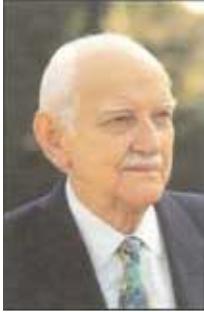


Gir. Plast. Iderlatinamev. p Vol. 27 N° 3
Julia Agosto Septiembre 2001 / Pag 183-200

Planas Guasch, J. *, Cervelli, V. **, Planas Ribo, J.***, Planas Ribo, G.****



Planas Guasch, J

RESUMEN

El aumento y la elevación de las nalgas, con fines puramente estéticos, es una corrección que los pacientes ido solicitando cada vez más, a medida que han visto los resultados de operaciones cosméticas dirigidas a corregir otras deformidades del contorno corporal. Sin embargo, esta operación ha sido poco divulgada entre los cirujanos plásticos. Este trabajo explica la técnica empleada por nosotros en 11 casos consecutivos y los resultados que hemos obtenido.

ABSTRACT

Augmentation and elevation of the buttocks as a cosmetic improvement, is everyday more and more demanded as the patients are seeing the results obtained in other body-counturing deformities. However this operation not popular among plastic surgeons. This paper aims to show the technique we have employed in 11 consecutive cases and the results we have obtained.

Palabras clave Aumento gluteos. Contorno corporal. Prótesis glúteas.

Código numérico 47

Recibido en redacción Noviembre 2000

Revisado. Aceptado para publicación Junio 2001

Key words Augmentation gluteoplasty. Body counturing. Gluteal prothesis.

Numerical code 47

Received November 2000

Accepted after revision June 2001

* Cirujano Plástico. Director de la Clínica de Cirugía Plástica y Estética.

** Cirujano Plástico. Profesor Asociado de Cirugía Plástica.

*** Cirujano Plástico.

*** Residente 2º año Scuola di Specializzazione in Cirugía Plástica. Università

Clínica Planas. Barcelona (España).

INTRODUCCIÓN

El auge que está tomando la cirugía estética, y la información que el público recibe continuamente a través de revistas y periódicos, hace que cada día más pacientes soliciten modificar zonas del cuerpo hasta hace poco años vedadas al cirujano. Y una de ellas es la región glútea. Con el paso de los años la piel pierde su elasticidad, los músculos su turgencia y los tejidos se relajan y descienden por la acción de la gravedad. Las nalgas no se libran de esta evolución y al igual que otras regiones del cuerpo, descienden y se aplanan. Los

pliegues o surcos subglúteos pierden su forma arqueada, quedando las nalgas flácidas, aplanadas y colgantes adquiriendo un feo aspecto, que González Ulloa (1) bautizó con el gracioso nombre de "sad buttocks syndrome" (Síndrome de las nalgas tristes). Es indudable que restituir la región glútea a su volumen y posición normales, ayuda a mantener la forma del cuerpo más joven y estéticamente más agradable.

ANTECEDENTES

Aunque hay publicaciones anteriores de corrección estética de la región glútea (2-6) la difusión y el interés hoy muestran las pacientes y los mismos cirujanos por esta deformidad, se deben a González Ulloa (1, 7, 8) que divulgó su tratamiento en conferencias y publicaciones. Por otra parte, los casos publicados con anterioridad a la descripción de este autor, fueron efectuados para eliminar depresiones patológicas localizadas pero no con el fin de mejorar el conjunto de la figura corporal. En el único caso en que se había efectuado cirugía con fines puramente estéticos (6), las prótesis tuvieron que ser retiradas debido a haberse infectado una de ellas.

Bartels, Malley, Douglas y Wilson en 1969 (2) rellenaron la nalga izquierda en un caso de atrofia unilateral con una prótesis rellena de gel de silicona fabricada expresamente, para proteger así el nervio ciático que, debido a una atrofia de los glúteos, era presionado al sentarse la paciente. La prótesis fue introducida bajo la piel, a través de una incisión en el surco subglúteo. El caso fue seguido durante 5 años, manteniéndose la prótesis blanda.

Cocke y Ricketson en 1973 (5) eliminaron dos depresiones laterales congénitas de las nalgas de una paciente introduciendo prótesis de gel de silicona también por encima de la fascia glútea y a través de incisiones verticales en el centro de las depresiones. El caso fue seguido durante tres años, manteniendo las nalgas buena forma.

