

Prótese glútea: o uso da lipoaspiração na melhora dos resultados

Gluteal prosthesis: use of liposuction on the improvement of results

JOSÉ NAVA RODRIGUES NETO¹
 GUSTAVO SOUZA GUIMARÃES²
 ALBERTO BENEDIK NETO³
 MARCELA CAETANO
 CAMMAROTA¹
 JOSÉ CARLOS DAHER⁴

RESUMO

Introdução: A lipoaspiração trouxe novas possibilidades para a melhora do contorno corporal. O uso de próteses para aumentar a região glútea trouxe interessantes opções para tratamento de hipotrofias moderadas e acentuadas, nas quais a lipoenxertia não atingiu resultados satisfatórios. O objetivo deste estudo foi analisar os resultados da gluteoplastia de aumento, sua associação com lipoaspiração, a técnica cirúrgica usada, seus resultados e suas complicações. **Método:** O estudo foi realizado no Centro de Estudos do Hospital Daher, onde foram analisados 41 pacientes, retrospectivamente, submetidos à gluteoplastia de aumento com prótese de silicone, no período de janeiro de 2005 a janeiro de 2010. A técnica utilizada foi de colocação de prótese intramuscular com incisão no sulco interglúteo. A lipoaspiração foi associada ou não, de acordo com o julgamento quanto a sua necessidade. **Resultados:** Dos 41 pacientes, 40 eram do sexo feminino e 1 do sexo masculino, com média de idade de 44,38 anos, variando de 22 a 65 anos. O volume da prótese variou de 240 a 360 ml. A associação entre as cirurgias ocorreu em 70% dos pacientes. As complicações ocorreram em duas pacientes. **Discussão:** A associação entre lipoaspiração e prótese glútea na busca de melhores resultados possibilitou a correção de grandes lipodistrofias, para melhora do contorno corporal, quando a lipoenxertia não traz resultados satisfatórios. **Conclusão:** A associação de prótese glútea com lipoaspiração é uma conduta segura, de baixa complexidade, que apresenta bons resultados no contorno corporal, com baixas taxas de complicação.

Descritores: Lipectomia. Nádegas/cirurgia. Próteses e implantes.

SUMMARY

Introduction: The liposuction brought new possibilities for the improvement of the body contour. The use of prosthesis in order to increase the gluteal region brought interesting options for the treatment of moderate and accentuated hypertrophy, in which the lipograft did not fulfill the expected results. The purpose of the present study was to analyze the results of increase gluteoplasty, its association with liposuction, the surgical technique used, its results and its complications. **Method:** The study was developed at the Daher Hospital Study Center, retrospectively, where 41 patients had been submitted to increase gluteoplasty with the use of silicone prosthesis, between January 2005 and August 2010. The technique used was of placement of intramuscular prosthesis with incision in the intergluteal sulcus. The liposuction was associated or not according to the judgment concerning its necessity. **Results:** From 41 patients, 40 were females and 1 male, averaging the age of 44.38 years old, ranging between 22 to 65 years of age. The prosthesis volume was ranging between 240 to 360 ml. The association among the surgeries happened in 70% of the patients. The complications were noticed in two patients. **Discussion:** The liposuction and the gluteal prosthesis appeared as an option for these big corrections, as the lipografting does not reach satisfying results in these cases, due to the lipoabsorption and fatty necrosis. **Conclusion:** Association of gluteal prosthesis with liposuction is a not so complex procedure, offering good results, with an improvement of the body contour and low rates of complication.

Descriptors: Lipectomy. Buttocks/surgery. Prostheses and implants.

Trabalho realizado no Centro de Estudos do Hospital Daher, Brasília, DF.

Artigo submetido pelo SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 23/3/2010
 Artigo aceito: 31/5/2010

1. Cirurgião plástico, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP).
2. Cirurgião plástico, Membro Especialista da SBCP.
3. Médico residente do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Daher.
4. Membro Titular da SBCP; chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Daher.

