

Double bubble em gluteoplastias com implantes no contorno corporal feminino: como prevenir e tratar

GABRIELA DIESEL SILVEIRA ^{1*}
 MARIANA ANGELICA BERARDI CIOFFI ¹
 CRISTIANO DUNCAN AITA ¹
 JOSÉ HENRIQUE GUIMARÃES FLORIANI ¹
 MILTON PAULO DE OLIVEIRA ¹
 MARCOS RICARDO DE OLIVEIRA JAEGER ¹

RESUMO

A demanda por definição do contorno glúteo aumentou rapidamente nos últimos anos. Este fato faz com que ocorra um maior interesse sobre este tema, no qual o aperfeiçoamento da técnica, e a prevenção das complicações pós-operatórias são de suma importância. Entre as complicações possíveis da gluteoplastia está a deformidade em dupla bolha ou “double-bubble” que é caracterizado por duas proeminências glúteas, ao contrário de um contorno glúteo único, diminuindo assim o grau de satisfação da paciente. O contorno natural e almejado depende de um planejamento cirúrgico adequado. Este trabalho tem como finalidade ajudar a detectar precocemente as pacientes que poderão desenvolver esta complicação e tratamento indicado.

Descritores: Percepção de forma; Implante de prótese; Complicações pós-operatórias.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0033

INTRODUÇÃO

O contorno corporal feminino é valorizado desde os indícios das primeiras civilizações; as estatuetas da Vênus Hohle Fels, feita 40.000 anos a.C. e a Vênus de Milo, datada do século IV a.C., são evidências desta importância. Observa-se significativo crescimento da cirurgia de gluteoplastia nos últimos anos¹. Os primeiros relatos do uso de implante de silicone em glúteo datam de 1969, quando foi inicialmente descrito o uso de prótese glútea para fins estéticos².

Atualmente, existem diversas técnicas de gluteoplastia com o posicionamento da prótese em planos subcutâneo, subfascial, intramuscular e submuscular. Atualmente, no Brasil, tem-se preferido o posicionamento do implante no plano intramuscular. As próteses anatômica, redonda e oval, mal posicionadas, tendem a deixar visível o contorno da prótese e assim, o resultado inestético.

O fenômeno da dupla bolha, ou “Double Bubble”, ou ainda “Double Buttock”, caracterizado por duas proeminências glúteas ao invés de um contorno único na região, talvez possa representar uma complicação comum mesmo em mãos experientes. Este trabalho tem como finalidade identificar fatores predisponentes da ocorrência desta complicação cirúrgica, investigando o tratamento proposto e as medidas de proteção para essa complicação.

OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo identificar através da forma glútea pacientes que poderão desenvolver o “Double Bubble”, deformidade de pós-operatória em gluteoplastias de aumento. Orientar técnicas cirúrgicas utilizadas para evitar e tratar esta deformidade.

MÉTODOS

Revisão sistemática de literatura utilizando as bases de dados PubMed e LILACS, empregando os seguintes termos descritores: *Gluteoplasty*, *Buttock augmentation*, *Gluteal augmentation*, *Double Bubble*, *Double Buttock*, *Gluteoplasty complications*, *fat grafting*. O número de artigos recuperados por termo foi, respectivamente: *Gluteoplasty* (6), *Buttock*

augmentation, *Gluteal augmentation* (2), *Double Bubble* (1), *Double Buttock*, *Gluteoplasty complications* (1).

Os seguintes fatores limitadores foram adotados: artigos publicados preferencialmente nos últimos cinco anos (período entre 2012 a 2017), em idioma inglês e português. Onze trabalhos foram selecionados para a confecção deste manuscrito. Com base nos achados descritos, com objetivo de revisão da literatura sobre o tema, detectar as métricas revalidadas para o tratamento e a prevenção desta complicação.