Gras Artero, en 1974 (9) corrigió una asimetría de los glúteos, rellenando con un fragmento de la nalga sana una depresión de la nalga opuesta, consecutiva a un absceso. Introdujo la prótesis a través de la cicatriz existente.

En 1975, Douglas, Bartels y Baker, (6) rellenaron con prótesis de gel de silicona las nalgas a una paciente con fines estéticos. Desgraciadamente, una de las prótesis se infectó, obligando a retirarlas. La región quedó fibrosa y cicatricial, no adecuada para un nuevo intento. Se retiraron las dos prótesis.

En 1977, González Ulloa (1) introduce con fines puramente estéticos en el plano subcutáneo de la región glútea, a través de incisiones en los surcos subglúteos, prótesis de gel de silicona de forma almendrada, fabricadas especialmente para el caso.

En 1979 en una nueva publicación (7), el mismo autor describe la extirpación en un solo tiempo operatorio del exceso de piel del abdomen, brazos, muslos y la colocación de prótesis en la región glútea, introduciendo también prótesis mamarias a través de la incisión abdominal de lipectomía, según técnica de Planas (10). En 1991 (8), González Ulloa presenta su experiencia acumulada durante diez años.

En 1984, Robles, Tagliaferro y Grandi (11) introducen las prótesis por una incisión única, vertical, interglútea colocando las prótesis por debajo del músculo glúteo mayor, en el "espacio celular subglúteo"

Buchuc en 1986 (4) describe un caso de rotura de una prótesis prefabricada y colocada subcutáneamente a través de una incisión en el pliegue subglúteo, según técnica de González Ulloa.

En 1996 Vergara y Marcos (12) emplean la vía interglútea y recomiendan colocar las prótesis en plena masa muscular glútea mayor.





Figura 1 A-B. Paciente de 40 años. Resultado de inclusión de prótesis de gel de silicota, rugosas, de 200 cc.



Figura 2 A-B. Paciente de 30 años. a) Nalgas plásticas y mal conformados. Resultado de inclusión de prótesis de gel de silicona, rugosas, de 175 cc más liposucción sobre regiones trocántéreas.

