

Innovación en el concepto de peeling: CIMEL ICP, con acción despigmentante y rejuvenecedora

Innovation in Peelings: Cimel, with Depigmenting and Rejuvenating Action

José Luis Cisneros, Rubén Del Río, Fernando Bouffard
Dermaclinic. Barcelona. España

Correspondencia:

José Luis Cisneros y Rubén Del Río
Dermaclinic. c/Guillermo Tell, 51, 1º · 08006 Barcelona · España
Tel.: (+34) 93 415 18 03 Fax: (+34) 93 415 77 60
e-mail: 25927rdg@comb.es

Resumen

En el campo de la Dermatología Cosmética contamos con múltiples armas terapéuticas. Los peelings representan una de las más utilizadas, especialmente los superficiales y medios, en las consultas del dermatólogo. Se describe un nuevo concepto de peeling semioclusivo denominado Cimel, orientado hacia el tratamiento despigmentante, rejuvenecedor y antiseborreico de la piel.

Material y métodos: El peeling Cimel se compone de la combinación de una serie de sustancias a altas concentraciones que se aplica en forma de mascarilla durante un tiempo de 4 a 8 horas. A su composición base se añaden diversos principios activos en función de la lesión predominante a tratar. Para el mantenimiento se utilizó el Cimel Conservador-C. Han sido tratados 183 casos, 60 con hiperpigmentaciones de diversa índole, 55 con signos de envejecimiento cutáneo, 42 con piel seborreica y 26 con pigmentaciones melano-hemáticas. La valoración de los resultados se efectuó mediante inspección visual por parte de los investigadores y mediante fotografías antes y después del procedimiento. En 3 casos se procedió a la realización de biopsia cutánea antes y después del peeling.

Resultados: En el grupo de las hiperpigmentaciones, se observaron resultados excelentes en un 90% de los casos, en el envejecimiento en un 80%, en la piel seborreica en un 75% y en las pigmentaciones melano-hemáticas en un 70%. Los efectos inmediatos fueron eritema y fina descamación. Las complicaciones fueron nulas.

Conclusión: El peeling Cimel supone una gran innovación en el campo de la Dermocosmética por sus resultados y su polivalencia, al abarcar diversas indicaciones.

(Cisneros JL, Del Río R, Bouffard F. Innovación en el concepto de peeling: cimel, con acción despigmentante y rejuvenecedora. Med Cutan Iber Lat Am 2003; 31(3): 173-178)

Palabras clave: peeling, hiperpigmentación, rejuvenecimiento, seborrea.

Summary

The field of Cosmetic Dermatology has multiple therapeutic tools. Peelings are one of the most frequently used in dermatological appointments, especially superficial and mid-depth ones. This paper describes a new, semi-occlusive peeling concept, Cimel, oriented toward depigmentation, rejuvenation and anti-seborreic treatments for the skin.

Materials and methods: The Cimel peeling consists of a combination of ingredients with high concentrations, and it is applied as a mask over a four- to eight-hour time period. Depending on the predominant lesion to be treated, different active substances are added to the basic product composition. Cimel Conservador-C was used for maintenance applications. A total of 183 cases were treated, 60 for different types of hyperpigmentation, 55 for signs of cutaneous aging, 42 for seborrhea and 26 for melano-hematic pigmentations. Results were evaluated through visual inspection done by the investigators, and through photographs taken before and after the procedures. In three cases, cutaneous biopsies were taken before and after the peeling.

Results: In the group of hyperpigmentations, 90% of observed results were considered excellent, 80% in the case of aging cases, 75% for seborrhea and 70% for the melano-hematic pigmentations. The immediate effects included erythema and scaly skin. There were no complications.

Conclusion: The Cimel peeling is an innovation in the field of Cosmetic Dermatology because of its results and polyvalency for a wide range of indications.

Key words: peeling, hiperpigmentación, rejuvenecimiento, seborrea.

El envejecimiento cutáneo representa el conjunto de cambios y alteraciones que se producen en la piel como consecuencia del paso del tiempo. Aparecen sequedad, fragilidad y atrofia epidérmica junto a un aumento progresivo de las arrugas.

