Se cree también que en las intervenciones muy largas, de más de cuatro o cinco horas, aumenta la probabilidad de complicaciones, asegura el Dr. Matlock. "Esa es la opinión de consenso", y añade que por eso él y su socio han decidido analizar esta cuestión.

"Queremos asegurarnos de que es seguro", detalla. "Queremos asegurarnos de que ninguno de estos procedimientos aumenta el riesgo de complicaciones. Por eso nos animamos a hacerlo".

UN ESTUDIO PILOTO. En el estudio, los Drs. Matlock y Simopoulos revisaron las historias clínicas de 47 mujeres, desde septiembre de 2005 hasta septiembre de 2006, receptoras de tratamiento combinado de cirugía plástica y ginecológica que duraron un promedio de cinco o más horas. Las intervenciones de cirugía plástica fueron la técnica roma de lipectomía por succión, la transferencia de grasa autóloga a la nalga, la abdominoplastia, la lipoabdominoplastia, la mastoplastia y la cirugía facial. Los procedimientos ginecológicos fueron la colporrafia, la labioplastia de reducción, la transferencia de grasa autóloga a los labios mayores y la perineoplastia.

Se excluyó a aquellas pacientes que habían sido histerectomizadas en el tratamiento combinado, a las que tenían un IMC mayor de 35, a las fumadoras de más de un paquete de cigarrillos diario, a las diabéticas y a las que tenían diagnóstico de vasculopatía periférica o recibían tratamiento psicotrópico.

Los Drs. Matlock y Simopoulos recopilaron información demográfica de la muestra de pacientes, datos de su estado físico (índice ASA-American Society of Anesthesiologists) y el tipo de anestesia y estimaron la hemorragia quirúrgica y la duración de la intervención. Valoraron complicaciones importantes (muerte, infarto de miocardio, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, hemorragia con necesidad de transfusión) y complicaciones menores (hematoma, seroma, infección, necrosis cutánea y dehiscencia tisular).

En su análisis, los doctores encontraron que casi la mitad (43%) de sus pacientes provenían de fuera del estado o del país, con una media de edad de 39 años (rango: 22-53). El promedio del IMC fue 24,4 (rango: 18,7-32,9). Todas las pacientes tenían un índice ASA de 1 y recibieron anestesia general.

No hubo complicaciones importantes y solo complicaciones leves relacionadas con la cirugía ginecológica (nueve casos de dehiscencia perineal o clitoriana) y con la cirugía plástica (dos pacientes con celulitis axilar/umbilical e hipoestesia areolar, una, y necrosis en la piel suprapúbica, la otra). Todas las complicaciones leves se trataron eficazmente en el ámbito ambulatorio.

Los Drs. Matlock y Simopoulos encontraron que los procedimientos ginecológico-plásticos prolongados fueron seguros en esta muestra de pacientes, con solo complicaciones leves.

REFERENCIAS

1. Voss SC, Sharp HC, Scott JR. *Obstet Gynecol* 1986; 67 (2): 181-186.
2. Perry AW. *Ann Plast Surg* 1986; 16 (2): 121-124.



Suscríbase a las mejores publicaciones periódicas para los profesionales de la salud

Publicaciones

	Números	Instituciones	Profesional	Precio*
<input type="radio"/> Gerokomos	4	68€	47€	
<input type="radio"/> Medicina y Seguridad del Trabajo	4	120€	80€	
<input type="radio"/> Medical Economics	20	140€	113€	
<input type="radio"/> JADA - Edición Española	6	97€	65€	
<input type="radio"/> Dental Practice	6	90€	55€	
<input type="radio"/> El Dentista del siglo XXI	10	110€	80€**	
<input type="radio"/> Cosmetic Surgery Times	6	97€	65€	

* Para el precio de suscripción fuera de España consultar con el departamento de suscripciones.
** Oferta de lanzamiento: 30 €

Nombre y apellidos: CIF/NIF:

Dirección:

Población:

Provincia:

Especialidad:

Teléfono: Fax: Móvil:

E-mail:

Forma de pago

- Cheque adjunto nº: a nombre de Spanish Publishers Associates
Banco/Caja:
- Transferencia a la C/C: 2100 1745 54 0200065096 de Spanish Publishers Associates

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

Manuel Jurado • Dpto. Suscripciones
Edif. Vértice • Antonio López, 249 - 1º • 28041 MADRID
Telf.: 91 500 20 77 • Fax: 91 500 20 75
suscripciones@drugfarma.com

El Enigma de la celulitis

La relación entre este trastorno crónico, la adiposidad corporal y la edad no deja de intrigar a los investigadores

Cheryl Gutman Krader

REDACTORA

Entender la fisiopatología de la celulitis puede ayudar a orientar el desarrollo de intervenciones con el fin de mejorar su aspecto. En la 28.ª Reunión Científica de la American Academy of Cosmetic Surgery, los ponentes discutieron la relación entre la celulitis, otras formas de adiposidad y la edad.

La comparación entre la grasa localizada y la celulitis demuestra que hay algunas similitudes entre ambos tejidos así como diferencias que pueden ayudar a explicar por qué la celulitis es más resistente a la pérdida de peso y a la liporreducción quirúrgica. Sin embargo, es necesario realizar más estudios para contestar todas las preguntas, dice Misbah Khan, M. D., profesor clínico auxiliar de Dermatología en el Weill Cornell Medical Center de Nueva York.

TEORÍAS DEFINIDAS. De acuerdo con una teoría, mientras que la grasa localizada se compone de tejido adiposo blanco, la celulitis puede estar compuesta de tejido adiposo marrón. Ambos tipos de grasa son reservas de energía, pero el tejido adiposo marrón almacena el exceso de lípidos como energía química que se libera en forma de calor cuando se necesita mantener la temperatura corporal; el tejido adiposo blanco degrada los lípidos para proporcionar energía/nutrientes en épocas de inanición.

“El hecho de que la celulitis se mantenga intacta incluso después de un ejercicio intenso y del adelgazamiento puede explicarse por la teoría de que la grasa de la celulitis es un tipo de grasa marrón, desde el punto de vista fisiológico y químico”, explica la Dra. Khan. “La grasa marrón se utiliza para almacenar el exceso de energía y convertirla en ‘calor’ cuando hace frío, más que para obtener energía cinética”.

Se necesitan más estudios para comparar la celulitis y la grasa localizada a nivel molecular, pero la evidencia disponible indica que hay diferencias entre ellas en los receptores celulares (receptores alfa y betaadrenérgicos). Los receptores betaadrenérgicos se distribuyen en la grasa subcutánea del abdomen inferior, pero apenas hay en los sitios con propensión a la celulitis, como la zona gluteofemoral.

“Las técnicas de disolución de la grasa, como la mesoterapia, se basan en el uso de productos quími-

cos aprobados por la FDA (Food and Drug Administration) que interactúan con los receptores betaadrenérgicos. Las diferencias en la distribución de estos receptores pueden explicar por qué la mesoterapia no disuelve con la misma eficacia la grasa de la celulitis y la abdominal”, asegura la doctora.

Es de esperar que los estudios que se están realizando permitan el desarrollo de tratamientos dirigidos de la celulitis, pero por ahora, se necesita una estrategia de combinación que resuelva los múltiples factores que están implicados en su aspecto, según argumenta la Dra. Khan.

“La celulitis se produce por la herniación de grasa subcutánea dentro del tejido conjuntivo fibroso que se manifiesta como una alteración topográfica por la delgadez y flacidez de la piel. El tratamiento eficaz requiere la liberación de los septos, la extracción cuidadosa del exceso de grasa, y la reafirmación de la piel”, afirma la Dra. Khan.

El método utilizado por la Dra. Khan en el tratamiento de la celulitis combina la liposucción con las microcánulas, con el uso del nuevo láser Nd:YAG (Cellulaze, Cynosure) para fundir los septos, y medias de compresión entre seis y ocho semanas, en el posoperatorio, para reafirmar adecuadamente la piel y evitar el edema.

LA CELULITIS Y LA EDAD. La relación entre ambas es compatible con varias teorías sobre su desarrollo y con el efecto beneficioso de las intervenciones que tratan el envejecimiento cutáneo, dice Sabrina Fabi, M. D., quien ejerce la práctica privada en Goldman, Butterwick, Fitzpatrick, Groff & Fabi, Cosmetic Laser Dermatology, La Jolla, California.

Las fluctuaciones hormonales que se producen en la mujer después de la pubertad pueden activar los receptores de las áreas propensas a la celulitis, causando un aumento de la captación de grasa en estas zonas así como interfiriendo con la degradación de la grasa en respuesta a la pérdida de peso, explica. La hipótesis de que la celulitis es el resultado de un estado hiperinflamatorio también es compatible con su relación con la edad, ya que la inflamación crónica puede inducir un engrosamiento de la redícula fibrosa que rodea los adipocitos y las alteraciones microcir-

culatorias que dan lugar al aspecto característico de piel de naranja.

Los cambios de la piel con la edad también son compatibles con un empeoramiento de la celulitis. La disminución del colágeno y de las fibras elásticas da lugar a un engrosamiento dérmico que permite la herniación de la grasa subcutánea, la visibilidad de la cual aumenta como resultado de la atrofia epidérmica relacionada con la edad, dice la doctora.

En una búsqueda bibliográfica, la Dra. Fabi solo ha podido identificar un único estudio que investiga la relación entre la celulitis y la edad (1). Los investigadores incluyeron 94 mujeres sanas y las estratificaron en tres grupos de edad, de 21 a 30 años de edad, de 31 a 40 y de 51 a 60, y posteriormente las subclasificaron en función de si exhibían o no celulitis de grado 2.

Se cuantificó la celulitis midiendo las superficies de sombra formadas iluminando con luz desde un ángulo, midiendo el grosor cutáneo con la ecografía y valorando la biomecánica de la piel.

Los resultados demostraron que, en las mujeres con celulitis, hubo diferencias significativas relacionadas con la edad en el aspecto de las superficies de sombra, como que había más hoyuelos, pero más pequeños, en el grupo de mujeres de más de 30 años de edad, en comparación con el grupo más joven. Las medidas del grosor cutáneo demostraron que la hipodermis era un 30% más gruesa en las mujeres con celulitis en comparación con los controles en todos los grupos de edad.

Se observa una asociación de la edad con la alteración de las propiedades biomecánicas de la piel como la reducción de la retractibilidad y la elasticidad. Sin embargo, esta reducción se produjo antes en las mujeres con celulitis (edades comprendidas entre los 31 y los 40 años) que en los controles (51-60 años de edad).

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS:

Las Dras. Khan y Fabi no han declarado intereses económicos de relevancia.

REFERENCIAS

1. Ortonne JP, Zartarian M, Verschoore M, et al. J Eur Acad Dermatol Venerol. 2008; 22 (7): 827-834.

Medical Economics®



**Suscríbase ahora a la revista
imprescindible para el médico
del siglo XXI**

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

Manuel Jurado • Dpto. Suscripciones
Edif. Vértice • Antonio López, 249 - 1º • 28041 MADRID
Telf.: 91 500 20 77 • Fax: 91 500 20 75
suscripciones@drugfarma.com

HACIENDO EQUILIBRIOS

Añadir el tratamiento vascular a la cirugía cosmética ha ayudado a un cirujano a equilibrar sus cuentas en estos tiempos duros para la economía



Rochelle Nataloni
REDACTORA

La incorporación de un servicio de tratamiento vascular moderno a su clínica de cirugía cosmética ayudó a Colin E. Bailey, M. D., a mantener el equilibrio fiscal incluso en los momentos de mayor inestabilidad económica.

El Dr. Bailey, de Bailey Cosmetic Surgery & Vein Centre, Osage Beach, Missouri, explica que la combinación del tratamiento de la insuficiencia venosa y la cirugía cosmética en un centro es un buen negocio porque estas intervenciones claramente diferentes suelen formar parte de la lista de peticiones del mismo grupo de pacientes.

“La insuficiencia venosa es extremadamente frecuente”, dice el Dr. Bailey. “El 40% de las mujeres de 40 a 50 años de edad y el 60% de las mayores de 60 tienen este problema. Los datos demográficos se corresponden con los de la población cliente de la cirugía cosmética”.

