

Implante glúteo - técnica XYZ: estudo retrospectivo

Gluteal implants - XYZ method: retrospective study

GENÉS LOPES DE ALMEIDA
JÚNIOR¹, 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 um aumento da procura pela cirurgia de gluteoplastia de aumento com utilização de implantes de silicone. **Objetivo:** O propósito do estudo é mostrar a experiência dos autores com a técnica XYZ de colocação de implantes glúteos intramusculares, enfatizando a importância do conhecimento anatômico da região glútea. **Método:** O trabalho foi um estudo retrospectivo e consecutivo de 11 gluteoplastias de aumento com a utilização da técnica XYZ, no período de junho de 2006 a fevereiro de 2008. Todos os pacientes eram do sexo feminino. **Resultados:** Os implantes utilizados foram todos lisos e os volumes: 270 ml (45,45%); 300 ml (18,18%); 240 ml (18,18%); 350 ml (9,09%) e 360 ml (9,09%). Em todas as pacientes, foi realizada lipoaspiração dos flancos. Em 2 (18,18%) casos, foi realizado o lifting glúteo inferior dermatotuberal. As complicações e suas respectivas incidências foram: seroma – 1 (9,09%) caso; deiscência de sutura – 1 (9,09%) caso; *double-bubble* – 1 (9,09%) caso. **Conclusão:** A técnica intramuscular XYZ proporciona resultados seguros e reprodutíveis para o remodelamento das nádegas, com baixo índice de complicações.

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

SUMMARY

Introduction: The concept of female beauty has changed through-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, has develop an increase of seek for buttocks surgery with silicone implants. **Objective:** The purpose of this study is to demonstrate the author's experience with the XYZ intramuscular method, emphasizing the importance of the anatomical knowledge about gluteal area. **Method:** This paper was retrospective and consecutive of 11 gluteoplasty using the XYZ intramuscular method, between June 2006 and February 2008. All the patients were female. **Results:** All the implants used smooth and the sizes: 270 ml (45.45%); 300 ml (18.18%); 240 ml (18.18%); 350 ml (9.09%); 360 ml (9.09%). All the patients were necessary to perform liposuction of the flanks. In 2 (18.18%) cases were necessary to perform the lifting the dermo tuberal anchorage technique. Complications and their respective incidences include: seroma – 1 (9.09%) case; dehiscence of suture – 1 (9.09%) case; double-bubble – 1 (9.09%) case. **Conclusion:** The XYZ intramuscular method has proved to be a safe and reproduce to reshaping the buttocks, with very low rates of complication.

Descriptors: Buttocks. Silicone elastomers. Prostheses and implants.

Trabalho realizado na Soma
Clínica, Brasília, DF.
Artigo recebido: 18/02/2008
Artigo aceito: 29/05/2008

1. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica; Membro da Federação Ibero-Latinoamericana de Cirurgia Plástica; Serviço de Cirurgia Plástica Soma Clínica.

INTRODUÇÃO

As nádegas têm recebido muita atenção da mídia nos últimos anos, produzindo um aumento da procura pela cirurgia de gluteoplastia. Este fenômeno foi refletido na estatística da Sociedade Americana de Cirurgia Plástica com um aumento de 533% nas cirurgias de gluteoplastias entre os anos de 2002 a 2003. Isto se deve ao fato da melhor avaliação do contorno posterior, e das modernas técnicas de gluteoplastias¹.

A primeira descrição na literatura médica do uso de próteses na região glútea foi feita por Bartels et al.², em 1969, que descreveram o uso de próteses mamárias na região glútea posicionadas no plano subcutâneo. Depois, Mario González-Ulloa³, em 1977, descreveu a utilização de implante glúteo subcutâneo com incisão no sulco subglúteo.

Em 1984, Robles et al.⁴ apresentaram nova técnica de aumento glúteo com o uso do plano submuscular com a incisão na linha mediana da região sacral. Em 1992, Raul Gonzalez⁵ fez modificações na técnica de Robles com a preservação do ligamento sacrocútilo, posicionamento da prótese junto à crista ilíaca superior e descolamento restrito da loja.

Vergara e Marcos⁶, em 1996, publicaram a possibilidade de uso do espaço intramuscular para abrigar o implante glúteo. De La Peña et al.⁷, em 2004, descreveram a colocação de próteses em posição subaponeurótica superficial do músculo glúteo máximo.