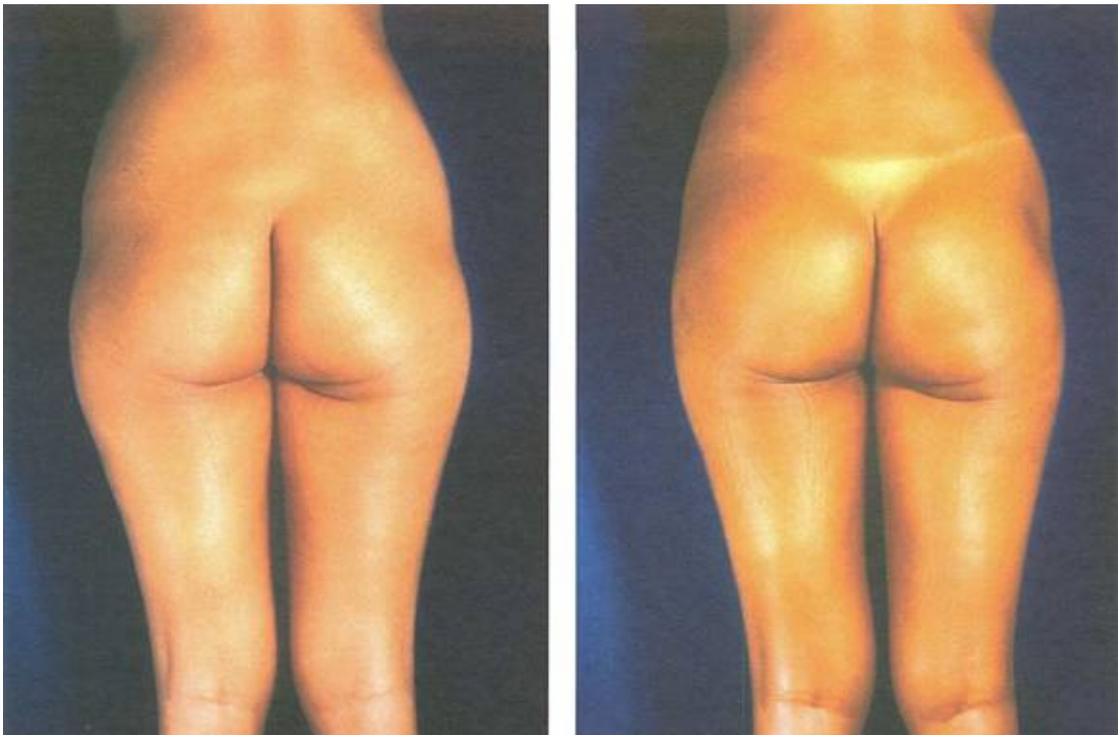


Figura 3 A-B. Paciente de 27 años. Resultado, inclusión de prótesis de gel de silicona, lisas de 175 cc más liposucción sobre regiones trocánteres.

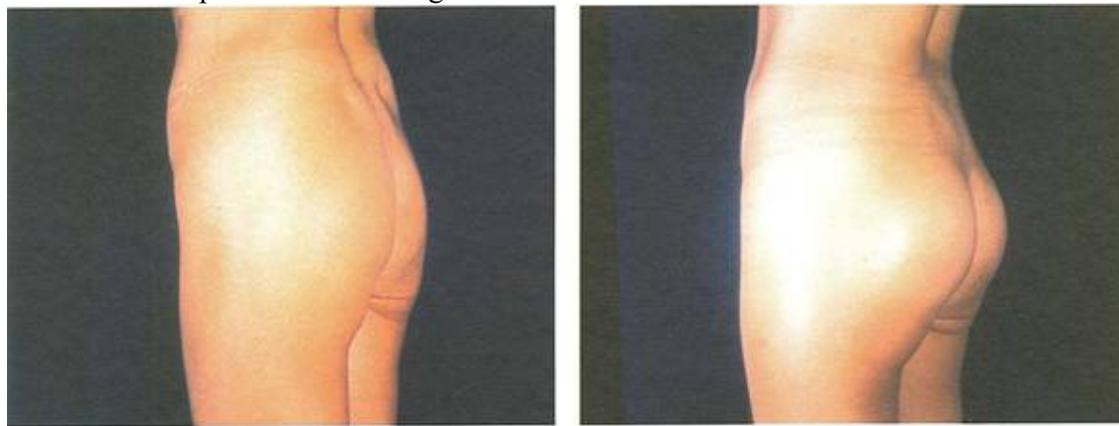


Figura 4 A-B. Paciente de 37 años. Resultado de la inclusión de prótesis de gel de silicona, líneas de 225 cc.

MATERIAL Y MÉTODO

Técnica quirúrgica. Un paso importante dado en la mejora de nuestra técnica, fue la detallada descripción de Robles (11) y el haber observado personalmente (g.P.) algunos casos operados por este autor. Se efectuó una incisión vertical en el pliegue interglúteo (Fig. 5 a, b, c, d) sobre el sacro, de unos 7 cm. de longitud, que termina a 1 cm por encima de la articulación sacro-coxígea. Despegados los bordes cutáneos en una extensión de unos 5 – 6 cm, se incide la aponeurosis y se separan las fibras musculares del glúteo mayor. Llegados a la aponeurosis posterior del mismo, se continúa con disección roma mediante una gasa grande montada en una pinza larga y fuerte. También es útil para este menester, el largo despegador que usualmente se emplea para crear un espacio retropectoral, cuando se emplea la vía axilar en la introducción de prótesis mamarias. El despegamiento es difícil y no debe cederse hasta lograr una buena cavidad. Se crea así un espacio virtual, "espacio celular subglúteo", donde se introduce la prótesis.

Aunque en el mercado se encuentran prótesis de gel de silicona diseñadas especialmente para esta región, nosotros hemos empleado en todos los casos prótesis mamarias de gel de silicona. No hemos necesitado en ningún caso prótesis mayores de 275 cc. Hay que cuidar no despegar más abajo del músculo piramidal, que corresponde aproximadamente al punto medio de la línea que del coxis a la espina ilíaca posterosuperior, para evitar posibles daños al nervio ciático y a la arteria pudenda, aunque éstos ya están protegidos por la misma fascia. Las prótesis de superficie rugosa son difíciles de introducir; por lo que hemos empleado en algunos casos prótesis de superficie lisa.