Asimismo, comenta, la insuficiencia venosa tiene un componente hereditario el 70% de las veces. “Por lo tanto, cada paciente que se trata probablemente tenga una madre o una hermana que puede ser también nuestra paciente”.

Entre su lista de pacientes de cirugía cosmética abundan los candidatos al tratamiento de la insuficiencia venosa, continúa explicando el Dr. Bailey.

“En una clínica de cirugía cosmética grande, no es necesario salir a buscar estos pacientes a la calle; ya están ahí”, declara. “Si no les atendemos, irán a otro centro”.

El hecho de que la insuficiencia venosa está cubierta por los seguros médicos es un elemento estabilizador, asegura el Dr. Bailey. “En la peor fase de la recesión, cuando se hacía sentir su efecto en los procedimientos de cirugía cosmética, nuestro centro apenas estuvo afectado porque contábamos con esta otra especialidad. Al ofrecer también un servicio que cubrían las aseguradoras, pudimos estabilizar nuestras cuentas”.

El Dr. Bailey asegura que el tratamiento venoso supone el 55% de sus beneficios. “El segmento cosmético está creciendo rápidamente, en parte gracias a nuestro centro de tratamiento venoso”. Cuando se realizó esta entrevista, este médico tenía tres clínicas y estaba planeando su expansión a cuatro.

ORGANIZANDO LA LOGÍSTICA. El Dr. Bailey cita a sus pacientes con insuficiencia venosa en días separados de los pacientes de cirugía cosmética, y en esencia organiza cada grupo como una parte independiente de su práctica. En cada grupo, salen pacientes para el otro grupo.

“Muchos pacientes pasan de una parte de la práctica a la otra. En consecuencia, gastamos

muy poco, menos de 3.000 dólares al mes, en promocionar la cirugía cosmética”, explica. El Dr. Bailey utiliza la tecnología de ultrasonidos para diagnosticar la insuficiencia venosa; tanto el diagnóstico como el tratamiento están cubiertos por las aseguradoras. “A menudo, la gente piensa que es un problema estético, pero siempre que ves a alguien con venas prominentes, normalmente se piensa que son varices, pero es un signo de insuficiencia venosa. Si no se tratan, las venas son cada vez más dolorosas y aumenta el riesgo de complicaciones”.

También puede haber telangiectasias, y los seguros médicos no cubren el tratamiento de este problema “Siempre es importante tratar la insuficiencia venosa de base antes de tratar las telangiectasias o, si no, su recurrencia será muy agresiva”, asevera.

El mejor tratamiento de las telangiectasias de las piernas es la escleroterapia cosmética, especifica el doctor. “El tratamiento con láser no es el de referencia y, a menudo, los resultados son insatisfactorios”.

La ecografía es la herramienta que ha cambiado el paradigma del tratamiento de la insuficiencia venosa, de acuerdo con el Dr. Bailey. “Nos permite diagnosticar la insuficiencia venosa de forma no invasiva y ambulatoria en 45 minutos”.

Después del diagnóstico, hay varias opciones de tratamiento moderno, explica.

“El láser endovenoso es una de las herramientas disponibles. Durante este procedimiento se inserta una fibra láser en la vena con insuficiencia y se termosella la vena. Automáticamente, la sangre se redirige hacia las venas más profundas y más sanas”, puntualiza, añadiendo que la radiofrecuencia es otra opción endovenosa para el termosellado de las venas.

Según los estudios publicados, el éxito del tratamiento láser o de la radiofrecuencia en el tratamiento de la insuficiencia venosa está entre un 95% y un 97%. “Hay una probabilidad máxima del 1% de que se forme un trombo, la conocida trombosis venosa profunda”, asegura.

INVESTIGANDO LA INSUFICIENCIA.

“Insuficiencia venosa simplemente significa que las válvulas de las venas de las piernas no funcionan bien. La sangre fluye hacia los tobillos y causa la hinchazón, las varices o las úlceras y los cambios de coloración de la piel. Otras complicaciones son la hemorragia y los trombos”, manifiesta el Dr. Bailey.

El tratamiento tradicional de la insuficiencia venosa es el *stripping* venoso, que se realiza en el hospital con anestesia general; este tratamiento se asocia a la formación de cicatrices visibles y es doloroso, observa. “El tratamiento moderno utiliza el láser y/o

la radiofrecuencia y es ambulatorio”. El paciente no necesita la baja laboral y puede reanudar su vida normal inmediatamente.

“Una de mis pacientes literalmente vino corriendo tres millas para su tratamiento y después se volvió a casa corriendo”, dice el Dr. Bailey, y añade que anima a sus pacientes a que se mantengan activos después del tratamiento. Si lo desean, incluso pueden volver al trabajo el mismo día del tratamiento.

La necesidad de repetir el tratamiento depende de varias variables, entre ellas la edad y el peso. “La tasa de fracaso terapéutico es más alta en pacientes que pesan más de 100 kg que en pacientes de 50 a 60 kg de peso. Si el paciente se trata con anticoagulantes como la warfarina, puede afectar a la eficacia del tratamiento también”.

“La insuficiencia venosa no se puede curar, pero se puede tratar. En mi primera consulta con personas de 55 años, les advierto que puedo tratar lo que ha tardado 55 años en desarrollarse, pero que aún son jóvenes y que es posible que alguna rama venosa se deteriore en el futuro. Básicamente, todos los pacientes necesitan entender que pueden necesitar más tratamientos”, según este doctor.

CONSEJOS DE FORMACIÓN. Aunque el láser y la radiofrecuencia, tecnologías con las que el cirujano cosmético está familiarizado, desempeñan un papel fundamental en el paradigma que ha ayudado a equilibrar las finanzas de este centro, el Dr. Bailey insiste en la importancia de no subestimar la necesidad de formarse apropiadamente en el tratamiento de la insuficiencia venosa.

“El mayor error que puede cometer el cirujano cosmético cuando añade el tratamiento vascular moderno a su práctica es no dedicar suficiente tiempo a comprender la patología venosa y a aprender a tratarla eficazmente”, dice. “Hay una tendencia a pensar que el tratamiento con láser endovenoso es equivalente a la depilación láser o a un dispositivo de luz pulsada”.

“Si se quiere tener éxito, hay mucho que aprender primero, y esto es algo que cualquier cirujano cosmético puede conseguir si acude a las reuniones que organiza el American College of Phlebology y si visita otros centros donde ya se ha implementado esta práctica”, añade.

El Dr. Bailey concluye que los primeros 15 años de su carrera profesional fue un cirujano cardiovascular. Antes de que forjara una práctica multicéntrica dedicada al tratamiento moderno de la insuficiencia venosa y a la cirugía cosmética, tuvo que especializarse bajo la dirección de Angelo Cuzalina, M. D., y James Kohler, M. D., de Tulsa Surgical Arts, Tulsa, Oklahoma.

EL ENIGMA Capsular

Los resultados de un estudio demuestran que la contractura es significativamente más frecuente con los implantes lisos, en particular en la mastoplastia de aumento primaria

Louise Gagnon
REDACTORA

Una revisión retrospectiva presentada en el 12.º Simposio de Cirugía de la Mama celebrado en Toronto ha descubierto que la contractura capsular es mucho más frecuente en el implante liso que en el implante texturado.

“Como le ocurre a la mayoría de los cirujanos plásticos, una de las complicaciones más comunes a las que me tengo que enfrentar es la contractura capsular”, asegura Ronald Levine, M. D. C. M., F. R. C. S. C., un profesor de Medicina en la división de Cirugía Plástica

de la Universidad de Toronto. “Estoy realizando un gran volumen de implantes de mama y la contractura capsular es un problema”.

Según un estudio, la tasa de reintervención al año de la primera mastoplastia de aumento fue un 14,2%, por lo que la contractura capsular era la complicación más habitual. Otras complicaciones menos comunes fueron la ruptura, la infección, el hematoma y la aparición de pliegues. También pueden producirse otros problemas como el seroma, la asimetría o el desplazamiento (1).

El Dr. Levine dice que, revisando sus propios casos, encontró que su tasa de reintervención fue similar a la tasa descrita en la literatura especializada. “Para mí, esto no era aceptable en un procedimiento cosmético”, explica.

Para solucionar la contractura capsular, este médico ofrece la capsulectomía abierta, así como el cambio del bolsillo del implante y del propio implante. Sin embargo, si la reintervención es necesaria, surge el problema del aumento del coste. “Si se cambia el implante, ¿quién lo pagará?”, pregunta.

El Dr. Levine ha utilizado implantes lisos durante varios años, y decidió cambiar a los texturados. Hasta ahora, ha realizado más de 200 mastoplastias de aumento con implantes texturados.

ESTUDIO RETROSPECTIVO. En un esfuerzo por analizar los casos de contractura capsular y las posibles causas, el Dr. Levine recopiló datos de las intervenciones realiza-

ños, media del IMC: 21,4 kg/m²), el 35% eran fumadoras, un 9,5% tenían alguna comorbilidad y un 3% habían recibido previamente cirugía de la mama.

Otros factores que se investigaron fueron el dispositivo utilizado, incluido el modelo, su volumen y su superficie; el tipo de incisión, si fue periareolar o inframamaria; y el bolsillo de incisión, si fue subglandular o subpectoral.

y la incidencia era un 19% con los implantes lisos y un 1% con los texturados.

“He cambiado completamente mi práctica después de conocer estos resultados”, comenta el Dr. Levine. “El riesgo de contractura capsular con el implante liso es 15 veces mayor”.

El Dr. Levine detalla que la incidencia de contractura capsular fue independiente del

“
He cambiado completamente mi práctica después de conocer estos resultados.
El riesgo de contractura capsular con el implante liso es 15 veces mayor”

Ronald Levine, M. D. C. M., F. R. C. S. C.
Universidad de Toronto

das en años previos con implantes lisos y los introdujo en un grupo control. Excluyó todas las reconstrucciones, los implantes de suero salino, los implantes previos de otro cirujano, los implantes anatómicos y las operaciones de reducción bilateral.

Todos los casos eran mastoplastias primarias de aumento en las que se utilizaron implantes redondos de silicona, y todos ellos se realizaron entre enero de 2007 y septiembre de 2011.

“El objetivo era examinar el efecto de la textura, del tipo de incisión, del tipo de bolsillo y de la tasa de contractura capsular para determinar cuál de estas variables desempeñaba el papel más importante en la contractura capsular”, afirma el Dr. Levine.

El Dr. Levine y sus colaboradores analizaron un total de 349 pacientes, de las cuales 181 tenían implantes texturados y 168 implantes lisos. En términos de sus características demográficas, las pacientes en ambos grupos del estudio se emparejaron teniendo en cuenta factores como la edad, la comorbilidad, la diabetes, el tabaquismo y el índice de masa corporal, así como la realización previa de una mastoplastia.

De las 181 pacientes con implantes texturados (media de edad: 30,6 años; media del IMC: 21,5 kg/m²), un 34% eran fumadoras, un 12,7% presentaban complicaciones comórbidas y un 3,3% se habían operado previamente el pecho. De las 168 pacientes con implantes lisos (media de edad: 31,5

De los 181 implantes texturados que se colocaron, 97 (54%) se colocaron subpectoralmente y el resto subglandularmente. La mayoría de los procedimientos en los que se colocaron implantes texturados, se hicieron con incisión inframamaria (90%, 162 casos); el resto con incisión periareolar.

De los 168 implantes lisos, 54 (32%) se colocaron subpectoralmente, y el resto se colocaron subglandularmente. Un total de 76 (45%) implantes lisos se colocaron utilizando una incisión inframamaria, y en la mayoría se empleó la incisión periareolar.

Los implantes texturados que se utilizaron incluyeron los implantes redondos de gel cohesivo de Allergan, modelos 110, 115 y 120. Los implantes lisos utilizados fueron el 350 de Mentor y el 10, el 15 y el 20 de Allergan. Algunos dispositivos se han aprobado en Canadá pero no en los Estados Unidos, advierte el Dr. Levine.

