



AÑO 1 - NÚMERO 1
JULIO / OCTUBRE
DISTRIBUCIÓN GRATUITA

CLÍNICA ESTÉTICA Y REPARADORA

ÚLTIMOS AVANCES EN BIONUTRICIÓN CELULAR

en respuesta a procesos oxidativos

PROTOCOLO

de revitalización celular facial con peptonas

Nuestra experiencia en

Sympatectomía torácica videotorascópica

COLOR PEEL:

Método específico para el tratamiento de las estrías

L.P.I.:

principios de funcionamiento

Técnica de Salud Preventiva y Curativa

Drenaje Linfático Manual





ASOCIACIÓN DE CLÍNICA
ESTÉTICA Y REPARADORA



Mayo 2013

Villa Carlos Paz - Córdoba - Argentina



Hotel Portal del Lago

I CONGRESO MUNDIAL EN CLINICA
ESTETICA Y REPARADORA

II SIMPOSIO INTERNACIONAL EN DERMATO COSMIATRIA
Y ESTETICA CORPORAL

IV CURSO DE BIOSEGURIDAD LASER
Y LUZ PULSADA



Informes a Tel.: +54 (351) 481-6898 ó
envianos un correo a info@acerestetica.com.ar

www.acerestetica.com.ar

MIEMBROS

Dra. Erica Mian
Dra. Tiranti Susana
Dr. Re viassolo Cesar
Dra. Carignano Sigris
Dra. Amuchástegui Beatriz
Dra. Marlatto Luciana
Dra. Fissolo Graciela
Dra. Piscitello Stella
Dra. Constanza Bossi
Dra. Danon Silvia
Lic. Conselmo Fanny
Dra. Schwam Carolina
Dra. Sarale Laura
Est. Ortiz Alejandra
Est. Elisabet Brega
Dr. Roxel Salibi Madall
Dra. Apra Mariana
Dra. Feryala Cecilia
Dra. Cavichia Natalia
Dra. Alercia Soledad
Lic. Pérez Valeria
Lic. Tiraboschi Florencia
Dra. Haron María Marta
Dra. Rímolo Inés Edith
Dra. Bellomo María Laura
Dra. Brizuela Carla
Est. Zabala Fanny
Est. Núñez Patricia
Dra. María Edit Posternak
Crespo Posso Paulina (Ecuador)
Dávalos Ana María (Ecuador)
Guaman Cevallos Karla (Ecuador)
Carrasco Carmen del Rocío (Ecuador)
Ormaza Alina Mariana (Ecuador)
Machuca Vargas Evelyn (Ecuador)
Vásquez Pamela (Ecuador)
Chávez Morales Marcos (Ecuador)
Dr. Sánchez César (Perú)
Dr. Manosalvas Andrés Darío (Ecuador)
Dr. Espinosa Gorki (Ecuador)
Dr. Izunirra Guillermo (Ecuador)
Dr. Esteban Torres (Ecuador)
Dr. Andrés Pareja (Ecuador)

STAFF

Director General:

Dra. Verónica Rolandelli

Directora Técnica:

Dra. Sigris Carignano

Secretaria:

María Victoria Díaz

Departamento de Arte:

Gustavo A. López

Coordinación Ejecutiva:

Gerardo Pucheta

SUMARIO

Editorial	3
Últimos avances en bionutrición celular en respuesta a procesos oxidativos <i>Dra. Nuria Peña (Ecuador)</i>	6
Protocolo de revitalización celular facial con peptonas <i>Dra. Verónica Rolandelli</i>	8
Nuestra experiencia en Simpatectomía torácica videotoracoscópica <i>Ezequiel Martín Ochoa, Carlos Martín Esquivel, José Celis Berreta, Máximo Cornet</i>	11
Color peel: Método específico para el tratamiento de las estrías <i>Cosmiatra: Beatriz Archiprete</i>	17
L.P.I.: principios de funcionamiento <i>Danilo Martínez</i>	22
Técnica de Salud Preventiva y Curativa Drenaje Linfático <i>Lic. Carina Ardengui</i>	25
Síndrome de Piernas Cansadas <i>Lic. Carina Ardengui</i>	26

CONSEJO EDITORIAL

DIRECTOR:

Dra. Verónica Rolandelli.

Directora del Postgrado de Clínica Estética y Reparadora
Directora de la Diplomatura en Dermato Cosmiatría y Estética Corporal

COMITÉ ACADÉMICO

Dra. Sigris Carignano:

Coordinadora del Postgrado de Clínica Estética y Reparadora

Dr. Javrek:

Jefe de Trabajos Prácticos del Postgrado de Clínica Estética y Reparadora

Dra. Susana Tiranti:

Cordinadora de la Diplomatura en Dermato Cosmiatría y Estética Corporal

Dra. Beatriz Amuchástegui:

Docente del Postgrado de Clínica Estética y Reparadora

Dra Constanza Bossi:

Docente del Postgrado de Clínica Estética y Reparadora

Impreso en:
e d i t o r i a l



Fecha de publicación: Julio 2012
Santa Rosa 1643 - B° Alberdi
C.P. X5003CEA
Tel.: (0351) 487-7485
Córdoba - Rep. Argentina
www.lareformaeditorial.com.ar
Informes:
info@lareformaeditorial.com.ar

Publicación cuatrimestral **Clínica Estética y Reparadora**. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida total o parcialmente en forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones y otros sistemas de información sin la autorización por escrito del titular del Registro de la publicación. La presente edición consta de 5000 ejemplares. Registro DNDA: en trámite

Esta publicación es propiedad de Verónica Rolandelli
Gobernador Roque Ferreyra 1735 -B° Cerro de las Rosas.
Tel.: +54 (351) 481 6898
Córdoba, República Argentina.
E-mail: revistaestetica@acer.com



PENSADO PARA HOMBRES

oxyd[®]

for men

E6 fue pensado para el hombre actual, teniendo en cuenta las necesidades particulares de la piel masculina.

Exigentes

de **Excelencia**

que buscan ser

Exitosos

Exquisitos

con **Estilo**

Exclusivos



After shave: crema para uso diario post afeitado con efecto inhibidor del crecimiento del vello y calmante.

Face care: crema facial humectante y reafirmante con protector solar para todo tipo de pieles.

Eye contour: crema para el contorno de ojos con efecto descongestivo y aclarante.

Distribuido por



Farmacia Once:

Lavalle 2099, (+54 11) 4375 - 4445

Av. Crisólogo Larralde 2312, (+54 11) 4704 - 0600 - Buenos Aires, Argentina.

Producto elaborado por:



Laboratorio Once

EDITORIAL



Estimados Profesionales de la Estética:

Como Presidente de la Asociación Científica de Clínica Estética y Reparadora de Córdoba, Argentina, y del Comité de Capacitación, Investigación y Docencia Estética; me resulta un placer anunciarles que el próximo 28 de julio dará comienzo el I SIMPOSIO INTERNACIONAL DE DERMATO COSMIATRÍA Y ESTÉTICA CORPORAL, el cual, sin lugar a dudas, generará un gran impacto en las actividades científicas estéticas de nuestra provincia y de nuestro país, abriendo puertas a futuros congresos internacionales interdisciplinarios a través de los cuales los profesionales universitarios dedicados a la Clínica Estética y Reparadora podrán actualizar e innovar sus conocimientos en presentaciones basadas en investigaciones, protocolos, tratamientos y procedimientos aplicados en este campo.

En esta oportunidad tendremos la posibilidad de compartir las experiencias de conferencistas nacionales e internacionales referentes en cada temática, así como crear lazos y relaciones internacionales que nos permitan intercambiar experiencias y crecer científica y académicamente.

Hay que destacar que dicho evento no sería posible sin la perseverante y ardua tarea de los distinguidos miembros coordinadores del Comité Científico, como la Dra. Sigris Carignano, Susana Tiranti, Beatriz Amuchastegui y Constanza Bossi.

La oportunidad de poder contar con vuestra presencia nos enorgullece y motiva a continuar creciendo día a día, cumpliendo metas y logrando objetivos, entre los cuales el primordial es unificar los criterios de trabajo del Profesional Universitario de Clínica Estética y Reparadora.

Paralelamente, nuestra Revista permitirá no solo difundir notas de interés y actualizaciones, sino estar en permanente contacto con los expertos más destacados en cada una de las áreas de nuestra formación, para que todos se sientan respaldados por una Asociación Científica que lucha continuamente por el crecimiento intelectual y personal de sus miembros.

Finalmente, deseo motivarlos a participar en el **I Simposio Internacional en Dermato Cosmiatría y Estética Corporal**, y que a través de la Revista Clínica Estética y Reparadora se enriquezcan y nutran sus conocimientos, disponibles para todos los Especialistas Universitarios de la Estética.

Dra. Verónica Rolandelli





I SIMPOSIO INTERNACIONAL DE DERMATO COSMIATRIA Y ESTÉTICA CORPORAL

28 y 29 de Julio 2012

de 9 a 18 hs. Hotel Amerian. Bv San Juan 165
Córdoba - Rep. Argentina

Disertante Invitada de Honor:

Cosmiatra Universitaria: **Beatriz Archiprete**

- Directora del Área Cosmiatría de la South American Academy of Cosmetic Surgery.
- Presidenta de los SIMPOSIOS INTERNACIONALES de Esthetic Congreso.
- Vicepresidenta de UIPE, Unión Internacional de Profesionales de Estética.
- Directora de la Academia Interamericana de Micropigmentación.
- Ex-Docente y Coordinadora de los Cursos de Cosmiatría y Capacitación Profesional, en la Universidad Católica Salta, sede en Bs. As.
- Ex-Presidenta de la Asociación Argentina de Cosmetología y Estética.
- Directora del "Centro de Estética Beatriz Archiprete".
- Disertante en Congresos Nacionales e Internacionales.

Comité Científico del Simposio:

Dra. Verónica Rolandelli

Dra. Carignano Sigris

Dra. Tiranti Susana

Dra. Beatriz Amuchástegui

Dra. Bossi Constanza

CUPOS LIMITADOS

*Centro
Esthetic*
Docencia

CCIDE
Comité de Capacitación,
Investigación y Docencia Estética

Consultas, Becas e Informes: www.acerestetica.com.ar - info@acerestetica.com.ar

1 SIMPOSIO INTERNACIONAL DE DERMATO COSMIATRÍA Y ESTÉTICA CORPORAL

28 y 29 de JULIO 2012
Amerian Córdoba Park Hotel
Bv. San Juan 165, Córdoba Capital, Argentina.