La hemorragia siempre ha sido mínima. No hemos colocado drenajes en ninguno de nuestros casos. La herida se cierra con puntos sueltos de material reabsorbible y la piel con una sutura continua extraíble que se retira los 19 días. Hemos mantenido presión sobre la zona operada mediante un "panty" o faja, durante un periodo aproximado de un mes.

La paciente permanece en decúbito prono durante las primeras 48 horas, permitiéndole deambular después de este periodo. Puede permanecer sentada tan pronto como tolere esta posición ya que el peso del cuerpo recae sobre el isquión.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS

1. E. R. R. 27 años. Hombre. Atrofia de los músculos glúteos por Parálisis Infantil. Oper: 3 Marzo 1989. Inclusión en plano submuscular de dos prótesis de gel de silicona, rugosas, de 125cc. Dos años después, el paciente seguía satisfecho del resultado. Las prótesis estaban blandas. Hemos perdido contacto con este paciente.

2. D. V. J. 40 años. Mujer. Operación 7 octubre 1993: Inclusión de prótesis de gel de silicona, rugosas de 225 cc en plano submuscular. Última revisión 10 Octubre 1994. Prótesis blandas. Paciente muy satisfecha del resultado (Fig. I)

3. I.G.LI. 37 años. Mujer. Operación 19 noviembre 1996. Prótesis de gel de silicona, rugosas de 180 cc en plano submuscular. Última revisión ocho meses después. Región glútea blanda. Paciente muy satisfecha.

4. ABJ. 30 años. Mujer. Operación 18 diciembre 1996. Inclusión de prótesis de gel de silicona, rugosas de 225 cc en plano submuscular. Última revisión 10 meses después. Región glútea blanda. Paciente muy satisfecha.

175 cc en plano submuscular y liposucción Regiones trocanterea. Seis meses después seguía muy contenta resultado. Región glútea blanda y bien conformada. Hemos perdido contacto con esta paciente (Fig. 2).

5. AMM 44 años. Mujer. Operación 7 abril 1998. Inclusión de prótesis de gel de silicona, lisas de 15S cc plano submuscular y liposucción flancos. Contactada por teléfono 2 años y medio después, dice estar muy satisfecha del resultado.

6. EXR 39 años. Mujer. Operación 4 agosto 2000. Inclusión de prótesis de gel de silicona, lisas de 275 cc plano submuscular. Ultima revisión un mes y medio después. Región glútea blanda. Paciente satisfecha de haberse operado.

7. EGV. 27 años. Mujer. Operación 5 abril 2000. Liposucción e inclusión de prótesis de gel de silicona, li de 175 cc en plano submuscular. Esta paciente tuvo secreción por la herida durante cinco días, que cedió con aplicación local de antibióticos. La paciente vive en otro país. Contactada cinco meses después nos comunicó que estaba muy satisfecha de haberse operado y que la Región era blanda y con buena forma (Fig 3).

8. CMC 25 años Mujer. Operación 4 marzo 1999. Inclusión de prótesis de gel de silicona de 12) cc en plano submuscular. Ocho meses después las nalgas eran blandas. Paciente satisfecha.

9. ACB 38 años Mujer. Operación 3 abril 1998. Inclusión de prótesis de gel de silicona, rugosas de 180 cc plano submuscular. Dos años y medio después paciente muy satisfecha. Las nalgas son blandas y la paciente dice no tener sensación alguna de llevar nada artificial en su cuerpo.

10. NJV 26 años. Mujer. Operación 9 Julio 1998. Liposucción trocánteres e inclusión de prótesis de gel de silicona, rugosas de 150 cc en plano intramuscular. Dos años y medio después, prótesis blandas. Dice estar satisfecha y sin ninguna molestia.

I IJG 37 años. Mujer. Operación 19 septiembre 2000. :Inclusión de prótesis lisas 225 cc en plano intramuscular. Un mes después las prótesis estaban blandas (Fig. 4).

