



IMPLANTES GLÚTEOS - TÉCNICA INTRAMUSCULAR NUESTRA EXPERIENCIA.

Mario Lódolo¹, Martín Osiman², Sabrina Spinazzola³

1. Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, Miembro Titular SCPBA. 2. Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. 3. Instrumentadora quirúrgica

Correspondencia: Dr. Mario Lódolo, info@doctorlodolo.com, www.doctorlodolo.com, Pacheco de Melo 1827 1° CF, Tel: 5411 4802-7680

RESUMEN

Objetivo. Mostrar nuestra experiencia en el aumento glúteo con la utilización de la técnica intramuscular, con la presentación de 61 casos en el término de 3 años.

Método. Fueron tratados 61 pacientes de entre 30 y 76 años, de los cuales 56 eran mujeres y 5 hombres, desde junio de 2005 a mayo del 2008. Se utilizaron implantes lisos de gel de silicona altamente cohesivo, redondos o anatómicos, de entre 200 y 280 cc.

Resultados. Se obtuvieron resultados satisfactorios en 59 procedimientos de los 61 realizados; las complicaciones fueron hematoma 2 (3,2%), dehiscencia de herida 4 (6,5%), implantes palpables 1 (1,6%), infección 1 (1,6%) y extrusión de implantes 1 (1,6%). No hubo casos de ruptura de los implantes.

Conclusiones. El aumento glúteo por la técnica intramuscular produce excelentes resultados estéticos, con muy pocas complicaciones, pero con una curva de aprendizaje mayor que otras técnicas.

SUMMARY

Purpose. To show our experience in gluteal augmentation with the use of the intramuscular technique, presenting 61 cases studied within a period of 3 years.

Method. 61 patients participated, 56 were women aged between 30 and 76, and 5 were men aged between 30 and 60. The study was carried out from June, 2005 until May, 2008.

Smooth, round or anatomic highly cohesive silicone gel implants were used. Their size was between 200 and 280 cc.

Results. Out of the 61 implants performed, satisfactory results were obtained in 59 patients; complications were bruising 2 (3.2%), wound disruption 4 (6.5%), palpable implants 1 (1.6%), infection 1 (1.6%), and implant extrusion 1 (1.6%); there were no cases of implant rupture.

Conclusions. Gluteal augmentation using the intramuscular technique produces excellent aesthetic results, with very few complications, but with a bigger learning curve compared with other techniques.

INTRODUCCIÓN

La historia del aumento glúteo se puede dividir en dos fases bien diferenciadas. La primera de ellas comenzó con Bartels, en 1965, quien utilizó implantes de mama para el aumento de glúteos, y siguió con Cocke,¹ en 1973, y con Douglas y Buchuk, en 1975. La segunda fase inscribe a González Ulloa, desde 1984 a la actualidad, a Robles, quien en 1984 presenta 9 casos con el empleo de la técnica submuscular, y a Vergara, quien en 1996 introduce la técnica intramuscular.² En este trabajo presentamos nuestro conocimiento recorrido en 3 años de experiencia con 64 procedimientos de aumento glúteo por hipoplasia glútea, con la utilización de la técnica intramuscular, la cual proporciona excelentes resultados estéticos con pocas complicaciones.

PACIENTES Y MÉTODOS

El estudio abarca el período que va desde junio de 2005 a mayo de 2008. En total, 61 casos fueron intervenidos quirúrgicamente, de los cuales 56 eran mujeres, de 30 a 76 años, y 5 hombres, de 30 a 60 años. La edad promedio fue de 53 años para las mujeres y de 45 años para los hombres. En todos los casos se utilizó el plano intramuscular para la colocación de los implantes glúteos.

Las indicaciones para la gluteoplastia en pacientes con buen tono muscular fueron ptosis glútea, flaccidez glútea, hipoplasia glútea y los casos de asimetría glútea congénita o traumática.

