

Implante glúteo em posição intramuscular parcial: relato de caso

Gluteal implant in partial intramuscular position: case report

GENÊS LOPES DE ALMEIDA

JÚNIOR¹

WESLEY CHAGAS DE CASTRO²

EDINALDO GONÇALVES DE
ALMEIDA¹

RESUMO

Introdução: O conceito de beleza feminina tem mudado ao longo dos anos, porém a forma e o tamanho das mamas e nádegas permanecem como símbolos de máxima feminilidade. A exposição corporal, especialmente da região glútea, tem proporcionado aumento da procura pela cirurgia de gluteoplastia de aumento com utilização de implantes de silicone. **Objetivo:** O propósito deste relato de caso é mostrar a importância do descolamento intramuscular de forma correta. **Relato do caso:** Paciente de sexo feminino, operada em outro serviço, submetida a gluteoplastia de aumento com uso de implante de silicone, evoluindo no pós-operatório com implante palpável e visível. Foi realizada capsulorrafia da loja intramuscular parcial, confecção de uma nova loja totalmente intramuscular, com utilização da técnica XYZ e troca do implante de silicone. **Conclusão:** A técnica intramuscular XYZ proporciona resultados seguros e naturais. Porém, é importante a realização do descolamento inteiramente no interior do músculo glúteo máximo para evitar complicações do posicionamento do implante no plano subcutâneo, como contratura capsular, assimetria, extrusões e próteses aparentes.

Descritores: Nádegas/cirurgia. Próteses e implantes. Elastômeros de silicone.

SUMMARY

Introduction: The concept of female beauty has changed thought-out time, but the form and size of the breasts and gluteal region have remained constant as symbols of maximum femininity. The body expositions, especially on the gluteal area have developed an increase of seek for buttocks surgery with silicone implants. **Objective:** The purpose of this case report is to demonstrate the importance to make the correct intramuscular undermining. **Case report:** Female underwent gluteal augmentation with a silicon implant at another service, followed after the surgery with implant visible and palpable. We brought the anterior and posterior aspects of the partial intramuscular compartment, create a new intramuscular compartment using the XYZ method and change the implant. **Conclusion:** The XYZ intramuscular method produces safe and natural results. However, is very important the correct intramuscular undermining to avoid the subcutaneous plane complications: capsular contracture, asymmetry, dislodgements and perceptible implant.

Descriptors: Buttocks/surgery. Protheses and implants. Silicone elastomers.

Trabalho realizado na clínica privada dos autores, Brasília, DF.

Artigo recebido: 15/9/2008

Artigo aceito: 23/11/2008

INTRODUÇÃO

As nádegas têm recebido muita atenção da mídia nos últimos anos, produzindo um aumento da procura pela cirurgia de gluteoplastia. Isto se deve ao fato da melhor avaliação do contorno posterior, e das modernas técnicas de gluteoplastias¹.

O primeiro relato na literatura médica do uso de próteses na região glútea foi feito por Bartels et al.², em 1969, que descreveram o uso de próteses mamárias na região glútea, posicionadas no plano subcutâneo. Depois, Gonzales Ulloa³, em 1977, descreveu a utilização de implante glúteo subcutâneo com incisão no sulco subglúteo.

1. Cirurgião plástico; Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Membro da Federação Ibero-Latinoamericana de Cirurgia Plástica.

2. Cirurgião plástico; Membro associado da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

Em 1984, Robles⁴ apresentou uma nova técnica de aumento glúteo com o uso do plano submuscular com a incisão na linha mediana da região sacral. Em 1992, Gonzales⁵ fez modificações na técnica de Robles com a preservação do ligamento sacrocútilo, posicionamento da prótese junto à crista ilíaca superior e um descolamento restrito da loja.

Vergara e Marcos⁶, em 1996, publicaram artigo enfocando a possibilidade de uso do espaço intramuscular para abrigar o implante glúteo. Gonzales⁷, em 2004, descreveu a técnica XYZ de colocação de prótese glútea na posição intramuscular.

O objetivo do trabalho é mostrar a importância da realização do descolamento da loja do implante glúteo inteiramente no plano intramuscular.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 37 anos, pesando de 60 kg, altura de 1,72 m e com um diâmetro da bacia de 95 cm. Foi operada em outro serviço de gluteoplastia de aumento com implante de silicone há 3 anos. A paciente relatou que no primeiro mês de cirurgia começou a notar um abaulamento na parte lateral das suas nádegas (Figura 1).

Ao exame físico, apresentava os implantes palpáveis e visíveis na parte lateral da nádega. O tratamento indicado foi a retirada do implante, capsulorrafia da loja antiga e confecção de uma nova loja intramuscular com a utilização da técnica XYZ⁷.

