

# Prótesis de glúteos



*Dra. Isabel Moreno Gallent*

Cirujano plástico.  
Miembro de la AECEP, Valencia.

## Resumen:

Los implantes de glúteos son una técnica cada vez más solicitada por los pacientes, por ello los cirujanos plásticos buscan las técnicas más adecuadas para la colocación de dichos implantes. Son muchos los autores que hacen referencia a sus gustos en cuanto a la colocación: vías (submuscular, intramuscular o subfascial); incisiones; tipos de implantes, etc. El autor cita la técnica que lleva a cabo según la descrita por Vergara (1996) y su experiencia mostrando casos y analizando sus resultados.

**Palabras clave:** Implantes glúteos, colocación intramuscular, incisión interglútea.

## HISTORIA

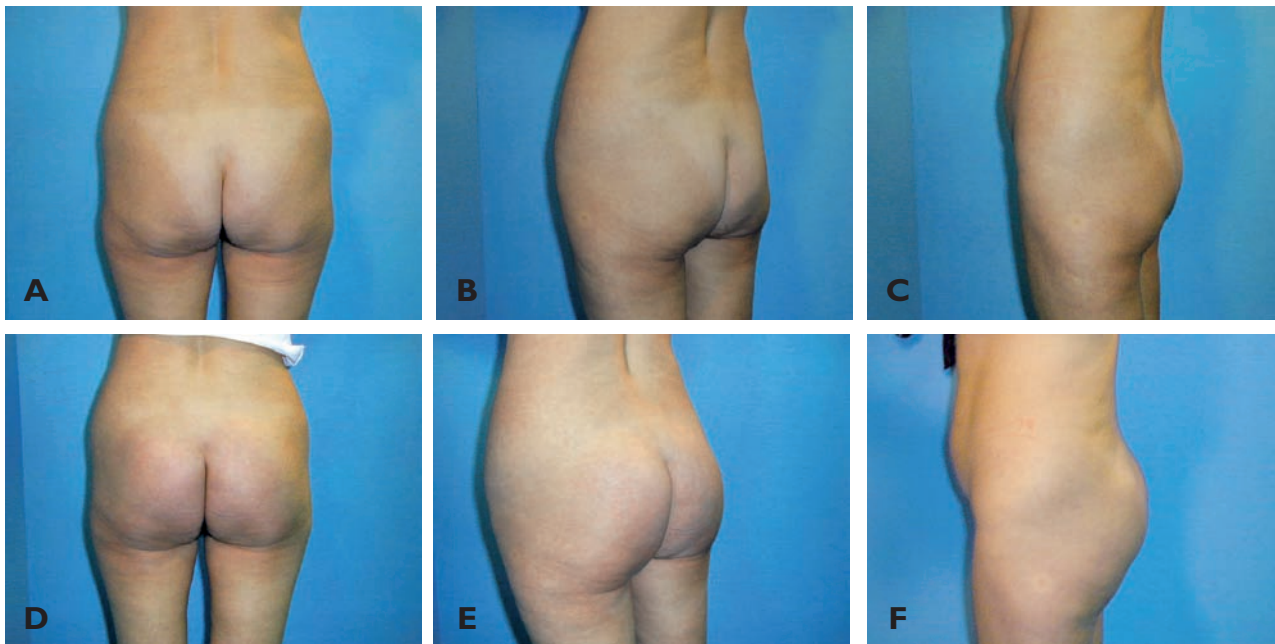
El uso de los implantes de glúteos es relativamente reciente. Las técnicas comienzan a mencionarlos en 1979 con la utilización de implantes subcutáneos, pero con un muy mal resultado. En 1984, Robles describe un plano de situación entre el glúteo mediano y el mayor. En 1996, Vergara habla del plano intramuscular y de los implantes texturados. Es en el año 2001 cuando González utiliza el plano intramuscular y los implantes lisos. Y en el año 2004 se comienza a hablar de los implantes de poliuretano subfasciales.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizaron implantes de glúteos en 10 pacientes con edades entre 28 y 52 años entre los años 2002 y 2007. La intervención se llevó a cabo mediante

anestesia general, con intubación endotraqueal y estancia hospitalaria de 24-48 horas.

La técnica utilizada fue la descrita por Vergara (1996), en la que usa una vía de abordaje vertical con una incisión interglútea de aproximadamente 6 a 7 cm. Se aborda la aponeurosis presacra. A continuación se identifica el músculo glúteo mayor. El despegamiento del plano se hace con un instrumento especialmente diseñado por Vergara para favorecer la creación del campo quirúrgico. Se realiza hemostasia del campo quirúrgico con sumo cuidado (se trata de un campo que precisa una revisión muy cuidadosa, pues se trata de un plano intramuscular). Tras ello se coloca el implante en forma de almendra, de gel cohesivo y cubierta lisa. Siempre se colocan drenajes aspirativos durante 48 horas. Se efectúa un cierre por planos y se pone un vendaje compresivo. Mantene-mos al paciente en posición de decúbito ventral