PROMOVIDO POR:
ASOCIACIÓN CIVIL DE CLÍNICA ESTÉTICA Y REPARADORA DE CÓRDOBA
COMITÉ DE CAPACITACIÓN, INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ESTÉTICA
CENTRO ESTHETIC DOCENCIA

 **ACER**
ASOCIACIÓN DE CLÍNICA
ESTÉTICA Y REPARADORA



COMITÉ CIENTÍFICO:

PRESIDENTA: Dra. Verónica Rolandelli
COORDINACIÓN: Dra. Sigris Carignano
Dra. Susana Tiranti
Dra. Beatriz Amuchástegui
Dra. Constanza Bossi

PROGRAMA

SÁBADO 28 DE JULIO

10:00 hs. Dermopigmentación: complemento de la Medicina y Cirugía Estética, corrección en cicatrices y reconstrucción areolar. Con demostraciones prácticas en vivo. **Ctra. Universitaria Beatriz Archiprete**

12:00 hs. Coffee

12:30 hs. Método Médico – Cosmetológico específico para el tratamiento de estrías. Esquema y acción terapéutica. **Ctra. Universitaria Beatriz Archiprete**

13:30 hs. Mitos y realidades sobre Radiofrecuencia Resistiva y Aportes de la electroporación de Alta Potencia. **Ing. Marcelo Fortunato**

14: 30 hs. Coffee

15:00 hs. Efectivas propuestas terapéuticas combinando terapias tradicionales y orthomoleculares para tratamiento de acné y rosácea. **Dra. Beatriz Amuchástegui**

15:45 hs. Presentación de todos los principios activos, con sus mecanismos de acción y vías de administración a utilizar en arrugas de expresión. **Dra. Sigris Carignano**

16: 30 hs. Coffee

17:00 hs. Marketing en Estética. **Lic. Darío Parada**

DOMINGO 29 DE JULIO

10:00 hs. Estrés Oxidativo y Recuperación Celular. **Dra. Gabriela Bertero**

10:45 hs. Celulitis edematosa: criterio terapéutico y protocolo de tratamiento. **Lic. Carina Ardenghi**

11:30 hs. Ultracavitación: información científica que debemos conocer, para optimizar resultados y prevenir riesgos. **Dra. Ana Carolina Schwam. Tec. Univ. Danilo Martínez**

12:15 hs. Coffee

13:15 hs. Envejecimiento: lo último en tratamientos anti age. **Dra. Susana Tiranti**

14:00 hs. Luz pulsada intensa: todas sus aplicaciones y protocolos de tratamiento para combatir el envejecimiento,

las discromías, telangiectasias y lograr una depilación prolongada y permanente. **Dra. Ana Carolina Schwam. Tec. Univ. Danilo Martínez**

14:45 hs. Coffee

15:15 hs. Últimos avances en bionutrición celular en respuesta a procesos oxidativos. **Dra. Nuria Peña**

16:00 hs. Peptonas; sustancias biológicas que no deben faltar en un Centro de Estética, protocolos y vías de aplicación. Con demostraciones prácticas. **Dra. Verónica Rolandelli**

16:45 hs. Coffee

17:15 hs. Acto Clausura del Simposio y Entrega de Certificados.

ÚLTIMOS AVANCES EN BIONUTRICIÓN CELULAR

en respuesta a procesos oxidativos

Dra Nuria Peña (Ecuador)

¿QUÉ ES UN RADICAL LIBRE?

- Un radical libre es un átomo o una molécula que posee un electrón no apareado en su órbita externa.
- Los electrones apareados giran alrededor de moléculas dando un equilibrio eléctrico.
- Este equilibrio impide que las moléculas actúen en lugares no apropiados y a tiempos inadecuados.
- Si una molécula pierde uno de estos electrones se vuelve altamente agresiva y roba electrones de otras moléculas produciendo alteraciones en las enzimas, las membranas celulares, las proteínas y el DNA.

RADICALES LIBRES:

- Contribuyentes significativos hacia el desarrollo del cáncer dependiente de la edad.
- La peroxidación lipídica probablemente contribuye en forma significativa al desarrollo de la aterosclerosis.

Actualmente se considera que los radicales libres se hallan involucrados no solo en la aterosclerosis y el cáncer sino también en el envejecimiento biológico, enfermedades autoinmunes, artritis reumatoidea, cataratas, lesión por isquemia-reperusión y otras.

¿QUÉ SON LOS ANTIOXIDANTES?

- Sistema de control.
- Mecanismos complejos de defensa celular para reducir el riesgo del daño oxidativo.
- Erosión de la membrana celular => desintegración de la

célula => abre la puerta al cáncer y otras enfermedades. Antioxidantes derivados de la dieta: Tocoferol o vitamina E, el ácido ascórbico o vitamina C y numerosos carotenoides (licopene, luteína, critpoxantina, zeaxantina).

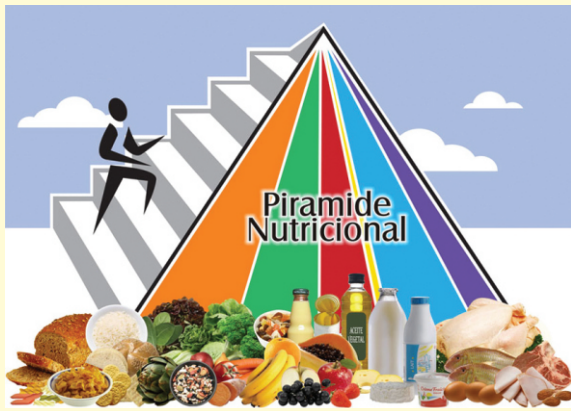
- La vitamina E inhibe la peroxidación lipídica.
- Los carotenoides (alto contenido de pigmentos amarillos, ejemplo: zanahoria) arrastran los radicales moleculares de oxígeno y peroxilos.
- Antioxidantes => sistemas de defensa contra los efectos de los radicales superóxido. Superóxido dismutasa.
- Ginseng: una acción antioxidante.

RELACIÓN CON EL EJERCICIO FÍSICO

- El entrenamiento físico => aumenta el sistema antioxidante.
- El entrenamiento físico regular => incremento en la actividad total de SOD y GSH peroxidasa.
- El atleta de fin de semana => no sistema de defensa aumentado.
- Personas que realizan en forma regular u ocasional deberían ingerir comidas ricas en antioxidantes.
- Las vías metabólicas para estrés por ejercicio dependen de tiamina, riboflavina, Vitamina B6.
- El ejercicio incrementa el requerimiento de vitamina C.

PIRÁMIDE NUTRICIONAL

Grasas y dulces. Manteca, mantequilla, natilla, mermeladas, jaleas, chocolates, miel, tortas, amasados, helados, postres, etc.



Carnes vacunas, de cerdo, cabra, pollo, embutidos, fiambres, pescados, mariscos, calamares, quesos duros, semiduros, blandos, de untar, leche y otros lácteos y huevos.

Verduras, hortalizas, tubérculos, frutas y frutas secas.

Cereales, granos, harinas y derivados: Arroz panes, galletas, galletitas, pastas, semolas, etc.

La pirámide más utilizada es la propuesta por el Departamento de Agricultura de Estados Unidos, que

recomienda 6 a 11 porciones de cereales y almidones, 3 a 5 de verduras, 2 a 4 de frutas, 2 a 3 de carnes y huevos, 2 a 3 de lácteos y usar con reserva grasas y dulces.

La pirámide propuesta por la Mayo Clinic invierte los primeros escalones y ocupa la base con verduras y frutas, dejando en el siguiente piso a los cereales y almidones. Incorpora en el centro la actividad física diaria.

En Argentina se confeccionó una "pirámide" con forma oval, adaptada a nuestros requerimientos nutricionales, costumbres y disponibilidad de recursos.

Los lineamientos de todas las pirámides alientan a vivir sano, preparar las comidas con alimentos variados, comer con moderación y aprovechar este momento para el encuentro con la familia o amigos.

La pirámide nutricional estadounidense ha sido renovada en abril de 2005 con el objetivo de fomentar un cambio en el comportamiento alimentario y la actividad física de los consumidores norteamericanos.

La nueva imagen conserva la forma triangular e incluye a la actividad física como ingrediente clave.

