

# CIRUGIA PLASTICA

Volumen  
*Volume* **12**

Número  
*Number* **2**

Mayo-Agosto  
*May-August* **2002**

*Artículo:*

## Levantamiento de glúteos con hamaca subdérmica

Derechos reservados, Copyright © 2002:  
Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, AC

Otras secciones de  
este sitio:

- ☞ [Índice de este número](#)
- ☞ [Más revistas](#)
- ☞ [Búsqueda](#)

*Others sections in  
this web site:*

- ☞ [Contents of this number](#)
- ☞ [More journals](#)
- ☞ [Search](#)



[Medigraphic.com](http://Medigraphic.com)

# Levantamiento de glúteos con hamaca subdérmica

Dr. Ramón J. Navarro,\* Dr. Manuel Fajardo,\*\* Dr. Rodrigo Mariscal,\*\*\* Dr. Roger Pérez\*\*\*\*

## RESUMEN

**Se propone una técnica para remodelar los glúteos sobre todo en ausencia de pliegue infraglúteo sin utilizar implantes, por medio de dos tiras de piel con pedículo inferior amplio, tomadas de las zonas superiores internas de ambos muslos, desepitelizadas y pasadas a través de túneles subcutáneos por debajo de los ligamentos infraglúteos y fijadas con tensión en las espinas ilíacas antero superiores. Existe un método de lifting o pexia de tejido glúteo pero con la utilización de una incisión supraglútea y toma del tejido conectivo subyacente como una especie de fascia descrita por Lockwood; pero nosotros evitamos el uso de incisiones visibles. Aunque se trata exclusivamente de un solo caso, su valor estadístico es insuficiente pero su estudio a través de un año resulta interesante. Los resultados son sorprendentemente satisfactorios tanto para la paciente como para el médico ya que se forma un nuevo surco infraglúteo y además se permite el levantamiento fisiológico de ambos glúteos evitando la presencia de cuerpos extraños, aún más, se puede colocar con la grasa extirpada como injerto en el hemisferio superior de los glúteos para hacer aún más evidente el efecto. Como complicaciones encontramos la posibilidad de umbilicación a nivel del pedículo, que se puede corregir simultáneamente, y la aparición de quistes dermoides por desepitelización inadecuada.**

**Palabras clave:** Ptosis glútea, tiras de piel desepitelizada.

## INTRODUCCIÓN

Las nalgas, en su estética son similares a las mamas, aunque difieren en sus funciones; en ambas se les aplican las mismas técnicas restauradoras: si no hay volu-

## SUMMARY

*A technique to remodel the gluteus especially in absence of the infragluteal plait without using implants is proposed, by means of two skin strips with inferior wide pedicle, taken from the upper internal areas of both thighs, which are deepithelialized and which go through subcutaneous tunnels below the infragluteal ligaments and fixed with tension in the anterosuperior iliac thorns. There is a method of lifting or pexia of the gluteus tissue but with the utilization of a supragluteal incision and taking the subjacent connective tissue as a kind of fascia described by Lockwood; but we avoided the use of visible incisions. Even though this case is unique, and its statistic value is insufficient, its study throughout a year is interesting. The results are surprisingly satisfactory for the patient as well as for the surgeon since a new infragluteus route is formed and besides the physiological raising of both gluteus while avoiding the presence of foreign bodies it permits. Furthermore, the fat extirpated as a graft in the superior hemisphere of the gluteus make the effect even more. As complications the possibility of umbilication at pedicle level, that can be corrected simultaneously, and the appearance of dermoid cysts due to improper deepithelialization were found.*

**Key words:** Gluteus ptosis, deepithelialized skin belt.

men se colocan implantes; si están caídas hay que levantarlas, y si tienen mucha grasa habrá que succionarla. La combinación de todas estas técnicas se emplea cuando el caso amerite mejorar notoriamente la estética.

## ANTECEDENTES

Se ha escrito muy poco con respecto a la remodelación glútea, como los trabajos de González Ulloa,<sup>1</sup> en 1977, con la corrección del “síndrome de las nalgas tristes”, y Baroudi,<sup>2</sup> que en 1981 reportó el levantamiento del tercio interno de los muslos. La aportación al conocimiento de las fascias internas del tercio medio del

\* (ISAPS-ASAPS-AMCPER).

\*\* (UAG México).

\*\*\* (UAN México).

\*\*\*\* (UADY México).



