

# Gluteoplastia de aumento: experiência do Serviço de Cirurgia Plástica Dr. Ewaldo Bolivar de Souza Pinto

## *Augmentation gluteoplasty: experience at Dr. Ewaldo Bolivar de Souza Pinto Plastic Surgery Service*

DANIEL MELO DE AZEVEDO<sup>1</sup>

PAULO GONÇALVES JUNIOR<sup>2</sup>

JULIANO PEREIRA<sup>2</sup>

TIAGO BOULHOSA AMOEDO<sup>2</sup>

FÁBIO MASSARU

KUROYANAGI<sup>2</sup>

EMMANUEL FRANCIS MALLOL

COTES<sup>3</sup>

EWALDO BOLIVAR DE SOUZA

PINTO<sup>4</sup>

OSVALDO RIBEIRO SALDANHA<sup>5</sup>

### RESUMO

**Introdução:** As nádegas são constituídas por músculos responsáveis pelos movimentos das pernas, assumindo o músculo glúteo máximo o volume principal. Possuem uma função secundária, de cunho sexual, como zona erógena, símbolo de fertilidade, cujo poder de atração é um forte apelo usado pela publicidade de artigos de consumo masculino. Mulheres com maior volume de nádegas despertam maior atração e desejo sexual, o que tem levado ao aumento da procura pela gluteoplastia de aumento com utilização de implantes de silicone. O objetivo deste trabalho é demonstrar a experiência dos autores com a técnica de gluteoplastia de aumento XYZ, comparando as taxas de complicação relacionadas ao procedimento entre dois grupos, gluteoplastia + lipoescultura de dorso e flancos vs. gluteoplastia isolada. **Método:** No total, 8 pacientes do sexo feminino foram submetidas a gluteoplastia de aumento pela técnica XYZ, no período entre julho e novembro de 2011. **Resultados:** Foram utilizados 4 pares de implantes com volumes de 400 ml, 2 pares de 350 ml e 2 pares de 300 ml, todos do tipo Quartzo<sup>®</sup>. As pacientes foram divididas em dois grupos, com 4 integrantes cada. No grupo 1, a gluteoplastia foi associada a lipoaspiração de dorso e flancos; no grupo 2, não foi feita essa associação. A incidência total de seroma, necrose das bordas e deiscências das feridas foi de 50% (4 casos) cada. **Conclusões:** A gluteoplastia de aumento pela técnica XYZ com utilização de implantes de silicone tem produzido resultados naturais e de longa duração, com baixas taxas de complicação quando não se associa lipoaspiração.

**Descritores:** Nádegas/cirurgia. Implante de prótese. Próteses e implantes.

### ABSTRACT

**Background:** The buttocks are formed by muscles responsible for leg movement, the largest being the gluteus maximus. Moreover, the buttocks have secondary sexual function: they are an erogenous area and a symbol of fertility, and are employed in advertising for male-oriented consumer products. Women with bigger buttocks arouse greater attraction and sexual desire, which has driven the demand for augmentation gluteoplasty with silicone implants. This study analyzed the authors' experience with the XYZ augmentation gluteoplasty technique by comparing the rates of complications related to the procedure between gluteoplasty + back and flank liposuction, and gluteoplasty alone. **Methods:** A total of 8 women were subjected to XYZ augmentation gluteoplasty between July and November

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Plástica Dr. Ewaldo Bolivar de Souza Pinto, Universidade Santa Cecília (UNISANTA), Santos, SP, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 28/11/2011  
Artigo aceito: 19/3/2012

1. Membro associado da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), estagiário do Serviço de Cirurgia Plástica Dr. Ewaldo Bolivar de Souza Pinto, Universidade Santa Cecília (UNISANTA), Santos, SP, Brasil.
2. Membro aspirante em treinamento da SBCP, estagiário do Serviço de Cirurgia Plástica Dr. Ewaldo Bolivar de Souza Pinto, UNISANTA, Santos, SP, Brasil.
3. Cirurgião geral, estagiário estrangeiro do Serviço de Cirurgia Plástica Dr. Ewaldo Bolivar de Souza Pinto, UNISANTA, Santos, SP, Brasil.
4. Membro titular da SBCP, diretor do curso de pós-graduação do Serviço de Cirurgia Plástica Dr. Ewaldo Bolivar de Souza Pinto, UNISANTA, Santos, SP, Brasil.
5. Membro titular da SBCP, diretor do Departamento de Eventos Científicos da SBCP, regente do Serviço de Cirurgia Plástica Dr. Ewaldo Bolivar de Souza Pinto, UNISANTA, Santos, SP, Brasil.