BIBLIOGRAFÍA

- Romero Alvira D, Bueno Gómez J. Radicales libres del oxígeno y antioxidantes en medicina. Editorial Rev. Clin. Española 1998;184(7):345-6.
- Berg P. Dissections and reconstructions of genes and chromosomes, (Nobel lecture). Science 1981;213:296-303.
- Ferreira R. Estrés oxidativo y antioxidantes. De las Ciencias Básicas a la Medicina Aplicada. Buenos Aires: Laboratorios Bagó 1996:24.
- Halliwel B. Antioxidants in human health and disease. Annu Rev Nutrition 1996;16:33-50.
- Fridowich I. The Biology of oxygen radicals. Science 1978;201:875-88.
- Alberts B, Bray D, Lewis J. Molecular Biology of the cell, 3 ed. New York: Garland. Pub Inc 1994:1161-75.
- Halliwel B. The antioxidant paradox. The Lancet 2000;355:1179-84.
- Ames BN, Shigenaga MK, Hagen TM. Oxidants, antioxidants, and the degenerative disease of aging. Proc Natl Acad Sci USA 1993;90:7915-22.
- Cheesman KH, Slater TF. Free Radicals in Medicine. Br Med Bull 1998;49:118-21.
- Cheesman KH, Slater TF. An introduction to free radical biochemistry. Br Med Bull 1998;49:481-93.
- Basaga HS. Biomedical aspects of free radicals. Biochem Cell Biol 1989;68:989-98.
- Naqui A, Britton C, Cadenas E. Reactive oxygen intermediates in biochemistry. Annu Rev Biochem 1996;55:137-66.
- Beckman JS, Koppenal WH. Nitric oxide superoxide, and peroxynitrite- the good, the bad, and the ugly- Am J Physiol 1996;40:C1424-37.
- Diplock A. Antioxidant nutrients and disease prevention: an overview. Am J Clin Nutr 1991;53:S189-93.
- Expósito LA, Kokoszka JE, Waymire KG. Mitochondrial oxidative stress in mice lacking the glutathione peroxidase-1 gene. Free Radic Biol Med 2000;28(5):754-66.
- Turrens J. Fuentes intracelulares de especies oxidativas en condiciones normales y patológicas. Antioxidantes y Calidad de Vida 1994;1:16-9.
- Sun Y, Oberly LW. Redox regulation of transcriptional activator. Free Rad Biol Med 1996;21:335-48.
- Jones DP, Carlson JL, Mody VC, Cal J. Redox state of glutathione in human plasma. Free Radic Biol Med 2000;28(4):625-35.
- Mc Cord Jm, Ormar BA. Sources of free radicals. Toxicol Indust Health 1993;9:23-37.
- Jerlick A, Pitt AR, Schaur RJ, Spickett CM. Pathway of phospholipid oxidation by HOC1 in human LDL, detected by LC-MS. Free Radic Biol Med 2000;28(5):673-82.
- Cadenas E. Biochemistry of oxygen toxicity. Annu Rev Biochem 1997;58:79-110.
- Reylli PM, Burkley GB. Tissue injury by free radicals and other toxic oxygen metabolites. Br J Surg 1990;77:1324-5.
- Rangon V, Bulkley GB. Prospects for treatment of free radicals-mediated tissue injury. Br Med Bull 1993;49:700-18.
- Roche E. Estrés oxidativo y degradación de proteínas. Med Clin 1994;103:189-96.
- Fraga CG, Shigenaga MK, Park JW, Degan P. Oxidative damage to DNA during aging. Proc Natl Acad Sci 1990;87:4533-7.
- Wiseman H, Halliwel B. Damage to DNA by reactive oxygen and nitrogen species: role in inflammatory disease and progression to cancer. Biochem J 1996;S13:17-29.
- Cadet J, Berger M, Dauky T. Oxidative damage to DNA: formation, measurement, and biological significance. Rev Physiol Biochem Pharmacol 1997;131:1-87.
- Oteiza PA. Modificación oxidativa de proteínas. Antioxidantes y calidad de vida 1995;2:12-20.
- Thomas JA. Oxidative stress, oxidant defense and dietary constituents. Modern nutrition in health and disease. 8 ed. Williams and Wilkins; Philadelphia:1994:501-12.
- Reitter RJ. Oxidative processes and antioxidative mechanisms. FASEB J 1995;9:526-33.
- Jakoky WB, Ziegler DM. The enzymes of detoxication. J Biol Chem 1990;265:20715-8.
- Céspedes M, Ela M. Enzimas que participan como barreras fisiológicas para eliminar radicales libres. Rev Cubana Inv Biomed 1996;15(2):75-8.
- Giugliano D. Dietary antioxidants for cardiovascular prevention. Nutr Metab Cardiovasc 2000;10(1):38-44.
- Yu BP. Aging and oxidative stress: modulation by dietary restriction. Free Rad Biol Med 1996;21:651-68.
- Willele WC. Diet and health: What should we eat? Science 1994;264:532-7.
- Halliwel B. Antioxidant nutrients-Efficacy in disease prevention and safety. Bioquímica 1995;feb/Mar:16-8.

PROTOCOLO

de revitalización celular facial con peptonas

Dra. Verónica Rolandelli

Auspicio: Laboratorio Linfar

Respaldo Científico: Centro de Experimentaciones Biológicas y Bioterio.

Facultad de Ciencias Veterinarias. Universidad del Litoral. Director: Dr. Hugo Ortega

Aval: Asociación de Clínica Estética y Reparadora.

Comité de Capacitación Investigación y Docencia Estética.

I. HIPÓTESIS

La aplicación de fibras colágenas, elásticas y placenta, activa la producción de fibras colágenas y elásticas propias, mejorando concomitantemente la morfo-fisiología de todos los órganos y tejidos con el mismo origen embriológico.

II. MARCO TEÓRICO

REVITALIZACIÓN CELULAR FACIAL

Acto médico en el cual los protocolos a plantearse sirven como tratamiento complementario (no alternativo) de las prácticas médicas tradicionales, que tiene como objetivo restituir tejidos, órganos y elementos biológicos constitutivos perdidos, ya sea por el paso del tiempo, por envejecimiento o por patologías agregadas.

Envejecimiento es sinónimo de regresión, desvitalización y pérdida de las capacidades adquiridas durante la juventud y ampliamente utilizadas durante la madurez. Tanto las enfermedades como el proceso de envejecimiento se deben a un déficit en las funciones celulares.

PEPTONAS

Los exponentes mínimos de la estructura proteica, los aminoácidos, serían el resultado final, absorbible y utilizable por el órgano y/o sus células.

Actualmente, se consiguen en el mercado diferentes productos que se diferencian según técnicas de producción usadas.

III. PROTOCOLO

A- Tres grupos de pacientes: Fitz Patrick III, IV y Glogau II, III

Grupo A1: Se realiza protocolo con peptonas vía oral.

Grupo A2: Se realiza protocolo con peptonas vía oral más vía intradérmica.

Grupo A2: Se realiza protocolo placebo con solución fisiológica.

B- Tres grupos de conejos

Grupo B1: Se realiza protocolo con peptonas vía oral.

Grupo B2: Se realiza protocolo con peptonas vía oral e intradérmica.

Grupo B3: Se realiza protocolo placebo con solución fisiológica.

Dos sesiones semanales:

Primera sesión semanal: mesoterapia con colágeno, elastina y placenta (1cc. de cada una).

Segunda sesión semanal: aplicación tópica de las ampollas de colágeno elastina y placenta (estimulando su absorción con electroporación).

DESCUBRÍ LA NUTRICIÓN QUE REVOLUCIONÓ LA SALUD Y LA BELLEZA

Desde 1976 somos especialistas
en Nutrición Celular,
desarrollando suplementos
biológicos sin contraindicaciones
ni intolerancias.

LINFAR®
Peptonum

VITALIL®
Suplementos Nutricionales



www.linfar.com

0810 55 LINFAR (546327)

 **Linfar®**
Tecnología en Nutrición al servicio de la vida.

Apoyo domiciliario: Tratamiento vía oral, con comprimidos de colágeno, elastina y placenta (para personas) 1ml de peptonas de colágeno, elastina y placenta (para conejos).

IV: RESULTADOS

CASOS CLÍNICOS:

Evaluación subjetiva:

- Calificación del paciente.
- Calificación del médico.
- Registro iconográfico.

CASOS EXPERIMENTALES CON ANIMALES:

A las 13 semanas (1 semana luego de la última administración inyectable)

- Observación Macroscópica
- Muestras de piel
- Zona lumbar
- Hígado
- Corazón
- Cabeza de fémur

Las mismas son evaluadas a nivel anatomopatológico.

Se adjunta:

- Protocolo interno CEBB —FCV- UNL-179-11
- Cortes histológicos
- Registros iconográficos

V. CONCLUSIONES

Se ha comprobado clínica, subjetiva, objetiva y científicamente, que la aplicación de peptonas de colágeno,

elastina y placenta, mejora la función y producción de las fibras administradas, y concomitantemente, la de los órganos, células y tejidos con el mismo origen embriológico, activando la neovascularización y osteogénesis.

A nivel estético, se evidencia un cambio en la firmeza, brillo e hidratación de la piel y a nivel general; estimulando la función de todas las células, tejidos y órganos que posean el mismo origen embriológico de las peptonas utilizadas; resultado que se potencia al realizar la aplicación de las mismas por vía intradérmica y sistémica.



AGRADECIMIENTOS

Laboratorio Linfar: provee de las Peptonas utilizadas.

Dr. Hugo Ortega: Director del Centro de Experimentaciones Biológicas y Bioterio de la Facultad de Ciencias Veterinarias de la Universidad Nacional del Litoral.

Dra. Nora Boccoardo: Anatomopatóloga.

BIBLIOGRAFÍA

- FUNDABIO. Fundamentos de la terapéutica con Peptonas, Dr. Marcelo Omar de la Vega Ortega.
- KRYGER. Principles e practice of sleep medicine. Elsevier Books, 2005.
- ANCOLI-ISRAEL. Sleep in the elderly, an issue of sleep medicine clinics. Elsevier Books 2006.
- ARMSTRONG, D. Oxidant. E antioxidant protocols. Springer-Verlag, 2001.
- MOBBS, C. V; HOF, P. R. Functional endocrinology of aging. Karger AG, 1998.
- SURH, Y, J.; PACKER, L. Oxidative stress, inflammation and Bealth. Taylor and francis, 2005.
- INSTITUTE OF MEDICINE. Dietary references intakes: Proposed definition of dietary fiber. Nalt Academy, 2001.
- HEKIMI, S. The molecular genetics of aging. Results e problems in cell differentiation. SPRINGER-VERLAG, 2000.
- TIMIRAS, P.S.; QUAY, W:D. Vernadakis hormones and aging. Doyma libros, 1995.
- BASU, S.; BASU, M. Liposome methods e protocols. Humana Press, 2002.
- DAUM, G. Lipid metabolism e membrane biogenesis. Springe-Verlag, 2004.
- LAJUSTICIA BERGASA, A. M. Colesterol, triglicéridos y su control. Editorial Edaf, 2003.
- GALLI, C.; SIMPOULOS, A.P.; TREMOLI, E Fatty acids and Lipidis: Biological aspects. Karger AG, 1994.
- RATTAN, S.I.; ASPIRALL, R. Aging of organs and systems biology aging and its modulation. Springer-Verlag, 2003.
- MUÑOZ, M.; ARANCETA, J.; GUIJARRO, J. L. Libro blanco de la alimentación de los mayores. Panamericana, 2005.
- RIBERA CASADO, J. L. M; GIL, Alimentación, nutrición y salud en el anciano. Edimsa, 1999.
- DOROSZ, P. Tabla de vitaminas, sales minerales y oligoelementos. Editorial Hispano europea, 2003.
- BUCHNER, J.; KIEFHABER, T. Protein folding bandbook. John Wiley y Sons, 2005.
- GOLEMIS, E.A.; ADAMS, P.D. Protein -protein interactions- a molecular cloning manual. NBN International, 2006.
- BENITO VALLEJO, J. Cuerpo, mente, comunicación. Bienestar Integral en las personas mayores. Amarú ediciones, 2005.
- MORA, F. EL sueño de la inmortalidad. Envejecimiento cerebral. Dogmas y esperanza. Alianza editorial, 2003.

Nuestra experiencia en *Sympatectomía torácica videotoracoscópica*

*Ezequiel Martín Ochoa **, *Carlos Martín Esquivel ***, *José Celis Berreta****, *Máximo Cornet *****

* Jefe de Residentes. Servicio de Cirugía General, Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina.

** Residente de 4° Año. Servicio de Cirugía General, Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina.

*** Staff. Servicio de Cirugía General, Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina.

**** Jefe de Servicio. Servicio de Cirugía General, Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina.

INTRODUCCIÓN

La hiperhidrosis primaria o esencial es un síndrome caracterizado por sudoración excesiva en áreas del cuerpo que no están relacionadas con la termorregulación¹, particularmente en respuesta al calor o estímulo emocional². Es bilateral y típicamente se manifiesta en la niñez y en la adolescencia, teniendo graves implicancias en el ámbito ocupacional, emocional y físico, generando también gran inhibición social¹.