Raul Gonzalez⁸, em 2004, descreveu a técnica XYZ de colocação de prótese glútea na posição intramuscular.

O objetivo do trabalho é mostrar a experiência dos autores com técnica XYZ, enfatizando a importância do conhecimento anatômico da região glútea.

MÉTODOS

O estudo foi uma série retrospectiva e consecutiva de casos e compreendeu 11 pacientes que foram submetidas a cirurgia de gluteoplastia de aumento pela técnica XYZ, no período de junho de 2006 a fevereiro de 2008.

Anatomia da técnica intramuscular XYZ

O músculo glúteo máximo é uma massa carnosa, larga e espessa de forma quadrilátera que forma a proeminência das nádegas. O músculo é constituído de fascículos paralelos uns aos outros, reunidos em volumosos feixes separados por septos fibrosos. Origina-se na linha pectínea, crista ilíaca, face pósterio-inferior do sacro, borda do cóccix, aponeurose e ligamento sacroespinhal. Tem inserção através de uma espessa lâmina tendínea que passa pelo trocânter maior do fêmur e se insere na faixa ílio-tibial da fáscia lata. Tem como ação estender e girar lateralmente à coxa. Sua inervação é feita pelo nervo glúteo inferior e sua irrigação principal é feita pelas artérias glútea superior e inferior¹⁰⁻¹² (Figura 1).

A espinha ilíaca pósterio-superior (EIPS) é uma estrutura palpável, localizada logo abaixo da articulação sacro-ilíaca. A partir de 3 a 4 cm lateral à EIPS, marcamos um ponto. Traçamos uma linha deste ponto até a face pósterio-lateral do trocânter, que indica o limite lateral e a metade do músculo glúteo máximo no plano ideal de descolamento (linha G)^{8,9}.

O ponto X corresponde à incisão muscular próxima ao sacro-cóccix. O ponto Y corresponde ao ponto mais cranial da linha G. O ponto Z corresponde ao ponto mais caudal da linha G, tangencialmente à face pósterio-lateral do trocânter. As Figuras 2 a 4 ilustram a dissecação de um cadáver fresco do plano de bipartição muscular da técnica XYZ^{8,9}.

Descrição da técnica XYZ

A única marcação necessária é feita com a paciente de pé (linha A), que corresponde ao ponto mais alto do sulco interglúteo (Figura 5). Toda a operação é baseada na palpação de três pontos de referência: crista ilíaca, EIPS e trocânter^{8,9}.

A partir da linha A em direção caudal, sobre o sulco interglúteo, desenha-se uma figura fusiforme com 7 cm de comprimento por 0,5cm de largura, este desenho ajuda a preservar o ligamento sacrocútilo, que é responsável pela formação do sulco interglúteo. Faz-se, em seguida, um desenho de coração invertido, que terá como centro a incisão fusiforme previamente desenhada. A extremidade lateral do coração invertido dista 7 cm do sulco interglúteo^{8,9} (Figura 6).

Toda área do coração invertido é infiltrada com solução contendo vasoconstrictor. Incisa-se a pele e preserva-se o ligamento sacrocútilo (Figura 7). Essa incisão progride lateralmente na projeção do desenho do coração invertido, expondo e preservando a fáscia glútea (Figura 8). No meio desse descolamento e no sentido das fibras musculares,



Figura 1 - Músculo glúteo máximo dissecado e liberado de suas inserções mediais e superiores

realiza-se uma incisão de 6 cm de comprimento. Com a ponta do dedo indicador, faz-se então uma divulsão muscular de aproximadamente 2,5 a 3 cm de profundidade, que corresponde ao ponto X (Figura 9). Introduce-se um descolador no ponto X e segue em direção à EIPS, ao chegar nessa estrutura anatômica (Figura 10), fazemos uma ligeira rotação inferior e seguimos em direção ao ponto Y (Figura 11). Usando as fibras musculares como suporte junto ao sacro, fazemos um movimento de rotação com a ponta do descolador, desde o ponto Y até ponto mais caudal da linha G (ponto Z), tangencialmente à face pósterolateral do

trocânter, tendo-se o cuidado de nunca tocar o trocânter^{8,9} (Figura 12).