2011. The patients were divided into 2 groups with 4 members each. In groups 1 and 2, gluteoplasty with and without liposuction of the back and flanks was performed, respectively. **Results:** Four, 2, and 2 pairs of 400-, 350-, and 300-mL Quartzo® implants were used, respectively. The total incidence of seroma, necrosis of the edges, and wound dehiscence was 50% (4 cases in total) in both groups. **Conclusions:** XYZ augmentation gluteoplasty with silicone implants produces natural and long-lasting results with low complication rates when not combined with liposuction.

**Keywords:** Buttocks/surgery. Prosthesis implantation. Prostheses and implants.

## INTRODUÇÃO

O contorno corporal apresenta enorme importância no dia a dia do cirurgião plástico. A lipoaspiração assume papel fundamental na abordagem da região posterior. Associada ou não a lipoenxertia, a lipoaspiração encontra alguns limites para o modelamento adequado das nádegas, região mais importante de todo o contorno posterior do corpo. As nádegas são as duas partes proeminentes e globulares localizadas na parte posterior da pelve, limitadas por uma linha imaginária que passa superiormente ao ponto mais elevado das cristas ilíacas até o sulco infraglúteo. O músculo glúteo máximo forma o volume principal; porém, na região anterolateral, o músculo glúteo médio é superficial e contribui para o contorno dessa região. As nádegas possuem função secundária, de cunho sexual, como zona erógena, representando, na antiguidade, um símbolo de fertilidade e, na atualidade, seu poder de atração é um forte apelo usado pela publicidade de artigos de consumo masculino. Mulheres com maior volume de nádegas despertam maior atração e desejo sexual, o que tem levado ao aumento da procura pela gluteoplastia de aumento com utilização de implantes de silicone.

A gluteoplastia de aumento pode ser realizada com a utilização de tecidos autólogos, próprios do organismo (gordura, retalho dermogorduroso, retalho muscular) ou materiais artificiais (implantes, preenchimentos), combinados ou não.

A remodelagem glútea está indicada em diferentes situações, como a reparação de deformidades adquiridas (sequelas de acidentes, perdas de substância, sequelas cicatriciais, etc.) ou congênitas (agenesias, desenvolvimento incompleto). A gluteoplastia de aumento com finalidade estética é realizada para restaurar contorno, forma e volume da nádega.

Os implantes glúteos proporcionam remodelagem e aumento efetivos das nádegas, nem sempre obtidos por outros métodos. A inserção de implante, por meio de projeção concentrada, alcança a forma redonda desejada, nem sempre conseguida com enxerto de gordura.

Os implantes glúteos podem ser redondos ou ovais, preenchidos com silicone altamente coesivo ou feitos de blocos moles de silicone. Existem 4 planos para a colocação dos implantes glúteos: subcutâneo, subfascial, intramuscular e submuscular.

Em 1969, a gluteoplastia de aumento com utilização de implantes em plano subcutâneo foi descrita por Bartels et al.<sup>1</sup>, procedimento que resultava em grande número de deslocamentos, assimetrias e contraturas capsulares.

Robles et al.<sup>2</sup> apresentaram nova técnica de aumento glúteo com colocação do implante no plano submuscular através de incisão na linha mediana da região sacral.

Vergara e Marcos<sup>3</sup> publicaram técnica de aumento glúteo com implante intramuscular, enquanto De La Peña et al.<sup>4</sup> descreveram a colocação de próteses em plano subfascial.

Atualmente, há discussão sobre a posição ideal dos implantes glúteos, com defensores tanto do plano subfascial como do intramuscular. Nos países em que a gluteoplastia de aumento tem se tornado popular, como o Brasil, o plano de descolamento preferido tem sido o intramuscular.