Las causas aún son desconocidas y hay pocos estudios epidemiológicos para determinar la prevalencia exacta del síndrome en la población, pero se estima que afecta al 0,5 - 0,75% de la población general^{2,3}. Se cree que un factor genético está involucrado, ya que el 40% de los pacientes posee historia familiar del síndrome^{3,4}.

El síndrome se manifiesta de diferentes formas, la mayoría (90%) de los pacientes presenta hiperhidrosis palmar, axilar y plantar; la minoría restante presenta hiperhidrosis facial, inguinal o solea³.

Para su tratamiento existen múltiples variantes, incluyendo tratamientos no quirúrgicos como antitranspirantes, anticolinérgicos, iontoforesis, biofeedback y toxina botulínica, que sólo producen una mejoría temporaria y efectiva en los casos leves^{3,4}. En cambio, los tratamientos quirúrgicos que realizan una sympatectomía selectiva son más efectivos y eficientes para curar este síndrome^{3,5}.

La cirugía abierta (cervical, dorsal o axilar) ha caído en desuso debido a que se encuentra asociada a mayor estadía hospitalaria, grandes cicatrices y altas tasas de morbilidad postquirúrgica³. Con el advenimiento de las

técnicas videoendoscópicas, la sympatectomía torácica videotoracoscópica se ha convertido en el tratamiento de elección de la hiperhidrosis con excelentes resultados^{4,5}.

El desarrollo posterior a la cirugía de un aumento de sudoración en partes del cuerpo que previamente no estaban afectadas, llamada hiperhidrosis compensatoria, es una de las complicaciones o consecuencias postoperatorias, habiendo sido reportadas frecuencias cercanas a un 60%⁶, pero tan variables que van desde un 3% a un 98%^{7,8,9}. El síndrome de Horner, otra complicación potencial muy temida, tiene una frecuencia mucho menor, cercana al 0,5%¹⁰.

El objetivo de este estudio es evaluar los resultados y las complicaciones postoperatorias, junto al grado de satisfacción de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en nuestro servicio con diagnóstico de hiperhidrosis palmar y axilar mediante la realización de sympatectomía torácica videotoracoscópica como tratamiento definitivo de su condición.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo realizado por el Servicio de Cirugía General del Sanatorio Allende, para el cual se recolectaron todos los casos de pacientes con diagnóstico de hiperhidrosis palmar y axilar intervenidos quirúrgicamente mediante sympatectomía torácica videotoracoscópica, durante el período comprendido entre Enero de 2005 y Enero de 2009, que cumplieran con los criterios de inclusión del estudio, de edad mayor o igual a 16 años, de ambos sexos y que presentaran hiperhidrosis palmar y axilar primaria o esencial. La mayoría de los pacientes asistió a la consulta preoperatoria espontáneamente, considerando que su

sudoración era severa. No se estableció un método objetivo para valorar la cuantía de la sudoración. Todos los pacientes intentaron reducir previamente la sudoración mediante métodos no quirúrgicos, no obteniendo éxito. Prequirúrgicamente se solicitaron análisis de laboratorio, perfil de coagulación y tele-radiografía de tórax en posición de frente y de perfil. Todos los pacientes o su tutor, previamente a la cirugía, firmaron un consentimiento informado.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Previo a la cirugía, la región axilar de todos los pacientes fue rasurada. El campo quirúrgico fue realizado con solución de alcohol yodado y como antibioticoterapia intraoperatoria se utilizaron dos gramos de cefalosporina de 1ª generación (cefazolina), en forma endovenosa. Para la cirugía, se colocó a los pacientes en posición de semi-Fowler de 20° y decúbito lateral derecho o izquierdo de acuerdo al lado a intervenir, con ambos brazos abducidos formando un ángulo de 90° con el resto del cuerpo.

Todos los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente por el mismo cirujano y bajo anestesia general. Se realizó ventilación de un solo pulmón mediante tubo endotraqueal doble lumen para colapsar el pulmón del lado a intervenir y así obtener el campo operatorio. En todos los casos se utilizaron tres trócares, uno de 10 mm y los dos restantes de 5 mm. Se realizó una incisión con bisturí frío de 10 mm a nivel del cuarto espacio intercostal sobre la línea axilar media por donde se introdujo el trocar de 10 mm previo colapso pulmonar. Bajo visión toracoscópica a través del trocar de 10 mm, se colocó posteriormente un trocar de 5 mm a nivel del tercer espacio intercostal sobre la línea axilar anterior, y el segundo trocar de 5 mm a nivel del tercer o cuarto espacio intercostal sobre la línea axilar posterior. En ningún paciente se utilizó insuflación de CO₂ en la cavidad pleural. Se realizó visualización de la cavidad pleural mediante óptica laparoscópica de 30° e identificación del ganglio estrellado y la cadena de ganglios simpáticos.

A los pacientes que presentaron hiperhidrosis palmar se les realizó simpatectomía de los ganglios T2 a T4, extendiéndose ésta desde el segundo hasta el quinto arco costal (Figura N° 1 A), y a los que presentaron hiperhidrosis palmar y axilar se les realizó simpatectomía de los ganglios T2 a T5, desde el segundo al sexto arco costal. (Figura N° 1 B). La cadena de ganglios simpáticos se identificó fácilmente en todos los pacientes tomando como referencia anatómica el ganglio estrellado y el segundo arco costal. (Figura N° 2). Se realizó la apertura transversal de la pleura parietal y la disección de la cadena simpática mediante electrobisturí, utilizando el mismo en su modo "diatermocoagulación" a 50 wats de potencia con un generador electroquirúrgico. La sección de la porción disecada se completó con tijera. Cualquier fibra nerviosa aberrante (fibras de Kuntz) fue

seccionada. Se extrajo el material de sección a través de uno de los trocares de 5 mm. Se cauterizaron los extremos restantes de la cadena simpática con pinza bipolar a 20 wats de potencia, salvo en los casos donde el ganglio T1 se encontraba muy próximo al ganglio T2, prefiriendo evitar el uso de calor. Posteriormente, toda el área operatoria fue evaluada para detectar cualquier sangrado o problema intraoperatorio.

Una vez finalizado el procedimiento, se realizó la extracción de los trócares de 5 mm y en uno de los orificios se colocó, bajo visión toracoscópica, un drenaje de silastic, el cual fue conectado como drenaje pleural bajo trampa de agua. A continuación, se realizó la expansión pulmonar con presión positiva, en tanto se procedía a retirar el trocar de 10 mm visualizando la correcta expansión pulmonar. Las heridas quirúrgicas fueron suturadas con mononylon 4-0 con técnica intradérmica. Se fijó el drenaje a la pared torácica. El mismo procedimiento se efectuó en el lado contrario, en algunos pacientes en el mismo acto operatorio y en otros, en una segunda cirugía diferida a las dos o tres semanas de la primera cirugía, de acuerdo con la elección de cada paciente.

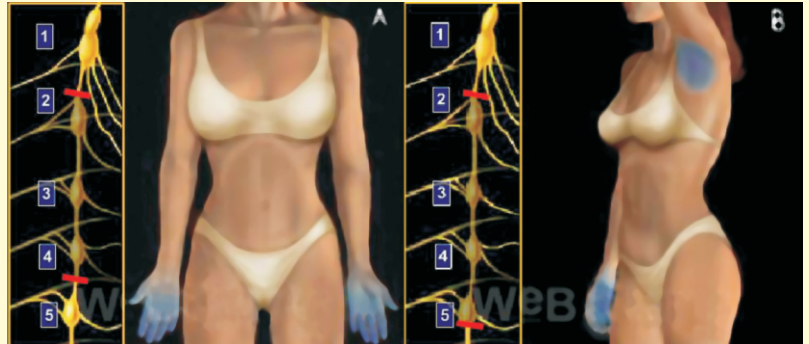


Figura 1: A - B

Como determinación objetiva en el postoperatorio inmediato de una resección exitosa de la cadena ganglionar simpática se observó la vasodilatación y elevación de la temperatura palmar, de 1° a 2° C.

Durante la primera y segunda hora del postoperatorio se realizó a todos los pacientes tele-radiografías de tórax en posición de frente y de perfil para descartar neumotórax o hemotórax y visualizar la posición del drenaje. Las mismas tomas radiográficas fueron obtenidas a las 24 hs. del postoperatorio, posterior a la extracción del drenaje pleural, para descartar neumotórax residual. Los puntos de sutura fueron retirados entre los siete y diez días postoperatorios. Se les prescribió analgesia vía oral y recomendaciones al alta sanatorial.

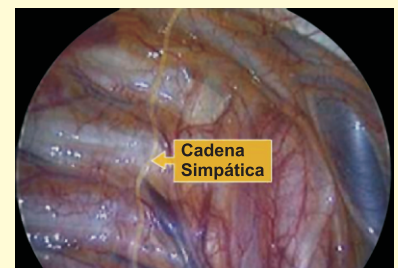


Figura 2

Los datos de los pacientes fueron recogidos de las historias clínicas y se utilizó para el registro de la evolución postoperatoria los controles realizados en consultorio durante

el primer y segundo mes postoperatorio, dicho registro se obtuvo de la base de datos de esta institución.

Como parámetro para evaluar la evolución de los pacientes en los controles postoperatorios, se les preguntó acerca del grado de satisfacción o no que habían logrado con la intervención quirúrgica, y si el paciente consideraba que había mejorado totalmente, parcialmente o no presentaba cambio alguno respecto de su situación previa. Además, se consignó la cuantía y extensión de la hiperhidrosis compensatoria de acuerdo a la repercusión que ésta tenía en su vida diaria, clasificándola en severa o no severa. Severa se consideró a la sudoración que interfería la vida diaria, usualmente requiriendo cambios de ropa dos o tres veces por día. No severa se consideró a la sudoración que el paciente notaba, pero que no generaba molestias para la vida diaria. Además, se registró cualquier tipo de complicación postoperatoria que pudo surgir.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se introdujeron todos los datos en una planilla de cálculos de Microsoft Excel y el análisis estadístico fue realizado con el software EPIDAT versión 3.1.

RESULTADOS

Durante este período de cuatro años fueron intervenidos quirúrgicamente 20 pacientes con diagnóstico de hiperhidrosis palmar y axilar, realizándose un total de 40 intervenciones quirúrgicas.

El 50% de los pacientes prefirió realizar la cirugía en forma bilateral en el mismo acto operatorio, en el otro 50% se realizó la segunda intervención diferida a las dos o tres semanas de la primera cirugía.