INTRODUÇÃO

A lipoaspiração trouxe novas possibilidades para a melhora do contorno corporal, entre eles o uso da gordura retirada para enxertia na região glútea¹. Essa possibilidade levou ao uso disseminado dessa técnica, porém os resultados imprevisíveis e a elevada taxa de absorção mostraram limites desta técnica e restrições a seu uso quanto a grandes aumentos da região glútea²⁻⁶.

O uso de próteses para aumentar a região glútea trouxe interessantes opções para tratamento plástico de hipotrofias moderadas e acentuadas, nas quais a lipoenxertia não atingiu resultados satisfatórios²⁻⁵. Entretanto, o emprego de próteses implantadas no tecido subcutâneo ou submuscular causou altos índices de complicações e criou estigmas, havendo, com isso, pouca divulgação da técnica em nosso meio^{3,6-8}. As técnicas atuais mudaram esse panorama, com a obtenção de melhores resultados e diminuição considerável das complicações, o que tornou essa conduta cirúrgica opção satisfatória para melhorar o contorno corporal⁸⁻¹². A experiência e o aprimoramento técnico dessas operações trouxeram novos horizontes na busca de melhores resultados e, com isso, a associação dessas técnicas foi possível^{12,13}.

O objetivo deste estudo foi analisar os resultados da gluteoplastia de aumento, sua associação com lipoaspiração nas áreas circunvizinhas, sem lipoenxertia, a técnica cirúrgica usada, seus resultados e suas complicações.

MÉTODO

O estudo foi realizado no Centro de Estudos do Hospital Daher, onde foram analisados 41 pacientes, retrospectivamente, submetidos à gluteoplastia de aumento com prótese de silicone, no período de janeiro de 2005 a janeiro de 2010. A técnica utilizada foi a seguinte: incisão no sulco interglúteo de aproximadamente 6 a 7 cm, iniciando-se imediatamente abaixo da parte cranial da prega, com abertura do subcutâneo; incisão da borda medial da fáscia tóraco-lombar e abertura do músculo glúteo máximo para criação da cavidade e inclusão de prótese de silicone no espaço intramuscular. Esse espaço foi criado por dissecação roma, inicialmente digital e, posteriormente, com o uso de instrumentos cirúrgicos, numa profundidade de cerca de 3 cm. Implanta-se o molde para verificar o tamanho da loja, sua localização e o tamanho da prótese. Uma vez inserida a prótese, não se usa drenagem da loja. A prótese utilizada foi silicone redonda, do tipo lisa. A rafia do músculo foi feita com fio monofilamentar nylon 3.0 ou com fio absorvível em longo tempo, do mesmo diâmetro. A pele foi suturada com pontos captados, fixados à fáscia profunda, para evitar espaço residual e para refazer o sulco

interglúteo.

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 dos quadris, trocântérica e coxas com cânulas de 4 a 6 mm. Não foi utilizado enxerto de gordura em nenhuma região.

A técnica usada foi rigorosamente a mesma, e os pacientes receberam alta após 24 horas de internação e foram acompanhados por período de um mês a dois anos. Os pacientes foram orientados a deambular precocemente. Os cuidados com a ferida operatória foram assepsia rigorosa, com banho cuidadoso após micção ou evacuação.

RESULTADOS

Foram analisados os prontuários dos pacientes submetidos à gluteoplastia no período de janeiro de 2005 a janeiro de 2010. Destes 41 pacientes, 40 eram do sexo feminino e 1 do sexo masculino, a média de idade foi 44,38 anos, variando de 22 a 65 anos. A média do volume da prótese foi 291 ml, com variação de 240 a 360 ml. Praticou-se a lipoaspiração associada em 70% dos pacientes.

As complicações ocorreram em duas pacientes, sendo um caso de infecção e outro, de deiscência parcial da ferida. Houve um caso de insatisfação da paciente com o volume da prótese, que a considerou pequena.

