

11211
400
227



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS
DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL**

DISTRITO FEDERAL

**DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO**

LIBRO DE
SECRETARIA DE
DEPARTAMENTO DE

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA**

**MANEJO DE SECUELAS DE AGNE CON PEELING
SUPERFICIAL.**

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

P R E S E N T A

DR. JAIME GONZALEZ MENDOZA

PARA OBTENER EL GRADO DE

CIRUJANO PLASTICO Y RECONSTRUCTIVO

DIRECTOR DE TESIS: DR. ROBERTO CRUZ PONCE

**CIUDAD DE MEXICO
Servicios de Salud**

DDF



MEXICO, D. F.

1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE:

INTRODUCCION.....	1
MATERIAL Y METODO.....	3
RESULTADOS.....	5
DISCUSION.....	6
GRAFICA DE EDAD.....	8
GRAFICA DE SEXO.....	9
GRAFICA DE MEJORIA CLINICA.....	10
GRAFICA DE # DE EXPOSICIONES.....	11
GRAFICA DE % DE EFECTOS ADVERSOS.....	12
GRAFICA DE COMPLICACIONES.....	13
RESUMEN.....	14
BIBLIOGRAFIA.....	15

INTRODUCCION:

Através de los años, se han realizado múltiples manejos para secuelas de acné;tales como cremas limpiadoras, suavizantes y queratolíticas, procedimientos químicos como:Peeling a base de substancias variadas,que producen quemaduras que van desde un segundo grado superficial, hasta profundo; tales como,- el fenol, ácido acético, ácido tricloroacético, etc. (1,2,14,15).ocasionando en muchas de las veces resultados estéticamente favorables, y en otras de las veces daños mayores a las secuelas mismas en manos inexpertas(1,2,7,8).Con pérdida del espesor total del epitelio, manchas hipo o hipertróficas, cicatrices hipertróficas y queloides, produciendo alteraciones estéticas mayores o alteraciones sistémicas por su alta absorción ocasionando la muerte como una complicación severa en la aplicación de ciertos químicos como es el fenol.(1,2,6,8,10,11).

La dermoabrasión mecánica como procedimiento quirúrgico a base de lijas, aparatos eléctricos o salabrasión, forman parte de un tratamiento de las secuelas de acné (1,2,4). Siendo este tratamiento agresivo, doloroso que requiere de anestesia general y de hospitalización, con recuperación lenta hasta el momento de la reepitelización(aproximadamente de diez días).Proporciona una opción más de manejo sin eliminar las posibles complicaciones, como la formación de cicatrices hipertróficas y queloides o zonas de hiper o hipopigmentación de áreas tratadas,(1,2,4). Causa importante de demandas médico-legales en la actualidad por manejo en manos inexpertas.

Las secuelas de acné, por su presentación más frecuente en el punto primordial de la belleza que es la cara y por su edad de presentación en el adolescente, ocasionando no solo trastornos en la estética facial sino también trastornos emocionales en jóvenes en formación, alterando la armonía en el desarrollo físico y psicológico originando seres inestables, inseguros, perturbando su medio social,familiar y laboral,(1,2,14,15).

La fórmula propuesta en este estudio se utilizó como un peeling superficial, la cual por sus componentes químicos garantiza una adecuada penetración a nivel de la capa papilar de la dermis de la piel, ocasionando una quemadura de segundo grado superficial seguida de una exfoliación con duración aproximada de diez días obteniendo suavización y homogenización de las secuelas de acné, permitiendo un adecuado desarrollo en el paciente tanto físico como psicológico con

una adecuada integración en su ambiente social, familiar y laboral; en pacientes seleccionados para este manejo - con las características de acné tipo platillo en relación a la clasificación de Hamilton, propuesta en 1989, clasificándolas en tres grupos (6,12,14,15):

Tipo platillo: Superficie amplia, con profundización de todo el espesor de la epidérmis.