Antes de retirar o descolador, introduz-se afastadores. Podemos usar nesse momento iluminação de fibra óptica para complementar o descolamento com o dedo indicador e, em seguida, usamos o divulsor muscular (bico de pato) com visão direta da loja muscular. O descolamento deve ser exatamente do tamanho da prótese^{8,9} (Figura 13).

Após o descolamento ser completado, colocamos um dreno de sucção e depois introduzimos e acomodamos a prótese (Figuras 14 e 15). O músculo é fechado com fio nylon



Figura 2 - Início do descolamento no ponto X (próximo ao sacrocóccix)



Figura 3 - Descolamento XYZ finalizado. Limite lateral do músculo glúteo máximo na linha G



Figura 4 - Liberação das inserções mediais e superiores do músculo glúteo máximo, demonstrando o plano ideal de bipartição muscular da técnica XYZ e suas referências anatômicas



Figura 5 - Linha A correspondente ao ponto mais alto do sulco interglúteo



Figura 6 - Marcação do coração invertido



Figura 7 - Ligamento sacrocutâneo preservado



Figura 8 - Fásia glúteosacra preservada. Marcação da incisão de 6 cm na fásia glúteosacra no sentido das fibras musculares

de 2.0 (Figura 16). Na área do coração invertido, são passados pontos de adesão com fio vycril 3.0 e pontos na base do ligamento sacrocutâneo com fio nylon 2.0. Desepidermizamos o fuso de pele e damos pontos de fio nylon 4.0 na derme profunda e pontos epidérmicos separados com fio nylon 6.0 na pele (Figura 17).

Orientações pré-operatórias

A anestesia de escolha é a peridural. A paciente é orientada a usar sabonete líquido anti-séptico durante 7 dias antes da cirurgia. O preparo da região é rigoroso. Realizamos cateterismo vesical de rotina. Isolamos por completo a borda anal com compressa embebida com solução de iodopovidona tópica, que é suturada à pele da paciente. Introduzida antibioticoprofilaxia com cefalosporina de segunda geração.



Figura 9 - Fissura de 2,5 cm sendo criada com o dedo indicador (ponto X)



Figura 10 - Descolador partiu do ponto X junto ao sacro e está tocando neste ponto a EIPS



Figura 11 - Descolador atingindo o ponto mais cranial da linha G (ponto Y)



Figura 12 - Rotação do descolador em direção ao ponto mais caudal da linha G (ponto Z)



Figura 13 - Descolamento complementar com o uso do divulsor bico de pato



Figura 14 - Afastadores posicionados e início da introdução da prótese glútea



Figura 15 - Prótese no interior da loja intramuscular



Figura 16 - Fechamento completo da fáscia gluteosacra com fio nylon 2.0



Figura 17 - Cirurgia finalizada. Nesta paciente foi realizado o lift glúteo inferior dermatuberal¹⁵

Orientações pós-operatórias

É realizada prescrição de analgésicos potentes e relaxantes musculares nos primeiros 7 dias. O decúbito ventral é mantido por 7 dias, sendo que a paciente pode deambular e sentar com auxílio de travesseiros no dia seguinte à cirurgia. Manutenção de fita microporosa de 5 cm unindo uma nádega à outra durante 15 dias.

RESULTADOS

Onze pacientes foram submetidas a cirurgia de gluteoplastia de aumento pela técnica XYZ. Todas as pacientes eram do sexo feminino. A idade média foi de 36,25 anos (variação de 25 a 52 anos). O tempo médio de internação hospitalar foi de 24 horas. O tempo médio de permanência do dreno foi de 48 horas. Os procedimentos realizados estão ilustrados na Tabela 1. As próteses utilizadas estão expressas na Tabela 2. As complicações estão ilustradas na Tabela 3 e nas Figuras 18 e 19. As Figuras 20 a 22 exemplificam o resultado estético obtido em algumas pacientes.

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 feminilidade⁷. Ao longo dos últimos 40 anos, vários cirurgiões plásticos desenvolveram técnicas, cujo objetivo foi proporcionar às pacientes uma forma mais sensual da região glútea^{2-7,13,14}.

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 prótese^{3-6,8,9}.

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 Gonzalez⁸ 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^{8,9}.

O plano subfascial descrito por De La Peña et al.⁷ tem sua maior indicação nos casos de hipotrofia e intensa fibrose do músculo glúteo máximo, situações nas quais está contraindicada a técnica XYZ⁹.