Gonzalez<sup>5</sup> descreveu a técnica XYZ, estabelecendo parâmetros para o descolamento intramuscular no plano correto por meio da marcação de pontos de referência anatômicos para guiar a dissecação e evitar implantes visíveis e palpáveis.

O objetivo deste trabalho é demonstrar a experiência dos autores com a técnica de gluteoplastia de aumento XYZ.

## MÉTODO

No total, 8 pacientes foram admitidos no ambulatório de cirurgia plástica da Universidade Santa Cecília (UNISANTA) e submetidos a gluteoplastia de aumento pela técnica XYZ, no período de julho a novembro de 2011. Os procedimentos foram realizados pelos residentes do terceiro ano.

Todos os pacientes eram do sexo feminino, portadores de hipotrofia glútea, com idades variando entre 28 anos e 50 anos. As pacientes foram divididas em dois grupos, com 4 integrantes cada. No grupo 1, lipoaspiração de dorso e flancos foi associada à gluteoplastia, enquanto no grupo 2 foi realizada gluteoplastia isolada. As pacientes de ambos os grupos foram submetidas a avaliações semanais, por um período de 1 mês a 3 meses.

Foram utilizados implantes específicos para a área glútea, do tipo Quartzo®, modelos ovais de alta projeção, com volumes variando de 300 ml a 400 ml. A correção estética para hipotrofia glútea foi a indicação cirúrgica predominante.

### Técnica Operatória

Inicialmente, com a paciente em posição ortostática, foi realizada marcação da linha A, que correspondia ao ponto mais alto do sulco interglúteo, com a paciente de pé.

Toda a cirurgia foi baseada em três pontos de referência: crista ilíaca, espinha ilíaca posterossuperior e trocanter.

Com a paciente em decúbito ventral, foi demarcada uma linha dupla com 7 cm de comprimento e 4 mm de largura, a partir da linha A em direção caudal, sobre o sulco interglúteo, auxiliando na preservação do ligamento sacrocúneo, responsável pela formação do sulco interglúteo. Em seguida, foi feito um desenho de coração invertido, que tinha como centro a incisão fusiforme previamente desenhada. A extremidade lateral do coração invertido distava 7 cm do sulco interglúteo. As espinhas ilíacas posterossuperiores e as cristas ilíacas foram identificadas e demarcadas. Foi traçada a linha G, correspondente ao limite lateral do músculo glúteo máximo, cuja parte cefálica distava 4 cm da espinha ilíaca posterossuperior, sobre a crista ilíaca, e a parte caudal foi indicada pela face posterolateral do trocanter.

Todas as pacientes foram submetidas a anestesia geral, com utilização de cefalotina na indução anestésica. As pacientes foram posicionadas em decúbito ventral. Foram colocados coxins nas regiões anterior da pelve e torácica. A região anal foi isolada por completo com compressa embebida com solução de iodopolividona tópica, suturada à pele da paciente.

Toda a área do coração invertido foi infiltrada com solução vasoconstritora. A pele foi incisada, preservando-se o ligamento sacrocúneo. O tecido subcutâneo foi dissecado a 45 graus até a fáscia muscular, progredindo-se sobre a fáscia muscular por toda a área do desenho. O músculo e a fáscia foram incisados, seguindo a direção das fibras musculares, desde a borda do sacro até o fundo da área descolada, em incisão de 6 cm. Foi criada uma fissura, com o dedo indicador, por essa incisão. O ponto X foi definido dentro dessa fissura mediante a palpação caudal do ligamento sacrotuberal, correspondendo à metade da espessura muscular, com cerca de 2,5 cm a 3 cm de profundidade. Um descolador foi introduzido no ponto X em direção à espinha ilíaca posterossuperior. Ao atingir essa estrutura anatômica, foi realizada ligeira rotação inferior em direção ao ponto Y. Usando as fibras musculares como suporte junto ao sacro, foi feito um movimento de rotação com a ponta do descolador, desde o ponto Y até o ponto mais caudal da linha G (ponto Z), tangencialmente à face posterolateral do trocanter. O descolamento foi completado com manobra digital e uso de um divulsor muscular. Procedeu-se à colocação de drenos e dos implantes, além de fechamento da loja com fio de náilon 2.0. Na área do coração invertido, foram confeccionados pontos de adesão e pontos na base do ligamento sacrocúneo, com fio de náilon 3.0. O fuso de pele correspondente ao ligamento sacrocúneo foi desepidermizado e realizados pontos subdérmicos com fio de náilon 4.0. Superficialmente

foram utilizados pontos epidérmicos separados ou chuleio simples com fio de náilon 6.0 ou sutura intradérmica com fio de náilon 3.0.