RESULTADOS

A gluteoplastia é indicada em diversas situações como deformidades congênitas, adquiridas e para fins estéticos, restaurando o contorno, volume e forma da região glútea³. As complicações cirúrgicas mais frequentes da cirurgia são seroma, deiscência de sutura cutânea, abertura da região de abordagem muscular - músculo glúteo máximo - com conseqüente herniamento e/ou extrusão do implante. Pode ocorrer também infecção de ferida operatória pela proximidade da flora gram negativa da região anogenital.

A visibilidade do implante devido ao mau posicionamento ou à escolha inadequada do implante - prótese redonda de mama ao invés de prótese arredondada no formato do glúteo - e o deslocamento do implante⁴.

A escolha da técnica utilizada incluindo a forma correta do implante, o plano anatômico intramuscular dentro do músculo glúteo máximo a cerca de 1,5cm de profundidade para posicionamento do implante e o volume proporcional às medidas antropométricas da paciente podem conferir uma forma harmônica e agradável para a visão do examinador. Especial atenção deve ser dada à correta seleção do paciente, que pode apresentar traços de transtornos obsessivos e de dismorfismo corporal.

A forma geral da região glútea é influenciada por quatro variáveis anatômicas diferentes: estrutura óssea subjacente - sobretudo a curvatura da região do íliaco e a forma das cristas ilíacas, o volume do músculo glúteo máximo - que pode aparecer bastante atrófico, dificultando a cobertura do implante -, e a distribuição da gordura subcutânea e pele⁵.

¹ Hospital São Lucas PUCRS, Porto Alegre, RS, Brasil.

O tecido gorduroso pode apresentar-se em grande volume na região, mesmo às expensas de um músculo glúteo máximo reduzido ou atrófico, e até mesmo apresentar importantes alterações do relevo - “celulite”, o que poderá ou não apresentar melhora após o estiramento cutâneo desencadeado pela colocação do implante.

A pele, eventualmente bastante flácida, como é comum em indivíduos que apresentaram bastante perda ponderal, pode confundir o examinador menos experiente, uma vez que costuma se deslocar caudalmente ao sulco subglúteo, de forma que não obterá expansão com a simples colocação do implante.

Nestes casos, poderia ser necessária a remoção de forma elíptica de um segmento de pele ao nível do sulco, o que permitiria melhor contorno à região deixando cicatriz residual conspícua no limite inferior da região glútea.

A forma do glúteo é importante para o planejamento cirúrgico. A região glútea mais alongada (Figura 1) - como é comum em pacientes que apresentam acúmulo de gordura na região trocantérica - pode representar um caso difícil para a simples colocação do implante, situação clínica na qual a adição de preenchimentos com gordura no plano subcutâneo pode conferir ferramenta adicional de contorno. A escolha do implante - anatômico ao invés de redondo - certamente poderá conferir maior volume à parte inferior da região do glúteo, sobretudo naquela área próxima à emergência do nervo isquiático.



Figura 1. Nesta imagem observamos a forma glútea A-Shape.

A colocação do implante intramuscular - dentro do músculo glúteo máximo-, que parece ser hoje um consenso entre os “experts” na técnica em nosso meio, em contraste com a colocação subcutânea como é apresentada em alguns outros países, ou até mesmo a colocação retromuscular - entre os músculos glúteo máximo e médio - ainda que não muito utilizadas no nosso meio, não parecem representar aqui no Brasil um fator importante para a formação da dupla bolha, visto que são técnicas pouco realizadas no país.

Por outro lado, a colocação do implante intramuscular dentro do músculo glúteo máximo, com o implante redondo ao invés de anatômico, sobretudo em pacientes com região glútea mais alongada ou associada à flacidez próxima ao sulco subglúteo, são importantes fatores para a formação deste tipo de deformidade de contorno após a cirurgia em nosso meio (Figuras 2, 3 e 4). Desta forma, parece-nos acertado considerar que a seleção correta do paciente e do implante podem apresentar os principais fatores de proteção contra esta deformidade na atualidade.

Outra complicação possível, se bem que rara, é a lesão do nervo ciático (isquiático). No plano submuscular - entre os músculos glúteo máximo e médio -, o descolamento não deve ultrapassar a borda inferior do músculo piramidal devido à proximidade deste nervo motor e sensitivo para o membro inferior.



