

11211
18
25



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO SS**

**DESCRIPCION ANATOMICA DEL MANEJO
DE LA PTOSIS GLUTEA**

**TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD
EN CIRUGIA PLASTICA,
RECONSTRUCTIVA Y ESTETICA
P R E S E N T A :
DR. RICARDO GONZALEZ RAMOS**



MEXICO, D. F.

1995

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

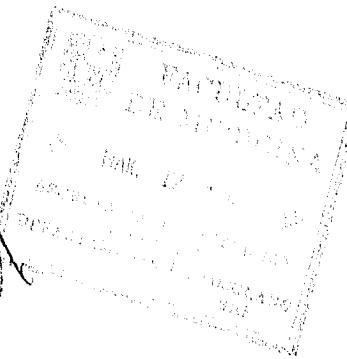
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO SS.

FACULTAD DE MEDICINA.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

DESCRIPCION ANATOMICA DEL MANEJO DE LA PTOSIS GLUTEA.

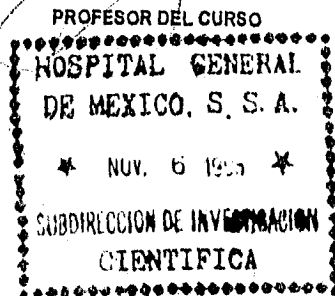

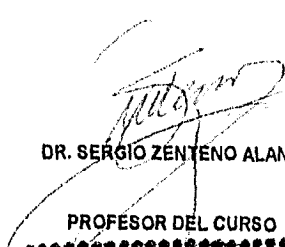
DR. RICARDO GONZALEZ RAMOS.



DR. CARLOS DEL VECCHYO CALCANELO.

TUTOR DE LA TESIS

DR. SERGIO ZENTENO ALANIS.



DEDICATORIA:

A MIS PADRES QUIENES EN NINGUN MOMENTO DEJARON DE APOYARME EN MI EDUCACION Y ME ALENTARON A REALIZAR ESTA ESPECIALIDAD.

ROLANDO Y MA. ANTONIETA.

A MIS SEGUNDOS PADRES QUIENES DESDE QUE LOS CONOCI NO DEJARON DE APOYARME Y ALENTARME A SEGUIR ESTA ESPECIALIDAD.

SAUL Y NOHELIA.

A MI ESPOSA MYRIAM A MI HIJO RICARDO Y AL BEBE POR SU AMOR, APOYO, CARINO Y COMPRESION PARA REALIZARME COMO MEDICO ESPECIALISTA.

MYRIAM Y RICARDO.

A MIS HERMANOS QUIENES SIEMPRE CONFIARON EN MI Y QUE EN TODO MOMENTO ME APOYARON PARA MI REALIZACION COMO PROFESIONISTA.

MA. ANTONIETA Y FRANCISCO.
ROLANDO Y AIDE.
MA. CRISTINA Y JAVIER.
MA. DE LOURDES E ISIDRO.
NOHELIA Y CARLOS.

A MIS MAESTROS Y COMPAÑEROS RESIDENTES QUIENES COMPARTIERON SUS CONOCIMIENTOS PARA MI FORMACION COMO ESPECIALISTA.

INDICE:

	Páginas.
RESUMEN	2
INTRODUCCION	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
OBJETIVOS	13
HIPOTESIS	13
JUSTIFICACION	14
MATERIAL Y METODOS	15
ANALISIS DE RESULTADOS	16
ANALISIS ESTADISTICO	16
ASPECTOS ETICOS Y DE BIOSEGURIDAD	16
ESPECTATIVAS A CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO	17
RECURSOS DISPONIBLES	17
RECURSOS A SOLICITAR	17
RESULTADOS	18
DISCUSION	31
CONCLUSIONES	34
BIBLIOGRAFIA	35



Fig. 1. Concerto musical de la Región
Ufense.

RESUMEN:

Los depósitos excesivos de grasa son comunes en las zonas trocantéricas y después de la disminución ponderal puede haber grandes zonas sobrantes de piel en el área posterior de los glúteos y en el interior del muslo. En términos generales, los lineamientos quirúrgicos para eliminar la piel sobrante de muslos y glúteos son menos satisfactorios que en otras partes del cuerpo. Las deformidades a menudo se corrigen sólo parcialmente y las cicatrices son muy notables y a veces dolorosas.

Como ocurre en todos los tipos de operaciones estéticas, debe ser meticulosa la selección de los pacientes. Las esperanzas de cada persona deben ser realistas y conocer los riesgos reales que conllevan los métodos quirúrgicos. También hay que señalar a las personas que han sufrido pérdida masiva y sostenida de peso, las posibilidades que brinda la Cirugía Plástica y Reconstructiva.

Las técnicas actuales de glúteoplastias no producen resultados adecuados pues no logran conservar o producir un volumen y proyección adecuada de la región glútea, además de dejar cicatrices difíciles de ocultar con la ropa actual.