### RESULTADOS

Não foram observadas intercorrências intraoperatórias.

As pacientes foram colocadas em decúbito dorsal elevado com utilização de almofadas especiais posicionadas no dorso e nos membros inferiores, para evitar a compressão do músculo descolado entre o implante e o colchão.

Analgesia pós-operatória foi feita com tramadol 100 mg por via endovenosa e codeína + paracetamol (30 mg/750 mg), por via oral, a cada 8 horas.

O tempo médio de internação hospitalar foi de 24 horas e de permanência do dreno, de 48 horas.

As pacientes receberam alta com prescrição de codeína + paracetamol (30 mg/750 mg), por 7 dias.

Foi obtido aumento significativo do volume glúteo das pacientes (Figuras 1 a 3), havendo satisfação imediata e a longo prazo em 100% dos casos.

Foram utilizados 4 pares de implantes com volumes de 400 ml, 2 pares de 350 ml e 2 pares de 300 ml, todos do tipo Quartzo®.

As complicações imediatas mais frequentes foram dor, seroma, deiscência da ferida e infecção.

Apenas uma paciente do grupo 1 solicitou prolongar a analgesia por mais uma semana, em decorrência de dor moderada.

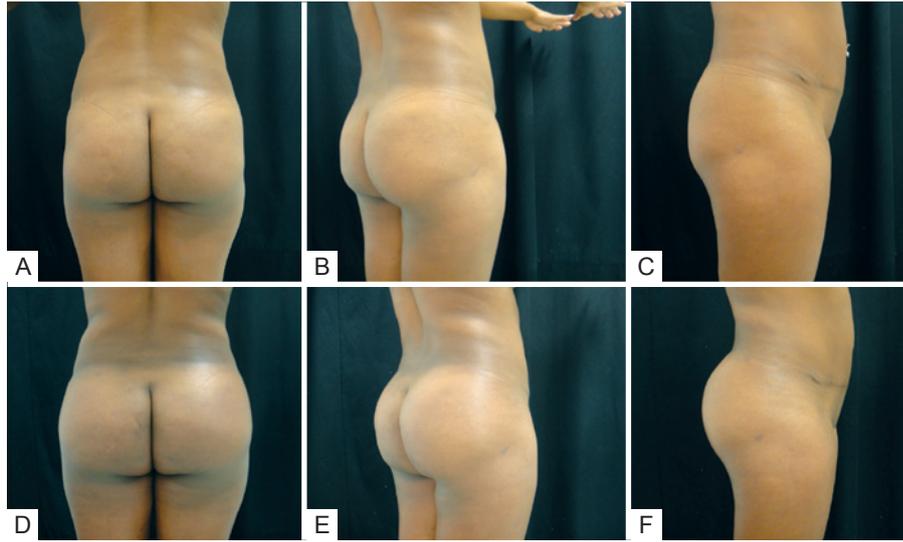
Nas 4 pacientes do grupo 1, ocorreu seroma com drenagem persistente do 8º ao 14º dias de pós-operatório, associado a necrose de bordas e deiscências das feridas operatórias (Figuras 4 e 5). Os casos foram conduzidos com desbridamento das bordas necróticas, lavagem da ferida com solução de iodopolividona tópica e soro fisiológico 0,9% sob pressão por meio de seringas de 20 ml e agulhas 40 x 12 (18 G) e resutura. Essas pacientes apresentaram evolução favorável, com resolução da complicação até o 30º dia de pós-operatório.

Uma paciente de grupo 1 apresentou drenagem de secreção purulenta pela ferida operatória e picos febris, sendo realizadas retirada de pontos de pele, lavagem da ferida com solução de iodopolividona tópica e soro fisiológico 0,9% sob pressão por meio de seringas de 20 ml e agulhas 40 x 12 (18 G) e resutura. Além disso, foi instituída antibioticoterapia com ceftriaxona, por via endovenosa, e metronidazol, por via oral, durante 7 dias. Foi colhida secreção e enviada para cultura microbiológica, em que não houve crescimento bacteriano. Em 48 horas, a paciente não apresentava mais picos febris e, após 15 dias, o seroma está resolvido.