DISCUSSÃO

As lipodistrofias constituem desafio constante no dia-a-dia do cirurgião plástico. Essas alterações gordurosas podem se apresentar com vários aspectos, desde discretas alterações até grandes depósitos de tecido adiposo. O tratamento apresenta-se na forma de melhora do contorno corporal, tão procurada em culturas como a sul-americana, o que leva o cirurgião plástico à busca incessante de melhores resultados^{1,2,4,12-15}.

Desde a disseminação da lipoaspiração como forma de melhora do contorno corporal e de aproveitamento do tecido gorduroso retirado para enxertia, esta foi uma das poucas técnicas difundidas entre os cirurgiões com objetivo de aumento glúteo e melhora das lipodistrofias nessa região^{1,2,4,5,8,13-17}.

A técnica, porém, tem múltiplas variáveis, como forma de coleta, preparo e conservação do enxerto e, associados a isso, resultados imprevisíveis, muitas vezes dependendo das características de cada indivíduo. Além disso, as aplicações excessivas poderiam levar a liponecroses e infecções por

tecido desvitalizado, limitando o uso dessa técnica em apenas alguns casos de correções de lipodistrofias¹⁸.

A prótese glútea surgiu como opção para os casos em que grandes correções eram almeçadas, sendo a técnica desenvolvida à semelhança das próteses mamárias, porém com variações técnicas, como inserção superficial, que apresentou aspecto artificial ou instalação no plano submuscular, o que pode causar lesões de estruturas nobres. Esses fatores levaram a desapontamentos com a técnica e a sua pouca difusão^{3,6-8}.

Após a divulgação da técnica de Vergara & Marcos⁹, com a inserção protética no plano intramuscular, ocorreu significativa melhora nos resultados, assim como na redução das complicações, o que ocasionou novos propagadores da técnica⁹⁻¹². A experiência com essa conduta e a busca de melhores resultados trouxeram à tona a possibilidade de associação dessas técnicas, já que a correção das lipodistrofias não passa apenas pela retirada de tecido adiposo, mas também há inclusão de volumes em certas regiões. O correto diagnóstico levará ao tratamento adequado das deformidades presentes¹⁶.

Essa associação técnica tem poucos relatos na literatura, optando os cirurgiões, na maioria dos casos, a executar apenas um dos procedimentos. As razões podem estar relacionadas ao diagnóstico incorreto da deformidade, ao desconhecimento técnico ou a preconceitos, em face das complicações ocorridas com técnicas anteriores, entre outros casos¹⁶.

A associação das técnicas quanto a este levantamento ocorreu em 70% dos casos, com variação do volume aspirado de 500 a 1.500 ml na região do quadril, trocantérica e nas coxas (Figuras 1 a 3). O volume das próteses variou de 240 a 360 ml, com o tamanho principal de 300 ml, usado em 60% dos casos. Esses procedimentos, associados à redução das medidas do quadril feita por lipoaspiração, garantem a harmonia do contorno corporal (Figuras 4 a 7).

A correção de lipodistrofia em pacientes com HIV ocorreu em três pacientes, fato ocorrido pelas alterações do metabolismo lipídico dos medicamentos antirretrovirais (Figuras 8 e 9)¹⁹⁻²¹.

As complicações apresentadas foram um caso de infecção, tratada com cuidados intensivos, retirada da prótese, limpeza diária, algumas vezes em centro cirúrgico, e antibioticoterapia. A recolocação da prótese ocorreu um ano após, sem intercorrências. Acreditam os autores que o principal fator determinante da infecção foi a má higiene local da paciente no pós-operatório, após a alta hospitalar. Em razão dessa intercorrência, orientou-se o banho completo da assistida após uso do vaso sanitário. O outro caso foi deiscência parcial da ferida, tratada com curativos locais. Houve completa cicatrização, sem exposição da prótese ou infecção secundária.