Pitanguy (1971) y Agrys (1977), reportan técnicas mediante incisiones en el pliegue glúteo inferior, pero los patrones de ropa actual dejan al descubierto estas zonas por lo cual están en abandono. (1)

Ricardo Baroudí (1991) y Lockwood (1993) han reportado flancoplastias y elevación de la región glútea con abordajes altos, dejando la cicatriz a nivel de la cintura y sin lograr mantener un adecuado volumen de la región. (3,4,5 y 6)

Gonzalez-Ulloa (1991) reporta la forma y proyección ideal de la región glútea pero su técnica se basa en la colocación de implantes de silicon y no recolocación del tejido del paciente a su sitio original. (11)

Mladic (1993) reporta mejoría en el contorno, pero deja las cicatrices transversales a nivel medio de la región glútea. (12)

Basados en estudios anatómicos como el de Koshima (1993) que muestran la posibilidad de formar colgajos dermograsos seguros como el de Guerrerosantos (1984) que muestra la utilidad de estos para la suspensión glútea. (13,14)

Para lo cual propongo una nueva técnica mediante incisiones en zonas de división corporal, con la conservación de tejido mediante desepitelización y formación de colgajos dermograsos, así como colgajos de fascia, para lograr un adecuado volumen y proyección de la región glútea. Realizando un estudio mediante disecciones en cadáveres, para delimitar las zonas adecuadas para la colocación de las incisiones y el efecto que causa la técnica propuesta en la región y así comprobar su utilidad como un procedimiento clínico seguro, con resultados adecuados, modificando así las técnicas actuales de gluteopexia para su posterior aplicación clínica.

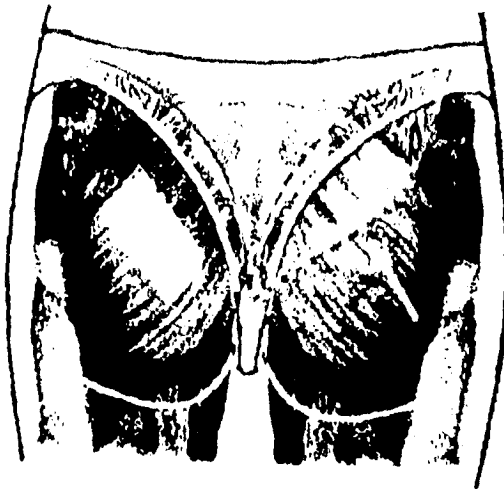


Fig. 2. Nuestra técnica.

INTRODUCCION:

El concepto estético de belleza femenina y contorno corporal ha cambiado radicalmente en los últimos años, dejando atrás el deseo de un cuerpo voluptuoso y se ha iniciado la búsqueda de una figura atlética, representada por un cuerpo delgado, con buena definición muscular y una adecuada proyección de los glúteos, esto último, equivale a un buen desarrollo del músculo glúteo mayor.

Así la acumulación adiposa en la región glútea y parte superior de muslos, acompañada de flacidez de la piel y ptosis glútea, es causa frecuente de inquietud en la mujer y debido a esto se ha incrementado la solicitud de intervenciones quirúrgicas para mejorar la apariencia estética de esta región.

Se han descrito múltiples técnicas para corregir la ptosis glútea, extirpando el exceso de tejido adiposo y piel de glúteos y muslos.

En 1971, Ivo Pitanguy describe su técnica, en la cual realiza una resección en bloque a nivel del pliegue glúteo inferior, dejando una cicatriz que inicia en el área isquiática y termina a nivel de la espina ilíaca anterosuperior, reportándose que se producía una concavidad poco natural en los aspectos laterales y posteriores del muslo. (1), (fig. 3)

Por lo que Agryz en 1977, modifica la técnica mediante la suspensión con colgajos desepitelizados fijados a la fascia superficial, pero dejando la cicatriz en el mismo sitio descrito.

(2), (fig. 4)

Teniendo en cuenta que la moda de ropa actual cubre únicamente el pliegue interglúteo, el sacro y la parte superior del ilíaco, por lo que las incisiones en los pliegues glúteos inferiores que quedaban al descubierto ya no están indicadas. (6)

Mladick en 1983, recomienda una incisión que deja cicatriz en la zona media glútea, la cual también es difícil de ocultar y Guerrero Santos en 1984, reporta una suspensión glúteotrocantérica e inguinal, con una incisión casi circunferencial, desepitelizando la parte superior del colgajo inferior que se inserta por debajo del colgajo superior, igualmente con fines de suspensión. (12), (fig.5)

**GLUTEOPEXIA :
ESTUDIO ANATOMICO**

PITANGUY, 1971



Fig. 3. Pitanguy, 1971.

**GLUTEOPEXIA :
ESTUDIO ANATOMICO**

AGRYS, 1976

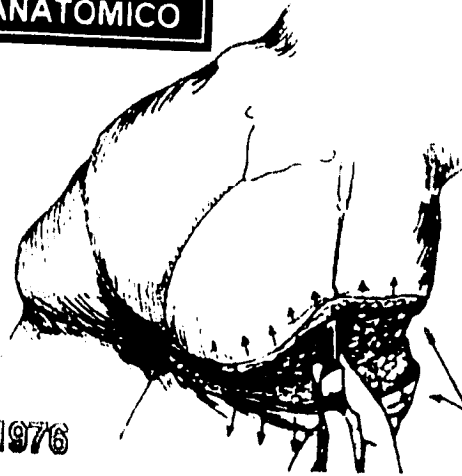


Fig. 4. Agrys, 1976.