El Dr. Levine y sus colaboradores realizaron un análisis de regresión logística para encontrar qué factores tenían más probabilidad de influir en el desarrollo de contractura capsular. Utilizaron un valor de la P >0,05 para determinar el nivel de significancia estadística.

RESULTADOS DEL ESTUDIO. Los investigadores encontraron que había una diferencia estadísticamente significativa (P <0,0001) en la incidencia de contractura capsular entre los implantes texturados y los implantes lisos,

tipo de incisión; es decir, de si el implante se colocaba por vía periareolar o a través del pliegue inframamario. Asimismo, la incidencia no varió en función de si el implante se colocaba por encima o por debajo del músculo.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO. El Dr. Levine dice que el estudio tiene limitaciones como su naturaleza retrospectiva y el hecho de que los datos derivan de la experiencia de un único cirujano.

Asimismo, el periodo de seguimiento con los implantes texturados fue más corto que con los lisos, y ningún paciente abandonó el seguimiento, explica.

El estudio no analizó estadísticamente si los implantes lisos y los texturados diferían significativamente en la formación de pliegues, pero el Dr. Levine advierte que, en su experiencia, la formación de pliegues no ha sido un problema de los implantes texturados.

En un estudio reciente se vio que el tipo de incisión era una variable que influía en la incidencia de la contractura capsular, produciéndose la máxima incidencia de contractura con la incisión transaxilar, seguida por la periareolar y la inframamaria (2).

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS:

El Dr. Levin no ha declarado intereses económicos relevantes.

REFERENCIAS

1. Codner MA, Mejia JD, Locke MB, et al. *Plast Reconstr Surg* 2011; 127 (3): 1300-1310.
2. Jacobson JM, Gatti ME, Schaffner AD, et al. *Aesthet Surg J*. 2012; 32 (4): 456-462.

Dominio

de la zona malar

Comprender la almohadilla grasa de la zona malar es clave para el éxito de su tratamiento

John Jesitus
REDACTOR

La clave del *lifting* facial en la zona malar es comprender cómo reponer con seguridad su almohadilla grasa. “El avance más importante en rejuvenecimiento facial en los últimos 25 años se ha producido en nuestro conocimiento de la zona malar”, dice Luis Vasconez, M. D., profesor de la división de Cirugía Plástica y reconstructiva de la Universidad de Alabama, Birmingham, EE. UU. Especialmente importante es la llamada almohadilla grasa malar, que es una denominación errónea: “no es grasa, sino tejido fibroadiposo”.

Los objetivos del tratamiento de la zona malar son la elevación de las comisuras labiales, la restauración de la prominencia de la mejilla (en particular a lo largo del cigoma), mejorando los pliegues nasoyugales y elevando las mejillas, observa el Dr. Vasconez.

“Se habla de vectores”, añade. “Pero yo sugiero prestar más atención a un único vector: el movimiento de las estructuras profundas, así como a la piel, verticalmente. De este modo, se evita el estigma del *lifting* facial que crea el efecto de la cara al viento”.

OPCIONES DE ABORDAJE. En el *lifting* de la zona malar, el Dr. Vasconez recomienda utilizar la elevación subcutánea a través de una incisión por detrás de la línea del cabello. Con este abordaje, “no es necesario socavar en profundidad, solo hasta una línea vertical que va desde el ángulo lateral del ojo hasta la mandíbula”, explica. “No es necesario extender la disección hasta el pliegue nasolabial”.

La almohadilla de grasa malar es una estructura superficial distinta del sistema musculoponeurótico superficial (SMAS), enuncia. “Si se tira verticalmente del borde lateral de la almohadilla grasa malar se da plenitud a la mejilla y se eleva la comisura de la boca. Si no se eleva la comisura labial, es que no se está tirando de la grasa malar”.

“Accedo a la almohadilla de grasa malar desde el aspecto lateral y lo suturo a la fascia temporal profunda a cierta distancia”, detalla el Dr. Vasconez. No es absolutamente necesario suturar en esta posición. “También se puede fijar la sutura al arco cigomático, pero yo prefiero fijarla a la fascia temporal profunda porque así no se pone ninguna presión sobre la rama frontal del nervio facial”.

Añade que la sutura a la fascia temporal profunda “se fija bastante bien. De hecho, utilizamos sutura de nailon 3-0, que ha demostrado romperse antes de soltarse de la grasa malar (1).

El SMAS comienza a lo largo del platisma y continúa hasta el músculo orbicular, explica el Dr. Vasconez. Así, puede concebirse como una capa única que se extiende a través de la zona malar, continúa. “La capa del SMAS tiene algunos anclajes óseos, que normalmente están en el arco cigomático y a lo largo de la porción horizontal de la mandíbula”, concluye.

Puede haber complicaciones, como las asimetrías, en las que una mejilla parece más prominente que la otra. De acuerdo con el Dr. Vasconez, es imposible evitar esta asimetría, pero afortunadamente, el aspecto estético de la asimetría no es un gran problema. “La mayoría de nosotros nacemos con asimetrías en el rostro; gracias a ello, esta ‘nueva’

asimetría puede pasar inadvertida. Sin embargo, como norma general, siempre debe llamarse la atención de el/la paciente sobre cualquier asimetría existente para evitar sorpresas después”, advierte el Dr. Vasconez.

El *lifting* de la zona malar también puede hacerse a través de una incisión superiosteal en el párpado inferior. De acuerdo con el Dr. Vasconez, este enfoque es también un método eficaz de elevar la zona malar. Sin embargo, se ha visto que es necesario

“El único efecto del SMAS es estirar el cuello. No hay más magia, aunque algunos le han atribuido muchas otras virtudes”

Luis Vasconez, M. D.
Universidad de Alabama, Birmingham, EE. UU.

realizar una cantotomía, dividiendo el ángulo lateral del ojo a cada lado de la cara.

“Es fácil restaurar el ángulo lateral del ojo; no obstante, es muy difícil tener un resultado simétrico cuando se tratan ambos”, comenta el Dr. Vasconez. “Por este motivo, el abordaje subperiosteal a través del párpado inferior ha sido reemplazado por un abordaje subperiosteal a través del párpado superior sin cortar el canto ocular. A pesar de que se considera un abordaje seguro, el abordaje subperiosteal... no es tan popular en el *lifting* de la zona malar”.

ZONA DE PELIGRO. Es importante saber que la zona de riesgo de lesiones de las ramas del nervio facial es el tercio medio de la cara, si se divide la hemicara en tres partes. “El tercio lateral, cerca del oído, está protegido por la parótida”, asegura el Dr. Vasconez.

De modo similar hasta cierto punto, “en el tercio medio cerca de la nariz, hay tantas fibras nerviosas que si se lesiona una de ellas, es muy probable que se regenere, y no se corre el riesgo de daño permanente”, dice. “Pero en la parte intermedia es donde está el área de peligro, en particular si se utiliza la disección de Hamra en el sub-SMAS profundo, donde la rama bucal podría lesionarse”.

Asimismo, “el único efecto del SMAS es estirar el cuello. No hay más magia, aunque algunos le han atribuido muchas otras

virtudes”, manifiesta el Dr. Vasconez. Al elevar la grasa malar y estirar el SMAS desde el cuello, “puede conseguirse un efecto muy satisfactorio y un aspecto bastante natural”.

También puede abordarse la zona malar por vía endoscópica y conseguir los mismos resultados que con el abordaje por detrás de la línea del cabello, asegura el Dr. Vasconez. Si se opta por la vía endoscópica, “se debe tener cuidado con los nervios infraorbitarios”, advierte.

SIN INCISIONES. Para los pacientes que no quieren incisiones, “hemos estudiado el abordaje percutáneo, en particular según lo describen los Drs. Saltz y Casagrande (2)”, apunta el Dr. Vasconez. Sin embargo, también especifica que en su experiencia con este método, algunos pacientes desarrollan hoyuelos en el lado de la sutura.

“Es totalmente inaceptable, porque esos hoyuelos ya no desaparecen”, sostiene el Dr. Vasconez. “Esto se resuelve mediante una modificación muy simple de la aguja, que me recomendó Celso Bohorquez, M. D.”, un cirujano práctico que ejerce la práctica privada en Bogotá, Colombia.

Con esta aguja recta modificada, el Dr. Vasconez explica, la apertura para la inserción de la sutura está aproximadamente a 1,5 cm de la punta de la aguja.

“En consecuencia, a medida que se eleva la grasa malar percutáneamente, los tejidos se sujetan a 1,5 cm de la piel, evitando así los hoyuelos”.

Para elevar solo la zona facial media, el Dr. Vasconez recomienda hacer una incisión a lo largo del límite temporal con el cuero cabelludo, después percutánea, colocando la aguja modificada con sutura de nailon 3-0 para conseguir el mismo efecto que una incisión oculta por el pelo. Para la introducción percutánea de la aguja modificada dentro de la comisura bucal, el Dr. Vasconez declara que “primero se inserta una aguja del número 18 para hacer una apertura que no deje cicatrices, después se inserta la aguja modificada”.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS:

El Dr. Vasconez no ha declarado intereses económicos relevantes.

REFERENCIAS

1. De la Torre JJ, Martín SA, Vasconez LO. *Aesthet Surg J* 2002; 22 (5): 446-450.
2. Casagrande C, Saltz R, Chem R, Pinto R, Collares M. *Aesthet Surg J* 2000; 20 (5): 361-367.

LECCIONES EN LA liposucción

SAFElipo ha demostrado ser una alternativa segura, eficaz y atérmica que maximiza una extracción de grasa homogénea y uniforme

Ilya Petrou

REDACTOR

SAFElipo es un método de liposucción, lipoinjerto y remodelado corporal atérmico que minimiza la hemorragia, el trauma para el tejido y las asimetrías en el contorno al tiempo que maximiza una extracción de grasa de forma homogénea y uniforme, y puede utilizarse con técnicas de escisión de forma segura y eficaz, dice Simeon Wall Jr., M. D., un cirujano plástico del Wall Center de Shreveport, Louisiana.



Dr. Wall

La sabiduría popular dicta que cuanto más agresiva y superficial sea la liposucción, mayor es la probabilidad de generar un contorno con deformidades. Por este motivo,

la mayoría de los cirujanos utilizan técnicas de liposucción más conservadoras, explica el Dr. Wall.

Según este médico, las tecnologías térmicas más nuevas, como la liposucción asistida por láser (LAL), la liposucción asistida por ultrasonidos (LAU) y las modalidades basadas en radiofrecuencias han prometido mejoras técnicas, pero por lo general han dado lugar a más complicaciones y problemas a largo plazo, y SAFElipo proporciona una mejor solución en el intento por conseguir mayor eficacia con menos irregularidades.

“Con SAFElipo, dejamos de tener estos problemas. Podemos ser extremadamente meticulosos y conseguir resultados

espectaculares sin aumentar el riesgo de crear deformidades en el contorno ni otros problemas asociados a las tecnologías de liposucción térmicas o tradicionales. De hecho, se puede aplicar un tratamiento tan intensivo como se quiera y el riesgo de irregularidades no aumenta. Otra ventaja es que no hay que preocuparse por quemar la piel ni otros tejidos. La grasa igualada que dejamos con SAFElipo es viable, sobre un lecho tisular receptivo y sano, a diferencia de cuando se quema el lecho tisular, o se coagula e inflama con un dispositivo térmico interno”, añade.

TÉCNICA EXPLICADA. SAFElipo se basa en un proceso de tres pasos: separación, lipoaspiración y lipoigualación.

sin dispositivo vibrador eléctrico, dejando sobre el tejido grasa separada y viable. Esto supone una marcada diferencia con las técnicas de láser y de radiofrecuencia, que destruyen la grasa tratada y coagulan las estructuras circundantes, según detalla el Dr. Wall.

A continuación, se aspira la grasa separada. Este proceso es menos agresivo que las técnicas estándar, ya que los adipocitos que ya se han separado y que se encuentran mayoritariamente intactos pueden recogerse con facilidad. Por último, se llega a la lipoigualación, proceso con el que el lecho residual de tejido graso se alisa y se modela estéticamente.