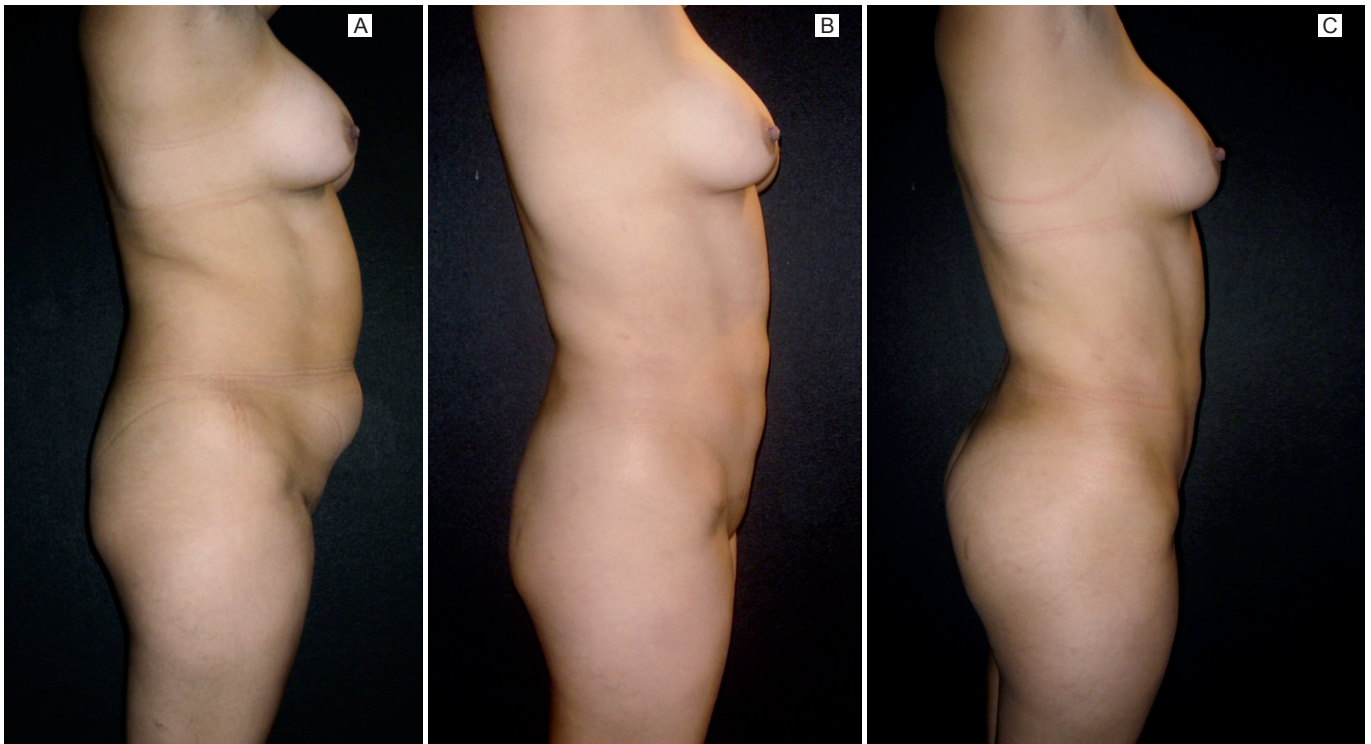


Figura 1 – Caso 1. **A:** pré-operatório; **B:** após lipoaspiração somente; **C:** após gluteoplastia.