Figura 1A.



Figura 1B.

**Figura 1A.** Paciente del sexo femenino de 40 años de edad, con redundancia de piel y grasa en la región superointerna de ambos muslos antes de la liposucción y plastia inguinal. **B.** Despues de la plastia inguinal.

cuerpo humano de Lockwood,<sup>3</sup> en 1988, dio pie a trabajos ulteriores en esa área. Robles,<sup>4</sup> en 1984, reportó los primeros implantes glúteos submusculares, seguido por Vergara,<sup>5</sup> en 1996. En la actualidad Roberts y Toledo,<sup>6</sup> en 2001 utilizan microinjertos grados en el músculo basándose en los trabajos de Alegria y Barba,<sup>7</sup> del grupo de Guadalajara y esto ha contribuido notablemente a la remodelación glútea.

#### MÉTODO

Siempre que exista laxitud de tejidos glúteos y algo de volumen con ptosis de los mismos estará indicada una

pexia. El método propuesto consiste en el levantamiento de ambas nalgas creando dos tiras de piel desepitelizada en forma de hamaca, tomadas de los tercios supero-internos de ambos muslos durante una cruroplastia (liposucción, levantamiento y fijación en arco crural) (Figura 1).

#### MARCACIÓN

Con el paciente de pie, se mide y dibuja una media luna de la piel redundante, que seguidamente se eliminará durante una cruroplastia (Figura 2A). Se marcan también ambas espinas ilíacas anteriores y el trayecto del túnel subcutáneo infraglúteo (Figuras 2B y 2C). Después se instruye al paciente para que tense los músculos glúteos aumentando la lordosis, con el propósito de marcar ambos surcos infraglúteos inexistentes.

#### TÉCNICA

Bajo anestesia general se efectúa la liposucción por el método convencional de las zonas a tratar. El paciente permanece en decúbito dorsal; las tiras de piel previamente marcadas (Figura 2A) se sacan en forma de remolino de media luna y se desepitelizan. Una vez desepitelizadas se obtienen tiras de piel de 2.5 cm de ancho por 30 a 40 cm de largo, con un pedículo de 6 cm de base posteroinferior. Estas tiras pasan por un túnel subcutáneo previamente marcado y creado inmediatamente por detrás y debajo del pliegue infraglúteo, por medio de una tijera larga Metzenbaum curva y dos incisiones pequeñas de 1 cm de ancho para poder pasar con relativa facilidad las tiras hasta las espinas ilíacas anterosuperiores. Las tiras se tensan hacia arriba en dirección a las espinas, a manera de ligamento mediante la tracción con pinzas de anillos y se fijan con nailon 3-0. Es importante no tocar los dos ligamentos infraglúteos por el peligro de asimetría. Para resolver la umbilicación de la base del pedículo se debe liberar la piel umbilicada con tijeras finas.

Si es necesario, se realiza liposucción en regiones trocantéricas, con o sin inyección de grasa intramuscular, como recomienda Barba.<sup>7</sup> Se recomienda utilizar cánulas de 3 y 5 mm, así como drenajes tipo Penrose de 3/8, en dos lados por 48 horas y polímeros en espuma (Reston) en las zonas tratadas y una faja levantadora de glúteos (Figura 3). Se indica al paciente poco movimiento, conservar la posición en decúbito lateral con las rodillas flexionadas y mantener ambas zonas crurales muy secas; reposo relativo por siete días y dieta de escaso residuo.

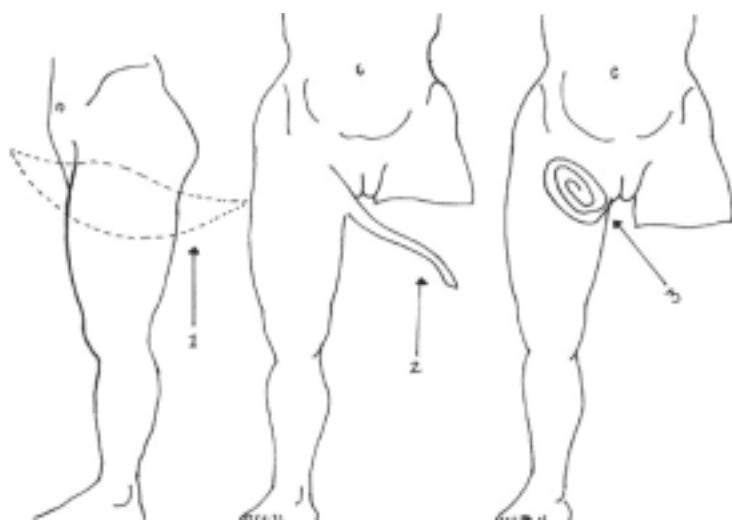


Figura 2A.