“Casi siempre hay irregularidades en forma de zonas más gruesas y más finas de grasa. Con la lipoigualación, podemos separar con precisión los depósitos grasos irregulares, reponerlos y homogeneizarlos. Yo los llamo lipoinjertos ‘locales’ que ayudan a conseguir un contorno mucho más igualado y duradero”.

LA PROTECCIÓN ES ESENCIAL.

SAFElipo puede utilizarse con dispositivos de liposucción mecanizada o con dispositivos sin vibración, así como con otras modalidades más modernas; pero no puede combinarse con las modalidades térmicas internas (ultrasonidos, láser, radiofrecuencia), ya que, por lo general, son incompatibles con los conceptos de preservación e igualación, asegura este médico.

“Por un lado, tenemos las tecnologías de liposucción que compiten por eliminar eficazmente la grasa y las estructuras circundantes. Por otro lado, tenemos todos los modernos pioneros del lipoinjerto que están alcanzando un consenso según el cual, independientemente de la técnica, necesitamos proteger y preservar el lipoinjerto y el lecho receptivo para maximizar los resultados”, declara.

Según el Dr. Wall, tanto si la grasa se elimina (liposucción) como si se añade (lipoinjerto), el cirujano tiene por objetivo proteger y preservar toda la grasa remanente y las estructuras circundantes con resultados óptimos. Con SAFElipo, se extrae la grasa sin causar hemorragia, por medio de una liposucción significativamente menos traumática, y los adipocitos residuales se utilizan a nivel local en el lecho fértil, mínimamente traumatizado, para igualar el contorno. Las áreas tratadas también pueden injertarse de forma concomitante.

“Sí, necesitamos extraer el exceso de grasa, pero preservar la que se deja tiene muchos más beneficios”, dice el Dr. Wall. “Lo más interesante es que estamos empezando a comprender por qué muchos de los resultados conseguidos con SAFElipo son tan buenos, por qué en muchas ocasiones incluso la piel mejora y el papel que la interacción entre la grasa remanente, las células del estroma adiposo y las señales de regeneración del organismo desempeñan en el remodelado que se produce después del procedimiento”.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS:

El Dr. Wall no ha declarado intereses económicos de relevancia.



Varón de 52 años de edad antes (arriba) y seis meses después del tratamiento completo del tórax y el abdomen con SAFElipo. (Fotos: Simeon Wall Jr., M. D.).

Primero, se separan los glóbulos de grasa entre sí y de otras estructuras como son los vasos sanguíneos, los nervios y la arquitectura del estroma. Para la separación se utilizan sondas especializadas, con o

“Independientemente de la técnica de liposucción utilizada, los cirujanos plásticos siempre pensamos que la zona que se ha succionado es lisa, pero la realidad es que normalmente no lo es”, comenta el Dr. Wall.

CONSEJOS SOBRE VENAS

Ofrecer terapia láser endovenosa puede aumentar las oportunidades de cualquier clínica de cirugía cosmética

Cheryl Gutman Krader

REDACTORA

La terapia láser endovenosa ha revolucionado el tratamiento de la venopatía varicosa y ha facilitado la incorporación de esta modalidad terapéutica a la práctica de la cirugía cosmética, dijo David A. Hendrick, M. D. en la reunión de la Academia Americana de Cirugía Cosmética celebrada en 2012.

“El tratamiento quirúrgico tradicional de las venas de las piernas es el *stripping* y la ligación, que se asocia a una morbilidad posoperatoria significativa, una probabilidad elevada de formación de cicatrices visibles y una elevada recurrencia. En cambio, el tratamiento láser endovenoso es mínimamente invasivo, muy eficaz y el tiempo de recuperación asociado es mínimo o inexistente. Aunque al principio derivaba a mis pacientes a un cirujano vascular o general cuando solicitaban tratamiento de las venas de las piernas, una vez comprendí las posibilidades del tratamiento con láser, no me lo pensé dos veces”, asegura el Dr. Hendrick, que ejerce la práctica privada en Salina, Kansas, EE. UU.

El cirujano cosmético está especialmente preparado para competir en el mercado del tratamiento venoso, dice el Dr. Hendrick, y la incorporación del tratamiento venoso a una clínica de cirugía cosmética es un proceso natural. Para el cirujano cosmético, tanto sus pacientes como los médicos que los derivan comportan un influjo de trabajo hecho a medida.

Asimismo, el cirujano cosmético ya está acostumbrado al uso de la anestesia tumescente, que se utiliza en el tratamiento láser endovenoso, y cuando los procedimientos se realizan en la consulta, puede aplicar el tratamiento con sedación, ofreciendo así a sus pacientes mayor comodidad y facilidades, explica.

El tratamiento láser endovenoso también es rentable, explica el Dr. Hendrick. “Los láseres empleados en el tratamiento venoso son menos caros

que otros tipos de láser cosmético, y con ellos la inversión se recupera más rápidamente, ya que es muy probable que cada paciente necesite varias sesiones. Además, he comprobado que el tratamiento venoso con láser está hecho a prueba de recesiones”, asegura.

El Dr. Hendrick empezó a realizar tratamientos venosos a principios de 2008, en una época en la que muchas personas estaban posponiendo otros procedimientos de cirugía cosmética programada. Sin embargo, una vez en marcha, la parte de su práctica dedicada al tratamiento venoso dio buenos resultados y le permitió mantener una rentabilidad.

HOJA DE RUTA DE LA PRÁCTICA.

El Dr. Hendrick dice que una vez que decidió explorar la incorporación del tratamiento venoso, su primer paso fue elegir la tecnología que utilizaría. A pesar de que existen varias plataformas para el tratamiento láser de las venas de las piernas, y de que también está la opción de la radiofrecuencia, decidió que el mecanismo de acción y la longitud de onda del láser Nd:YAG de 1.320 nm (CTEV, CoolTouch 1320) parecía tener el mejor perfil de seguridad y eficacia en términos de mínimo daño a los tejidos circundantes.

Después de una semana formándose con John Kingsley, M. D. (que es un médico formador certificado por el fabricante CTEV) y de aprender a utilizar la ecografía Dúplex (que se necesita para la valoración diagnóstica y durante el tratamiento láser), el Dr. Hendrick empezó a ofrecer este nuevo servicio a sus pacientes mediante el correo electrónico y ordinario. Pronto, empezó a enviar información a otros médicos que le podrían derivar pacientes, y puso algunos anuncios. Con este último método, llamó la atención de un periodista local que escribió un artículo sobre su clínica.

El Dr. Hendrick declara que su agenda se llenó rápidamente.

“La patología venosa en las piernas es un problema frecuente en la población de pacientes de la cirugía cosmética, y he recibido muchos pacientes derivados por médicos y gracias al boca a boca. Las venas de las piernas son un problema que muchos otros médicos no quieren manejar, y el tratamiento láser endovenoso se caracteriza por un elevado nivel de satisfacción del paciente porque sus resultados son excelentes y tanto el tratamiento posoperatorio como el periodo de recuperación son mínimos”, comenta el Dr. Hendrick.

Por motivos comerciales, el Dr. Hendrick decidió separar sus servicios de tratamiento venoso del resto de su práctica de manera que el procedimiento se percibiera como un tratamiento independiente con beneficios específicos distintos de los puramente estéticos. Lo llamó The Vein Clinic (la clínica de las venas) y la incluyó en su centro de Salina, el Surgical Arts Center.

“Las venas de las piernas pueden ser un problema cosmético para algunos pacientes, pero también pueden ser una causa de molestias significativas y de complicaciones, como piernas hinchadas, infecciones, úlceras y hemorragias. El tratamiento de estas venas ayuda al paciente a sentirse mejor por su aspecto, pero también tiene consecuencias médicas positivas”, explica.

Cuando se tratan las venas de las piernas por un motivo médico, no meramente cosmético, el procedimiento suele entrar en la lista de servicios cubiertos por las aseguradoras privadas o por Medicare, explica el Dr. Hendrick. Como criterio de elegibilidad para que el tratamiento sea financiado, está que el paciente experimente síntomas e ineficacia del tratamiento conservador, que puede incluir el uso de medias de compresión durante tres meses.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS:

El Dr. Hendrick no ha declarado intereses económicos relevantes.

**SUSCRÍBASE
POR SÓLO 10 €
DE GASTOS
DE ENVÍO**

**Cosmetic
SURGERY TIMES**



**La información
integral más
actualizada
sobre cirugía
y medicina
cosmética**

**APROVECHE LAS VENTAJAS
DE LA DOMICILIACIÓN BANCARIA
LA MEJOR
OPCIÓN**

SUSCRÍBASE

Recorte y envíe este boletín por correo o fax a:

Spanish Publishers Associates - C/Antonio López, 249, 1º - 28041 Madrid - Fax: 915002075

- Sí, deseo recibir los 5 números anuales de *Cosmetic Surgery Times*, más los 4 suplementos de la revista, abonando exclusivamente **10 € por los gastos de envío.**

S.P.A.
SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

FORMA DE PAGO

- Transferencia** Spanish Publishers Associates 2100 1745 54 0200065096 La Caixa
 Cheque adjunto Nº _____ a nombre de Spanish Publishers Associates. Banco/Caja: _____
 Domiciliación bancaria Nº de cuenta _____
TITULAR _____

DIRECCIÓN DE ENVÍO

Nombre y Apellidos _____ NIF: _____
Empresa _____ CIF: _____
Dirección _____
C. postal _____ Población _____ Provincia _____ País _____
Teléfono 1 _____ Teléfono 2 _____ E-mail _____

**IMPORTANTE: NO OLVIDE COMUNICAR A SU BANCO LA ORDEN DE PAGO
O, EN SU CASO, ADJUNTAR EL CHEQUE EN EL SOBRE DE ENVÍO**

Firma

De conformidad a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, mediante la cumplimentación de este formulario, Vd. consiente de modo expreso en la incorporación de sus datos en el fichero automatizado de SPA, S.L. cuya finalidad es tramitar su suscripción a esta revista, así como informarle sobre temas de ámbito científico, profesional, sanitario y/o farmacéutico que puedan resultar de su interés tanto de SPA, S.L., como del resto de empresas del grupo Drug Farma (Drug Farma, S.L.; Prodrug Multimedia S.L.). Usted tiene los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podrá ejercitar mediante carta remitida a SPA, S.L. C/Antonio López, 249, 4º. 28041. Madrid.

Para cualquier información: Dpto. Suscripciones. Telf: 91 500 20 77. Mail: suscripciones@drugfarma.com

REVISIÓN

911

La contractura capsular y el desplazamiento del implante continúan siendo las causas principales de la segunda intervención en cirugía de implante mamario

“Desconozco si la incidencia de la cirugía de revisión está aumentando, pero cada vez hay más operaciones de mastoplastia de aumento, por lo que es evidente que la revisión es necesaria”

Mitchell Brown, M. D.
Universidad de Toronto

Louise Gagnon

REDACTORA

Según Mitchell Brown, M. D., F. R. C. S. C., profesor asociado de la división de Cirugía Plástica y Reconstructiva del departamento de Cirugía en la Facultad de Medicina de la Universidad de Toronto, entre las causas de una intervención de revisión o secundaria después de la mastoplastia de aumento destacan la contractura capsular y el desplazamiento del implante.



Dr. Brown

“Creo que la contractura capsular (formación) o el endurecimiento del tejido cicatricial en torno al implante mamario, en ausencia de una causa clara de que se produzca como un hematoma o traumatismo de la mama, es el resultado de

una infección subclínica o de la formación de *biofilm* en el implante”, dijo el Dr. Brown en el 12.º Simposio Anual de Cirugía de la Mama en Toronto.

La preocupación por el *biofilm* hace que sea importante extraer el implante del ambiente local en que se encuentra, asevera.

Del mismo modo que sería necesario sustituir una prótesis de cadera infectada, debe colocarse un nuevo implante mamario cuando se sospecha la infección, declara el Dr. Brown.

Según este doctor, la reutilización del mismo implante puede no ser un tratamiento eficaz si el problema subyacente es la formación de *biofilm*, y advierte que, aunque no puede verse, el *biofilm* se fija al implante. “Debe plantearse la extracción del implante fuera de su ambiente local y la colocación de un nuevo implante”, puntualiza.