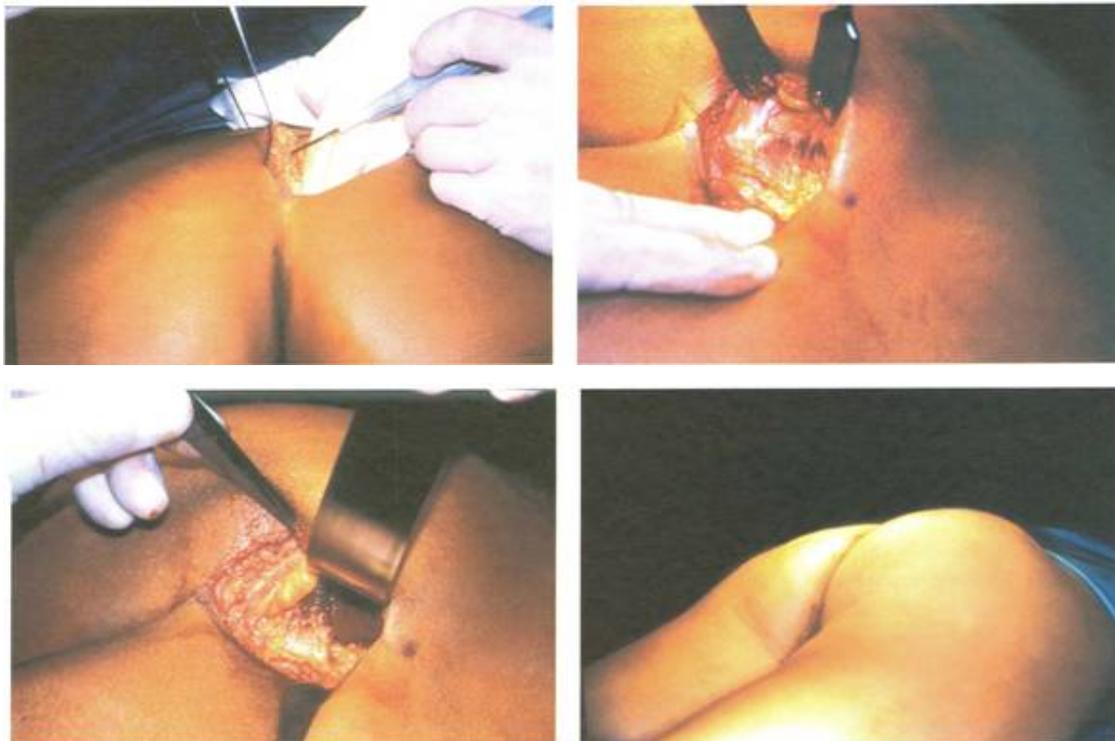


Figura 5 A-B-C. Creando el espacio subglúteo. D) Operación terminada en el lado izquierdo.

DISCUSIÓN

La prótesis colocada detrás del músculo, queda más protegida y menos expuesta a complicaciones, no se ven rebordes comprometedores y da una mejor forma a la nalga. No creemos necesario emplear prótesis especiales. Nosotros hemos usado prótesis mamarias de gel de silicona, que tienen la ventaja de poner a nuestra disposición en todo momento una gran variedad de tamaños existentes. Tampoco creemos que la forma de la prótesis al estar incluida tan profundamente, influya en el aspecto estético final; a nuestro entender la forma de la nalga la da la cavidad creada, el grosor de los tejidos que cubren la prótesis y el volumen de la misma.

Hemos operado 11 casos, 10 de ellos son pacientes del sexo femenino, por motivos puramente estéticos, y 1 sexo masculino, por atrofia de los músculos glúteos, consecutiva a parálisis infantil.

En todos los casos se instituyó un tratamiento antibiótico preventivo. Solamente una paciente (la de la Fig. presentó una mínima secreción por la herida, que curó con introducción de antibiótico (Rocefalin) por la abertura de la herida durante cuatro días; no obstante cinco meses después ambas prótesis seguían blandas.

En el curso postoperatorios, la única verdadera molestia que han manifestado nuestras pacientes en el tiempo que han permanecido boca abajo durante el postoperatorio, y las molestias e incomodidad experimentadas al sentarse durante los primeros días después de la operación, pero ninguna se ha quejado de verdadero dolor. En ningún caso se presentaron más complicaciones de la citada anteriormente.