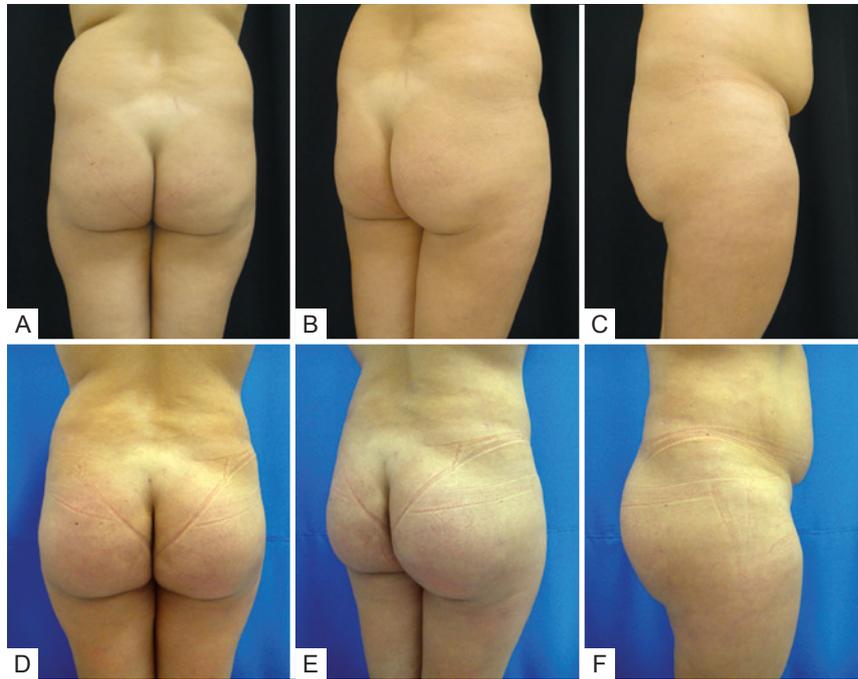
As pacientes do grupo 2 não apresentaram complicações.

A incidência total de seroma, necrose das bordas e deiscências das feridas foi de 50% (4 casos) cada.

Não foram observados casos de atrofia muscular, implantes visíveis, palpáveis ou deslocamentos.



**Figura 1** – Caso 1. Em **A, B e C**, aspecto pré-operatório. Em **D, E e F**, 45º dia de pós-operatório de gluteoplastia de aumento com implante de 400 ml tipo *Quartzo*®.

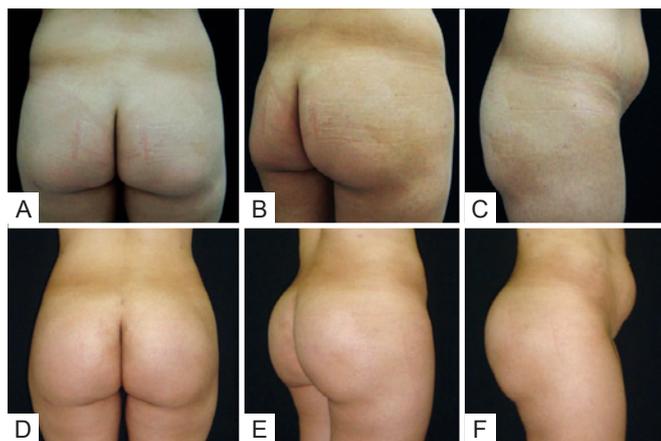


**Figura 2** – Caso 2. Em **A, B e C**, aspecto pré-operatório. Em **D, E e F**, 90º dia de pós-operatório de gluteoplastia de aumento com implante de 350 ml tipo *Quartzo*® + lipoaspiração de dorso.