Durante o procedimento cirúrgico, foi evidenciado um implante posicionado em uma loja intramuscular parcial, parte medial do descolamento intramuscular e a parte lateral e superior totalmente subcutânea (Figura 2). O implante era de 330 ml, redondo e liso. Foi realizada uma capsulorrafia total da loja antiga e confeccionada uma nova loja totalmente intramuscular utilizando a técnica XYZ⁷ (Figura 3). O implante utilizado foi o quartzo de 350 ml. A paciente evoluiu bem no pós-operatório e ficou satisfeita com o resultado da cirurgia (Figuras 4 e 5). O procedimento cirúrgico está descrito no Quadro 1.

DISCUSSÃO

O conceito de beleza feminina tem mudado ao longo dos anos, porém a forma e o tamanho das nádegas e mamas permanecem como símbolos de máxima feminilidade¹. Ao longo dos últimos 39 anos, vários cirurgiões plásticos desenvolveram técnicas e táticas, cujo objetivo foi proporcionar às pacientes uma forma mais sensual da região glútea^{1-6,8}.

Os implantes glúteos inicialmente foram colocados no plano subcutâneo, com elevados índices de complicações, como contratatura capsular, assimetria, fibroses, extrusões, migração inferior dos implantes e próteses bastante aparentes^{2,3}.

O plano retromuscular melhorou a qualidade da cirurgia, reduzindo os índices de complicações, porém o descolamento é limitado pela borda superior do músculo piramidal para evitar a lesão do nervo ciático, resultando em uma posição esteticamente alta da prótese⁴⁻⁹.

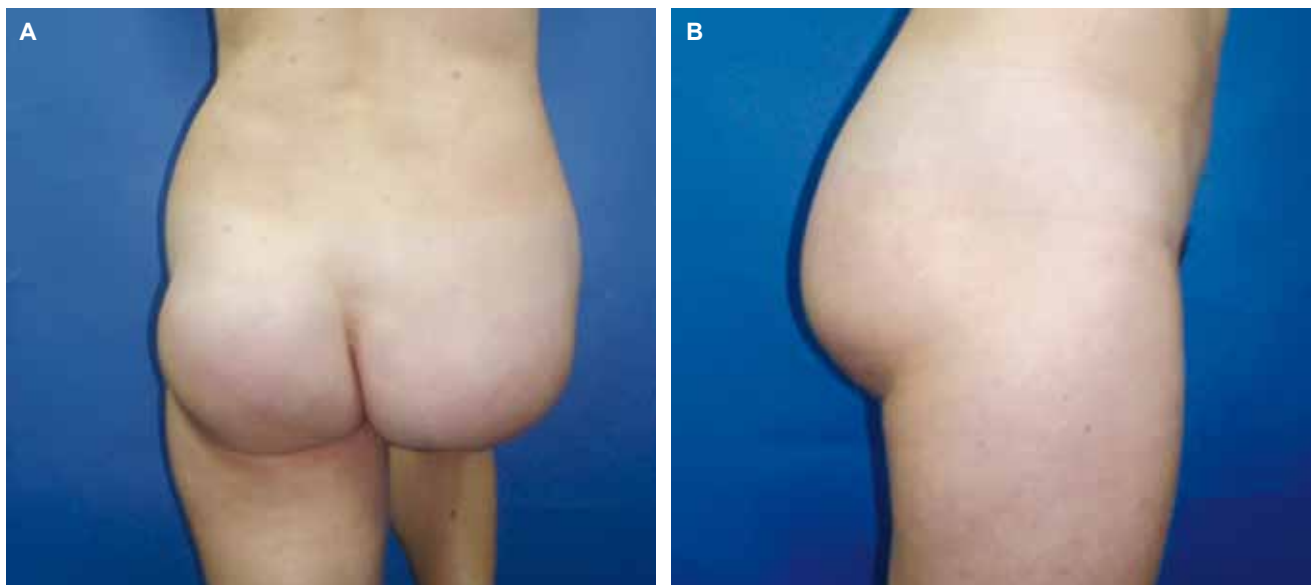


Figura 1 - Pré-operatório ilustrando o implante glúteo em plano subcutâneo na parte lateral da nádega. **A:** visão posterior; **B:** visão oblíqua.

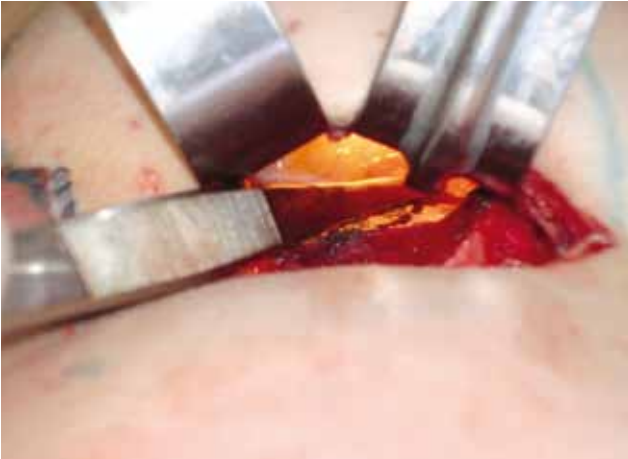


Figura 2 - Loja intramuscular parcial. Na extremidade do afastador, evidencia-se o plano inadequado subcutâneo.