De la población 20 pacientes, 14 eran de sexo femenino y 6 de sexo masculino. La edad promedio fue de 23 años (rango de 17- 34 años). El rango de peso de todos los pacientes fue de 40 a 83 Kg.

De los 20 pacientes, a 8 de ellos (40%) se les realizó simpatectomía T2 a T4 como tratamiento de su hiperhidrosis palmar y a 12 pacientes (60%) se les realizó simpatectomía T2 a T5 como tratamiento de su hiperhidrosis palmar y axilar.

Todas las cirugías se realizaron enteramente por videotoracoscopia. Se estimó un tiempo operatorio promedio cercano a una hora para las cirugías realizadas en forma bilateral en un tiempo, y de 35 minutos para cada una de las cirugías realizadas en forma unilateral o diferida. El tiempo fue calculado desde el momento de realización de la primera incisión cutánea hasta la colocación de los vendajes en las heridas.

Las complicaciones intra y postoperatorias se describen en la Tabla 1. No hubo ninguna complicación intraoperatoria mayor ni muerte. Ningún paciente desarrolló síndrome de Horner.

Se colocó drenaje pleural de silastic bajo trampa de agua a 16 pacientes en ambos lados del tórax, sólo uno de los pacientes presentó, luego de la extracción del mismo en el

postoperatorio, neumotórax del 10% del lado izquierdo que se constató con las tomas radiográficas. Fue controlado periódicamente, observándose la resolución completa del mismo. Todos los pacientes fueron dados de alta a la mañana siguiente de la intervención quirúrgica.

TABLA 1. Complicaciones intra y postoperatorias	
Intraoperatorias	
Sangrado	0
Lesión pulmonar	0
Conversión a cirugía abierta	0
Postoperatorias	
Neumotórax: n (%)	1 (5)
Neuritis o neuralgia intercostal	4 (20)
Sequedad de manos	3 (15)
Sudoración residual	4 (20)

La determinación objetiva en el postoperatorio inmediato de una resección exitosa de la cadena ganglionar simpática se evidenció en el 100% de los pacientes, produciéndose vasodilatación y elevación de la temperatura palmar de 1° a 2° C.

Ninguno de los pacientes refirió no haber presentado cambio alguno, 16 pacientes señalaron mejoría total de sus síntomas y los restantes 4 mejoría parcial de su situación previa, tanto para los que presentaban hiperhidrosis palmar como los que presentaban hiperhidrosis palmar y axilar. Estos últimos 4 pacientes, que estaban dentro de los 12 pacientes a los que se les realizó resección T2 a T5, refirieron mejoría parcial de sus síntomas debido a que presentaron, postoperatoriamente, hiperhidrosis residual en las palmas y en la axila. Pero el 100% de los pacientes confirmaron gran satisfacción con los resultados obtenidos. No se estableció relación entre los síntomas preoperatorios (hiperhidrosis palmar y axilar) y el grado de satisfacción.

Los 20 pacientes presentaron hiperhidrosis compensatoria y el inicio de este cuadro ocurrió dentro del primer mes postoperatorio. Sólo un 10% de los pacientes atribuyeron que era severa, mientras que el 90% restante comentó que esta hiperhidrosis no generaba molestias para la vida diaria. El 60% de los pacientes expresó que su hiperhidrosis compensatoria se manifestaba en el abdomen y piernas, y el 40% restante en la región dorsal. En la figura 3 y 4 se muestran las frecuencias de hiperhidrosis compensatoria en las distintas áreas afectadas, de acuerdo con la extensión de la simpatectomía. (Figuras N° 3 y 4).

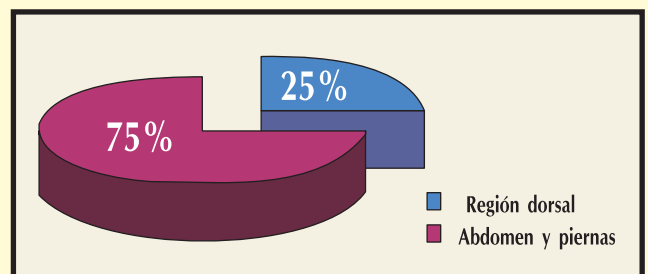


Figura 3

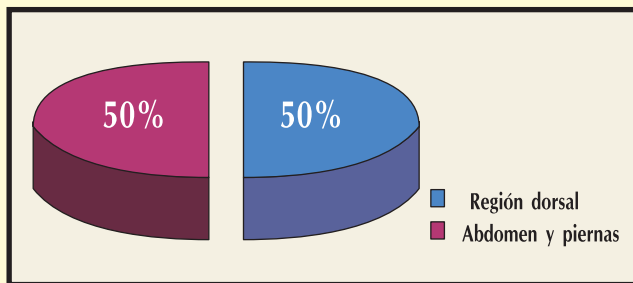


Figura 4

DISCUSIÓN

La hiperhidrosis esencial o primaria se caracteriza por una sobre estimulación del sistema nervioso simpático, lo que conduce a una sudoración excesiva y vasoconstricción en las palmas de las manos, en las axilas y en las plantas de los pies^{4,7}. Otras manifestaciones clínicas de esta condición son el enrojecimiento facial, hiperhidrosis facial, y en menor medida, migrañas, palpitaciones, ansiedad y rinitis vasomotora^{4,10}. La hiperhidrosis palmar puede ser una condición muy incapacitante y desesperante para los pacientes, tanto en los adultos, inhabilitándolos en su lugar de trabajo y socialmente, como en los jóvenes en la escuela y al realizar las tareas diarias^{1,4}. Hecho que queda demostrado en nuestro estudio, ya que la mayoría de los pacientes asistió a la consulta preoperatoria espontáneamente, en busca de una solución definitiva de su condición.

El primero en describir la simpatectomía torácica como tratamiento de la hiperhidrosis fue Kotzareff en la década de 1920¹¹, pero el primero en realizar la simpatectomía torácica endoscópica fue Kux en 1940, y en la década de 1990 se realizó la primera cirugía torácica videotoracoscópica para la hiperhidrosis⁷. Esta técnica se ha popularizado debido a que se le ofrece al paciente un procedimiento con los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva con baja morbilidad y mortalidad^{7,12}. Por ser el síndrome de hiperhidrosis una condición que no compromete la vida, esta intervención quirúrgica es extraordinariamente segura, con gran satisfacción posterior para el paciente¹⁰. Además de la hiperhidrosis, la simpatectomía es una técnica viable para otras indicaciones como enfermedad de Buerger, síndrome de Raynaud, dolor intratable por úlceras isquémicas en los brazos, distrofia simpática, síndrome de QT prolongado y dolor pancreático, esta última mediante esplanicectomía^{7,13,14}.

Si bien la intervención quirúrgica para la hiperhidrosis es aceptada desde hace décadas⁴, actualmente no hay consenso clínico sobre a qué nivel debe realizarse la simpatectomía para solucionar los síntomas preoperatorios¹⁰. Lin y Telaranta introdujeron la clasificación de los desórdenes simpáticos de acuerdo a la distribución segmentaria de la inervación simpática¹⁵. Como indica esta clasificación, la interrupción del ganglio simpático T2 mejora los síntomas de enrojecimiento facial y desorden vibratorio, T3 para hiperhidrosis facial, T4 para hiperhidrosis palmar, y T5 para hiperhidrosis axilar^{15,16}. La Sociedad Japonesa de Cirugía Simpática Toracoscópica recomienda la resección de los ganglios T3 y T4 (extendiéndose hasta T2) para hiperhidrosis

palmar y T5 para axilar⁷. Los resultados de nuestro trabajo confirman que estas clasificaciones son más que válidas, ya que la condición preoperatoria de todos nuestros pacientes mejoró, sea en el caso de hiperhidrosis palmar seccionando la cadena simpática hasta T4 o en el caso de hiperhidrosis palmar y axilar hasta T5.

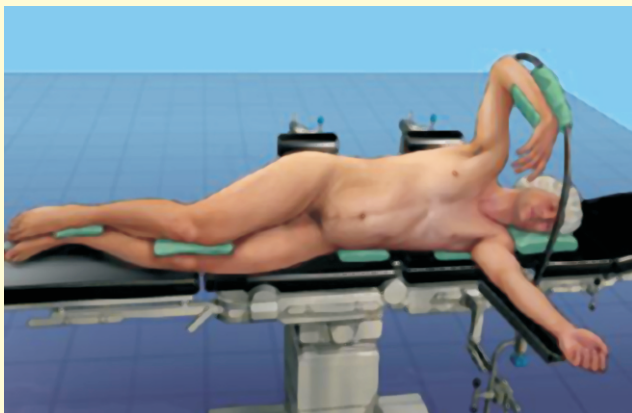
Un hecho importante a tener en cuenta en el postoperatorio inmediato, si la resección de la cadena ganglionar simpática ha sido correcta y exitosa, es observar el fenómeno de vasodilatación y elevación de la temperatura palmar entre 1° y 2° C. Este fenómeno ha sido constatado en el 100 % de los pacientes de nuestra serie, al igual que lo señalado por Reisfeld y Lu, en sus respectivas publicaciones^{3,17}.

Uno de los efectos colaterales de esta intervención que mayormente repercute en la calidad de vida de los pacientes es la presencia de hiperhidrosis compensatoria^{5,8,9,16,18}. Con el fin de reducir la incidencia de esta complicación, varios autores limitan la extensión de las secciones de la cadena simpática a un solo nivel, existiendo la posibilidad de recidiva de los síntomas preoperatorios^{7,11}; otros sugieren la preservación de la cadena simpática realizando bloqueos selectivos de ramas comunicantes y fibras postganglionares⁹, y algunos otros colocan clips en la cadena simpática sin seccionar ni cauterizar los ganglios simpáticos, una técnica reversible, ya que en el caso de presentar la complicación, se podría extraer el clip en una segunda intervención^{4,15,18}. Chwajol et al., concluye en su estudio que no hay relación entre el nivel de sección de la cadena simpática y el desarrollo de hiperhidrosis compensatoria¹. Pero en todas las series la incidencia de hiperhidrosis compensatoria varía desde un 3% hasta a un 98%^{2,9,10-13,15,16,18}. Chang et al. señaló que la frecuencia de esta complicación aumenta mientras mayor sea la sección ganglionar¹⁶. La incidencia de hiperhidrosis compensatoria en nuestro trabajo fue del 100%, ajustándose a lo publicado por los distintos autores y confirmando lo expuesto por Chang. También se observó que las zonas que más frecuentemente se afectan son el abdomen, la región dorsal y las piernas, coincidiendo con lo expuesto por Gossot, Lin y Chang^{2,9,16}.