Figura 2. Imagem pós-operatória evidencia “Double Bubble”.



Figura 3. Imagem pós-operatória evidencia “Double Bubble” pós-gluteoplastia de aumento.



Figura 4. Esta imagem evidencia duas proeminências glúteas, caracterizando o Double Bubble.

A impressão da dupla bolha nestes pacientes deve-se sobretudo ao receio do cirurgião de não ter acometido este importante referencial anatômico, visto que a seqüela motora e sensitiva pode ser irreversível. O implante nestes casos, posicionado mais cranialmente, pode causar a impressão de um contorno duplo, o “double buttock”⁴, especialmente em pacientes longilíneas². O implante colocado em plano subcutâneo ou subfascial pode resultar em implantes palpáveis e visíveis.

Atualmente no Brasil, o plano intramuscular é o mais utilizado. Foi descrito por Vergara e Marcos⁶, mas a técnica foi acrescida por inúmeros outros autores com o propósito de se colocar o implante em uma posição mais baixa. A dissecação

intramuscular com segurança ainda é objeto de discussões em nossos eventos científicos na atualidade³.

Talvez por essa razão ainda se observe o fenômeno da Dupla bolha, o “*Double Bubble*” ou “*Double Buttock*”, nas gluteoplastias realizadas no plano intramuscular. Como já foi dito, a forma do implante é relevante, considerando que a forma da prótese anatômica parece conferir contorno mais natural à região do que os implantes ovais e redondos. A forma redonda intramuscular, na paciente com anatomia evidenciando maior volume em terço superior, também poderá ocasionar o defeito “*Double Bubble*”⁷.

Mendieta⁶ expõe um sistema de classificação que é individualizado e permite a identificação e avaliação do contorno glúteo. As diferentes estruturas glúteas definidas pelo artigo como estrutura óssea, pele e gordura subcutânea, e a relação entre os diferentes tipos de músculos glúteos são analisadas. Nesta classificação apresentam-se quatro diferentes formas glúteas (“*Square Shape*”, “*Round Shape*”, “*A-Shape*”, “*V-Shape*”).

Essas formas são definidas através de três variáveis (ponto A ponto lateral do quadril mais proeminente; ponto B, ponto mais proeminente lateral da coxa e ponto C, ponto médio do glúteo). Unindo os pontos ABC é possível definir a forma glútea. Depois de fazer essas avaliações, um plano cirúrgico pode ser desenvolvido respondendo quatro questões básicas que incluem: A forma glútea está adequada para a colocação de implantes? Qual o tamanho e forma do implante necessários? Qual a técnica indicada? Quais os procedimentos adicionais necessários para melhorar o contorno glúteo?⁸.

DISCUSSÃO

A partir da consideração do formato da região glútea é possível identificar um conjunto de recomendações. Na gluteoplastia em que a protuberância glútea está localizada em glúteo superior, a utilização de prótese anatômica adiciona volume a parte inferior do glúteo, proporcionando melhor resultado cirúrgico, prevenindo o “*Double Bubble*”⁷.

Neste caso, se fossem utilizados implantes redondos, a deficiência de volume em glúteo inferior se acentuaria. Nos casos em que a protuberância glútea está localizada no centro, poderia estar indicado o uso de implante oval, proporcionando projeção glútea superiormente. Exceção se faria às pacientes com protuberância glútea no segmento inferior da região, quando o implante oval poderia proporcionar projeção do glúteo superiormente.

A lipoenxertia em glúteo é uma alternativa importante a ser associada às gluteoplastias, melhorando o resultado do procedimento sem a necessidade de injeção de grandes volumes de gordura. O enxerto de gordura é ideal para corrigir os defeitos isolados e deficiências de volume⁹, sendo utilizado também para amenizar as deformidades de dupla bolha.