Tampoco se han detectado contracturas capsulares, ni las prótesis se han desplazado. Naturalmente que algunas de nuestras pacientes llevan un tiempo totalmente insuficiente para valorar los resultados definitivos, pero en el momento actual, todas ellas manifiestan estar muy satisfechas de haberse operado.

CONCLUSIONES

El motivo de esta comunicación ha sido dar a conocer la gran satisfacción mostrada en todos los casos, en una operación poco frecuente en nuestro medio.

Dirección del autor:

Cr. Jaime Planas Guashc
C/ Pere II de Montcada, 16
08036 Barcelona (España)

Bibliografía

1. **Gonzalez Lilloa, M.** "A review of the present status of the correction for sad buttocks" IV Congress of the internat. Soc. of Aesthetic Plastic Surgery, Mexico City; April 1977.
2. **Bartels R. J., O'Malley, J. E., Douglas W. M. and Wilson RG** "An unusual use of the Cronin breast prosthesis" *Plast. Reconstr. Surgery* 1969, 44:500.
3. **Buchuk L.** "Gluteoplastias de aumento". *Cir. Plast. Iberolatinoamer* 1980, 6:29.
4. **Buchuk L.** "Complications with general prosthesis". *Plast. Reconstruct. Surg* 1986, 77:1012.
5. **Cucke W. M. and Ricketson G.** "Gluteal augmentation" *Plast. Reconstruct. Surg.* 1973, 52:9.
6. **Douglas WM, Bartels, R. J. And Barker JL** "An experience in aesthetic buttocks augmentation" *Clinics in Plastic Surgery* 1975, 2:471.
7. **González Ulloa M.** "Torsoplasty" *Aesth Plast. Surg.* 1979, 3:357.
8. **Gonzalez Lilloa M** "Gluteoplasty". A ten – Year Report" *Aesth. Plast. Surg.* 1991, 15:85.
9. **Gras Artero, M.** "Asimetría Glútea. Corrección mediante injerto dermograsoaponeurotómico de nalga contraria" *Rev. Esp. Cir. Plast.* 1974, 7:185.
10. **Planas. J.** "Introduction of Breast Implants Through the Abdominal Route" *Plast. Reconstruct Surg* 1976, 57:434.
11. **Robles J. M. Tagliapietra J. C. Y Grandi M. A.** "Gluteoplástia de aumento: Implante submuscular" *Cir. Plast. Iberolatinoamer.* 1984, 10:4.
12. **Vergara R. And Marcos M.** "Intramuscular Gluteal Implants" *Aesth. Plast. Surg.* 1996, 20:259

COMENTARIO AL TRABAJO "Prótesis Glúteas"

La técnica de gluteoplastia de aumento con implantes ha evolucionado a través del tiempo, desde que Barte en 1965 utiliza una prótesis de mama para aumento de la región glútea (1); así como también por los espacios utilizados para su colocación, el tipo de incisión de abordaje y los tipos de implantes utilizados. González Ulloa: Espacio subcutáneo, incisión subglútea con implante oval de gel de silicona y superficie lisa (2, 3). Robles, Tagliapietra y Grand: Espacio subglúteo, incisión en el pliegue subglúteo con implante redondo de gel de silicona y superficie lisa (4). Vergara: Espacio intramuscular, incisión en el pliegue interglúteo con implante oval de gel cohesivo de silicona y de elastómero sólido de silicona ambas de superficie texturizada (5).

El doctor Jaime Planas y colaboradores reportan una casuística de 11 pacientes a los cuales se les realizó gluteoplastia de aumento con prótesis de mama lisas y rugosas, utilizando la vía de abordaje interglútea y el espacio submuscular para la colocación del implante.

En el análisis del presente trabajo llama la atención que los volúmenes de las prótesis utilizadas son muy pequeños, siendo el promedio de 178 cc; en nuestra experiencia esto es insuficiente para lograr un aumento glúteo significativo, pues nuestro promedio es de 300 cc en el 62.5% de nuestros casos y nuestros volúmenes oscilan entre 250 y 350 cc, dependiendo de las medidas corporales y el deseo de aumento que el paciente tenga.

