

# Gluteoplastia de aumento: a importância do ensino na formação atual do residente frente à demanda crescente

MARCIO GRAVE, ENEAS CARDOSO DE ALMEIDA NETO, DIOGO ALMEIDA LIMA, CRISTIAN MACHADO HAESBAERT, JAIRO JUNIOR CASALI, MARCELO MOREIRA CARDOSO

## Introdução

A gluteoplastia de aumento tem se tornado uma das cirurgias mais requisitadas pelos pacientes nos últimos anos, no Brasil. O uso de implantes para aumentar a região glútea trouxe interessantes opções para tratamento de hipotrofias moderadas e acentuadas dessa região. Técnicas atuais, com a obtenção de melhores resultados e diminuição considerável das complicações, tornaram essa conduta cirúrgica opção satisfatória para melhorar o contorno corporal. O aprimoramento técnico dessas operações trouxe novos horizontes e, com isso, a associação de lipoaspiração e enxertia associada tornou-se segura.

## Objetivo

Analisar o ensino e o tratamento com gluteoplastia de aumento executado por residentes de um serviço público, supervisionados por seus preceptores, seus resultados e suas complicações associadas ao método.

## Métodos

Estudo prospectivo de 28 pacientes tratados por residentes de Cirurgia Plástica, submetidos à gluteoplastia de aumento com prótese de silicone, no período de maio de 2010 a julho de 2011. A técnica XYZ idealizada por Gonzalez contribuiu no sentido de estabelecer parâmetros anatômicos seguros para guiar o plano ideal de descolamento no interior do músculo glúteo máximo. O procedimento foi iniciado com incisão na pele desde o ponto mais elevado do sulco interglúteo, de 7 cm, retilínea, deixando ilha dérmica acima do ligamento sacrocúneo em 5 casos. Após, seguiu-se a 45°, com descolamento subcutâneo em forma de coração invertido, de 7 cm de extensão, lateral, tendo como centro a incisão interglútea. Foram realizadas, a 2 cm da inserção sacral, incisão e divulsão romba com tesoura curva no sentido das fibras do músculo glúteo máximo, em

6 cm de comprimento, e 3 a 5 cm de profundidade, para permitir a passagem do descolador. Foi confeccionada uma loja com descolador rombo apropriado, no plano intramuscular, exatamente do tamanho do implante, como projeção da demarcação prévia na pele, conforme preconizado por Gonzalez. Previamente à retirada do descolador, foram introduzidos afastadores. Compressas com solução de adrenalina foram colocadas, realizando-se o mesmo procedimento do lado contralateral e, em seguida, retornou-se ao lado inicial, para revisão de hemostasia sem auxílio de fibra óptica. Em seguida, o implante foi introduzido e acomodado. Foram utilizados 21 pares de implantes no formato redondo e 7 pares ovais. A rafia do músculo foi feita com fio Vicryl 3.0 em pontos simples, englobando ambas as margens musculares, ficando os fios reparados, e os nós, realizados somente após a inclusão do implante. O subcutâneo da área descolada foi suturado com pontos de adesão, fixados à fáscia profunda com Vicryl 3.0. A síntese de pele foi feita com pontos separados subdérmicos de ambos os lados da incisão interglútea, ancorados abaixo da ilha dérmica no ligamento sacrocúneo, com intuito de recriar a prega interglútea e diminuir a tensão na incisão. A pele foi fechada com Mononylon 4.0 intradérmico. A lipoaspiração, visando à harmonização das áreas vizinhas com a região aumentada, foi associada ou não, de acordo com o julgamento quanto à sua necessidade, sendo prioritariamente realizada na região sacral, flancos e culotes. A gordura lipoaspirada foi usada para lipoenxertia de depressão trocanteriana nos casos merecedores. Não foram usados drenos. Foi realizada antibioticoprofilaxia com 2 gramas de cefazolina pré-operatoriamente e cefalexina por 7 dias no pós-operatório. Os pacientes foram orientados a deambular precocemente, dormir em decúbito lateral ou ventral por 10 dias. Os cuidados com a ferida

operatória foram: banho com degermante após micção ou evacuação e curativo fazendo limpeza com álcool 70% e fita microporosa unindo uma nádega à outra.

## Resultados

Dentre os 28 pacientes avaliados, 27 eram do sexo feminino e 1 do sexo masculino, com média de idade foi 33,9 anos, variando de 22 a 60 anos. A média do volume do implante foi 307 ml, com variação de 270 a 350 ml, sendo 7 ovais e 21 redondos. Praticou-se a lipoaspiração associada em sete (25%) pacientes e lipoenxertia em quatro (14%). A correção de lipodistrofia com prótese em pacientes com HIV foi realizada em 1 paciente, fato ocorrido pelas alterações do metabolismo lipídico dos medicamentos antirretrovirais. As complicações observadas foram quatro seromas, seguidos de três deiscências de pele parcial e uma deiscência total, tratados com curativo local de Kollagenase e fechamento por segunda intenção. Houve um caso de hematoma coagulado no oitavo dia de pós-operatório, sendo feita reabordagem, com limpeza, hemostasia e recolocação do implante no mesmo ato, com sucesso pós-operatório.

## Conclusão

Os resultados obtidos demonstram a grande aplicabilidade do ensino da gluteoplastia, bem como de sua associação segura com a lipoaspiração de áreas satélites ao glúteo e lipoenxertia cautelosa da depressão trocanteriana em casos selecionados, o que valoriza o resultado estético da prótese glútea e evidencia ótimos resultados no contorno corporal. Os índices de complicação e a resolução das mesmas são aceitáveis, comparáveis aos da literatura. Cabe aqui salientar a importância de se aumentar e estimular o aprendizado prático da gluteoplastia com implantes aos futuros médicos residentes, considerando-se o aumento observado na requisição recente e segurança de execução da mesma, quando respeitados os princípios técnicos atuais.