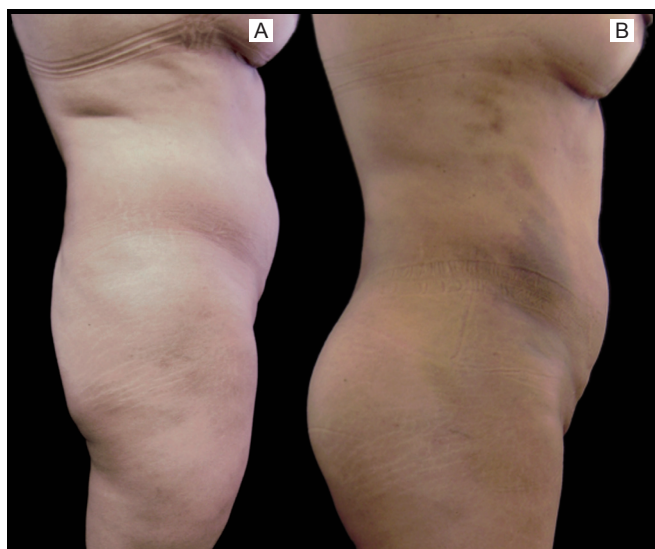


Figura 2 – Caso 2. **A:** pré-operatório; **B:** pós-operatório.

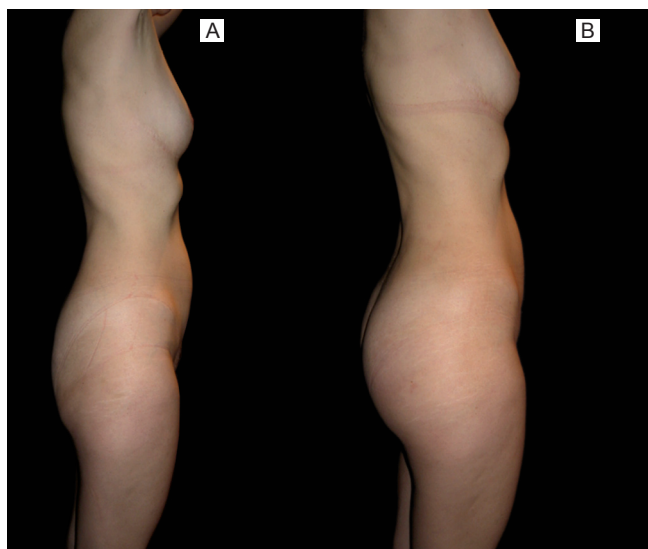


Figura 4 – Caso 4. **A:** pré-operatório; **B:** pós-operatório.

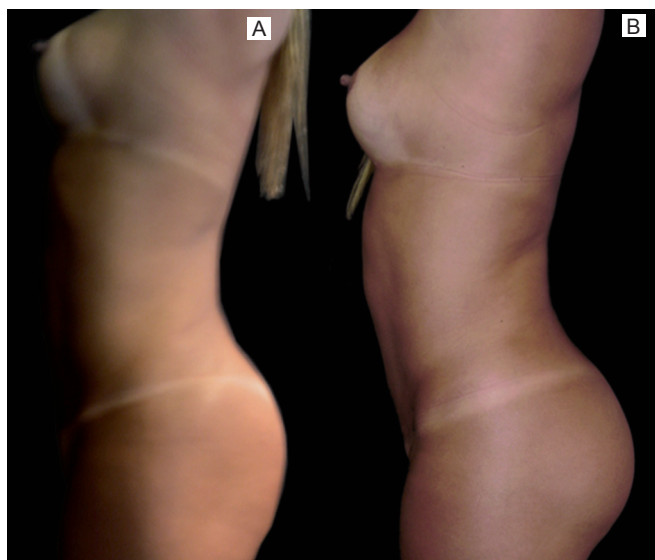


Figura 3 – Caso 3. **A:** pré-operatório; **B:** pós-operatório.

No que se refere à satisfação dos pacientes operados, todos se mostraram muito satisfeitos com o resultado. Apenas uma paciente referiu insatisfação com o volume da prótese, que o considerou menor que o desejado.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos nos levam à conclusão de grande aplicabilidade da cirurgia de inclusão de prótese glútea, bem como de sua associação com a lipoaspiração. São procedimentos seguros, os índices de complicação são aceitáveis e a relação custo benefício é francamente satisfatória.