Si bien el 100% de los pacientes presentó hiperhidrosis compensatoria y sólo en el 10% de los casos era severa, similar porcentaje publicó Libson¹⁸, esta complicación no se relacionó con el grado de satisfacción postoperatoria de los pacientes, ya que todos refirieron estar muy satisfechos con los resultados obtenidos. Asumimos que este es un inconveniente menor comparado con sus síntomas preoperatorios. Este hecho fue señalado por Wilson, quien sugiere que es importante discutir este fenómeno con los pacientes preoperatoriamente y hacerlo constar en el consentimiento informado⁸.

Nuestra serie reveló otras complicaciones postoperatorias menos frecuentes, como el caso de un paciente (5%) con neumotórax con resolución completa posterior, como también lo señala Gossot⁶ en su evaluación de las complicaciones tempranas de la simpatectomía torácica endoscópica. Otra complicación que se observó fue la neuritis

o neuralgia intercostal, creemos que puede haber sido desencadenada por el ingreso de los trócares a la pared torácica. La incidencia de esta complicación podría ser disminuida utilizando trócares más pequeños, de 5 mm para la óptica y de 3 mm para las pinzas, como lo expone Krasna¹², o



mediante la introducción solamente de un toroscopio de 8 mm con canal de trabajo, utilizado por Chwajol¹. La sequedad de las manos es una complicación ampliamente documentada, alcanzando en algunas series porcentajes de hasta el 51% de los pacientes^{6,8}, en nuestro estudio este porcentaje fue del 15%. Un 20% de los pacientes refirió sudoración residual, según Katara esto se puede deber a varias razones como

errónea identificación de los niveles ganglionares, resección incompleta, fibras nerviosas accesorias, regeneración nerviosa, o inervación por el ganglio estrellado⁷. Li et al, señaló que este interesante fenómeno ocurrió en el 3% de los pacientes de su serie⁵.

Si bien la serie presentada en este estudio no es de gran magnitud y el seguimiento de los pacientes debe ser a largo plazo para obtener conclusiones definitivas, creemos que la contribución al presentar nuestra experiencia en simpatectomía torácica videotoroscópica puede ser beneficiosa, ya que los resultados obtenidos se asemejan a los reportados por la literatura mundial, confirmando que esta técnica quirúrgica es de elección en el tratamiento de la hiperhidrosis palmar y axilar.

CONCLUSIÓN

La simpatectomía torácica videotoroscópica puede ser realizada de forma segura y con excelentes resultados como tratamiento de la hiperhidrosis palmar y axilar. La hiperhidrosis compensatoria es la mayor complicación, pero según nuestro estudio, a pesar de que ésta sea severa en algunos casos, es bien tolerada y no afecta el grado de satisfacción postoperatoria de los pacientes, ya que se consigue la solución de su condición preoperatoria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chwajol M, Barrenechea I, Chakraborty S, Lesser J, Connery C, Perin N. Impact of compensatory hiperhidrosis on patient satisfaction after endoscopic thoracic sympathectomy. *Neurosurgery* 64:511-518 (2009).
2. Lin T, Kuo S, Chou M. Uniportal endoscopic thoracic sympathectomy for treatment of palmar and axillary hiperhidrosis: analysis of 2000 cases. *Neurosurgery* 51:84-87 (2002).
3. Reisfeld R, Nguyen R, Pnini A. Endoscopic thoracic sympathectomy for treatment of essential hiperhidrosis síndrome: experience with 650 patients. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 10:5-10 (2000).
4. Reisfeld R, Nguyen R, Pnini A. Endoscopic thoracic sympathectomy for hiperhidrosis. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 12:255-267 (2002).
5. Li X, Tu Y, Lin M, Lai F, Chen J, Dai Z. Endoscopic thoracic sympathectomy for palmar hiperhidrosis: a randomized control trial comparing T3 y T2-4 ablation. *Ann Thorac Surg* 85:1747-1752 (2008).
6. Gosso D, Kabiri H, Caliendo R, Debrosse D, Girard P, Grunewald D. Early complications of thoracic endoscopic sympathectomy: a prospective study of 940 procedures. *Ann Thorac Surg* 71:1116-1119 (2001).
7. Katara A, Domino J, Cheah W, So J, Ning C, Lomanto D. Comparing T2 and T2-T3 ablation in thoracoscopic sympathectomy for palmar hiperhidrosis: a randomized control trial. *Surg Endosc* 21:1768-1771 (2007).
8. Wilson M, Magee T, Galland R, Dehn T. Results of thoracoscopic sympathectomy for the treatment of axillary and palmar hiperhidrosis with respect to compensatory hiperhidrosis and dry hands. *Surg Endosc* 19:254-256 (2005).
9. Gosso D, Galeta D, Pascal A, Debrosse D, Caliendo R, Girard P, et al. Long-term results of endoscopic thoracic sympathectomy for upper limb hiperhidrosis. *Ann Thorac Surg* 75:1075-1079 (2003).
10. Kwong K, Cooper L, Bennett L, Burrows W, Gamliel Z, Krasna M. Clinical experience in 397 consecutive thoracoscopic sympathectomies. *Ann Thorac Surg* 80:1063-1066 (2005).
11. Doolabh N, Horswell S, Williams M, Huber L, Prince S, Meyer D, et al. Thoracoscopic sympathectomy for hiperhidrosis: indications and results. *Ann Thorac Surg* 77:410-414 (2004).
12. Krasna M. Thoracoscopic sympathectomy: a standardized approach to therapy for hiperhidrosis. *Ann Thorac Surg* 85:764-769 (2008).
13. Krasna M, Jiao X, Sonett J, Gamliel Z, King K. Thoracoscopic sympathectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 10:314-318 (2000).
14. El-Dawlatly A. Impedance cardiography: noninvasive measurement of hemodynamics and thoracic fluid content during endoscopic thoracic sympathectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 15:328-331 (2005).
15. Lin C, Telaranta T. Lin-Telaranta classification: the importance of different procedures for different indications in sympathetic surgery. *Ann Chir Gynaecol* 90:301-303 (2001).
16. Chang Y, Li H, Lee J, Lin P, Lin C, Kao E, et al. Treatment of palmar hiperhidrosis. *Ann Surg* 246:330-336 (2007).
17. Lu K, Liang C, Cho C, Cheng C, Yen H, Rau C, et al. Patterns of palmar skin temperature alterations during transthoracic endoscopic T2 sympathectomy for palmar hiperhidrosis. *Auton Neurosci* 86:99-106 (2000).
18. Lisbon S, Kirshstein B, Mizrahi S, Lantsberg L. Evaluation of compensatory sweating after bilateral thoracoscopic sympathectomy for palmar hiperhidrosis. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 17:511-513 (2007).



CONCEPTO

e s t é t i c o

Que a su colección
no le falte nada



OPORTUNIDAD por tiempo limitado



Ediciones 32 y 33 en cd interactivo

Suscripción anual impresa, recibida en su domicilio
(La suscripción anual incluye 6 ejemplares)

Bases y Condiciones

Tel: (+54 11) 4-953-4635

Mail: info@conceptoestetico.com.ar

COLOR PEEL:

Método específico para el tratamiento de las estrías

Cosmiatra: Beatriz Archiprete

Dirección: Cnel. Díaz 1965. 9º D

Capital Federal - Buenos Aires - Argentina

Tel/Fax: (5411) 4748 - 4444

Consultorio: (5411) 4826-1809 Cel: 15- 5414- 7535

e-mail: beatrizarchiprete@gmail.com / www.beatrizarchiprete.com.ar

Las estrías son lesiones cutáneas atróficas, lineales o fusiformes, de longitud variable y superficie brillante con bordes bien delimitados.

Presentan alteraciones del tejido conectivo dérmico como consecuencia de alteraciones estructurales de fibras colágenas y elásticas.

Este tratamiento ha sido desarrollado especialmente para el mejoramiento y resolución de las estrías. Puede aplicarse sin restricción de edad ni de sexo. Tampoco es limitante la antigüedad de la afección ya que puede utilizarse en estrías de reciente aparición o crónicas y de distintas etiologías, ya sean por causas mecánicas, endócrinas, etc.

ESTADÍSTICAS

- El 32 % de las mujeres embarazadas las presentan y entre el 70 al 90 % a partir del sexto mes.
- Se presentan en el 30 al 70 % de las mujeres adolescentes.
- En los procesos de disminución de peso aparecen en el 21%.
- Por el uso de corticoides las encontramos en el 15%.

ETIOLOGÍA DE ESTA AFECCIÓN

Comprende factores como:

- Drogas
- Factores endócrinos
- Factores mecánicos

- Factores nutricionales
- Factores genéticos

ACCIÓN DE LOS CORTICOIDES

(Tópicos o sistémicos)

Presentan un importante efecto antianabólico a nivel de las células epidérmicas y dérmicas con inhibición en la síntesis de colágeno, así como un efecto catabólico sobre proteínas estructurales dérmicas. Esto determina una disminución a la resistencia tensora de las estructuras fibrosas de la dermis.

FACTORES ENDÓCRINOS

El aumento de la actividad de la corteza suprarrenal genera el aumento de estrógenos, progesterona y glucocorticoides que determina retención de agua y sales en el intersticio dérmico con el consiguiente debilitamiento de las estructuras de sostén.

Le debemos sumar a estos efectos los propios de los corticoides por su acción antianabólica celular a nivel epidérmico y dérmico, con inhibición en la síntesis de colágeno y efecto catabólico sobre las proteínas que determina una disminución en la resistencia tensora de la piel.

FACTORES MECÁNICOS

El estiramiento rápido de la piel y la distensión de la matriz extracelular provoca adelgazamiento y ruptura del tejido conectivo dérmico.

Esto sucede sobre todo en los cuadros de obesidad, embarazo y pacientes que realizan una gran actividad física con aumento de la masa muscular.

Es interesante destacar que estos fenómenos no se observan en el uso de expansores cutáneos donde se provoca una rápida distensión de la piel.

FACTORES GENÉTICOS

No debemos olvidar este factor de predisposición familiar, sobre todo en la prevención de esta patología estética.

Esta predisposición se verifica a nivel de alteraciones en las fibrilinas, que son componentes estructurales de las fibras elásticas. Se han encontrado anticuerpos antifibrilinas.

También se verificó en el Síndrome de Marfan, que presenta alteraciones en el tejido conectivo y presencia de estrías, mutaciones en el cromosoma 15 sobre la fibrilina 1 y sobre el cromosoma 5 en la fibrilina 2.