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 se torne superficial e palpável com o tempo. 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^{8,9}.

Nesta casuística, não ocorreram complicações que afetassem o resultado estético da cirurgia. Uma paciente apresentou seroma na área do coração invertido e conseqüente deiscência da ferida operatória e foi tratada com curativos locais e terapia antibiótica (ciprofloxacina) e resutura da ferida após 15 dias, que foi facilitada pela preservação do

Tabela 1. Procedimentos cirúrgicos complementares na técnica XYZ

Técnica XYZ	11 Casos	100%
Lipoaspiração flancos	11 casos	100%
Lipoaspiração dorso	8 casos	72,72%
Lipoenxertia isquiática ¹	4 casos	36,36%
Lipoaspiração culote	2 casos	18,18%
Lipoaspiração <i>banana fold</i>	2 casos	18,18%
Lipoaspiração abdome	2 casos	18,18%
DTA ²	2 casos	18,18%

¹ - Lipoenxertia da depressão cutânea isquiática.
² - Lift glúteo inferior dermotuberal¹⁵.

**Figura 18 - Deiscência da ferida operatória em fase de resolução****Tabela 2. Próteses¹ utilizadas na técnica XYZ**

Pacientes	Diâmetro da bacia	Volume da prótese	Forma da prótese
Paciente 1	89 cm	270 ml	Redonda
Paciente 2	92 cm	270 ml	Redonda
Paciente 3	103 cm	300 ml	Redonda
Paciente 4	85 cm	240 ml	Redonda
Paciente 5	91 cm	270 ml	Redonda
Paciente 6	86 cm	240 ml	Redonda
Paciente 7	98 cm	300 ml	Redonda
Paciente 8	114 cm	350 ml	Quartzo ²
Paciente 9	118 cm	360 ml	Redonda
Paciente 10	88 cm	270 ml	Redonda
Paciente 11	96 cm	270 ml	Redonda

¹ - Próteses de superfície lisa da Silimed.² - Prótese oval de alta projeção.**Figura 19 - Sinal da dupla bolha (double-bubble)****Tabela 3. Incidência de complicações**

Complicação	Número de casos	%	Evolução
Seroma	1	9,09%	Favorável
Deiscência	1	9,09%	Favorável
<i>Double-bubble</i> ¹	1	9,09%	Favorável
Insatisfação	1	9,09%	Favorável
Hematoma	—	—	—
Estrias	—	—	—
Dor prolongada	—	—	—
Infecção	—	—	—

¹ - Dupla bolha – saliência na porção inferior da nádega abaixo da projeção da prótese.

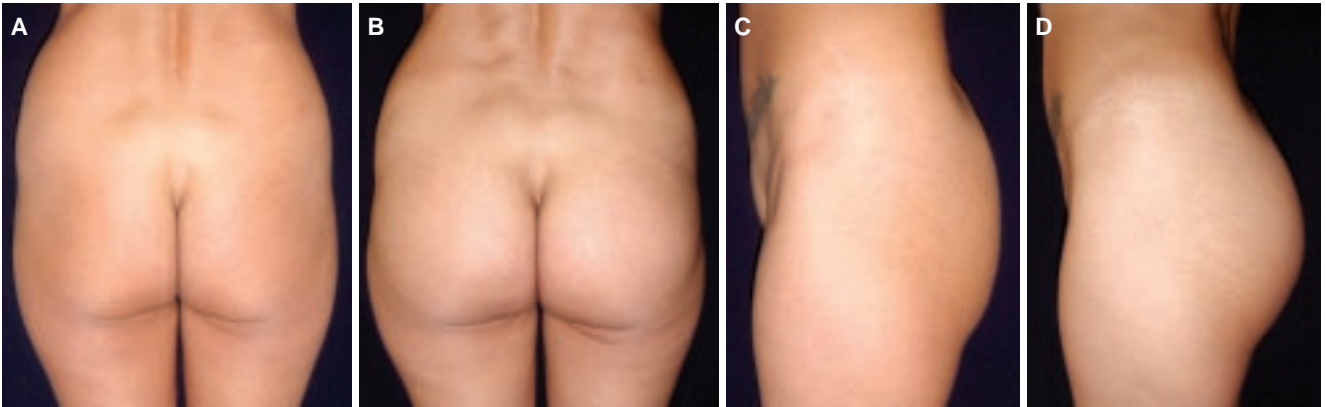


Figura 20 - A. Pré-operatório de paciente de 49 anos com bacia medindo 89 cm. **B.** Pós-operatório de 3,5 meses de prótese de glúteo redonda de 270 ml e lipoaspiração dos flancos. **C.** Pré-operatório. **D.** Pós-operatório