El fotoenvejecimiento de la piel se debe a un exceso de exposición solar durante toda la vida, desde la infancia. Uno de los signos son las hiperpigmentaciones, relacionadas con el aumento de la melanina debida a la hiperactividad de los melanocitos[1].

La piel seborreica se caracteriza por un aumento de la secreción sebácea, poros más dilatados y cierta rojez o eritema acompañante, especialmente en los fototipos inferiores. Este tipo de cutis es de tipo familiar y constitucional y empeora por diversos factores de tipo psíquico, alimentario y hormonal. Una de las terapéuticas más utilizadas son los peelings químicos[2-5].

Los melasmas y cloasmas son entidades que cursan con hiperpigmentación facial de muy difícil solución, sobre todo por su recurrencia. Recordemos que otras lesiones pigmentadas y los tatuajes son subsidiarias de tratamiento mediante láser como primera indicación[6,7].

Las pigmentaciones melano-hemáticas se deben en parte a incontinencia pigmenti y a depósitos de hemosiderina. Cuando el hierro se mantiene en estado ferroso, se facilita su reabsorción mediante la acción de las vitaminas C y E.

El peeling semioclusivo Cimel representa una nueva opción para todas las indicaciones descritas. Se trata de un peeling innovador por su aplicación en semioclusión, por su composición con diferentes sustancias despigmentantes que actúan a distintos niveles dentro de la cadena de la pigmentación y por el tiempo de aplicación. Los objetivos del estudio son demostrar que el peeling Cimel es efectivo para diversas indicaciones dentro de la Dermocosmética y que su seguridad es alta.

Material y métodos

Realizamos un estudio con 183 pacientes, distribuidos según su proceso predominante en cuatro grupos: el primer grupo se compuso de 60 pacientes (50 mujeres y 10 varones) con alteraciones pigmentarias, el segundo con 55 pacientes afectados de envejecimiento cutáneo (45 mujeres y 10 varones), el tercero con 42 pacientes (38 mujeres y 4 varones) en que predominaba la piel seborreica (42) y el cuarto con 26 pacientes (22 mujeres y 4 varones) afectados de diversas entidades con pigmentación melano-hemática.

Dentro del primer grupo se subdividieron según la lesión predominante en melasma (35 casos), cloasma (10), léntigos (10), efélides (3) y pigmentación difusa de párpados inferiores (2).

En el segundo grupo se incluyeron pacientes con signos de envejecimiento cronológico, fotoenvejecimiento (grupos II, III y IV de la clasificación de Glogau), y envejecimiento hormonal. En el cuarto grupo se incluyeron dermatitis ocre (7), cicatrices hiperpigmentadas (6), hiperpigmentación post-escleroterapia (5) y necrobiosis lipóidica (8). Los pacientes incluidos eran de fototipos II, III, IV y V. Globalmente, por sexos se han distribuido en 155 mujeres y 28 varones. En todos los casos se obtuvo el correspondiente consentimiento informado sobre el estudio a realizar. Previa aplicación del

peeling los pacientes se aplicaron un fotoprotector solar de índice 60 según el método Colipa.

El peeling Cimel es una crema que se aplica en forma de mascarilla semioclusiva, de manera uniforme y compacta. Su composición base consta en concentraciones variables al alza de ácido salicílico 3%, hidroquinona 6%, ácido kójico 5%, ácido ascórbico 1%, ácido retinoico 0.1% en ciclodextrina, y ácido láctico 9%.

En el grupo de las pigmentaciones, cuando el objetivo principal es despigmentar, se añade rucinol 5%. En el grupo para reducir la seborrea se añade ácido glicólico 8-10% y ácido azelaico 15-20%. En el grupo de las pigmentaciones melano-hemáticas, se añadió vitamina K 5% y vitamina E para facilitar la reabsorción hemática. Para el mantenimiento se utilizó 3 días a la semana durante 3 meses el denominado Cimel Conservador-C cuya composición es hidroquinona 6%, ácido kójico 5%, ácido ascórbico 1%, ácido retinoico 0.05% en ciclodextrina y ácido láctico 9%. En este caso también se añaden en el primer grupo rucinol 5%, en el segundo isoflavona 0.1% y kinetina 0.1%, en el tercero, ácido glicólico 10%, ácido azelaico 20% y extracto de hamamelis 1% y en el cuarto vitamina K 2% y vitamina E.