Los implantes utilizados fueron lisos de gel de silicona altamente cohesivo, anatómicos o redondos de acuerdo con el caso, de los cuales fueron 6 anatómicos (9,8%) y 55 redondos (90,1%). Los tamaños variaron entre 200 y 280 cc.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

La marcación comienza con el paciente en decúbito ventral, con la delimitación de la zona donde se va a realizar el bolsillo para la colocación del implante.

Se marca la zona de la incisión en el pliegue interglúteo sobre el sacro por arriba del ano entre 4 y 5 cm, con una longitud de 6 a 8 cm, y la marcación de un pequeño prebolsillo de entre 7 y 8 cm para incidir en el glúteo (**Figura 1**).

Luego se realiza la marcación de espina iliaca superoposterior (punto A), de trocánter mayor de fémur (punto B) y de articulación sacroiliaca inferior (punto C). De esta forma se delimita la zona de colocación del implante, uniendo los puntos A con B y B con C (**Figura 2**). Por último, se marca la zona del implante en el centro de la delimitación anterior.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Comienza el procedimiento quirúrgico con la infiltración con xilocaína al 2% con epinefrina diluida en 100 cc de solución fisiológica en la zona de incisión y en el prebolsillo. Se realiza la doble incisión vertical con forma de losange hasta la fascia del sacro, con cuidado de preservar el ligamento sacro, que queda en su ubicación original, entre las dos incisiones. Luego, se expone la fascia y el músculo glúteo mayor (Figura 4), y una vez expuesta se la incide siguiendo la dirección de las fibras musculares, con una profundidad de 3 a 4 cm de acuerdo con el espesor del glúteo mayor (Figura 5).

Una vez hecha la incisión en el músculo glúteo mayor, se realiza el bolsillo para el implante con disector plano pico de pato (Figura 6) y se completa en la periferia con la pinza plana diseñada por el Dr. Raúl González. Hay que tener especial cuidado con el tamaño del bolsillo, ya que éste no tiene que ser más grande que las dimensiones del implante, porque si es más amplio se corre el riesgo de que el implante se dé vuelta.

El control hemostático se hace lo más minuciosamente posible, para lo cual es útil la utilización de una valva con luz fría. Una vez finalizada, se colocan compresas húmedas y se realiza el mismo procedimiento en el glúteo contrario.

Incluida la hemostasia bilateral, se retiran las compresas y se chequea nuevamente el bolsillo. Se lleva a cabo un lavado con solución fisiológica con gentamicina y bupibacaína, y se colocan los implantes (Figura 7), teniendo especial cuidado en revisar que el implante esté dado vuelta o que no esté plegado en alguno de sus bordes.

Comienza con el cierre por planos, con nylon 2-0, plano del músculo glúteo mayor, de manera hermética y sin tensión; después, el cierre del prebolsillo, con varios puntos de nylon 3-0, que se hace desde el tejido celular hacia la aponeurosis del músculo glúteo mayor, disminuyendo de esta forma el espacio muerto del prebolsillo. Luego se realiza el cierre de la dermis de los bordes externos de

la incisión con puntos de anclaje al ligamento sacro, el cual previamente es liberado de la dermis que lo cubre (Figura 8), y por último el cierre de incisión de piel, con puntos simples, con nylon 4-0. Se realiza cura plana, con colocación de vendas elásticas adhesivas y por último la faja compresiva. La duración del tiempo quirúrgico es aproximadamente 90 minutos.

POSOPERATORIO

Luego de la intervención, el paciente permanece internado durante 24 horas, alternando entre decúbito lateral y decúbito ventral. Al 2do día posoperatorio puede comenzar a deambular.

Se realiza profilaxis antibiótica durante 7 días con cefalexina 500 mg cada 6 horas, y un plan de analgesia con ibuprofeno 600 mg, un comprimido cada 8 horas, o dextropropoxifeno y dipirona, un comprimido cada 12 horas, entre 7 a 10 días, según las molestias del paciente.