CUANTIFICANDO LAS COMPLICACIONES. La tasa de contracturas capsulares asociada a la cirugía de implante mamario está entre un 10% y un 15%, con un grado de severidad variable. Es la complicación que con mayor frecuencia hace necesaria una segunda intervención (1). Asimismo, resulta difícil identificar aquellas pacientes que desarrollarán contractura capsular.

Recientemente, se ha intentado utilizar piel artificial para reducir la capacidad de contractura de la cápsula. Sin embargo, en último

término, la mejor manera de tratar la contractura es hacer todo lo posible por prevenirla, explica.

DESPLAZAMIENTO DEL IMPLANTE.

El desplazamiento del implante es otra causa importante de la necesidad de cirugía de revisión, según este doctor.

Asegura que el implante puede colocarse en posición superior, inferior, medial o lateral y que es necesario determinar la dirección del desplazamiento y desarrollar un plan quirúrgico para recolocarlo en posición normal.

El desplazamiento no es un problema del implante, sino del espacio en que se coloca. Para resolver el problema del desplazamiento, puede repararse el bolsillo creado o extraerse el implante, preparando quirúrgicamente un nuevo bolsillo para insertar el nuevo implante. “O bien se repara el bolsillo, o bien, se cambia”, detalla.

CIRUGÍA DE REVISIÓN. Cada vez hay más mujeres que solicitan el implante mamario, por lo que la necesidad de la cirugía de revisión está aumentando, según el Dr. Brown.

“El número de mujeres con implante mamario por uno u otro motivo ha aumentado exponencialmente en las últimas décadas”, dice. “Sabemos que no es una operación única en la vida. Desconozco si la incidencia de la cirugía de revisión está aumentando, pero cada vez hay más operaciones de mastoplastia de aumento, por lo tanto, es evidente que la revisión es necesaria”.

La causa de la revisión puede ser que la operación inicial puede no haber sido la adecuada o que se han producido complicaciones, matiza el Dr. Brown.

Tal y como declaró, es posible que la primera operación se hiciera perfectamente, y que la curación haya sido adecuada. “Diez o 15 años después, la mujer puede haber aumentado de peso o adelgazado, puede haber tenido hijos, les puede haber dado el pecho o el implante puede haber experimentado cambios, o el tejido mamario circundante. Con todas estas posibilidades de cambio, puede ser necesaria una segunda intervención”, afirma.

NO HAY UNA TALLA ÚNICA. La cirugía de revisión no es un trabajo en serie, insiste el Dr. Brown. “Con la cirugía de revisión a menudo es difícil diagnosticar el problema. La estrategia estándar es dedicar tiempo a averiguar la causa del problema. En ocasiones, la paciente decide que quiere que se le quiten los implantes. De no ser así, es necesario discutir meticulosamente los objetivos de la paciente para diseñar un plan de revisión personalizado”.

Según el Dr. Brown, factores como el intervalo de tiempo transcurrido desde la última intervención, el número de operaciones previas, el tipo de implante el tipo de incisión hecha influyen en la estrategia de revisión, así como otras variables, como la edad y el estado de salud de la paciente.

En circunstancias raras, las mujeres pueden experimentar molestias incluso hasta el punto de sentir dolor después del implante. El cirujano puede intentar resolver este problema de forma no quirúrgica, pero puede que en último término sea necesario extraer los implantes, comenta el Dr. Brown. Otra complicación rara después del implante es la rotura espontánea.

CONTROLAR LAS EXPECTATIVAS.

Son necesarias las expectativas con respecto al primer aumento de pecho. Por ejemplo, si la posición natural del pecho es muy baja, no será posible colocar los implantes en una posición elevada, explica.

“El implante debe colocarse bajo la mama. Si la mama está en posición baja en el pecho, la paciente puede sentir que le falta plenitud en el polo superior de la pared torácica”, aclara.

El Dr. Brown concluye que con una anamnesis meticulosa y conociendo los factores que preocupan a la paciente, como su percepción de la simetría en el aspecto de su pecho, o las diferencias de firmeza intermamaria, el cirujano puede realizar la intervención de revisión con éxito.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS:

El Dr. Brown es un consultor de Allergan y un ponente de LifeCell.

REFERENCIAS

1. Kjoller k, Hölmich LR, Jacobsen PH, et al. Ann Plast Surg 2002; 48 (3): 229-237.

Obesidad y ansiedad

Estudio de su relación a través del cuestionario STAI E-R

Resumen

El test STAI E-R mide dos tipos de ansiedad: la estado y la rasgo. Este estudio, a través de este test, ha intentado analizar qué pacientes padecen obesidad por problemas de ansiedad o por malos hábitos de alimentación

Dr. Manuel Antonio Rubio Sánchez

MÉDICO ESTÉTICO

Durante la consulta por obesidad, a menudo los pacientes refieren comer a causa de la ansiedad, por lo que se ha considerado necesario evaluar la presencia de síntomas de ansiedad en forma cuantitativa. Este resultado demuestra que, al afrontar por primera vez a estos pacientes, no solo es necesario preocuparse del peso corporal y de los factores de riesgo cardiovascular u otras posibles patologías físicas asociadas, sino que también se debería evaluar el estado psicológico.

Actualmente la obesidad se considera un problema de salud pública a nivel mundial. Se puede señalar que entre el 15 y el 20% de la población adulta de Europa es obesa; además, se estima que el 14,5% de la población española se encuentra en algún grado de obesidad, mientras que el sobrepeso asciende al 38,5%, según se recoge en recientes estudios epidemiológicos.

La obesidad puede definirse como un desbalance entre las calorías ingeridas y las calorías gastadas, lo que lleva a un depósito anormal o excesivo de grasa corporal. En el desarrollo y la aparición de este estado se involucran diversos factores, cuyas causas son de origen heterogéneo, desembocando en un fenotipo obeso. Entre

estos múltiples factores se incluyen las hormonas, los neurotransmisores y los elementos ambientales, entre los que se incluyen un estilo de vida sedentario y una inadecuada educación respecto a lo que es una dieta sana.

La abundante literatura existente sobre la obesidad abarca diversos aspectos, tales como su prevención, su fisiopatología, y el tratamiento de la misma y de las patologías físicas asociadas. Sin embargo, no se ha dotado de la misma importancia al componente psicológico, puesto que la presencia de algún trastorno de este tipo podría influir en el desarrollo de la obesidad, así como condicionar el abandono de los tratamientos destinados a la disminución de peso y al tratamiento de las patologías concomitantes.

Por la relevancia de la problemática acerca de la obesidad y las repercusiones sociales, culturales, psicológicas y de salud, se debe formular el siguiente planteamiento: “Los pacientes con obesidad aluden al termino ansiedad como la causa de la ingesta excesiva de alimentos, pero ¿realmente lo es?, y si no fuera esta la causa, ¿cuál sería?”.

RESUMEN

La relación habitual entre exceso de ingesta y ansiedad, a la que se refieren la mayoría de los pacientes obesos, nos sitúa directamente en la realidad que viven estas personas, como algo que existe de manera externa a ellos mismos, incontrolado e irregular (desordenado); “Es lo que me hace actuar de esta manera”.

Cambiar esta percepción del problema de la ingesta excesiva, reorientarlo hacia uno mismo y darle un valor de autocontrol no es de ningún modo un problema sencillo y parece inviable poder cambiar la conducta alimentaria sin abordar el foco real del problema.

Esta investigación ha tenido como propósito analizar en qué porcentaje los pacientes llegan a un grado de obesidad tratándose, realmente, de un problema de ansiedad o si, por el contrario, es consecuencia de malos hábitos de alimentación.

Obesidad

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define como obesidad un IMC o índice de masa corporal (cálculo entre la estatura y el peso del individuo) igual o superior a 30 kg/m².

La Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) la define como “una enfermedad crónica de origen multifactorial que se caracteriza por la acumulación excesiva de grasa o por la hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo que, a su vez, se traduce en un aumento de peso”. Aunque la obesidad es una afección clínica individual, en la actualidad se ha convertido en un serio problema de salud pública que va en aumento.

Ansiedad

Esta palabra, que viene del latín *anxietas* (“angustia, aflicción”), define una respuesta emocional o un conjunto de respuestas que engloban aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico y aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos.

En la actualidad, se estima que un 20,5% o más de la población mundial sufre algún trastorno de ansiedad, generalmente sin saberlo.

Test STAI E-R

Este test es un autoinforme de 40 ítems que mide dos tipos de ansiedad: la ansiedad-estado (A-E), que recoge los sentimientos subjetivos de tensión y aprensión que pueden variar con el tiempo y fluctuar en intensidad, y la ansiedad-rasgo (A-R), que señala la tendencia, relativamente estable de la persona, a percibir las situaciones de manera amenazadora.

El STAI es un instrumento fiable y válido.

Los elementos del STAI poseen una buena consistencia interna, entre 0,84 y 0,93, y una fiabilidad test-retest entre 0,86 y 0,96. Se utilizó la adaptación española a esta prueba de Bermúdez (1983) (Figura 1).

OBJETIVOS

Objetivo principal

Evaluar a los pacientes con obesidad al inicio de su tratamiento para determinar los niveles de ansiedad tanto estado como rasgo, y realizar un análisis del perfil dietético y psiconutricional.

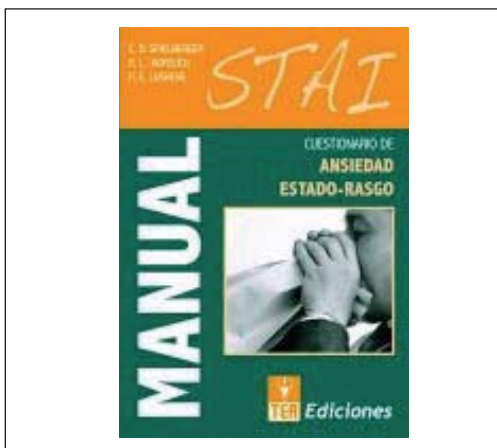


Fig. 1. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI).

Objetivos secundarios

Evaluar la relación de la ansiedad referida de los pacientes con obesidad con el IMC y el sexo. Analizar, en los pacientes obesos con antecedentes patológicos de hipertensión arterial y diabetes *mellitus* tipo 2, la relación existente con la ansiedad.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Es un estudio de nivel transversal, de tipo correlacional descriptivo y se incluyen medidas *post hoc* valoradas con el estadístico Chi cuadrado.

Población

La población de estudio fue un grupo de 30 pacientes con obesidad, compuesto por 25 (83,3%) mujeres y cinco (16,7%) varones.

Muestreo y muestra

El grupo experimental fue seleccionado de los pacientes con obesidad que visitaron la Clínica de Medicina Estética Badalona durante octubre de 2011 a junio de 2012.

Criterios de selección

Con el objeto de eliminar, dentro de lo posible, la influencia de las variables contaminadoras que pudieran adulterar los resultados obtenidos, se establecieron unos criterios de inclusión y exclusión para seleccionar la muestra.

Criterios de inclusión

- Pacientes que iniciaron el tratamiento de obesidad de octubre de 2011 a junio de 2012 en la Clínica de Medicina Estética de Badalona.
- Haber completado correctamente el cuestionario del test de STAI en la primera visita.

- Índice de masa corporal (IMC) >29,9 kg/m² y <39,9 kg/m².

- Pacientes mayores de 18 años y menores de 65 años.

- Obesidad exógena o simple no atribuible a ninguna causa orgánica o secundaria.

Criterios de exclusión

- Pacientes que presenten trastornos alimentarios (anorexia y bulimia nerviosa).
- Presencia de obesidad secundaria a patologías orgánicas (hipotiroidismo, síndrome de Turner, síndrome de Klinefelter, tumores).
- Pacientes con obesidad que se encuentran recibiendo tratamientos farmacológicos (corticoides, antihistamínicos, antidepresivos tricíclicos, contraceptivos orales).
- Descartar los sujetos con diagnóstico previo de patología psiquiátrica.