Figura 3 - Loja intramuscular completa. Na extremidade do afastador, evidencia-se o correto plano intramuscular.



Figura 4 - Pós-operatório imediato do adequado plano intramuscular. **A:** lado esquerdo corrigido; **B:** cirurgia finalizada.



Figura 5 - Pós-operatório de 45 dias. **A:** visão posterior; **B:** visão oblíqua.

Quadro 1. Descrição da técnica cirúrgica⁷.

- Marcação da linha A com paciente em posição ortostática
- Marcação do coração invertido + marcação do fuso de pele interglúteo
- Infiltração da área do coração invertido
- Incisão da pele + preservação do ligamento sacrocutâneo
- Exposição da fáscia gluteosacra
- Incisão da fáscia gluteosacra
- Retirado implante e identificado implante em plano intramuscular parcial
- Capsulorrafia de toda loja com fio de vycril-0
- Criação de uma fissura intramuscular de 2,5 cm de profundidade
- Introdução do descolador rombo junto ao sacro (ponto X)
- Início do descolamento justa sacral até atingir a EIPS¹
- Ligeira rotação inferior do descolador até atingir o ponto Y
- Rotação até o ponto Z
- Descolamento complementar + dreno sucção + introdução do implante
- Fechamento por planos + curativo

¹ Espinha ilíaca pósterio-superior.

O plano intramuscular foi descrito por Vergara e Marcos⁶ com o propósito de se colocar o implante em uma posição mais baixa, porém não foram descritas referências anatômicas para o descolamento intramuscular com segurança.

A técnica XYZ idealizada por Gonzales⁷ contribuiu no sentido de estabelecer parâmetros anatômicos seguros para guiar o plano ideal de descolamento no interior do músculo glúteo máximo, possibilitando a colocação das próteses em posição mais baixa, uma vez que o descolamento não é limitado pela borda superior do músculo piramidal, além de preservar o sistema de fixação aponeurótico entre a pele e os tecidos profundos^{7,9}.

O entendimento dos pontos XYZ e da linha G é muito importante para executar a técnica de forma correta e segura.

Na eventualidade de uma superficialização do descolamento, é preciso fazer um novo descolamento para evitar que o implante com o tempo se torne superficial e palpável. A loja deve ser exatamente do tamanho do implante e ter cobertura muscular completa e uniforme. O fechamento da loja muscular deve estar livre de tensão^{7,8-10}.

CONCLUSÃO

O plano intramuscular para introdução de implantes glúteos oferece muitos benefícios, como boa cobertura e proteção do implante de silicone, flexibilidade no posicionamento do implante e uma excelente modelagem das nádegas. Porém, é importante a realização do descolamento inteiramente no interior do músculo glúteo máximo para se evitar complicações do posicionamento do implante no plano subcutâneo.

REFERÊNCIAS

1. Mendieta CG. Classification system for gluteal evaluation. *Clin Plastic Surg.* 2006;33(3):333-46.
2. 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.
3. Gonzáles-Ulloa M. Gluteoplasty: a ten year report. *Aesth Plast Surg.* 1991;15:85-91.
4. Robles JM, Tagliapietra JL, Grandi MA. Gluteoplastia de aumento: implante submuscular. *Cir Plast Iberolatinoam.* 1984;X:4-9.
5. Gonzales R. Prótese para região glútea. In: Tournieux AAB, editor. *Atualização em cirurgia plástica estética.* São Paulo:Robe;1994. p.557-61.
6. Vergara R, Marcos M. Intramuscular gluteal implants. *Aesthetic Plast Surg.* 1996;20(3):259-62.
7. Gonzales R. Augmentation gluteoplasty: the XYZ method. *Aesthetic Plast Surg.* 2004;28(6):417-25.
8. Almeida Júnior GL, Almeida EG. Implante glúteo - técnica XYZ: estudo retrospectivo. *Rev Soc Bras Cir Plast.* 2008;23(2):1-9.
9. Gonzales R. Buttocks reshaping: posterior contour surgery. A step-by-step approach. Rio de Janeiro:Indexa;2006.
10. Gonzales R. Gluteoplasty: personal modifications of the Robles technique. In: Raps 90. São Paulo:Estadão;1992. p.166-71.

Correspondência para:

Genês Lopes de Almeida Júnior
Sep Sul 714/914 – Edifício Talento, salas 407/408 – Brasília, DF - CEP 71380-140
E-mai: contato@drgeneslopes.com.br // geneslopes@terra.com.br