Tipo punta de hielo: Superficie angosta con profundización hasta la capa reticular de la dermis.

Tipo cráter: superficie amplia con profundización hasta la capa papilar de la dermis.

Seleccionando a los pacientes para evitar las posibles complicaciones de la hiperpigmentación, tomando en cuenta la clasificación de la piel en respuesta a la exposición solar:

Tipo I: Piel blanca, rubios y generalmente con ojos claros. Siempre se quema nunca se broncea.

Tipo II: Siempre se quema y ocasionalmente se broncea.

Tipo III: Ocasionalmente se quema y ocasionalmente se broncea.

Tipo IV: Ocasionalmente se quema y siempre se broncea.

Tipo V: Nunca se quema y siempre se broncea.

Tipo VI: Piel negra.

MATERIAL Y METODO:

Se seleccionaron 18 pacientes de la consulta externa de Cirugía Plástica, de los hospitales generales: Xoco y Dr. Rubén Leñero. En un período comprendido del 1º de Enero al 31 de Diciembre de 1992, con el diagnóstico de Secuelas de Acné tipo platillo, con un tipo de piel I a III en respuesta a la exposición solar, de ambos sexos, con una edad entre los 15 y 50 años. Excluyéndose aquellos pacientes con lesiones de secuelas de acné en punta de hielo y cráter, de acuerdo a la clasificación de Hamilton, aquellos pacientes con tipo de piel en respuesta a la exposición solar del tipo IV al VI, pacientes con presencia de acné activo o enfermedades dermatológicas asociadas y pacientes con uso de benzodiazepinas o consumo de contraceptivos hormonales.

Se eliminaron del manejo aquellos pacientes con hipersensibilidad a la fórmula del peeling empleada y a pacientes con abandono del tratamiento.

La fórmula del peeling aplicada fue elaborada con la siguiente composición química:

AZUFRE	24 grs
RESORCINA	24 grs
CARBOXIMETILCELULOSA	0.5grs
SALICATO DE Al Y Mg	1 gr
SORBITOL	2.5 cc
GLICERINA	2.5 cc
AGUA NO IONIZADA	45.5cc

Hecha la selección de pacientes se tomaron fotografías, de frente y 3/4 derecho e izquierdo a una distancia de 105 cms. con cámara fotográfica marca -- Minolta 5000 Maxxum con enfoque y flash automáticos. Se procedió a la limpieza facial con agua y jabones comunes para la eliminación de cosméticos e impurezas seguido de la aplicación de la fórmula del peeling con una brocha de media pulgada, de cerdas -- suaves, iniciándose la aplicación en las zonas más afectadas y completándose la misma con los siguientes márgenes: Límite superior, incluyendo la línea de implantación del pelo, límite inferior en el borde mandibular, límites laterales hasta el inicio de el pabellón auricular y se respetaron los párpados superiores e inferiores y labio rojo. El tiempo de contacto de la fórmula fue determinado en cada paciente en particular, tomando como límite de tiempo

la presencia de dolor de tipo quemante, procediendo a la eliminación del peeling con agua corriente sin uso de jabón. Los pacientes fueron valorados al décimo día (período de exfoliación), registrándose en una hoja control: el tiempo de contacto a la fórmula, el tiempo de exfoliación, el registro del porcentaje de mejoría clínica seguida de una toma fotográfica de control a 105 cms de distancia de frente, tres cuartos, izquierdo y derecho con cámara fotográfica antes mencionada.

El procedimiento fue repetido cada diez días con un número de sesiones en cada paciente individualmente, hasta la obtención de resultados satisfactorios, completándose el manejo con la aplicación de protección solar con un factor 15, por un período no menor de tres meses.