Se utiliza la venda elástica adhesiva durante 7 días y faja compresiva durante 3 semanas (Figura 9).

RESULTADOS

Esta técnica quirúrgica presentó resultados satisfactorios en 59 pacientes de un total de 61 intervenidos quirúrgicamente.

No se presentó gran cantidad de complicaciones. Éstas fueron: palpación del implante 1 (1,6%) (Figuras 10 y 11), infección 1 (1,6%), dehiscencia de la herida 4 (6,5%) (Figuras 12 y 13), hematomas 2 (3,2%) y extrusión de implantes 1 (1,6%). No se produjo ningún caso de ruptura de implante (que sí describen algunos autores).

En el caso de la infección, la paciente fue internada y se trató con un esquema de antibióticos IV durante 7 días; no fue necesaria la remoción de los implantes.

Los casos de pacientes que sufrieron dehiscencia de la herida fueron tratados de manera ambulatoria, con curaciones diarias, a fin de estimular la granulación; en algunos casos puede llevar hasta 3 semanas.



Figura 1. Marcación en tipo de losange, en el pliegue interglúteo.



Figura 2. Marcación de los puntos A y B, para demarcar la localización final del implante.



Caso clínico 2. Preoperatorio.



Caso clínico 2. Posoperatorio.



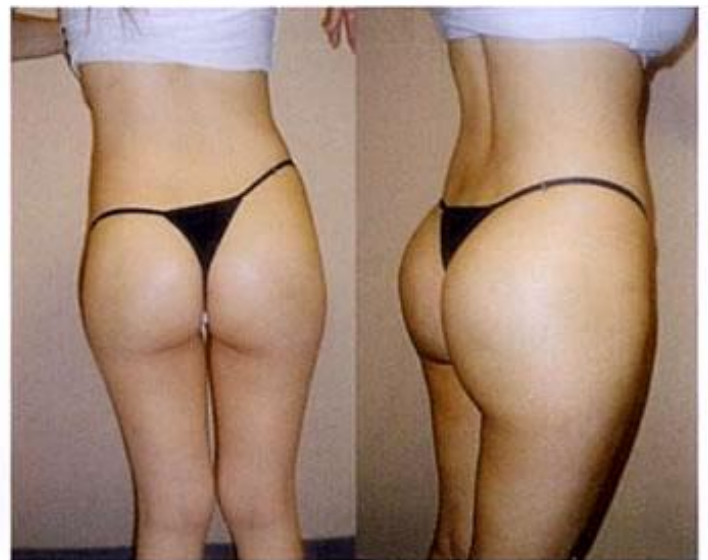
Caso clínico 3. Preoperatorio.



Caso clínico 3. Posoperatorio.



Caso clínico 4. Preoperatorio.



Caso clínico 4. Posoperatorio.

DISCUSIÓN

Los mejores resultados se obtuvieron con la colocación del implante a nivel intramuscular, ya que provee la cobertura suficiente y amplio bolsillo para los implantes. Los resultados fueron satisfactorios en la mayoría de los casos, y la incidencia de complicaciones (seroma, hematoma, infección y dehiscencia de la herida) fue baja.

Durante el cierre del bolsillo muscular del glúteo mayor, hay que prestar mucha atención para que éste sea lo más hermético posible; ello contribuye a prevenir o evitar la contaminación del implante ante cualquier complicación superficial.³

Al ser el glúteo mayor un músculo bien vascularizado, esto nos da la chance de poder tratar ciertos tipos de infecciones con un adecuado esquema de antibióticos, sin la necesidad de remover los implantes.

Otro aspecto importante para disminuir la morbilidad, es la de evitar la manipulación excesiva de los implantes una vez colocados, por ejemplo retirarlos y volverlos a colocar varias veces.

Se utiliza la incisión interglútea porque es menos notoria, y no la infraglútea, que deja secuelas cicatrizales visibles.