A fim de prevenir complicações potencialmente letais como a embolia gordurosa, a injeção de gordura deve ser aplicada superficial e preferencialmente no subcutâneo; nestes casos, com técnica de injeções retrógradas através de orifício posicionado acima da região glútea, prevenindo assim a injeção inequívoca de gordura dentro dos vasos sanguíneos da região¹⁰.

Durante a lipoenxertia, a cânula deve ser posicionada paralelamente ao músculo glúteo máximo e não deve ser

inclinada ou angulada para baixo para evitar lesões de estruturas neurovasculares profundas⁷. O maior risco de embolia gordurosa acontece quando um volume superior a 1000ml por nádega (região glútea) é infiltrado, o que não constitui caso comum quando associado à utilização de implantes.

CONCLUSÃO

A identificação do biotipo longilíneo e a flacidez da região inferior ao sulco subglúteo são fatores predisponentes para a formação da dupla bolha. Nestes casos, a associação de lipoenxertia para uniformizar o contorno glúteo deve ser considerado. A escolha do implante, na maior parte das vezes anatômico, algumas vezes oval, e raramente o redondo, parece representar importante fator na prevenção desta deformidade em nosso meio.

A seleção de pacientes considerando medidas antropométricas, e as expectativas de resultados considerando aspectos de personalidade hoje em dia identificados em consultório de especialidade, também devem ser considerados para um melhor resultado pós-operatório e satisfação do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Aboudib JH, Serra-Guimarães F, Sampaio FJ. Profile of Patients Undergoing Gluteoplasty. *Aesthetic Plast Surg*. 2016;40(1):30-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-015-0587-4>
2. Aboudib JH, Serra F, de Castro CC. Gluteal augmentation: technique, indications, and implant selection. *Plast Reconstr Surg*. 2012;130(4):933-5. PMID: 23018702 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0b013e31825dc3da>
3. Azevedo DM, Gonçalves Junior P, Pereira J, Amoedo TB, Kuroyanagi FM, Cotes EaFM, et al. Augmentation gluteoplasty: experience at Dr. Ewaldo Bolivar de Souza Pinto Plastic Surgery Service. *Rev Bras Cir Plást*. 2012;27(1):87-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752012000100014>
4. Yahyavi-Firouz-Abadi N, Menias CO, Bhalla S, Siegel C, Gayer G, Katz DS. Imaging of cosmetic plastic procedures and implants in the body and their potential complications. *AJR Am J Roentgenol*. 2015;204(4):707-15. PMID: 25794060 DOI: <http://dx.doi.org/10.2214/AJR.14.13516>
5. Azevedo DM. Augmentation gluteoplasty with intramuscular implants. *Rev Bras Cir Plást*. 2014;29(2):303-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/2177-1235.2014RBCP0056>
6. Mendieta CG. Classification system for gluteal evaluation. *Clin Plast Surg*. 2006;33(3):333-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cps.2006.04.006>
7. Nahai F. The art of aesthetic surgery principles & techniques. 2nd ed. St Louis: Quality Medical Publishing; 2011.
8. Senderoff DM. Aesthetic Surgery of the Buttocks Using Implants: Practice-Based Recommendations. *Aesthet Surg J*. 2016;36(5):559-76. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/asj/sjv251>
9. Sinno S, Chang JB, Brownstone ND, Saadeh PB, Wall S Jr. Determining the Safety and Efficacy of Gluteal Augmentation: A Systematic Review of Outcomes and Complications. *Plast Reconstr Surg*. 2016;137(4):1151-6. PMID: 27018670 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0000000000002005>
10. Condé-Green A, Kotamarti V, Nini KT, Wey PD, Ahuja NK, Granick MS, et al. Fat Grafting for Gluteal Augmentation: A Systematic Review of the Literature and Meta-Analysis. *Plast Reconstr Surg*. 2016;138(3):437e-6e.

*Endereço Autor:

Gabriela Diesel Silveira

Rua Vasco da Gama, 565, apto 403 - Bairro Bom Fim - Porto Alegre, RS, Brasil

CEP 90420-111

E-mail: gabrieladiesel@hotmail.com