HISTOLOGÍA

En el examen histológico nos encontramos con:

- Epidermis adelgazada.
- Distribución de las fibras colágenas en paquetes densos y paralelos.
- Desaparición de anexos.
- Límite inferior de dermis profunda.
- Muy pocos vasos o células.
- Fibras elásticas juntas y paralelas.
- Apariencia histológica semejante a una cicatriz.

ALTERACIONES EN LOS FIBROBLASTOS

Las alteraciones en las funciones de los fibroblastos determinan una serie de cambios a nivel de las fibras de estructuras de sostén, tanto en su distribución como en su cantidad.

- Alteraciones físico-químicas del colágeno que determinan entrecruzamiento de los haces.
- Disminución en la producción de colágeno I.
- Disminución de concentración de lastina y fibras elásticas en la dermis papilar.
- Aumento significativo en la concentración de Glucosaminoglicanos.
- Mala orientación de las fibras de elastina y fibrilina en la dermis profunda, ya que se ven con una distribución paralela en lugar de verticales como en las regiones sin estrías.

CLÍNICA

Predominan en el sexo femenino y generalmente comienzan antes de los 40 años.

Actualmente, debemos destacar su aparición en las adolescentes que comienza con una etapa sub-clínica, luego una etapa inflamatoria, con lesiones lineales eritematosas y violáceas, y por último, una etapa cicatrizal, donde ya existe una atrofia, con epidermis adelgazada, lisa, brillante y nacarada.

LOCALIZACIONES

Las zonas más frecuentes son: Abdomen, Flancos, Glúteos y Muslos. En los miembros superiores, la zona de deltoides y bíceps, y en el sexo femenino, en los senos.

TRATAMIENTO

En la actualidad contamos con este novedoso tratamiento llamado Color Peel que ha sido utilizado desde hace cuatro años con excelentes resultados.

Los objetivos de este tratamiento son mejorar la textura de la piel y también la discromía, logrando una disminución de los bordes de las estrías, otorgando una excelente tonificación de la piel y disminuyendo la irregularidad epidérmica.

Las ventajas de este método son:

- Su fácil aplicación.
- No provoca alergias.
- No es en absoluto molesto.
- Tiene muy bajo costo profesional.

ESQUEMA TERAPÉUTICO

• Aplicación: 1 vez por semana. Mínimo 4 sesiones. Máximo 10 a 12 sesiones.

• Mantenimiento domiciliario: 12 semanas.

El método se basa en la utilización de dos productos en solución alcohólica, de uso ambulatorio. Uno de los productos es claro y el otro oscuro, y se combinan para lograr un color semejante al de la piel del paciente.

ACCIÓN TERAPÉUTICA

- Estimulación del colágeno y aumento de la elasticidad en la zona tratada.
- Libera la zona de depresiones o relieves.
- Aumenta la pigmentación de la zona hipocrómica, de las estrías y cicatrices.
- Mimetiza el color blanco — madreperla típico de estas afecciones inestéticas.

COMPOSICIÓN DEL PRODUCTO

• **Color Peel Solución:** Isopropyl alcohol — Ácido Láctico — Ácido Salicílico — Acetato de resorcinol — Factor pigmentante — Agua.

• **Color Peel Crema:** Cyclomeyhocone — Isohexadecane — Ácido Láctico (para uso domiciliario) — Glicerina — Acetato de Resorcinol — Agua.



Inmersa en las Sierras de Córdoba, La Posada del Qenti ofrece una amplia gama de servicios médicos y spa, para que cuidar su salud, sea la experiencia más placentera.

Relax
Gestión de Peso
Anti Tabaco
Rejuvenecimiento



(03541) 495715 / (011) 43076046 - laposada@qenti.com - www.qenti.com

- **Color Peel – Gel/Líquido:** puede reemplazar a la crema de mantenimiento.
- Resorcina 10 %
- Ácido Salicílico 8 %
- Alcohol 70°, 90 cc.

MATERIALES NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO COLOR PEEL

- Producto abrasivo de higiene. Puede ser micro dermo abrasión mecánica o manual.
- Fango Termal Deshidratado (opcional).
- Agua termal o mineral (opcional).
- Papel Film (osmótico).
- Alta frecuencia (opcional).
- Color Peel claro
- Color Peel oscuro
- Solución Neutralizante (sólo en caso de ardor).
- Bols y Pinceles.

Técnica de ejecución

Individualizar la zona a tratar. Es indispensable verificar que la zona no presente escoriaciones u otras alteraciones análogas. El producto será inmediatamente absorbido y puede causar irritaciones en algunos casos.

Primeramente se efectúa la higiene de la zona con productos abrasivos.

No utilizar productos alcohólicos.

PROTOCOLO DEL TRATAMIENTO COLOR PEEL

1- Higienizar la zona

- Producto granulado, abrasivo suave y fino.
- (Opcional). Pincelar con Fango Termal Deshidratado, activado con agua termal o mineral, ocluir la zona con papel osmótico (film), tapar y dejar en reposo 20' y lavar.
- (Opcional). Aplicar Alta Frecuencia en la zona a tratar.
- Todo lo que el profesional actuante estime conveniente realizar para la estimulación circulatoria y para el mejoramiento del tejido cutáneo, se puede y se debe aplicar antes del producto Color Peel.

2- Aplicación

Pieles Blancas

Colocar en un recipiente pequeño unos 2cc el producto claro, agregando con gotero el producto oscuro, hasta lograr que la mezcla se mimetice con el color de la piel.

Pieles Trigueñas o Morenas

Tomar como base el producto oscuro, agregando gotas del producto claro.

Los principios activos se encuentran en las dos soluciones. Pincelar la zona y observar cuidadosamente la absorción del producto.

Si no provoca ninguna reacción eritematosa o frost, se puede repetir la misma operación, sobre la aplicación anterior.

Efectuar la aplicación con pincel del tipo cresta de gallo, con movimientos ligeros, partiendo del centro de la zona hacia la periferia.

Se debe esfumar el contorno para no crear cambios abruptos en la coloración ni el efecto goteo.

Estar atento durante algunos minutos, observando que no se produzca ninguna alteración cutánea.

Es normal que el paciente refiera prurito o enrojecimiento de la piel; si la manifestación es demasiado importante, utilizar apósitos con emulsión neutralizante alcalina (del tipo de leche de magnesia).

El producto no se debe remover de inmediato, se deja aplicado cuando la paciente se retira.

PRECAUCIÓN

El producto mancha, por lo tanto se debe tener mucho cuidado durante la utilización con la ropa del profesional, de la paciente y de la camilla.

INFORMACIÓN PARA LA PACIENTE

1. Advertir a la paciente que no se debe lavar en las siguientes seis horas al tratamiento.
2. No usar ropa demasiado adherente, sobre todo en la zona donde se efectúa el tratamiento.
3. Cuando concurre la aplicación del "Color Peel", llevar ropa que no sea de cuidado, preferentemente oscura. Puede ocurrir que se tiña con el excedente del producto y se manche.
4. Acompañando el tratamiento y para el uso en domicilio, la paciente se aplicará "Color Peel Crema" o la preparación en gel que se sugiere, por la noche; comenzando siempre al día siguiente de la aplicación en consultorio.
5. Durante el ciclo del tratamiento con "Color Peel", evitar la exposición a los rayos U.V.A y U.V.B.
6. Evitar la utilización de ropas o cremas alergizantes.

- Con el tratamiento COLOR PEEL la piel puede quedar muy seca y fácil de descamar, en realidad lo que estamos provocando es un peeling.

- Indicar pantalla solar, cubrir la zona, evitar la exposición solar directa.

- Es aconsejable que a partir de la cuarta o quinta aplicación, el paciente utilice diariamente emolientes.



ESTÉTICA LINK

el espacio para el profesional de la estética

Únete a la comunidad de profesionales de la estética más importante.

- Notas
 - Entrevistas
 - Videos
 - Calendario de eventos
- y mucho más!!!**

Ingresa a www.esteticalink.com
El registro es gratuito

Recibí mensualmente todas las novedades.

L.P.I.: principios de funcionamiento

Danilo Martínez

Técnico Universitario Electrónico

Dalur Electromedicina

Entender los principios básicos del funcionamiento técnico de los equipos brinda al profesional la posibilidad de entender y justificar con otra óptica los fundamentos de los protocolos que se utilizan en distintos tratamientos.

Este artículo presenta de manera breve algunos aspectos técnicos que ayudarán a entender el principio de funcionamiento de los equipos de Luz Pulsada Intensa.

Los tratamientos con Luz Pulsada Intensa se basan en el principio de fototermólisis (foto = luz, termo = calor, lisis = destrucción). A diferencia de otros métodos de depilación de efecto prolongado basados en este mismo principio como láser de diodo, láser de rubí, etc.; el sistema de fotodepilación por luz pulsada intensa utiliza la emisión de un haz de luz no coherente policromático de gran intensidad en pulsos de muy pequeña duración. Gracias al amplio espectro de longitudes de onda que genera permite, de acuerdo al objetivo del tratamiento, utilizar filtros selectivos para eliminar las longitudes de onda no deseadas. Por

ejemplo, para la eliminación progresiva del vello (el principal uso de este tipo de equipamiento) es preferente utilizar longitudes de onda cercanas a los 610nm (Figura 1) por la profundidad de penetración y la tasa de absorción de la melanina en este rango. Esta longitud de onda corresponde (ver gráfico del espectro de longitudes de onda) a un tono amarillo.

En lo que respecta a la potencia, para un adecuado tratamiento, el equipo debe ser capaz de entregar una gran cantidad de energía, suficiente para destruir el folículo piloso.

En equipos de uso profesional esta energía se especifica en Joules/cm² y se encuentra en el orden de los 50(J/cm²) a máxima potencia. Es muy importante que el equipo sea capaz de entregar esta energía en un breve lapso de tiempo (en el orden de los 30ms). Este pequeño periodo de tiempo debe respetar el TRT (tiempo de relajación térmica) de la piel, tiempo necesario para que las partículas



El espectro de luz visible se encuentra en longitudes de onda entre 400nm y 700nm (infrarrojo - ultravioleta). Un flash de Luz Pulsada Intensa sin filtrar emite longitudes de onda entre 515nm y 1200nm (haz de luz policromático).

disminuyan la temperatura alcanzada inmediatamente después del impacto de la luz en un 50%. De esta manera se asegura la destrucción selectiva del folículo piloso sin afectar de manera permanente la región adyacente.

La fuente de luz en los equipos de Luz Pulsada Intensa son lámparas de Xenón, esto permite, a diferencia de los láser que trabajan con emisiones de luz coherente, mayores áreas de aplicación y gran espectro de longitudes de onda.