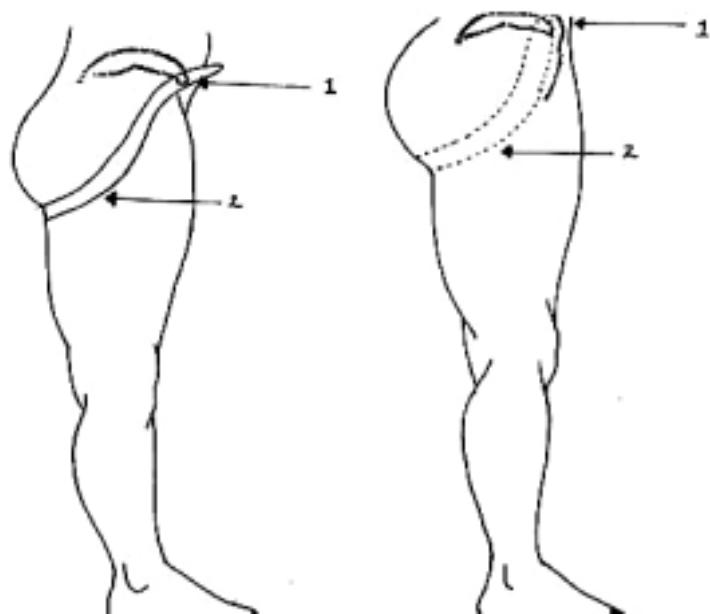


Figura 2B.

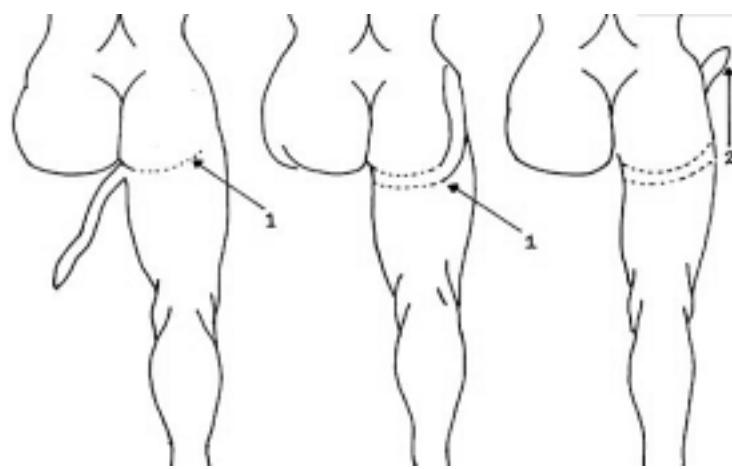


Figura 2C.

**Figura 2A.** Esquema preoperatorio: 1. Zona para tunelizar. 2. Colgajo extendido desepitelizado. 3. Rehilete desepitelizado en forma de tira. **B:** 1. Colgajo fijado a la espina ilíaca anterosuperior. 2. Colgajo en su túnel subcutáneo. **C:** 1. Ligamento infraglúteo. 2. Punta del colgajo (tira) desepitelizada y fijada a la espina ilíaca anterosuperior.

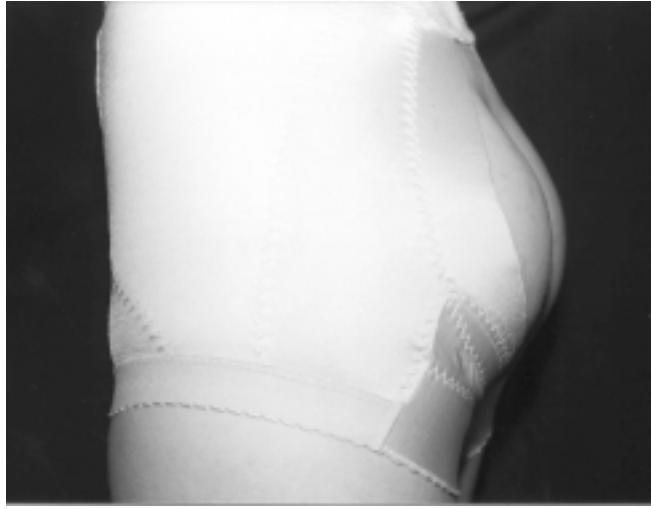
### CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino de 20 años de edad con pérdida de peso de 30 kg en seis meses que originó gran laxitud y ameritó corrección quirúrgica con la técnica propuesta. El seguimiento fue a 12 meses (*Fi-*

