

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 sacrocúneo, 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 contratura 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.

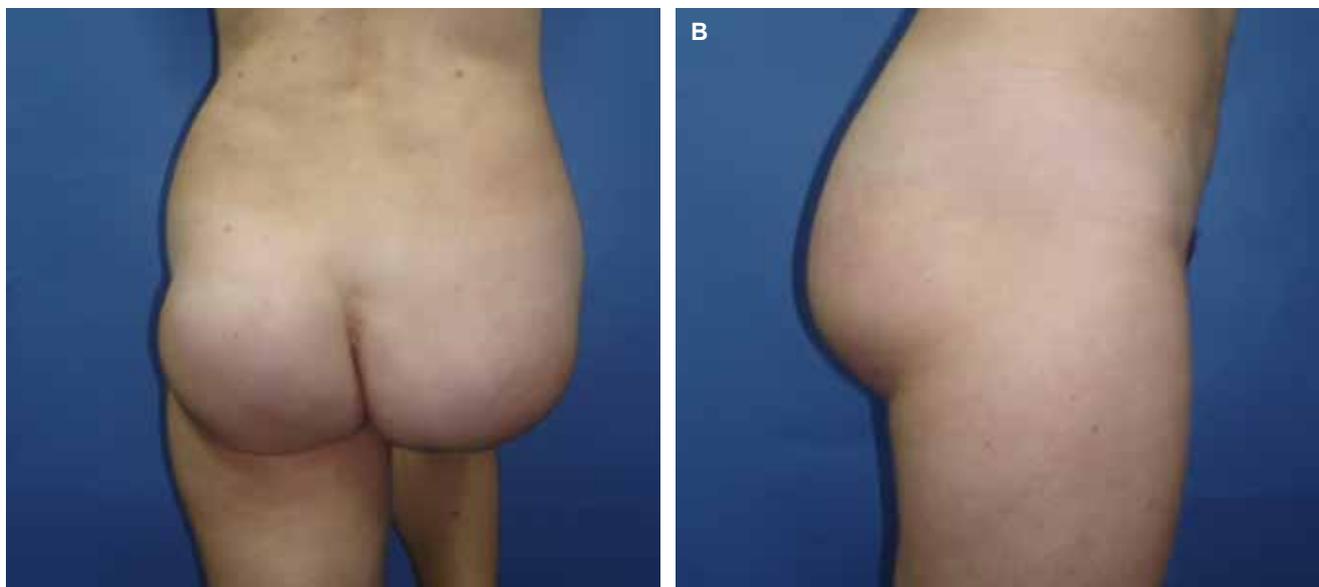


Figura 1 - Pré-operatório ilustrando o implante glúteo em plano subcutâneo na parte lateral da nádega. **A:** visão posterior; **B:** visão oblíqua.

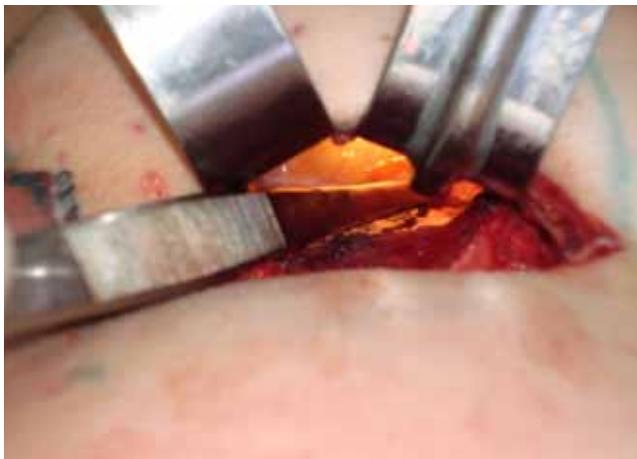


Figura 2 - Loja intramuscular parcial. Na extremidade do afastador, evidencia-se o plano inadequado subcutâneo.



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:Robe1994. 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