## DISCUSSÃO

A colocação de um implante glúteo nos planos subcutâneo e subfascial pode resultar em implantes perceptíveis. No plano submuscular, em decorrência da proximidade do nervo ciático, o descolamento caudal não deve se estender

além da borda inferior do músculo piramidal, o que restringe a loja do implante na parte superior das nádegas, dando a impressão de “dupla-nádega”, especialmente em pacientes que tenham nádegas longas. No plano intramuscular, a cobertura fornecida nesse plano é suficiente para esconder o implante.



**Figura 3** – Caso 3. Em A, B e C, aspecto pré-operatório. Em D, E e F, 60<sup>o</sup> dia de pós-operatório de gluteoplastia de aumento com implante de 350 ml Quartzo<sup>®</sup> + lipoaspiração de dorso.



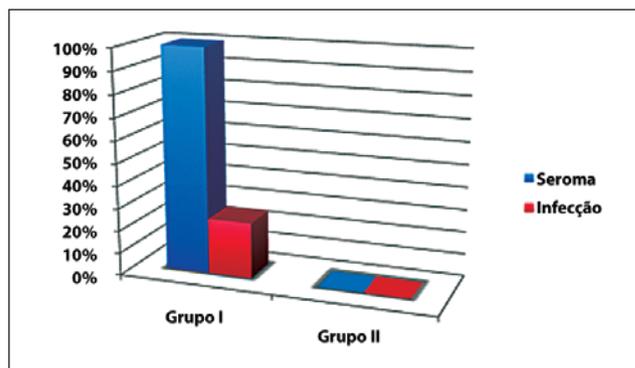
**Figura 4** – Deiscência de ferida operatória + necrose + drenagem de seroma em gluteoplastia de aumento associada a lipoaspiração no 10<sup>o</sup> dia de pós-operatório.

O plano intramuscular foi descrito por Vergara e Marcos<sup>3</sup> com o propósito de colocar o implante em uma posição mais inferior, porém não foram estabelecidas referências anatômicas para o descolamento intramuscular com segurança.

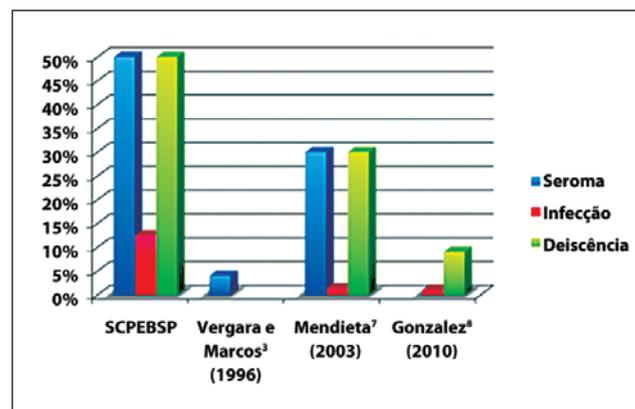
A técnica intramuscular apresenta dois inconvenientes: dificuldade de descolamento muscular no plano correto, o que pode levar a prótese visível e palpável, e dor intensa no pós-operatório imediato.

Gonzalez<sup>5</sup> descreveu a técnica XYZ, que, por meio da identificação de pontos de referência anatômicos, fornece uma diretriz para o cirurgião na determinação do plano ideal durante a dissecação muscular, além de resultados previsíveis, com baixas taxas de complicação.

As complicações imediatas mais frequentes são dor, deiscência da ferida, seroma e infecção. O seroma pode resultar da loja intramuscular dissecada, do descolamento suprafascial realizado para expor o músculo na área do coração



**Figura 5** – Incidência de complicações em gluteoplastia de aumento com implantes intramusculares. Grupo I = implante glúteo associado a lipoaspiração de dorso. Grupo II = implante glúteo isolado.



**Figura 6** – Incidência de complicações em gluteoplastia de aumento com implantes intramusculares. SCPEBSP = Serviço de Cirurgia Plástica Dr. Ewaldo Bolivar de Souza Pinto.

invertido, e de lipoaspiração em áreas vizinhas. Seromas e bordas evertidas causando necroses são as principais causas de deiscência da ferida.

Vergara e Amezcua<sup>6</sup> relataram complicações em 16 (10%) dos 160 pacientes, seroma em 7 (4%), assimetria em 4 (2,66%), contratura capsular em 3 (2%), hipercorreção em 1 (0,66%), e ruptura do implante em 1 (0,66%).