El estudio consistió en la aplicación del peeling en dos sesiones, separadas por un mes y la observación de los resultados tanto tras la primera como tras la segunda sesión.

Contraindicaciones de la técnica

1. Infecciones cutáneas activas (especialmente herpes simple).
2. Alergia conocida a cualquiera de los principios activos del Cimel.
3. Presencia de lesiones purpúricas puras.
4. Exposición solar reciente.
5. Fotosensibilidad y enfermedades autoinmunes.
6. Compromisos sociales inmediatos.

Técnica de aplicación del peeling

1. Limpieza minuciosa desengrasante con una solución semialcohólica.
2. Aplicación de una fina capa uniforme, lo más homogénea posible del peeling-mascarilla.
3. Aplicación de una capa más gruesa en aquellas áreas donde se considere que hay más alteraciones, ya sea hiperpigmentación más marcada, mayor concentración de finas arrugas o áreas más seborreicas.
4. El tiempo de aplicación se mantiene entre 2 a 8 horas, según el fototipo cutáneo, la indicación y el área a tratar. Según el fototipo, se recomienda en los fototipos I-II de 2 a 4 horas, en los III-IV de 4 a 6 horas y en los V-VI de 6 a 8 horas. Según la lesión a tratar,

en el primer grupo (hiperpigmentaciones), aplicación de 6 a 8 horas; en el segundo grupo, envejecimiento cronológico, de 3 a 5 horas, en fotoenvejecimiento de 5 a 6 horas y en envejecimiento de predominio hormonal de 3 a 4 horas. En el tercer grupo (piel seborreica), de 2 a 4 horas. En el cuarto grupo de 6 a 8 horas. En este estudio la media fue de 7 horas en el primer grupo, 4 horas en el segundo, 3.5 en el tercero y 7 en el cuarto. En los tres primeros grupos se trató la región facial y en el cuarto grupo otras localizaciones.

5. Transcurrido el tiempo adecuado se limpia y elimina la crema mascarilla con un jabón suave y graso.

Tratamiento post-peeling

A las 24 horas aparece prurito, eritema, sensación de tirantez de la piel y en los casos de mayor tiempo de aplicación, ligero edema que puede permanecer de 1 a 3 días. A las 48 horas se inicia una fina descamación de 4-5 días de duración. Para evitar estos efectos se aplica una crema antiinflamatoria durante 2 días. Además también se utiliza un fotoprotector índice 60, un gel reparador de aloe vera y una crema hidratante con gluconolactona 2%, para compensar la descamación post-peeling.

A partir de los 7 días ya se inicia la aplicación del Cimel conservador en domicilio con una frecuencia de tres días a la semana.

Se siguió un control tres meses después de la 2ª aplicación del peeling.

La valoración clínica se realizó por parte de los investigadores y mediante control fotográfico antes y después de las aplicaciones del peeling y a los tres meses de seguimiento.

En 3 casos (2 de melasma y 1 de fotoenvejecimiento) se procedió a estudio histológico antes y después del tratamiento.

Resultados

En el primer grupo, globalmente, se obtuvieron resultados excelentes en un 90% de los casos, buenos en un 7% y regulares en un 3% (Tabla 1). Destaca el aclaramiento de melasmas y cloasmas con las dos aplicaciones, aunque ya con una única sesión ya se observaba un aclaramiento del 75%. En los casos más rebeldes, de fototipos altos se llegó a las 8 horas de aplicación con éxito. Las hiperpigmentaciones tipo léntigos y efélides mejoran en menor cuantía con una sola aplicación y precisan de las dos sesiones. Los dos casos de ojeras son anecdóticos para emitir juicios, aunque también es relevante la mejoría. A destacar el tiempo de aplicación en estos casos de 7 horas.