Materiales e instrumentos

Durante la evaluación se empleó la historia clínica para tratamientos de obesidad de la Clínica de Medicina Estética de Badalona, la cual consta de anamnesis médica, historia de su obesidad, análisis del perfil dietético, anamnesis psicológica y evaluación antropométrica. El peso y la altura de los sujetos fueron registrados mediante una báscula/tallímetro. Las medidas fueron tomadas con los sujetos descalzos y solo con ropa interior. Para el análisis de la ansiedad estado-rasgo se empleó la prueba STAI.

Procedimiento

Se realizó la recogida de datos referente a los sujetos a través de una entrevista estructurada. El análisis de las pruebas se hizo a través del paquete estadístico SPSS (9.0). Los métodos estadísticos utilizados para analizar las diferentes variables de estudio fueron las frecuencias y las medias de todos los estadísticos, las correlaciones entre todas las variables, las pruebas de comparación de medias y varianzas entre variables (siendo el estadístico de contraste la prueba T de Student y Chi cuadrado). En todos los casos se exigió un nivel de significación de $p \leq 0,05$.

Consideraciones éticas

Se obtuvo el consentimiento informado de todos los pacientes previamente a las evaluaciones. El comité de investigación de la Clínica de Medicina Estética Badalona revisó y aprobó el estudio.

RESULTADOS

En los siguientes gráficos se analizaron los resultados descriptivos epidemiológicos.

Pacientes según el sexo

De 30 participantes, cinco fueron hombres (16,7%) y 25, mujeres (83,3%). El peso medio fue de 90,4 kg, la talla media fue de 162,2 cm², y el IMC medio fue de 34,4 kg/cm².

Las edades de los participantes iban desde los 18 años hasta los 64 años. Los hombres mostraban una edad media de 43,2 (DS: 14,61) y las mujeres de 40,4 (DS: 13,48) (Figura 2).

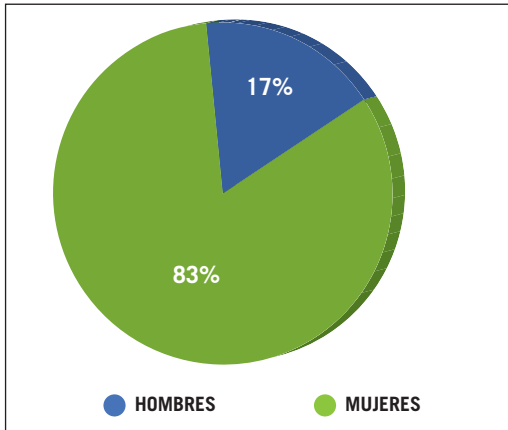


Fig. 2. Pacientes según sexo.

Antecedentes familiares

El resultado de los antecedentes familiares mostró que 15 de los participantes (50%) no presentaba ningún familiar de primera generación con problemas de obesidad; ocho participantes (26,7%) tenían a su madre con problemas de obesidad; cuatro participantes (13,3%), a ambos padres; y tres participantes (10%), solo al padre (Figura 3).

Antecedentes patológicos

Para el estudio de los antecedentes patológicos se tomaron en cuenta las principales comorbilidades relacionadas con la obesidad, dando como resultado que 11 participantes (36,7%) no presentaban

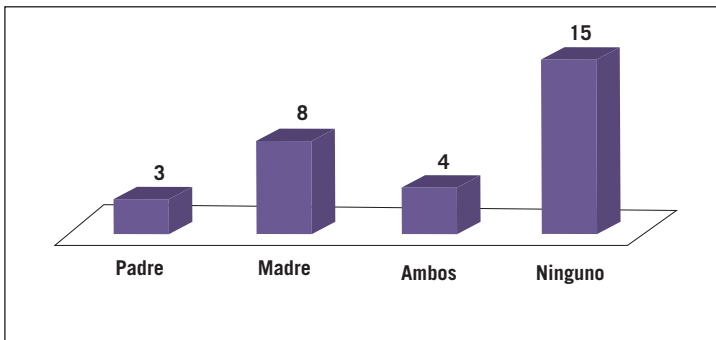


Fig. 3. Antecedentes familiares

ninguna patología asociada, 11 pacientes (36,7%) presentaban problemas de colesterol, cuatro (13,3%) presentaban diabetes mellitus tipo 2 y 4 (13,3%) presentaban hipertensión arterial (Figura 4).

Hábitos nutricionales

Respecto a los hábitos nutricionales se evidenció que los 30 participantes cenaban, 29 comían, 28 desayunaban, 19 merendaban y 18 almorzaban, lo cual indica que no todos realizaban las cinco comidas diarias que recomienda la Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación (SEDCA) (Figura 5).

Ingesta de alimentos

En el caso de la ingesta de alimentos, se puede comprobar que el 69% picaba entre comidas, el 22% refería comer en exceso (comidas abundantes) y el 9% realizaba ambas cosas (Figura 6).

Causas de su obesidad

Cuando se realizó la pregunta a los participantes acerca de cuáles creían ellos que eran las causas de su obesidad, el 43% dijo que se debía a la calidad de los alimentos; el 37%, a la cantidad; y el 20%, a ambas causas (Figura 7).

Parámetros psiconutricionales

Para la evaluación de los factores psiconutricionales se preguntó a los pacientes acerca de cuál de estos factores creían ellos que había inducido su obesidad. Los resultados eran: 25 participantes dijeron que se debía a comer deprisa; 20, a causa de la ansiedad; 15, al estrés; tres, por presentar aumento de apetito; dos, por tristeza; una, al aburrimiento; y ninguno, a la saciedad (Figura 8).

Puntuaciones (medias) en ansiedad estado-rasgo según sexo

El resultado en el STAI-E, teniendo en cuenta el punto de

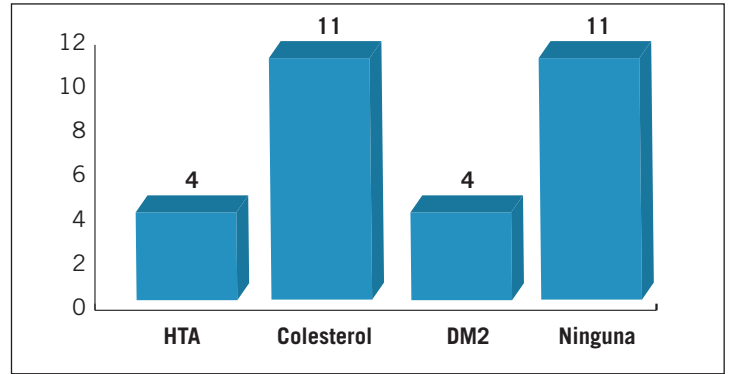


Fig. 4. Antecedentes patológicos

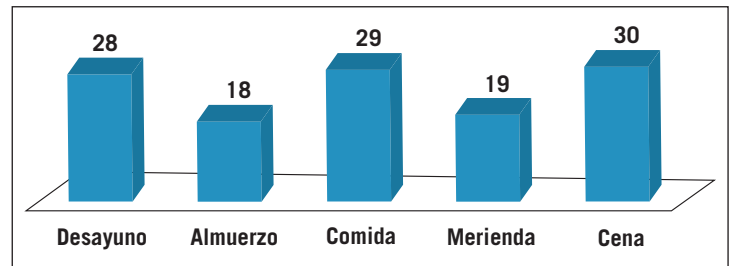


Fig. 5. Hábitos nutricionales

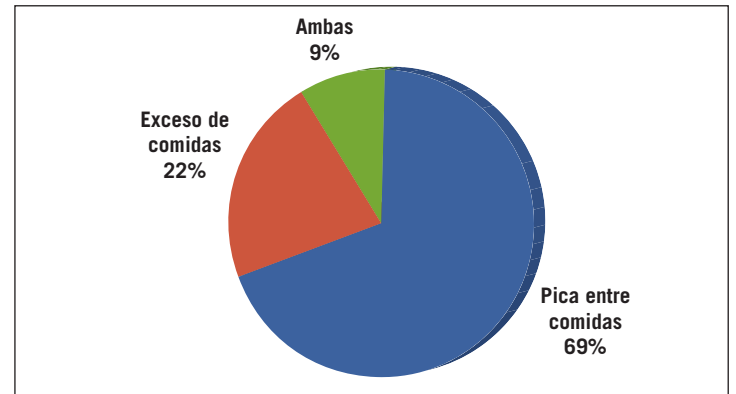


Fig. 6. Porcentaje de la ingesta de alimentos.

corche, es de 31 en los sujetos de sexo femenino y de 28 en los de sexo masculino; no presentan índices significativos que indiquen una situación de ansiedad estado representativa en los sujetos de la muestra.

Luego, en el STAI-R, que valora la ansiedad como característica de rasgo de la persona, el punto de corte en dicho cuestionario se sitúa en 32 para la población femenina y en 25 para la población masculina. Se aprecia como resultado que no se presentan índices significativos de ansiedad rasgo (Figura 9).

Gráficos estadísticos

En los siguientes gráficos se analizaron los resultados estadísticos:

Gráfica 1 (n=30)

En este grupo de estudio de 30 pacientes no se encuentran diferencias significativas entre

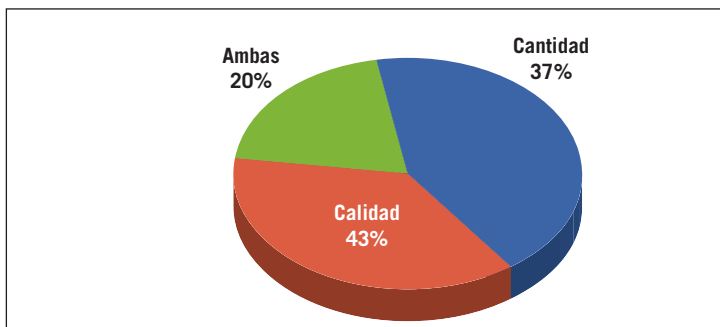


Fig. 7. Causas de la obesidad según los participantes.

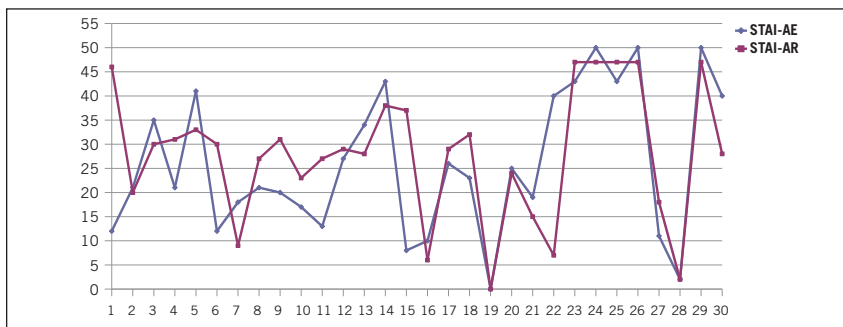


Fig. 10. Gráfica 1 (n= 30).



Fig. 8. Parámetros psiconutricionales.

ansiedad estado y rasgo; por otro lado, sí se aprecian diferencias en la ansiedad en cuanto al sexo, y es mayor en el sexo femenino que en el masculino. Teniendo en cuenta esto se podría pensar que el sexo femenino presenta un aumento de síntomas de ansiedad que no guardan relación directa con los síntomas clínicos de ansiedad. Además, en este grupo de estudio se comprueba un íntimo vínculo entre la obesidad, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2 y el colesterol (Figura 10).

Gráfica 2 (n=10)

Se selecciona a los diez sujetos con diferencias significativas en ansiedad estado-rasgo. Solo tres de estas puntuaciones sobrepasan el punto de corte, sin embargo, las diferencias entre la ansiedad presentada en el momento de la

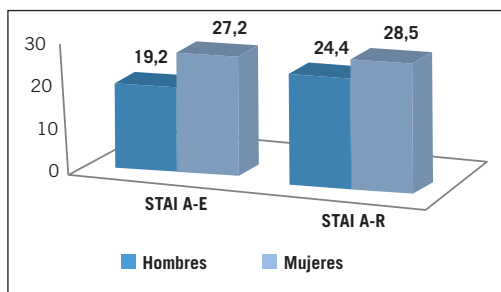


Fig. 9. Índice de ansiedad-rasgo.

evaluación y la ansiedad como característica presente habitualmente en el sujeto sí suponen una diferencia significativa que nos interesa observar. Hallamos una relación entre la ansiedad que refieren los pacientes y la ansiedad tipo rasgo; teniendo en cuenta que la muestra no fue obtenida al azar, se podría sospechar que la ansiedad que los pacientes refieren se acerca más a la ansiedad tipo rasgo como una característica de personalidad que coincide con unos rasgos de ansiedad, más que una ansiedad puntual (Figura 11).