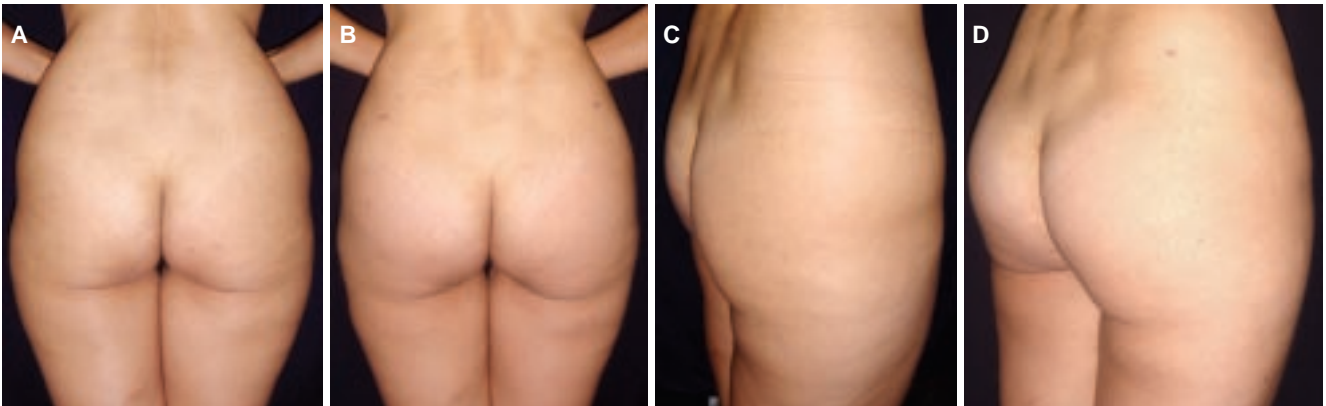


Figura 21 - A. Pré-operatório de paciente de 28 anos com bacia medindo 118 cm. **B.** Pós-operatório de 2,5 meses de prótese de glúteo redonda de 360 ml e lipoaspiração de flancos e abdome. **C.** Pré-operatório. **D.** Pós-operatório

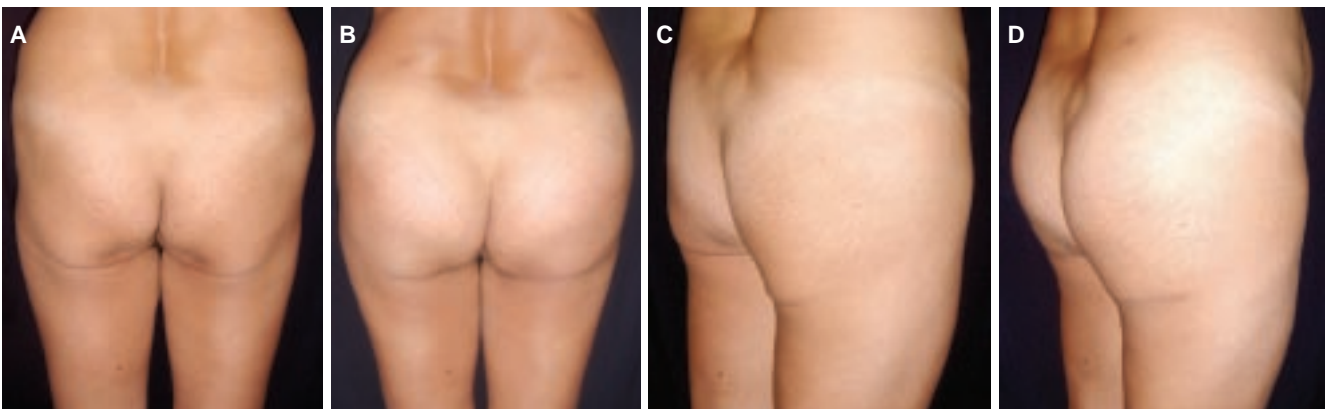


Figura 22 - A. Pré-operatório de paciente de 47 anos com bacia medindo 92 cm. **B.** Pós-operatório de 11 meses de prótese de glúteo redonda de 270 ml associada à lipoaspiração de flancos e lift glúteo inferior dermatuberal¹⁵. **C.** Pré-operatório. **D.** Pós-operatório