Tabla 1. Resultados del primer grupo (hiperpigmentación)

| Lesión | Nº pacientes | Aclaramiento | | |
|----------|--------------|---------------|-------|---------------|
| | | 1ª aplicación | | 2ª aplicación |
| | | 15 días | 1 mes | 1 mes |
| Melasma | 35 | 50% | 75% | 90-100% |
| Cloasma | 10 | 40% | 60% | 90-100% |
| Léntigos | 10 | 30% | 50% | 85% |
| Efélides | 3 | 25% | 50% | 80% |
| PDPI | 2 | 25% | 50% | 75% |

PDPI: Pigmentación difusa de párpados inferiores.

En el grupo del envejecimiento cutáneo también predominaron los resultados excelentes (80%) aunque en menor proporción respecto al primer grupo (Tabla 2). Los resultados buenos (15%) y regulares (5%) se relacionaron con los casos con menor tiempo de aplicación en fototipos más bajos. No se documentaron malos resultados.

Tabla 2. Resultados del segundo grupo (envejecimiento)

| Lesión | Nº pacientes | Aclaramiento | | |
|------------------------|--------------|---------------|-------|---------------|
| | | 1ª aplicación | | 2ª aplicación |
| | | 15 días | 1 mes | 1 mes |
| Envejecimiento cutáneo | 35 | 65% | 70% | 80% |
| Fotoenvejecimiento | 20 | 75% | 80% | 80% |

Los resultados del grupo de pacientes con piel seborreica fueron excelentes (75%) o buenos (20%) en la mayoría de los casos (Tabla 3).

Tabla 3. Resultados del tercer grupo (seborrea)

| Lesión | Nº pacientes | Aclaramiento | | |
|-----------------|--------------|---------------|-------|---------------|
| | | 1ª aplicación | | 2ª aplicación |
| | | 15 días | 1 mes | 1 mes |
| Piel seborreica | 42 | 50% | 60% | 75% |

Los resultados del grupo con pigmentaciones melano-hemáticas se pueden considerar muy buenos en un 70% de los casos y regulares en un 20% (Tabla 4).

Los resultados obtenidos se han mantenido a los tres meses de seguimiento.

En cuanto a la tolerancia del tratamiento, no se apreció ningún efecto no previsible inmediato ni complicaciones remarkables. El eritema y descamación ya comentados fueron fácilmente controlados con el protocolo preestablecido.

En los casos en que se llevó a cabo estudio histológico se apreció engrosamiento de la epidermis con hiperplasia moderada de la granulosa, aumento del número de fibroblastos, neoformación de fibras de colágeno y elastina, discreta angiogénesis y disminución de la melanina.

Tabla 4. Resultados del cuarto grupo (pigmentaciones melano-hemáticas)

| Lesión | Nº pacientes | Aclaramiento | | |
|--------------------------------------|-----------------|---------------|-------|---------------|
| | | 1ª aplicación | | 2ª aplicación |
| | | 15 días | 1 mes | 1 mes |
| Dermatitis Ocre | 7 | 40% | 50% | 75% |
| Cicatrices | 6 | 40% | 50% | 70% |
| Hiperpigmentación post-esclerosis | 5 | 40% | 60% | 80% |
| Necrobiosis lipóidica | 8 | 30% | 40% | 60% |

Comentario

Las múltiples técnicas ya existentes en el campo de la Dermocosmética (peelings, dermoabrasión, láser, luz pulsada intensa, etc...) han evolucionado rápidamente en los últimos años, gracias tanto al interés cada vez mayor por parte del dermatólogo y de la industria farmacéutica, como por la demanda de los "pacientes", que desean un mejor aspecto físico[1,4,5,7].

Todas las técnicas existentes presentan excelentes resultados si se respetan las indicaciones y se selecciona adecuadamente los pacientes[6].