*guras 4A, B, C y 5A, B*). Como complicación se presentó una pequeña dehiscencia de 3 cm en la zona crural derecha que se corrigió ulteriormente y dos quistes intradérmicos que se drenaron seis meses después de la cirugía. No hubo molestias para la marcha o para la defecación y micción.

### CONCLUSIONES

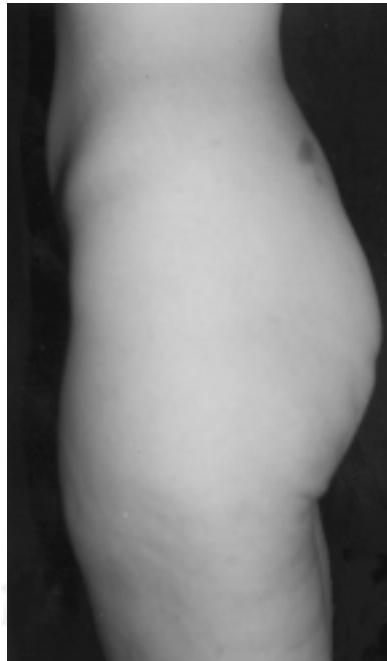
Aunque se trata de un solo caso y el control ha sido por un año, creemos importante dar a conocer los resultados como una opción en un número selectivo de casos. La edad no es limitante, aunque sí lo es el exceso de peso. Este es un método que pretende ofrecer una alternativa más durante la plastia crural, que en lugar de desechar la piel sobrante, se puede utilizar en forma de hamacas en ambos glúteos para brindar un resultado permanente durable y libre de rechazo, con la consiguiente disminución de morbilidad y costos. Esto aunado a otros métodos como la pexia, aumento con prótesis, aumento con grasa inyectada en el músculo y la remodelación periférica, permite a los cirujanos plásticos un método simple, práctico, útil y efectivo en caso de ptosis glútea bilateral, específicamente cuando existe tejido laxo. En ausencia de volumen no sería un método para elegir.



**Figura 3.** Tipo de faja sugerida para el posoperatorio.



**Figura 4A.**



**Figura 4B.**



**Figura 4C.**

**Figura 4A.** Paciente de 20 años programada para liposucción abdominal, de muslos y caderas, plastia inguinal y levantamiento de glúteos. **B:** La paciente en posición lateral. **C:** Posición dorsal donde se observa ausencia del pliegue infraglúteo.

**Figura 5A.****Figura 5B.**

**Figura 5A.** La paciente un año después de la operación. **B:** Vista posterior.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Gonzalez-Ulloa M. Gluteoplasty: a ten year report. *Aesth Plast Surg* 1991; 15: 88.
2. Baroudi R, Carvalho CGS. *Lifting of the inner third of the thighs. An analysis of immediate and mediate results* 1984; 7: 275.
3. Lockwood TE. Facial anchoring technique in medial thighs lifts. *Plast Reconstr Surg* 1988; 82: 299.
4. Robles JM, Tagliapietra JC, Giandi MA. Gluteoplastia de aumento; Implante Submuscular. *Cir Plast Ibero Lat Am* 1984; 10: 365-375.
5. Vergara R, Marcos M. Intramuscular gluteal implants. *Aesth Plast Surg* 1996; 20: 259-262.

6. Roberts TL, Toledo LS, Zulmira Badin A. Augmentation of the Buttocks by micro fat Grafting. *Aesth Plast Surg* 2001; 21: 311-319.
7. Alegria Perén P, Barba Gómez J, Guerrerosantos J, Ayala Salazar C. Gluteus augmentation with fat grafting. *Aesth Plast Surg* 2000; 24: 412-417.

#### Dirección para correspondencia:

Dr. Ramón J. Navarro.  
Calle 54 No 365 Mérida, Yucatán México.  
Tel (01-999) 927 3563  
E-mail: Rnavarro@sureste.com