ligamento sacrocutâneo^{5,15}. Uma paciente não gostou da projeção glútea, onde foi usado um implante oval. Nesta paciente trocamos o implante oval por um implante redondo e realizamos capsulorrafia na extremidade lateral da loja muscular.

Uma paciente evoluiu com *double-bubble* (dupla bolha) no terço inferior das nádegas, que foi resolvido com lipoenxertia na região inferior da nádega.

A realização de lipoaspiração nas regiões satélites das nádegas valoriza o resultado estético da prótese glútea e, em casos selecionados, propicia a obtenção de gordura para enxertia em regiões específicas⁹. A lipoenxertia em filetes em pacientes que possuem hipotrofia glútea acentuada não proporciona a projeção e durabilidade que podemos alcançar com a prótese glútea^{8,9}.

O objetivo mais importante da cirurgia plástica é satisfazer as expectativas dos pacientes. Algumas vezes, essas expectativas não são alcançadas, mesmo com uma cirurgia muito bem executada, gerando conflitos entre as partes. Para evitar estes problemas, o cirurgião deve sempre informar de forma clara e honesta as limitações de todo procedimento cirúrgico.

CONCLUSÃO

A cirurgia de gluteoplastia de aumento com prótese de silicone no plano intramuscular com a utilização da técnica XYZ proporciona boa cobertura muscular do implante e proteção contra infecção, evita migração inferior do implante e fornece resultados naturais e consistentes, não apenas aumentando as nádegas, mas remodelando, arredondando e firmando as mesmas. O método XYZ tem baixo índice de

complicações, desde que se tenha um bom conhecimento da anatomia e atenção aos princípios da técnica cirúrgica.

REFERÊNCIAS

1. Mendieta CG. Classification system for gluteal evaluation. *Clin Plast 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. González-Ulloa M. Gluteoplasty: a ten-year report. *Aesthetic Plast Surg.* 1991;15(1):85-91.
4. Robles JM, Tagliapietra JL, Grandi MA. Gluteoplastia de aumento: implante submuscular. *Cir Plast Iberolatinoam.* 1984;X:4-9.
5. Gonzalez R. Prótese para região glútea. In: Tournieux AAB, ed. *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. De La Peña JA, Rubio OV, Cano JP, Cedillo MC, Garcés MT. Subfascial gluteal augmentation. *Clin Plast Surg.* 2006;33(3):405-22.
8. Gonzalez R. Augmentation gluteoplasty: the XYZ method. *Aesthetic Plast Surg.* 2004;28(6):417-25.
9. Gonzalez R. Buttocks reshaping: posterior contour surgery. A step-by-step approach. Rio de Janeiro:Indexa;2006.
10. Gray H. *Anatomia.* Rio de Janeiro:Guanabarra;1988. p.407-12.
11. Spalteholz W. *Atlas de anatomia humana.* Vol I. São Paulo:Roca;1988. p.188-91.
12. Testut L, Jacob O, eds. *Tratado de anatomia topográfica.* Tomo II. Barcelona:Salvat Editores;1961. p.871.
13. Gonzalez R. Gluteoplasty: personal modifications of the Robles technique: In: Raps 90. São Paulo:Gráfica Estadão;1992. p.166-71.
14. Mendieta CG. Intramuscular gluteal augmentation technique. *Clin Plast Surg.* 2006;33(3):423-34.
15. Gonzalez R. Treating the banana fold with the dermatuberal anchorage technique: case report. *Aesthetic Plast Surg.* 2005;29(4):300-3.

Correspondência para:

Genês Lopes de Almeida Júnior
 Sep Sul 714/914 - Edifício Talento, salas 407/408 - Brasília, DF - CEP 71380-140
 Fone: (0xx61) 3346-8070 - Fax: (0xx61)3345-4912 - E-mail: contato@drgeneslopes.com.br
 geneslopes@terra.com.br