Gráfica 3 (n=20)

En este grupo de estudio de 20 pacientes, que fue separado *post hoc*, se encuentran diferencias entre estado y rasgo de

ansiedad, y se cumplen criterios similares a los del grupo de diez sujetos en el que sí habíamos encontrado diferencias.

De nuevo, en este grupo, se encuentra una relación de ansiedad referida y sexo, más probable en el sexo femenino, al igual que en el grupo total (30 sujetos) y, seguramente, esta situación es dependiente del tamaño de la muestra (Figura 12).

CONCLUSIONES

En lo que se refiere a evaluar a los pacientes con obesidad al inicio de su tratamiento para determinar los niveles de ansiedad, tanto estado como rasgo, se concluye que estos pacientes no presentan índices significativos que indiquen una situación de ansiedad; por el contrario, al analizar su perfil dietético y psiconutricional, se evidencian malos hábitos nutricionales, como son

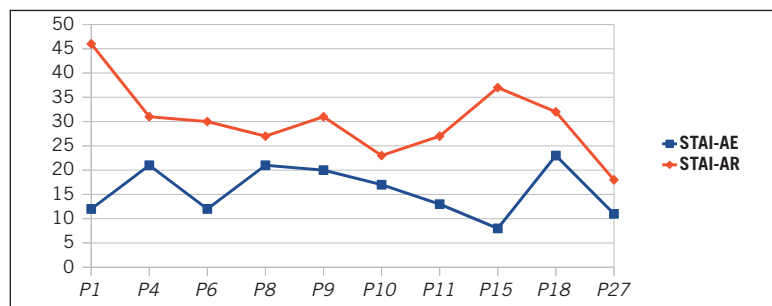


Fig. 11. Gráfica 2 (n= 10).

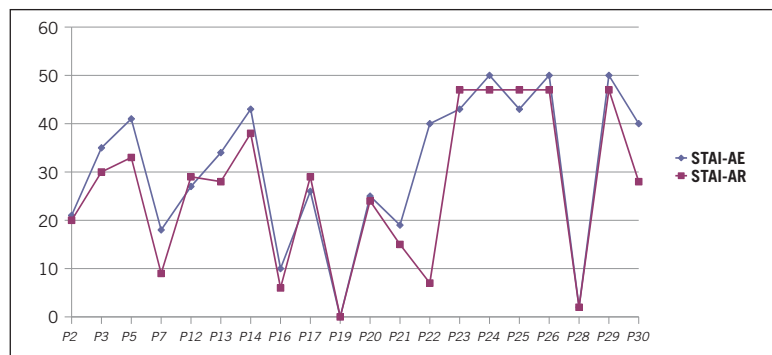


Fig. 12. Gráfica 3 (n= 20).

las comidas copiosas, comer de prisa, picar entre comidas y la falta de ingesta de las cinco comidas diarias recomendadas.

Por lo que respecta a la relación entre la ansiedad referida de los pacientes con el índice de masa corporal, se ha comprobado que no se puede asociar significativamente al nivel de ansiedad. Acerca de la relación entre la ansiedad referida con el sexo, se aprecia una tendencia mayor a presentar ansiedad en el sexo femenino, la cual se correlaciona más con síntomas de ansiedad (tipo rasgo), mientras que en el sexo masculino parecen estar más correlacionadas las comorbilidades físicas.

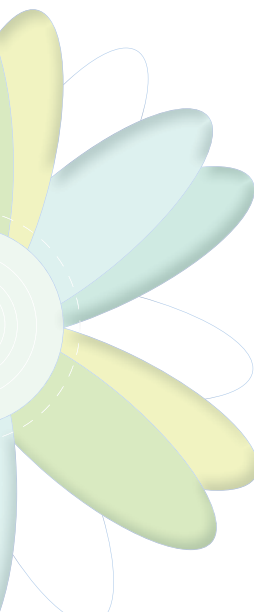
En lo referente a analizar la relación entre la ansiedad y los antecedentes patológicos, como hipertensión arterial y diabetes *mellitus* tipo 2, cabe concluir que no se encontró relación alguna entre ambos, lo que podría deberse al tamaño de la muestra. Lo que sí se encontró fue una relación entre el sexo y la diabetes *mellitus* tipo 2, mostrándose una

mayor tendencia a padecer diabetes en los hombres con obesidad.

REFERENCIAS

1. Bjorntorp P. Obesity. *Lancet* 1997; 350 (9075): 423-6.
2. Flegal KM, et al. Prevalence and trends in obesity among US adults. *JAMA* 1999-2000; 288 (14): 1723-7.
3. Jadue L, et al. Factores de riesgo para enfermedades no transmisibles: metodología y resultados globales de la encuesta base del programa CARMEN. *Chile: Rev Med* 1999; 127: 1004-13.
4. Nammi S, et al. Obesity: An overview on its current perspectives and treatment options. *Nutr J* 2004; 3 (1): 3.
5. Kain J, et al. Validación y aplicación de instrumentos para evaluar intervenciones educativas en obesidad de escolares. *Revista Chilena de Pediatría* 2001; 72 (4): 308-18.
6. Klein S, et al. Clinical Implications of obesity with specific focus on cardiovascular disease a statement for professionals from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity and Metabolism. *Circulation* 2004; 110: 2952-67.
7. Organización mundial de la Salud. La obesidad. 2011. Retrieved from: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>.
8. Morrill A, Chinn C. The obesity epidemic in the United States. *J Public Health Policy* 2004; 25: 353-66.
9. Quetelet LAJ. *Antropométrie ou Mesure des Différences Facultés de l'Homme*. Brussels: Musquardt 1871.
10. World Health Organization Technical report series 894. "Obesity: preventing and managing the global epidemic." Geneva: World Health Organization 2000.
11. Fabricatore A, Wadden T. Treatment of Obesity: An Overview. *Clinical Diabetes* 2003; 21 (2): 67-72.
12. Howard BV, Van Horn L, Hsia J, et al. "Low-fat dietary pattern and risk of cardiovascular disease: the Women's Health Initiative Randomized Controlled Dietary Modification Trial". *JAMA* 2006; 295 (6): 655-66.
13. Prentice RL, Caan B, Chlebowski RT, et al. "Low-fat dietary pattern and risk of invasive breast cancer: the Women's Health Initiative Randomized Controlled Dietary Modification Trial". *JAMA* 2006; 295 (6): 629-42.
14. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II Inventario de Depresión de Beck. Buenos Aires: Paidós 2006.
15. Belloch A, Sandín B, Ramos F. *Manual de psicopatología volumen I y II*. Madrid: Mc Graw-Hill 1995.
16. Lorence Lara B. Perfil psicológico de la obesidad mórbida. *Apuntes de psicología, COP de Andalucía Occidental* 2008; 26 (1): 51-68.
17. Buitrago F, Ciurana R, Chocron L, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la Atención Primaria de salud. *Chile: Rev. Med* 1999; 24 (1): 184-90.
18. CD Spielberger, RL Gorsuch & RE Lushene. *STAI Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo Manual*. Madrid: TEA ediciones 2008.
19. Labrador J, Cruzado JA, Muñoz M. *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide 1999.
20. Buceta JM, Bueno AM, Más B. *Intervención psicológica y salud: control de estrés y conductas de riesgo*. Madrid: Dykinson 2001.
21. Buceta JM, Bueno AM, Más B. *Intervención psicológica en trastornos de salud*. Madrid: Dykinson 2000.
22. Barbero García MI. *Psicometría II. Métodos de elaboración de escalas*. Madrid: UNED 1999.
23. Vallejo Pareja MA. *Manual de terapia de conducta volumen I y II*. Madrid: Dykinson 1998.
24. Haslam DW, James WP. "Obesity". *Lancet* 2005; 366: 1197-209.
25. Mei Z, Grummer-Strawn LM, Pietrobelli A, et al. Validity of body mass index compared with other body-composition screening indexes for the assessment of body fatness in children and adolescents. *AJ Clinical Nutrition* 2002; 75: 978-85.
26. Nammi S, Koka S, Chinnala KM, et al. Obesity: An overview on its current perspectives and treatment options. *Nutrition J* 2004; 3 (1): 3.
27. Cummings DE, Foster KE. Ghrelin-leptin tango in bodyweight regulation. *Gastroenterol* 2003; 124: 1532-5.
28. Dryden S, Frankish H, Wang Q, et al. Neuropeptide Y and energy balance, one way ahead for the treatment of obesity? *Europe J Clinical Investigation* 1994; 24: 293-308.
29. Flegal KM. The obesity epidemic in children and adults: Current evidence and research issues. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 1999; 31: 509-14.
30. Flier JS, Flier EM. Obesity and the hypothalamus: Novel peptides for new pathways. *JAMA* 1998; 92: 437-40.

Encuentra el estudio completo en: www.semcc.com/master.



**Pensando
en su
paciente**



Responsabilidad administrativa del profesional



Juan Miguel Domínguez Ventura

ABOGADO
JM.DOMINGUEZ@DOMINGUEZVENTURA.ES

Tras las anteriores exposiciones acerca de la responsabilidad penal y de la responsabilidad civil en que puede verse implicado el médico en España con motivo del ejercicio cotidiano de su profesión en el caso de verse reclamado por los pacientes descontentos con el resultado de su intervención o tratamiento, o bien por los familiares de estos en el caso de que se haya producido su fallecimiento, queremos tratar sobre otra posible vía de reclamación en que puede verse inmerso el profesional de la medicina, la vía administrativa que, aunque en menor proporción, también acecha el día a día de su quehacer profesional. En este caso se puede producir en una doble vertiente pues puede afectar al médico y a la institución para la que trabaja.

Cuando el médico presta sus servicios en la llamada “sanidad pública”, puede verse implicado en dos tipos de procedimientos judiciales, dado el caso de que su actuación profesional se vea cuestionada. La primera es la reclamación por la vía penal, que ya ha sido brillantemente expuesta por Javier Clastre en números anteriores y que, como recordarán, puede conllevar una condena personal como delito o falta y la correspondiente indemnización económica o bien la absolución o el archivo de la causa penal. Y la segunda es la reclamación por la vía administrativa una vez ha terminado con absolución o archivo la reclamación por la vía penal, que es en la que vamos a centrar esta exposición.

La reclamación administrativa para los que trabajan en la “sanidad pública” se inicia con la llamada “reclamación patrimonial”, regulada en el Real Decreto

429/1993 de 26 de marzo. En teoría ha de tener una duración de seis meses, con posibilidad de ampliación a instancias del órgano instructor del servicio autonómico de salud que le compete la investigación del caso. Este órgano, tras las pruebas practicadas y las alegaciones de las partes, reclamante y también del propio hospital que es objeto de reclamación, emite una propuesta de resolución que puede ser secundada por el consejero/a de salud de la comunidad autónoma correspondiente. En este caso, si se reconoce que el tratamiento prestado al paciente no ha sido acorde con la normopraxis, se fija una indemnización a cargo del organismo del que depende el centro en el que se ha efectuado ese tratamiento reprochable. Existe la posibilidad de que se produzca la desestimación de la reclamación por silencio administrativo.

Si la indemnización satisface a la parte reclamante, el asunto queda resuelto sin más molestias para el profesional de la medicina, quien es responsable de las consecuencias del tratamiento cuestionado, pero no sufre sus consecuencias económicas, pues solo responde el centro público.