Mendieta<sup>7</sup>, após 73 gluteoplastias, identificou como complicação mais comum a deiscência de ferida, com drenagem persistente de seroma após 8 dias a 14 dias da cirurgia, em 30% dos pacientes. Houve um caso de infecção sem necessidade de remoção do implante.

Gonzalez<sup>8</sup> reportou incidência de deiscência inferior a 10% e de infecção de 1,1%, nos últimos 500 casos.

A preservação do ligamento sacrocútâneo para o fechamento da incisão proposta por Gonzalez<sup>5</sup> evita o apagamento do sulco interglúteo e melhora a cicatrização, reduzindo não

só a incidência de deiscência, mas também sua gravidade, além de servir como base para ancorar os dois lados da deiscência, caso uma nova sutura seja necessária.

No pós-operatório, o decúbito dorsal com utilização de almofadas especiais evita a compressão do músculo descolado entre o implante e o colchão, minimizando a dor da neuralgia do nervo isquiático causada pela irritação do nervo pelas coleções serosas e hemáticas oriundas do descolamento da loja.

Na literatura, os autores não distinguem as taxas de complicação entre procedimentos combinados e isolados.

## CONCLUSÃO

A gluteoplastia de aumento com prótese de silicone no plano intramuscular proporciona boa cobertura muscular do implante e proteção contra infecção. Essa técnica mantém a posição e evita migração inferior do implante, além de fornecer resultados naturais e consistentes, não apenas aumentando, mas remodelando, arredondando e firmando as nádegas, obtendo contornos suaves, harmoniosos, esteticamente agradáveis, sem irregularidades.

A técnica XYZ, por meio da marcação de pontos de referência anatômicos para guiar a dissecação intramuscular no plano correto, permite compreensão necessária para sua reprodução e evita complicações, como implantes visíveis e palpáveis.

Apesar do reduzido número de casos analisados, a incidência de 100% de seroma, necrose de bordas de ferida e deiscências parciais quando se associa lipoaspiração de dorso

e flancos desencoraja associá-la à gluteoplastia de aumento no mesmo tempo cirúrgico.

As taxas mais elevadas de complicação comparadas às da literatura talvez possam ser atribuídas à pequena amostra (Figura 6). Além disso, grande parte dos trabalhos da literatura não diferencia procedimentos isolados de combinados.

São necessários estudos com maior número de pacientes e controlados, comparando cirurgias associadas ou não à lipoescultura.

A gluteoplastia de aumento pela técnica XYZ com utilização de implantes de silicone tem se mostrado um método que produz resultados muito satisfatórios, naturais e de longa duração, com baixas taxas de complicação quando não se associa lipoaspiração.

## REFERÊNCIAS

1. Bartels RJ, O'Malley JE, Douglas WM, Wilson RG. An unusual use of the Cronin breast prosthesis. Case Report. *Plast Reconstr Surg*. 1969; 44(5):500.
2. Robles JM, Tagliapietra JL, Grandi MA. Gluteoplastia de aumento: implante submuscular. *Cir Plast Iberolatinoam*. 1984;X:4-9.
3. Vergara R, Marcos M. Intramuscular gluteal implants. *Aesthetic Plast Surg*. 1996;20(3):259-62.
4. De La Peña JA, Rubio OV, Cano JP, Cedillo MC, Garces MT. Subfascial gluteal augmentation. *Clin Plast Surg*. 2006;33(3):405-22.
5. Gonzalez R. Augmentation gluteoplasty: the XYZ method. *Aesthetic Plast Surg*. 2004;28(6):417-25.
6. Vergara R, Amezcua H. Intramuscular gluteal implants: 15 years experience. *Aesthet Surg J*. 2003;23(2):86-91.
7. Mendieta CG. Gluteoplasty. *Aesthet Surg J*. 2003;23(6):441-55.
8. Gonzalez R. Gluteal implants: the "XYZ" intramuscular method. *Aesthet Surg J*. 2010;30(2):256-64.

### Correspondência para:

Daniel Melo de Azevedo  
Av. Washington Luiz, 142 – Encruzilhada – Santos, SP, Brasil – CEP 11050-200  
E-mail: danielmeloazevedo@hotmail.com