REFERÊNCIAS

1. Illouz YG. Body contouring by lipolysis: a 5-year experience with over 3.000 cases. *Plast Reconstr Surg.* 1983;72(5):591-7.
2. De Souza Pinto EB. Novos conceitos em lipoenxertia. *Lipoaspiração superficial.* Rio de Janeiro:Revinter;1999. p.97-101.
3. Gonzalez R. Prótese para a região glútea. In: Tournieux A, ed. *Atualização em cirurgia plástica.* São Paulo:Robe Editorial;1994. p.555-70.
4. Pereira LH, Radwanski HN. Fat grafting of the buttocks and lower limbs. *Aesthetic Plast Surg.* 1996;20(5):409-16.
5. Perén PA, Gómez JB, Guerrero-Santos J, Salazar CA. Gluteus augmentation with fat grafting. *Aesthetic Plast Surg.* 2000;24(6):412-7.
6. Ford RD, Simpson WD. Massive extravasation of traumatically ruptured buttock silicone prosthesis. *Ann Plast Surg.* 1992;29(1):86-8.
7. Gonzalez R. Gluteoplasty: personal modifications of the robles technique Raps 90. São Paulo:Gráfica do Estadão;1992. p.166-71.
8. Robles JM, Tagliapietra JC, Grandi M. Gluteoplastia de aumento: implante submuscular. *Cir Plast Iberolat.* 1984;10(4):365-9.
9. Vergara R, Marcos M. Intramuscular gluteal implants. *Aesthetic Plast Surg.* 1996;20(3):259-62.
10. Gonzalez R. Augmentation gluteoplasty: the XYZ method. *Aesthetic Plast Surg.* 2004;28(6):417-25.
11. Martins LC. *Plasticsurgery: foundations and art.* São Paulo:MEDSI;2003. p.755-65.
12. Badin AZ, Vieira JF. Endoscopically assisted buttocks augmentation. *Aesthetic Plast Surg.* 2007;31(6):651-6.
13. Cardenas Restrepo JC, Muñoz Ahmed JA. Large-volume lipoinjection for gluteal augmentation. *Aesthetic Surg J.* 2002;22(1):33-8.
14. Murillo WL. Buttock augmentation: case studies of fat injection monitored by magnetic resonance imaging. *Plast Reconstr Surg.* 2004;114(6):1606-16.
15. Roberts TL 3rd, Toledo LS, Badin AZ. Augmentation of the buttocks by micro fat grafting. *Aesthet Surg J.* 2001;21(4):311-9.
16. Cárdenas-Camarena L, Paillet JC. Combined gluteoplasty: liposuction and gluteal implants. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119(3):1067-74.
17. de la Peña JA, Rubio OV, Cano JP, Cedillo MC, Garcés MT. History of gluteal augmentation. *Clin Plast Surg.* 2006;33(3):307-19.
18. Carpaneda CA, Ribeiro MT. Percentage of graft viability versus injected volume in adipose autotransplants. *Aesthetic Plast Surg.* 1994;18(1):17-9.

19. Mauss S, Corzillius M, Wolf E, Schwenk A, Adam A, Jaeger H, et al. Risk factors for the HIV-associated lipodystrophy syndrome in a closed cohort of patients after 3 years of antiretroviral treatment. *HIV Med.* 2002;3(1):49-55.
20. Gelsenke T, Farias FAE, Alencar Ximenes RA, Melo HR, Fátima Pessoa Militão de Albuquerque M, et al. Risk factors in human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome patients undergoing antiretroviral therapy in the state of pernambuco, Brazil: a case-control study. *Metab Syndr Relat Disord.* 2010;8(3):271-7.
21. Moreno S, Miralles C, Negredo E, Domingo P, Estrada V, Gutiérrez F, et al. Disorders of body fat distribution in HIV-1-infected patients. *AIDS Rev.* 2009;11(3):126-34.

Correspondência para:

José Nava Rodrigues
Hospital Daher, Lago Sul, SHIS, QI 7, Conjunto F -Brasília, DF - CEP 71615-570
E-mail: navarodhot@yahoo.com.br