Dentro de los llamados peelings químicos, nos encontramos con múltiples opciones en el mercado actual. Clásicamente se tiende a dividirlos en superficiales, medios y profundos. Los más utilizados son los superficiales a base de alfa-hidroxiácidos y ácido salicílico[8-10]. El ácido tricloroacético puede aplicarse según la concentración como superficial (10-20%), medio (20-35%) o profundo (50-70%)[11].

Los peelings más profundos son muy efectivos en manos expertas pero sus complicaciones potenciales los hacen poco manejables en la consulta dermatológica[12,13].

El nuevo peeling-mascarilla objeto de este estudio presenta la innovación de combinar diversos principios activos en diferentes y variables concentraciones. Se aplica en forma de mascarilla uniforme y compacta, en semioclusión. Presenta un efecto peeling suave epidérmico y dérmico papilar y medio. El resultado clínico de la combinación de principios activos de este peeling es el aclaramiento de las pigmentaciones, la reducción de los orificios pilosebáceos, la atenuación de las finas arrugas y la reabsorción de la hemosiderina. Las sustancias despigmentantes bloquean la enzima tirosinasa, inhibiendo la conversión de tirosina a melanina. Este mecanismo se favorece al facilitarse la penetración gracias a la acción exfoliante del ácido salicílico y del ácido retinoico. Los exfoliantes disminuyen el pH de la piel, las proteasas rompen los lazos de unión de las proteínas, se desprenden los corneocitos y se descama la epidermis. Los flavonoides inducen una pérdida espacial entre los



Figura 1. Paciente afectada de fotoenvejecimiento muy marcado.



Figura 2. La misma paciente tras la eliminación previa de las queratosis actínicas mediante aplicación de 5-fluorouracilo, se procedió a la aplicación panfacial de Cimel con resultado excelente.



Figura 3. Paciente afectada de piel seborreica y pigmentada.



Figura 4. La misma paciente tras la aplicación de Cimel, se observa una eritema y fina descamación al cabo de 24 horas.



Figura 5. Al cuarto día de la aplicación de la mascarilla, se aprecia ligera descamación con disminución de eritema.



Figura 6. Resultado a los 15 días de la aplicación de Cimel. Se observa un gran aclaramiento de la piel y disminución de la seborrea.

melanocitos y queratinocitos. La semioclusión permite una mayor penetración de las sustancias activas. Se acompaña de hidratantes tipo hammamelis. Los resultados obtenidos nos permiten confirmar la polivalencia que tiene tanto para lesiones pigmentadas, con especial mención para los casos de melasma y cloasmas, tan rebeldes a los tratamientos conocidos hasta la fecha, como para el tratamiento del envejecimiento, de la seborrea y de la hemosiderina extravasada. El aclaramiento obtenido con Cimel en dos sesiones en melasma o cloasma es muy difícil de obtener con las técnicas hasta ahora presentes en el mercado. Aunque se conoce la alta recidiva que presentan, tenemos la posibilidad de mantener los resultados con el uso de Cimel Conservador-C en domicilio para inhibir la formación de melanina.

En el rejuvenecimiento, se han obtenido resultados muy prometedores, sobre todo teniendo en cuenta la facilidad de aplicación y el mínimo riesgo de la técnica. Este perfil de seguridad excelente lo diferencia de los peelings profundos o del laser resurfacing[6,14-16]. Para un mantenimiento del rejuvenecimiento se recomienda una aplicación anual de mantenimiento.

En la piel seborreica y poros dilatados se han obtenido excelentes y buenos resultados, lo que nos permite contar con otra arma terapéutica que podemos asociar a otras técnicas y tratamientos orales.

La técnica no está indicada para el tratamiento de queratosis seborreicas, nevus melanocíticos, nevus de Becker, tatuajes, manchas purpúricas puras, léntigos muy intensos o manchas café con leche.