Es preciso entender que la energía entregada en forma de luz necesita un medio para propagarse hasta el núcleo del folículo. Para esto, los cromóforos de la piel con propiedades ópticas particulares permiten eliminar la estructura que las contiene sin dañar el medio circundante. Los cromóforos más importantes de la piel son el agua, la

melanina y oxihemoglobina. La melanina es el medio conductor que la mayoría de los sistemas de fotodepilación intenta alcanzar pues su curva de absorción es muy amplia y permite trabajar con diferentes longitudes de onda. Por este proceso selectivo es que se observan mejores resultados en pacientes con pieles claras y vello oscuro.

Entender y llevar al vocabulario diario estos conceptos técnicos ayuda a una mejor interacción entre los profesionales de la salud y desarrolladores de este tipo de equipamiento tanto a la hora de adquirir una

de estas máquinas, como de trabajar en conjunto para el desarrollo de nuevas tecnologías.



BIBLIOGRAFÍA

Gerardo A. Moreno Arias, Efecto de un sistema de fototricóclisis. Luz Pulsada Intensa no coherente en el ciclo folicular de la cara: aspectos clínicos y anatomopatológicos, Tesis Doctoral, Departamento de Medicina, Universidad de Barcelona.

Raymond Serway, Ed Mc Graw Hill, Física, Tomo II (5ta Edición)

Laboratorio de química farmacéutica. Disponible en: <http://labqf.blogspot.com.ar>



Asociación de Cosmetólogos y Esteticistas de la Provincia de Córdoba

Personería Jurídica 185/A92

"UNIDAD, CAPACITACION, JERARQUÍA PROFESIONAL"

**Rivadavia 170 - Gal. Jardín Loc 20 - Tel. 0351-4114107
e-mail: acyec@yahoo.com.ar**



Radiofrecuencia Tripolar

Eficacia garantizada
en piel y tejido
adiposo.



Triatherm

- Pantalla LCD.
- 2 aplicadores: facial y corporal.
- 9 programas.
- Opción de variar todos los parámetros.
- Guarda hasta 100 programas personalizados.

Triatherm pantalla táctil



- 2 aplicadores: facial y corporal.
- 18 programas.
- Opción de variar todos los parámetros.
- Guarda hasta 100 programas personalizados.
- Mouse para manejo alternativo.
- Actualizable por USB

Contacto: 03543- 440011/422492
E-mail: cec@cec.com.ar



BIOMEDSA

EQUIPAMIENTO MEDICO - ESTETICO

Ultracavitación
Ondas Rusas | IPL
Microdermoabrasion
Radiofrecuencia | Laser
Carboxi | Pistola Meso
y mas ...

BIOMEDSA S.A.

Av. Maipú 387. Local 2 • Córdoba • Argentina
0351 - 4214976 • 4236442
biomedsa@gmail.com



Electromedicina y Electroestética
Desde 1973



Técnica de Salud Preventiva y Curativa

Drenaje Linfático Manual

Lic. Carina Ardengui

Kinesióloga y Fisioterapeuta

M.P. 3271

Es posible que muchas personas hayan escuchado acerca del Drenaje Linfático Manual y desconozcan lo que esto significa.

Se trata de una técnica manual de masaje, la cual es sumamente lenta, suave, selectiva en sus maniobras y muy eficaz. Se practica sobre distintas zonas corporales que corresponden a ganglios y vasos linfáticos, es decir, que actúa sobre el sistema linfático (sistema defensivo inmunitario) drenando específicamente la linfa (líquido ligeramente amarillento que circula en el interior de los vasos linfáticos unas 5 ó 6 veces más despacio que la sangre) hacia un lugar de desagüe a través de un sistema de conducción.

Los efectos que provoca el drenaje permiten:

- Estimular la circulación linfática reforzando el sistema inmunitario o de defensa que tiene nuestro organismo.
- Eliminar toxinas acumuladas.
- Reestablecer el equilibrio de los líquidos del cuerpo.
- Favorecer la regeneración de los tejidos.
- Relajar los músculos esqueléticos y mejorar el automatismo de la musculatura visceral, incidiendo sobre el sistema nervioso vegetativo.

Las aplicaciones del Drenaje Linfático Manual son múltiples tanto en el campo de la medicina como en la estética, podríamos mencionar las siguientes indicaciones: trastornos cutáneos (acné, rosácea, heridas recientemente cicatrizadas), celulitis, pre y postcirugía reparadora y es-

tética, tratamientos contra el envejecimiento, edemas linfáticos, edemas del embarazo, edemas del síndrome premensual, fleboedemas, trastornos de origen reumáticos (artrosis, poliartritis), trastornos del aparato digestivo (estreñimiento crónico), cefaleas, etc.

En muchos de los casos es imprescindible la prescripción médica previa a la aplicación de la técnica, ya que habrá que saber identificar las contraindicaciones de la misma.

La práctica de esta técnica específica de masaje deberá ser realizada por un profesional idóneo que halla sido capacitado y preparado para tal fin.



Síndrome de Piernas Cansadas

Lic. Carina Ardengui

Kinesióloga y Fisioterapeuta

M.P. 3271

Actualmente se dan con mucha frecuencia los siguientes signos y síntomas en los miembros inferiores:

- Pesadez de piernas, las cuales suelen pesar toneladas después de un día de trabajo.
- Calambres, sobretodo la manifestación de tirón en la pantorrilla que aparece el día siguiente de haber permanecido largo tiempo inmóvil o por la noche en forma aguda.
- Hormigueos, principalmente en los extremos de las piernas cuando uno ha estado demasiado tiempo en la misma postura.
- Edema o hinchazón, generalmente en la zona próxima a los tobillos.

Esta sintomatología puede darse por la presencia de varices, como así también por problemas reumatológicos (artritis, artrosis), insuficiencia venolinfática y alteraciones de bóveda plantar (pie plano) entre otras.



- La inmovilización prolongada o sedentarismo.

Es aconsejable:

- Controlar el peso y el estreñimiento con una alimentación rica en fibras.
- Dar paseos cortos y frecuentes con calzado de medio taco.
- Elevar las piernas en posición horizontal durante unos minutos varias veces al día.
- Alternar baños calientes (máximo 38°C) y duchas frías en

sentido ascendente de pie a rodilla.

- Realizar ejercicios estáticos y dinámicos de piernas y pies.

- Utilización de medias terapéuticas.

Si esta sintomatología persiste, será conveniente:

- Consultar al médico especialista, quien determinará el origen del problema y el tratamiento a seguir.

- Realizar un tratamiento fisiokinésico: con un buen diagnóstico el kinesiólogo

capacitado dispondrá de técnicas manuales específicas y aparatología de avanzada para realizar un esquema terapéutico tendiente a mejorar o detener el malestar generado en sus piernas.

La salud y el bienestar deberían ocupar un lugar importante en su vida. Si reconoce esta sintomatología en sus piernas, no las postergue, escúchelas.

CONSEJOS PRÁCTICOS

Evitar:

- La permanencia prolongada de pie.
- El uso de ropa ceñida y calzado ajustado.
- La acción directa en sus piernas de cualquier fuente de calor excesivo.



ACER

ASOCIACION DE CLINICA
ESTETICA Y REPARADORA

Capacitaciones

CERTIFICACIONES
AVALADAS POR:

CCIDE

Comité de Capacitación,
Investigación y Docencia Estética

*Centro
Esthetic*
Docencia

 **ACER**

- Postgrado de Especialización en Clínica Estética y Reparadora
- Diplomatura en Dermato-Cosmiatría y Estética Corporal
- Microimplante capilar
- Estética Íntima Femenina
- Medicina Biológica Antiage
- Procedimientos Mínimamente Invasivos
- Cursos intensivos
- Capacitaciones para extranjeros
- Cursos OnLine

Gob. Roque Ferreyra 1735 Cerro de las Rosas
Córdoba Argentina | Tel.: +54 9 351-4816898

info@acerestetica.com.ar
www.acerestetica.com.ar



DR. ARTURO O'BYRNE N.
UNIVERSIDAD DEL CAUCA, POPAYÁN, COLOMBIA.



DR. CARLOS VILA A.
UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR



DRA VERÓNICA A. ROLLANDELI
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA, ARGENTINA



DRA. LAURA PATRICIA SANCHEZ MENDOZA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DRA. ROSSANA L. HERRERA RIVERA
UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR



DR. RAFAEL SANDOVAL L.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.



DR. ARTURO JUÁREZ M.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

INFORMES / INSCRIPCIONES

Guadalajara

Av. Manuel Avila Camacho 2152, Col. Jardines del Country
Tel.: (01 33) 3853 4890 / 3280 3043
3853 2731 / 3853 7476

México

Av. Patriotismo No. 889 Piso 4 - 401 Col. Insurgentes Mixcoac
Tel. (01 55) 5563 6504 / 5553 1494
5553 0880 / 5598 1299

LUGAR SEDE DEL EVENTO



CAMINO REAL

Av. Vallarta No. 5005
C.P. 45040, Guadalajara, Jalisco.
Tel.: (01 33) 3134 2484



KEY MED

Centro Sekhmet

5^{ta.} Jornada Terapéutica Biológica en Clínica Médica y Estética

8^{vo.} Simposium Internacional de Medicina Biológica en Clínica Médica y Estética

19 y 20 OCTUBRE 2012



FUNDABIO
Fundación Argentina para el Desarrollo de las Investigaciones Biológicas



ASOCIACIÓN DE CLÍNICA ESTÉTICA Y REPARADORA



CONGRESO CON VALOR CURRICULAR

www.centrosekhmet.com.mx

Semeinsa

Nutrición & Medicina Estética

Su Conexión en ECUADOR
de marcas Argentinas originales
con productos profesionales
de alta gama para

Medicina Orthomolecular
Cosmiatría

Bionutrición

Bioestética

Flebología

Electroporación



Dir.: Italia N32-134 y Mariana de Jesús
Telfs.: (593-2) 2551-240 Cel.: (593-9) 7638611
e-mail: semeinsa@aol.com
Quito - Ecuador

Encuentranos en:



Centro Esthetic

Distribuidora

Distribuidora en Córdoba Capital de



Laboratorio ONCE



La Nouvelle Pharmacie



RADIOFRECUENCIA TRIMAX

Único equipo con sensor y alarma de temperatura
Pantalla touch



LUZ PULSADA INTENSA

Con 2 cabezales, lámpara de Xenón

Todos nuestros equipos se entregan con capacitación teórica-práctica profesional y certificado de asistencia.

Venta de insumos y equipamiento para la estética

Recibimos tarjetas **VISA**