RESULTADOS:

Los resultados obtenidos en el presente estudio, con 18 pacientes, de los cuales 13 fueron del sexo femenino y 5 masculinos, todos comprendidos entre los 15 y 50 años, fueron los siguientes: La mejoría clínica obtenida manejada en porcentajes - fue: moda de 40%, una media de 48.6% y una mediana de 40%. En relación al tiempo de contacto con la fórmula del peeling fue: como moda 15m, una media de 29.3 minutos y una mediana de 30 minutos. En relación al número de exposiciones al peeling la moda fue de 12 exposiciones con una media de 2.17 exposiciones y una mediana de 2 exposiciones.

Los resultados estéticos aparentes fueron: suavización y homogenización de las secuelas de acné en platillo, con un tipo de piel entre el tipo I-III en respuesta a la exposición solar.

En relación a los efectos adversos a la fórmula aplicada, fue la presencia de conjuntivitis en tres de los 18 pacientes (16.6%), la cual fue eliminada en un período aproximado de 5 días con uso de prednisolona.

La presencia de complicaciones fue vista en dos de los 18 pacientes (11.1%), con la presencia de manchas hipercrómicas y dispersas; de las cuales, una de las pacientes tenía ingesta de anticonceptivos hormonales y la otra paciente confirma el uso de Diacepan. Ambas pacientes fueron manejadas con despigmentantes cutáneos tipo dehidroquinona.

Como efectos secundarios favorables se obtuvo la eliminación de arrugas faciales finas, eliminación de efélides, proporcionando una apariencia cutánea más juvenil, mejorando el brillo y la turgencia de la piel.

A mediano plazo: tres meses posterior a la aplicación del peeling con una protección solar con un factor número 15, los pacientes presentaban un factor de mejoría similar a las características antes mencionadas, sin presencia de complicaciones o efectos adversos.

DISCUSION:

El uso de peeling superficial ha sido causa de múltiples estudios con un sinnúmero de fórmulas afirmándose por varios autores la ineficiencia del peeling superficial para el manejo de secuelas de acné, solo atribuyendo beneficios para el uso de patologías dermatológicas superficiales y eliminación de arrugas finas faciales, por la falta de penetración adecuada de estas fórmulas (1,2,3,6,8,10,11,12).

En el presente estudio se comprueba la eficacia del peeling superficial con una adecuada selección de pacientes, con secuelas de acné tipo platillo, las cuales se encuentran con poca profundidad, (total de la epidermis), con una superficie amplia, permitiendo un adecuado contacto con el químico, y una adecuada penetración, ya que es capaz de provocar quemaduras hasta la capa papilar de la dermis, sin presencia de dolor, sin necesidad de hospitalización y uso de anestésicos y sedantes; proporcionando una opción de manejo completamente ambulatorio.

Las complicaciones obtenidas fueron debidas a la falta de cooperación de los pacientes a las indicaciones previamente establecidas, ya que ambas pacientes con hiperpigmentación utilizaron benzodiazepinas y anticonceptivos orales.

Los efectos adversos presentados en los tres pacientes con conjuntivitis, se demostró que fueron causadas por la evaporización de los componentes químicos del peeling durante su aplicación. Se sugiere en sesiones subsecuentes mantener los ojos cerrados durante el tiempo de contacto a la fórmula, evitándose de esta forma este efecto adverso.

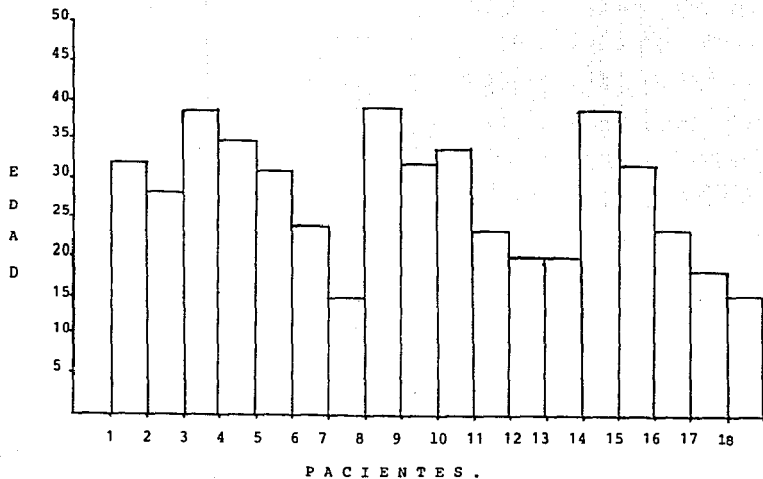
En comparación con los métodos quirúrgicos para manejo de secuelas de acné, consideramos que son métodos más agresivos, de recuperación más lenta que requieren de hospitalización y uso de anestésicos o sedantes para su realización (1,2,4).