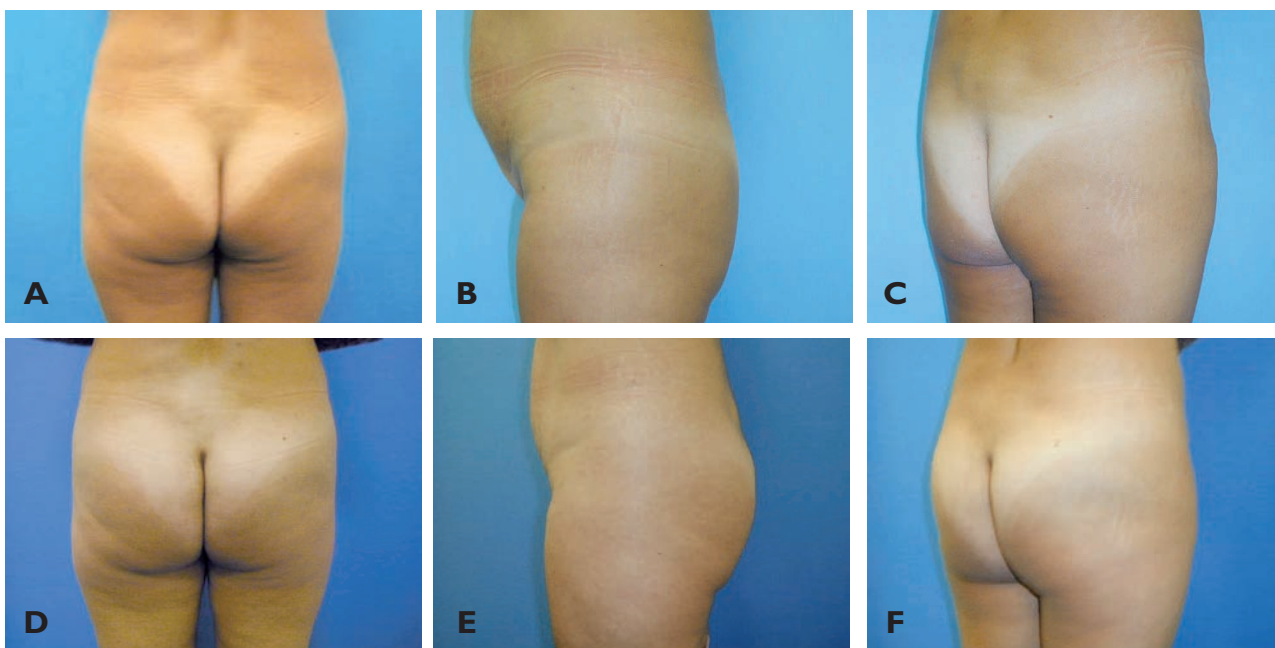


**Fig. 1. A, B, C:** preoperatorio; **D, E, F:** postoperatorio. Paciente de 45 años que presenta hipotrofia de las nalgas.

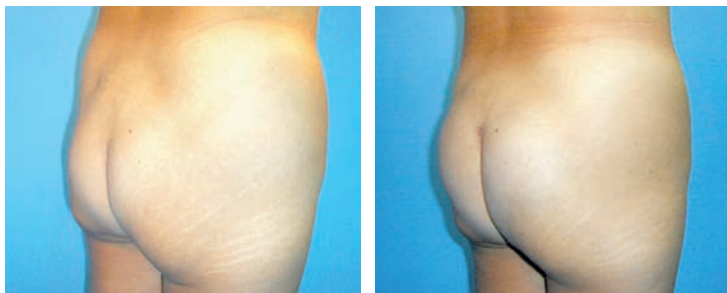
durante 48 horas y luego puede sentarse y estar en decúbito lateral aproximadamente 15 días. Tras ello el apoyo será normal. Se coloca una faja elástica durante treinta días.

## DISCUSIÓN

Los resultados con la técnica que se presentan son adecuados, pero hay que pensar que el plano que se utiliza es un plano complejo y no bien



**Fig. 2. A, B, C:** preoperatorio; **D, E, F:** postoperatorio. Paciente de 32 años que quiere aumentar el volumen de sus nalgas.



**Fig. 3.** Resultado de paciente de 30 años intervenida de prótesis de nalgas.

definido, por lo que no está exento de complicaciones.

Las indicaciones de esta técnica son la ptosis de las nalgas, hipotonías glúteas y fundamentalmente falta de volumen. Es muy importante explicar al paciente, como en todas las técnicas, los resultados. Además, debemos tener en cuenta que la colocación de los implantes no corrige totalmente las nalgas caídas, ni siquiera aumenta la anchura de las nalgas, sólo sirve para aumentar la proyección lateral en la visión de perfil.

Las complicaciones que hemos tenido han sido pequeños casos de hematomas que se han resuelto espontáneamente, irregularidades en el contorno (por la falta de espacio periprotésico y por la superficialidad) que se han resuelto al reducirse el edema, cierto grado de ptosis, y una infección que precisó quitar el implante. No tuvimos ningún caso de seroma (posiblemente por la colocación de drenajes, el reposo y el vendaje compresivo) y ninguna contractura capsular

a los cinco años.

## CONCLUSIONES

Dado lo dicho anteriormente podemos decir que es una técnica adecuada, pero no exenta de complicaciones. La mayor dificultad es la de crear el espacio periprotésico, por lo que necesitamos como en todas las cirugías un instrumento adecuado. Finalmente, y sin duda lo más importante, es sentar una buena indicación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cocke. Gluteal augmentation. *Plast Reconstr Surg*, 1973; 52: 93.
2. Robles J, Tagliapietra J, Grandi M. Gluteoplastia de aumento: implante submuscular. *Cir Plast Iberolatinoamericana*, 1984; 10:4.
3. González Ulloa M. Gluteoplasty: a ten year report. *Aesth Plast Surg*, 1991; 15:85.
4. Hsiao CW. Buttock augmentation with silicone prothesis. A case report. *Chargeng Yi Xue Za Zhi*, 1994; 17 (1): 903.
5. Vergara R, Marcos M. Intramuscular gluteal implants. *Aesth Plast Surg*, 1996; 20: 259.
6. Vergara R, Amescua, H. Intramuscular gluteal implants: 15 years experience. *Aesth Surg J*, 2003; 23:86.