Puede darse la circunstancia, de que la resolución de ese expediente de “reclamación patrimonial” finalice en la vía administrativa con una declaración de no responsabilidad para el centro público o del organismo para el que depende. En ese caso, el paciente descontento, puede iniciar la llamada vía contencioso-administrativa contra la resolución administrativa que no le ha dado la razón. Aquí ha de presentar un recurso contencioso-administrativo en los Juzgados de lo Contencioso-Administrativo de la capital de la provincia en donde se encuentra el centro en el que se efectuó el tratamiento y después seguir el “peregrinaje” judicial previsto por la ley que consiste en un procedimiento judicial

parecido al de carácter civil. Al final del procedimiento, recaerá una sentencia en la que se estimará o desestimará el recurso contencioso-administrativo interpuesto. Puede ser que esa sentencia, si admite el recurso presentado por el paciente quejoso, le acabe concediendo una indemnización que acoja los días de curación, las secuelas y el daño moral que haya conseguido probar durante la tramitación judicial del expediente.

Es importante resaltar que tanto la “reclamación patrimonial” previa, como el procedimiento contencioso-administrativo posterior, se siguen, únicamente, contra el centro público de salud en donde se ha llevado a cabo el tratamiento que ha sido cuestionado o bien contra el servicio público de salud del que depende ese centro, pero no personalmente contra el profesional que llevó a cabo el acto quirúrgico o invasivo cuyo resultado no deseado por el paciente es objeto de crítica y reclamación. Por tanto, el médico no ha de temer que su patrimonio se encuentre en peligro en el caso de una resolución administrativa o judicial adversa. En todo caso el médico puede verse involucrado en la calidad de testigo pues, a buen seguro, será citado para que explique con detalle y, en su caso, justifique y defienda la bondad de su conducta profesional.

La postura procesal comentada ha de tranquilizar al profesional cuyo acto médico asistencial haya sido objeto de reclamación, puesto que no responderá directamente de su conducta, pero en el caso de que la misma sea calificada como tributaria de un reproche suficiente para dar lugar una indemnización a favor del paciente o de sus herederos, llegado el caso, puede verse sancionada por el mismo organismo para el que presta sus servicios. Pero de eso trataremos en otro número.

*El correo electrónico jm.dominguez@dominguezventura.es está disponible para sugerencias y consultas puntuales que puedan interesar a los lectores.

NOVEDADES

Adiós a la papada con la crema remodelante y tonificante Lipolift Estructura "F"

Lodase, dispone del único producto en el mercado que reduce la papada de forma eficaz. Se trata de Lipolift Estructura "F", una revolucionaria crema de efecto remodelante y tonificante que acaba con una de las zonas más antiestéticas, tanto en hombres como en mujeres, el conocido doble mentón.

Gracias a este tratamiento en crema, no es necesario pasar por el quirófano para reducir la papada, ya que contiene fosfatidilcolina, sustancia que reduce las acumulaciones adiposas localizadas, y ceramidas, nutrientes esenciales de la piel que ayudan a tonificar y compactarla. Completa su acción con otros activos que garantizan sus resultados como: los alfa-hidroxiácidos (ácido glicólico y ácido pirúvico) que alisan la superficie de la piel; vitamina C, que estimula

la producción de colágenos para dar elasticidad y tonicidad a los tejidos; el guaraná, por su efecto remodelador y los extractos glicólicos de *equisetum* y de caléndula, que nutren y remineralizan la piel en profundidad.

Estos activos únicos que contiene la crema intervienen en los pliegues de laxitud cutánea y en las imperfecciones producidas por el exceso de grasa localizada de la zona de la papada (doble mentón) y el cuello, consiguiendo remodelarla, disminuirla y reafirmarla.

Se recomienda aplicar diariamente la crema durante unos 40 días,



aproximadamente, realizando masajes en forma circular de arriba a bajo y de dentro hacia fuera en la zona de la papada y del cuello. Concretamente para el mentón, es aconsejable extender la crema desde el centro en dirección a las orejas. Los efectos de este producto son visibles al cabo de dos meses de su aplicación regular. Se aconseja reaplicarlo periódicamente para mantener el perfil del cuello tenso y liso.

La primera hora posterior a la aplicación de la crema, es necesario evitar la exposición al sol, así como no aplicarlo sobre heridas. Lipolift Estructura "F" se comercializa en farmacias, centros médicos estéticos y deportivos.

Ultimate w+, una línea cosmecéutica para el mercado asiático

Mesoestetic®, el laboratorio farmacéutico que se ha convertido en un referente internacional en el sector de la cosmética médica y en líder mundial en tratamientos contra las manchas en la piel, presenta Ultimate W+, una completa línea facial desarrollada para responder a las necesidades de las pieles asiáticas particularmente sensibles al fotoenvejecimiento.

Esta línea consigue potenciar el criterio de belleza oriental que se caracteriza por la búsqueda de un cutis blanquísimo y perfecto. La radiación solar, el envejecimiento cutáneo y la genética se encuentran entre los principales factores que influyen en el tono y la intensidad de pigmentación de la piel, y pueden provocar efectos antiestéticos por excesivo acúmulo de melanina.

Con el paso del tiempo, el tono de la piel se vuelve desigual y aparecen manchas oscuras localizadas. Ultimate W+ es una línea



cosmecéutica enriquecida con (meso) white complex®, un exclusivo complejo de sustancias activas con triple acción: blanqueante e iluminadora: inhibe la tirosinasa y la α -MSH,

ambas implicadas en los procesos de síntesis de la melanina; uniformiza y aclara el tono de la piel, atenuando la apariencia de manchas oscuras; reduce los efectos del estrés por agresiones ambientales; y estimula la renovación celular, eliminando los acúmulos de melanina. Antienvejecimiento e hidratante: reduce arrugas y finas líneas, mejora la textura de la piel y minimiza el tamaño de los poros; y mejora la función barrera natural de la piel. Preventiva y protectora: potente acción antioxidante; protege de los rayos UV y de la contaminación.

La línea cuenta con seis productos para la higiene (Ultimate W+ *whitening foam*, Ultimate W+ *whitening toning lotion*), crema 24 horas (Ultimate W+ *whitening cream*), zonas específicas (Ultimate W+ *whitening spot eraser*), tratamiento intensivo (Ultimate W+ *whitening essence*) y tratamiento perfeccionador (Ultimate W+ *BB cream SPF50*).

Medias de compresión que curan patologías venosas

Las medias de terapia de compresión son un tratamiento para la salud de las venas aún poco conocido y utilizado. Un 40% de hombres y un 65% de mujeres deberían vestir calcetines o medias de terapia de compresión como prevención, pero el uso habitual baja al 10% y al 35%, respectivamente. La principal función de las medias es que hacen que la sangre ascienda correctamente mediante la compresión decreciente desde el tobillo disminuyendo el calibre de la vena y evitando que la pared venosa se siga dilatando.

Existen todo tipo de medias de compresión y no todas sirven para todo. Si existen antecedentes familiares de patologías venosas, se recomienda usar medias a partir de los 25 años; en caso de úlceras venosas o linfedemas, es mejor usar medias con tejido plano, donde lo más importante es que no haga efecto torniquete. Debemos tener en cuenta los gradientes de compresión: del uno al tres son para patologías venosas y el cuatro es para patologías linfáticas, de menos a más presión. En función de la edad, la movilidad y la patología se recomiendan un modelo u otro.

Las claves para usar medias de compresión son: usarlas siempre de la medida adecuada, aprender bien cómo deben colocarse, tener las medias con la compresión adecuada y tener las medias con todos los requisitos de garantía.

Webdelasalud.es, un paso más en la información para pacientes

El portal webdelasalud.es, iniciativa de divulgación sanitaria promovida por Prodrug Multimedia y dirigida por el doctor Enrique González Morales, ha actualizado su plataforma web, en la que destaca su nuevo diseño, más actual, así como la ampliación de los contenidos y una mejor distribución de los mismos para facilitar aún más la navegabilidad y, por tanto, el acceso a la información.

Con esta acción, webdelasalud.es da un paso más en su compromiso de ofrecer a los usuarios información rigurosa y de calidad, de acuerdo con la acreditación de sus contenidos con los sellos de calidad que le sitúan como el primer portal de confianza, tanto para la población como para los profesionales, quienes encuentran en este recurso una completa ayuda para mejorar su relación con los pacientes.

Los habituales "Temas de portada", que abren el portal con los aspectos de salud más actuales en cada momento, se complementan con la optimización de los "Canales temáticos" de la web, dedicados a Salud de los niños, Salud de la mujer, Salud bucodental y Vida saludable, áreas que mejoran su



Ácido hialurónico hecho a medida

Merz Aesthetics, la división especializada en medicina estética del laboratorio farmacéutico alemán Merz Pharma, ha lanzado la nueva gama de ácido hialurónico, Glytone®, que permite retocar y mejorar casi cualquier zona del rostro de forma natural.

A partir de los 20 años, la piel comienza a envejecer y las primeras arrugas empiezan a aparecer alrededor de los ojos y de la boca. Aunque el envejecimiento es inevitable, la infiltración con ácido hialurónico en los lugares adecuados es ideal para ayudar a reducir los signos visibles del paso del tiempo.

Este nuevo ácido hialurónico dispone de un gran abanico de indicaciones según las necesidades y deseos de la paciente. Glytone® puede aplicarse en huecos temporales, nariz, cejas, pómulos, ojeras, surco nasogeniano, arrugas de expresión, lóbulos, línea mandibular, mentón, líneas de marioneta, escote, manos y labios. La gama de este producto está compuesta por cuatro presentaciones adaptadas a cada caso: el Glytone® 1 es un innovador producto de hidratación en profundidad compuesto de ácido hialurónico no reticulado o lineal con un elevado peso molecular que consigue una mayor duración; el Glytone® 2 y 3 pueden utilizarse para el perfilado labial, el aumento natural del grosor de los labios, una hidratación profunda de la piel y corrección de arrugas finas u ojeras, y para una discreta redefinición de los pómulos; por último, el Glytone® 4 es el producto ideal para una voluminización: los pómulos quedan perfectamente definidos y estructurados con su adecuada colocación por un experto médico.

acceso directo por su indudable interés para los usuarios.



Este nuevo diseño redundará en un mejor posicionamiento de webdelasalud.es en los buscadores y, con ello, una mejor respuesta de la web a las búsquedas de los internautas, que actualmente realizan una media de 80.722 visitas mensuales, con un total de 583.917 páginas vistas (7,2 páginas/visita).

El rediseño y continua optimización de los recursos de webdelasalud.es se completará, en una próxima fase, con la inclusión de vídeos formativos e informativos, y con la creación de un "Registro de Usuarios" que permita la mejor interacción entre la web y sus usuarios finales.

En esta ambiciosa labor de mejora continua participa un equipo de médicos, farmacéuticos, odontólogos y periodistas especializados en salud, con el apoyo del Consejo Asesor, integrado por especialistas en distintas disciplinas profesionales relacionadas con todos los campos de la sanidad.

PronoKal®

Rigor y ciencia para la pérdida de peso



- ✓ El 85% del peso perdido corresponde a masa grasa.
- ✓ Protección de la tonicidad de la piel.
- ✓ Aporte nutricional calculado y controlado.
- ✓ Vitalidad y bienestar.
- ✓ Mantenimiento del peso a largo plazo.
- ✓ Mejora de las patologías asociadas con la obesidad.

Para más información sobre el Método PronoKal®

901.100.262

Elevando la satisfacción
de sus pacientes con

Juvederm®

VOLUMA®
WITH LIDOCAINE

NUEVA
jeringa de
1 ml



SUAVIDAD para un aspecto y sensaciones naturales¹

DURACIÓN – Volumen hasta los 18 meses¹

SATISFACCIÓN – El 96% de los pacientes recomendaría
Juvederm® VOLUMA® with Lidocaine a un amigo²

Para descubrir como Juvederm® VOLUMA® with Lidocaine puede elevar la satisfacción de sus pacientes, contacte con su especialista de producto de Allergan o con el Servicio de atención al cliente: 800 300 230 | 91 807 61 90

 **ALLERGAN**

Referencias

1. Raspaldo H. *J Cosmetic and Laser Therapy*, 2008;10:134-142.
2. Fischer TC. Poster presented at EMAA, 1-3 October 2009, Paris.

Diciembre 2011
ES/0392/2011