Consideramos que esta opción de manejo es adecuada para pacientes con secuelas severas de acné, como el tipo punta de hielo y el tipo cráter, en relación a la clasificación de Hamilton propuesta en 1989. Ya que estas secuelas no serían beneficiadas por el uso de peeling superficial, por su inadecuada penetración y superficie de contacto al químico (1,2,4).

De esta serie se concluye que el peeling superficial es un buen manejo de secuelas de acné en pacientes con secuelas tipo platillo, en pacientes con tipo de piel del I al III en respuesta a la exposición solar, mejorándose su estética facial con la suavización y la homogenización de las lesiones -

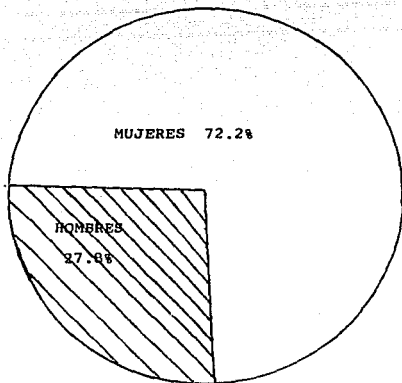
proporcionando al paciente una opción más de manejo de las secuelas de acné en forma adecuada, completamente ambulatoria, sin riesgos de complicaciones severas como en el caso de otras fórmulas de peeling o métodos quirúrgicos, ofreciéndole al paciente un adecuado desarrollo físico y psicológico con una adecuada integración a su medio familiar, social y laboral.

GRAFICA DE EDAD .



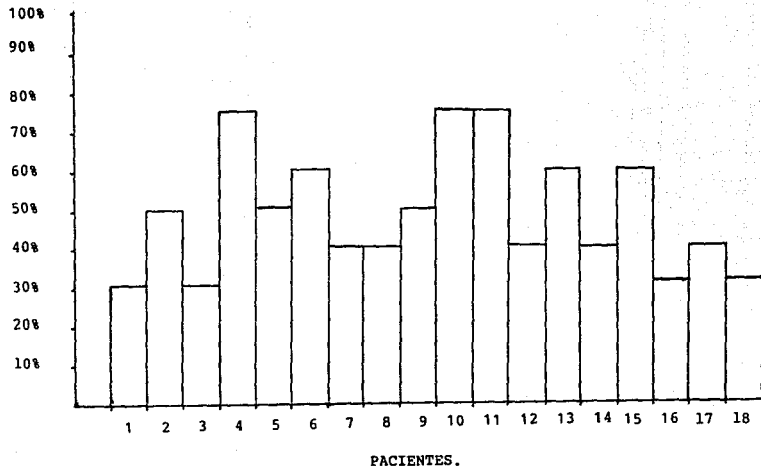
GRAFICA EN PASTEL.

"SEXO"

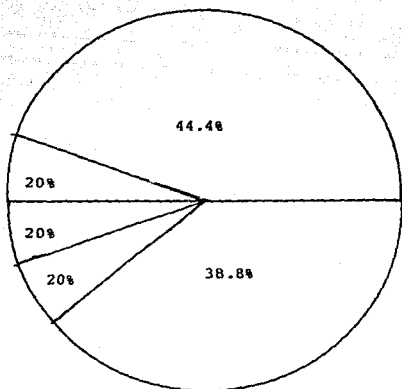


TOTAL DE PACIENTES: 18
TOTAL DE MASCULINOS: 5
TOTAL DE FEMENINOS: 13

PORCENTAJE DE MEJORIA CLINICA.