Este estudio nos ha permitido confirmar la buena tolerancia del Cimel y el perfil de seguridad excelente en

los fototipos II-V, sin ninguna complicación en los 183 pacientes. Para obtener estos resultados es básico determinar el tiempo de aplicación del peeling. En nuestra casuística recomendamos como norma general de 6 a 8 horas para el melasma, cloasma y pigmentaciones, de 3 a 5 horas para el envejecimiento cronológico, de 5 a 6 horas para el fotoenvejecimiento, de 3 a 4 horas para el hormonal y de 6 a 8 horas en los casos de pigmentaciones melano-hemáticas. En la piel seborreica se aconseja de 2 a 4 horas. Es básico determinar antes el fototipo. Otra ventaja es que puede aplicarse en cualquier época del año. El seguimiento clínico nos permite observar ya a la primera semana una mejoría evidente, a las 2 semanas se puede iniciar la aplicación de Cimel Conservador-C por la noche ajustando la frecuencia según la tolerancia. Al mes ya se pueden apreciar los resultados al completo, introducir los tratamientos cosméticos habituales y proceder a una nueva aplicación.

Otra ventaja que ofrece el Cimel es la posibilidad de tratar áreas no faciales como el cuello, el área preesternal, las manos y las extremidades. En los casos de pigmentaciones melano-hemáticas se aplicó en áreas diversas sin complicaciones. Para confirmar su eficacia en estas zonas se precisan más casos y nuevos estudios. A partir de los resultados obtenidos con las diferentes sustancias en las distintas patologías se busca un patrón común que abarque la indicación de todas ellas, con cada uno de los principios activos que se han valorado como fundamentales y a las concentraciones más idóneas para conseguir óptimos resultados terapéuticos.

Bibliografía

- Cisneros JL, Singla R, Martí M, Brichs A. Rejuvenecimiento facial. *Dermocosm Clin* 1994;2-5:337-349.
- Cisneros JL, Martí M, Brichs A. Los alfa-hidroxiácidos. *Dermocosm Clin* 1993; 3: 163-170.
- Cisneros JL, Singla R, Oliveras F. Cirugía fotoquímica Cutane. *J Med Esthrt Chirug Dermatol* 1991;70:121-9.
- Brody HJ. Chemical peeling. St Louis, Mosby-Yearbook 1992.
- Whang KK, Lee M. The principle of a three-staged operation in the surgery of acne scars. *J Am Acad Dermatol* 1999;40:95-7.
- Cisneros JL, Camacho F. Láser y luz pulsada intensa en Dermatología y Dermocosmética. Ed. Aula Médica, Madrid 2000.
- Cisneros JL. El abc del láser en Dermatología y sus aplicaciones clínicas actuales. *Med Cutan Iber Lat Am* 1995; 23:329-339.
- Van Scott EJ, Yu RJ. Alpha-hydroxyacids: procedures for use in clinical practice. *Cutis* 1989;43:222-9
- Berger R. Initial studies show salicylic acid promising as antiaged preparation. *Cosmetic Dermatol* 1997;10:31-2.
- Rubin MG. Glycolic acid peels. *Manual of chemical peels. Superficial and medium depth*. Ed. Rubin MG. JB Lippincott. 1995; 89-102.
- Collins PS. Trichloroacetic acid peels revisited. *J Dermatol Surg Oncol* 1989;15:9.
- Brody HJ, Hailey CW. Medium-depth chemical peeling of the skin: a variation of superficial chemo-surgery. *J Dermatol Surg Oncol* 1986; 12:126-7.
- Otley CC, Roegnik RK. Medium-depth chemical peeling. *Semin Cutan Med Surg* 1996; 15:145-154.
- Resnik SS, Resnik BI. Complications of chemical peeling. *Dermatol Clin* 1995;13: 309-12.
- Cisneros JL, Martí M, Brichs A, Singla R, Palou J. Correlación histológica de los peelings químicos intermedios versus resurfacing con láser de CO2 y Nd Yag Q-switched poliderm. *Med Cutan Iber Lat Am* 1996;24:179-185.
- Stegman SJ. A comparative histologic study of the effects of three peeling agents and dermabrasion on normal and undamaged skin. *Aesthetic Plast Surg* 1982; 6:123-135.