Creemos también que en todos los casos se deben utilizar prótesis especiales (de forma oval o de almendra) específicas para la región glútea (forma semejante a la región glútea), ya que nosotros si consideramos fundamental la forma de la prótesis, aunque estén colocada profundamente, para el resultado final en el aumento y la forma glútea, ya que la forma anatómica y el tamaño de la mama y del glúteo no son ni siquiera parecidos. El disponer de una variedad de tamaños no justifica el uso de estas, ya que por otro lado utilizan volúmenes muy pequeños lo que a nuestro juicio merecería saber por parte de los autores si es debido al espacio submuscular que emplean. Por nuestra parte recomendamos la norma de no colocar implantes mamarios de ningún tipo en la región glútea. La resistencia de un implante glúteo es mayor dos a uno en relación a los implantes mamarios debido a la mayor cohesividad del gel de silicona, utilizando en las de gl (implantes glúteos: 300Kg/cm⁻¹) e implantes mamarios 150 Kg/cm⁻¹).

Por otro lado se menciona la no colocación de drenajes y recomiendan el uso de implantes de superficie lisa dada la difícil introducción de los de superficie rugosa. Por nuestra parte recomendamos utilizar drenajes cc sistemas de succión en todos los casos, dada la naturaleza cruenta de esta cirugía debido al espacio muscular que se están trabajando y la presencia de seromas como la complicación más frecuente de esta cirugía, así como el uso de implantes de superficie rugosa en todos los casos, para disminuir el índice de contractura muscular. No se menciona en el artículo, si el paciente que presentó secreción a través de la herida fue debido a una infección o a un seroma. Por otra parte felicitamos a los autores por presentar esta alternativa en el manejo quirúrgico de la región glútea.

Bibliografía

- 1. Bartels RJ o Maly JE, Douglas WN:** "An unusual use of the Cronin breast prosthesis". *Plast. Reconstr. Surg* 1969, 4:500.
- 2. Gonzalez Ulloa M.** "A review of the present status of the correction for sad buttocks". IV congreso International Society of Aesthetic Plastic Surgery, Mexico City, April 1977.
- 3. Gonzalez Ulloa M.** "Gluteoplasty: a ten year report". *Aesth. Plast. Surg.* 1991, 15:85.
- 4. Robles J, Tagliapietra J, Grand M** "Gluteoplastia de aumento: implante submuscular". *Cir. Plástica Ibero-latinoamericana* 1977, 10:4.
- 5. Vergara R. Marcos M** "Intramuscular Gluteal implants". *Aesth. Plast. Surg* 1996, 20:259.

CONTESTACIÓN AL COMENTARIO DE LOS Drs. Rafael Vergara, Hugo Amezcua

Dr. Jaime Planas

Agradecemos sinceramente los razonados comentarios que los Dres. Rafael Vergara y Hugo Amezcua hace nuestro trabajo. Sin embargo alguno de los conceptos vertidos nos parecen merecedores de controversia, por ejemplo prótesis de 300 o 350 cc no hubiesen sido aceptadas por nuestros pacientes. Solo en un caso utiliza prótesis de 275 cc. Los resultados que acompañan al texto con prótesis mucho menores han satisfecho a ambas partes, pacientes y cirujanos. Naturalmente que esto puede variar según gustos o incluso según modas o etn

No conocemos ningún caso de explosión o rotura de prótesis mamaria al hacer las forzadas maniobras de romper una cápsula contracturada. Por otra parte el peso del cuerpo al sentarse recae sobre la región isquiática no sobre la glútea donde se colocan las prótesis, de otra forma, las pacientes tendrán la incómoda sensación de sentarse sobre un material deslizante e inestable.

El plano submuscular ha resultado siempre, tanto en nuestros casos como en los que vimos realizar al Dr. Robles, con hemorragia prácticamente inexistente, motivo por el que no se colocaron drenajes. En el postoperatorio no se detectaron seromas ni hematomas. El único caso en que se abrió la herida, fue debido a dehiscencia de la sutura. La herida estaba cerrada al quinto día. Todos los pacientes empezaron a deambular al día siguiente de la operación. Ignoramos si el plano intramuscular que recomiendan es más sangrante, en cuyo caso sería obligado colocar drenajes.

Como ya hemos dicho, la motivación de este trabajo es dar a conocer los buenos resultados y la rápida evolución de una técnica que en nuestro país se efectúa con poca frecuencia.

.....