GRAFICA EN PASTEL .
% DE EXPOSICIONES

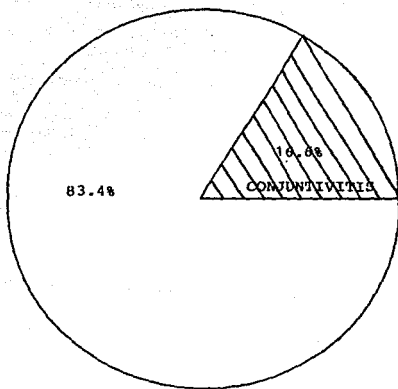


TOTAL DE PACIENTES : 18 (100%)

# de PACIENTES	# de EXPOSICIONES	PORCENTAJE
1	1	5.5%
8	2	44.4%
7	3	38.8%
1	6	5.5%
1	7	5.5%

GRAFICA EN PASTEL .

% DE EFECTOS ADVERSOS .

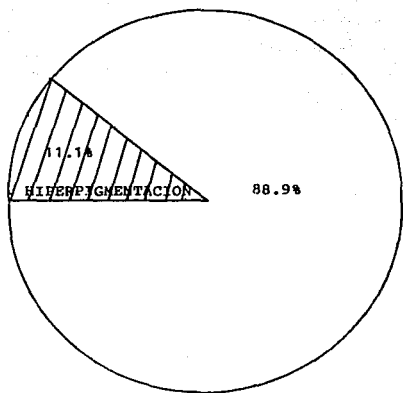


TOTAL DE PACIENTES : 18 (100%)

TOTAL DE COMPLICACIONES: 3 (16.6%)

GRAFICA EN PASTEL.

% DE COMPLICACIONES



TOTAL DE PACIENTES: 18 (100%)

TOTAL DE COMPLICACIONES: 2 (11.1%)

RESUMEN:

Tipo de estudio prospectivo, observacional transversal y descriptivo. En un área de investigación clínica, con una metodología explicativa.

A través de los años, se han desarrollado múltiples manejos para las secuelas de acné; desde cremas suavizantes, peeling químico, y procedimientos quirúrgicos, como la dermoabrasión, obteniendo resultados favorables, pero en algunas ocasiones alterando en mayor forma la estética facial, por falta de una adecuada selección de pacientes o por manos inexpertas. Las secuelas de acné por su presentación más frecuente en el punto primordial de la belleza que es la cara, produce alteraciones físicas y psicológicas, alterando el desarrollo integral del individuo.

La fórmula aplicada en este estudio se en caminó a suavizar y homogeneizar las secuelas de acné tipo platillo, con un tipo de piel del I al III en pacientes de ambos sexos, con edades entre los 15 y 50 años. Los 18 pacientes fueron seleccionados de la consulta externa de los hospitales generales de Xoco y Dr. Rubén Leñero, en un período comprendido del 1º -I- al 31 -XII- de 1992, excluyéndose pa---cientes con acné activo, enf. dermatológicas, lesiones en punta de hielo y cráter, así como aquellos - que tuvieron ingesta de benzodiazepinas y/o anticonceptivos hormonales, eliminándose aquellos con hipersensibilidad al peeling o con abandono al tratamiento.

La técnica se inicia con la toma de fotografías de frente y tres cuartos a 105 cms de distancia. Se realiza aseo de la cara en forma común, colocando posteriormente el peeling con los márgenes -- especificados, el cual es retirado hasta obtener un dolor tipo quemante, variando en cada caso en particular. Las sesiones fueron repetidas cada 10 días, -- posterior a la exfoliación, variando el número de a cuerdo a la satisfacción de los pacientes, llevándose un control fotográfico y clínico.