La colocación del implante subcutáneo se dejó de utilizar debido a un mayor índice de complicaciones, tales como seroma, infecciones y contractura capsular, que dejaba asimetrías muy visibles.

La técnica retromuscular (técnica de Robles) presenta dificultades, ya que en la proximidad se encuentra el nervio ciático y su daño eventual puede dejar consecuencias; por otro lado, los implantes que se colocan en esta posición son más pequeños.²

CONCLUSIÓN

Esta técnica intramuscular, con los implantes correctos según el tipo de paciente, no deja ningún tipo de irregularidades ni asimetrías, no presenta mayores complicaciones y nos permite elegir distintos modelos y tamaños de implantes.

Para lograr excelentes resultados, además de un buen diagnóstico y experiencia, la mayoría de los casos requiere la asociación de diferentes procedimientos, a saber: lipoaspiración, lipotransferencia y *lifting* glúteos, además del implante.

El implante glúteo es una técnica que, a pesar de tener una curva de aprendizaje un poco más ardua (algo mayor que el implante mama-

rio, pero no más que un *lifting* de mejilla), puede ser llevada a cabo por cualquier cirujano plástico que esté familiarizado con el área.

Es un procedimiento duradero y altamente efectivo, con bajo grado de complicaciones comparado con lipotransferencia grasa, inyección de PMM, o de silicona líquida.

En definitiva, la técnica intramuscular es muy segura, pues se trabaja lejos del nervio ciático, y la aparición de complicaciones es muy baja. Las complicaciones suelen ser menos que en los implantes mamarios y en general suelen aparecer por un defecto en la técnica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guasch JP, Cervelli V, Ribo PJ, Ribo PG. *Protesis glúteas: gluteal prosthesis. Cirug Plast Ibero-Latinoamericana*. 2001;27:193-199.
2. Bartles RY, O'Malley JE, Douglas WM, Wilson RG. *An unusual use of the Cronin breast prosthesis: case report. Plast Reconstr Surg*. 1969;44:500.
3. Gras Artero M. *Asimetría glútea, corrección mediante injerto dermograsoasoponeutótico de nalga contraria. Rev Esp Cir Plast*. 1974;7:185.
4. Cocke WM, Rickeson G. *Gluteal augmentation. Plast Reconstr Surg*. 1973;52:93.
5. Douglas WM, Bartles RJ, Baker JL. *An experience in aesthetic buttock augmentation. Clin Plast Surg*. 1975;2:471.
6. Gonzalez Ulloa M. *A review of the present status of the correction for sad buttocks. Mexico City, Mexico: IV Congress of the International Society of Aesthetic Plastic Surgery, April 1977.*
7. Gonzalez Ulloa M. *Gluteoplasty: a ten-year report. Aesthetic Plast Surg*. 1991;15:85.
8. Buchuck L. *Gluteoplastia de aumento. Cir Plast IberoLatinoamer*. 1980;6:29.
9. Robles JM, Tagliapertra JC, Y Grandi MA. *Gluteoplastia de aumento: implante submuscular. Cir Plast IberoLatinoamer*. 1984;10:365-375.
10. Vergara R, Marcos M. *Intramuscular gluteal implants. Aesthetic Plast Surg*. 1996;20:259.
11. De la Pena JA, Lopez-Mornjardin H, Gamboa-Lopez F. *Augmentation gluteoplasty: anatomical and clinical considerations. Plast Cosmetic Surg*. 2000;17:1-12.
12. Rafael Vergara, MD and Hugo Amezcua, MD. *Intramuscular Gluteal Implants: 15 Years' Experience. Aesthetic Surgery Journal*. March/April 2003.
13. McGraw JB, Arnold PG. *Gluteus Maximus: McGraw and Arnold's Atlas of Muscle and Musculocutaneous Flaps*. In: Norfolk, VA: Hampton Press; 1986:p. 357-358.
14. Raul Gonzalez. *Buttock Reshaping: 2006*