De los 18 pacientes manejados se encontró una mejoría clínica con una moda de 40%, una media de 48.6% y una mediana de 40%. En relación al número de exposiciones se obtuvo una moda de 2 exp. una media de 2.7 exp. y una mediana de 2 exp. Observando el -- tiempo de contacto se presentó una moda de 15', una media de 29.3' y una mediana de 30'. Las complica---ciones fueron de 11.1%, con hiperpigmentación, como efectos adversos 16.6% con conjuntivitis. Se concluye que este método es adecuado con buena selección de pacientes, evitándole al paciente métodos más agresivos, hospitalización y anestésicos; proporcionándole mejoría de sus secuelas, una piel más juvenil, y con adecuada integración a su medio.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.--T J BAKER.CHEMICAL PEELING AND DERMABRASION
MC CARTHY. PLASTIC SURGERY 1990,Vol I Cap 22 P 748-86.
- 2.--F COIFFMAN. DERMOABRASION
F.COIFFMAN. TEXTO DE CIRUGIA PLASTICA,RECONSTRUCTIVA
Y ESTETICA.1986 TOMO I,Cap XVIII, P 237-40.
- 3.--MRSK G RUBIN.TRICHLOROACETIC ACID AND OTHER NON_PHENOL P.
CLINIC IN PLASTIC SURGERY,APRIL 1992.
- 4.--SWINEHART J M.TEST SPORTS IN DERMABRASION AND CHEMICAL
PEELING.
J.DERMATOL SURG ONCOL: 1990 JUN; 16(6);P 557-63
- 5.--TOZEREN A. ADHESION INDUCED BY MOBILE CROSS-BRIDGES:
STEADY STATE PEELING OF CONJUGATED CELL PAIRS.
J THEOR BIOL: 1989 Sep 11; 140(1);P 1-17
- 6.--LEHNERT W. THE NAIL FILE TEST A METHOD FOR THE CLINICAL
DIFFERENTIATION OF COLOR CHANGES IN NAILS.
DERMATOL MONATSSCHR:1989; 175(9); P 585-7
- 7.--ASKEN S. UNOCCLUDED BAKER-GORDON PHENOL PEELS REVIEW
AND APDATE.
J DERMATOL SURG ONCOL:1989 Sep:15(9);P 998-1008
- 8.--BRODY HJ. VARIATIONS AND COMPARASIONS IN MEDIUM-DEPTH
CHEMICAL PEELING.
J DERMATOL SURG ONCOL:1989 Sep;15(9);P953-63
- 9.--MONHEIT GD.THE JESSNER,S + TCA PEEL: A MEDIUM-DEPTH
CHEMICAL PEEL.
J DERMATOL SURG ONCOL; 1989 Sep:15(9);P 945-50
- 10--COLLINS PS. TRICHLOROACETIC ACID PEEL REVISITED
J DERMATOL SURG ONCOL: 1989 Sep:15(9); P 933-40
- 11--GOLDMAN PM: FREED MI. AESTHETIC PROBLEMS INCHEMICAL P.
J DERMATOL SURG ONCOL : 1989 Sep; 15(9); P 1020-4
- 12--BRODY HJ.COMPLICATIONS OF CHEMICAL PEELING.
J DERMATOL SURG ONCOL:1989:15(9); P 1010-9.
- 13--COSMAN B;APFELBERG DB: DRUKER D. AN EFECTIVE COSMETIC
TREATMENT FOR OTA,S NEVUS.
ANN PLAST SURG: 1989 Jan; 22(1);P 36-42.

- 14.-STAGNONE JJ. SUPERFICIAL PEELING.
J DERMATOL SURG ONCOL;1989 Sep ; 15(9);P 924-30.
- 15.-BRODY HJ. THE ART OF CHEMICAL PEELING.
J DERMATOL SURG ONCOL; 1989 Sep: 15(9); P 918-21.