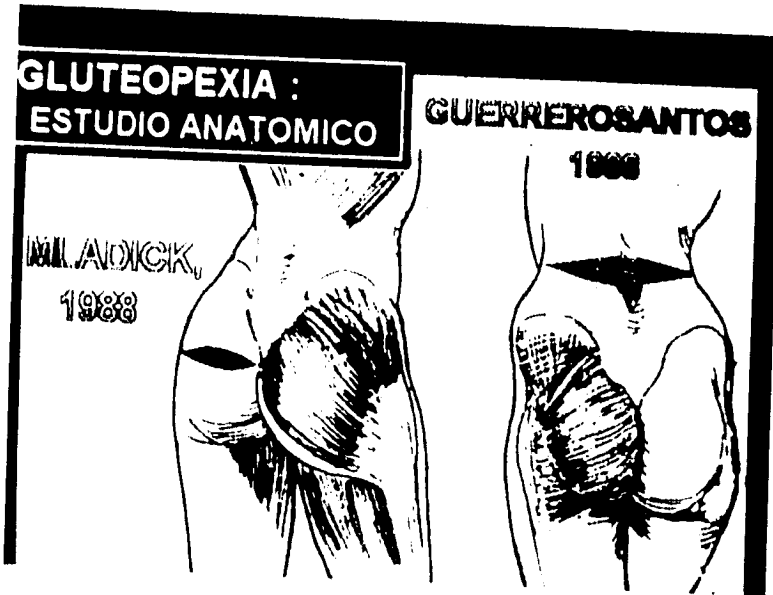


Fig. 1. (Adick, 1988; Guerrerosantos, 1988).

Ricardo Baroudi en 1989, reporta el uso de flancoplastias con incisiones mas altas, que elevan las porciones glúteas, y dejan las cicatrices en sitios más fáciles de ocultar (4,5,6y7), y Lockwood en 1993, reporta una suspensión completa de la parte inferior del cuerpo mediante una resección casi circular dejando una cicatriz en cinturón a nivel del sacro. (8). (fig. 6 y fig. 7)

Pero en los estudios anteriores, si bien se logra generalmente un ascenso de la región glútea, la mayoría de los casos quedan con poca proyección, debido a que no se maneja el volumen adecuadamente, es decir no se busca una proyección intensionada de la zona glútea, además las cicatrices resultantes, si bien pueden ser ocultas con la ropa moderna, no se encuentran sobre las líneas naturales de división corporal y por lo tanto no refuerzan la imagen de adecuada definición muscular solicitada por la paciente. (3)

Al no haber una técnica quirúrgica que solucionara el problema de manera completa y adecuada, decidí realizar una investigación anatómica de la zona glútea en 10 cadáveres del servicio de Patología, analizando la anatomía normal, la fisiopatología de la ptosis glútea y buscando una manera de realizar una suspensión, que conserve o mejore el volumen y la proyección, además de que mantenga las cicatrices en un sitio adecuado. (fig. 8)

ANATOMIA : La región glútea es en realidad la porción más superior de la cara posterior del muslo. De su profundidad salen estructuras musculares y neurovasculares que desde la pelvis se dirigen a la extremidad inferior y el perineo.

Limites: Se halla limitada la región glútea hacia arriba por la cresta iliaca, hacia abajo por el pliegue glúteo inferior, hacia adentro por la línea media del cuerpo o el pliegue interglúteo y en la parte lateral por una línea que desde la espina iliaca anterosuperior se dirige perpendicularmente hasta el trocánter mayor.

Estructuras óseas y ligamentosas: Se encuentran en esta región el ilion, isquion, sacro, cóccix y el extremo superior del fémur, además dos importantes ligamentos: sacroclático mayor y sacroclático menor.

Piel y aponeurosis superficial: El tegumento de esta región del cuerpo es grueso y muy sensible debido a su Inervación cutánea sumamente difusa, la cual corre a cargo de los n. abdominogenital mayor, n. glúteos superiores (L 1,2,3), n. glúteos internos (S 1.2.3) y ramos crurales externos.

**GLUTEOPEXIA :
ESTUDIO ANATOMICO**

BAROUDI 1989

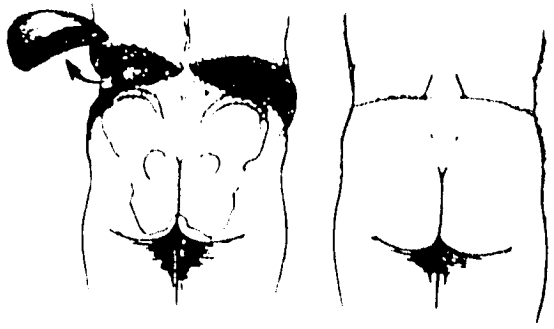


Fig. 5. Baroudi, 1989.

**GLUTEOPEXIA :
ESTUDIO ANATOMICO**

LOCKWOOD, 1983

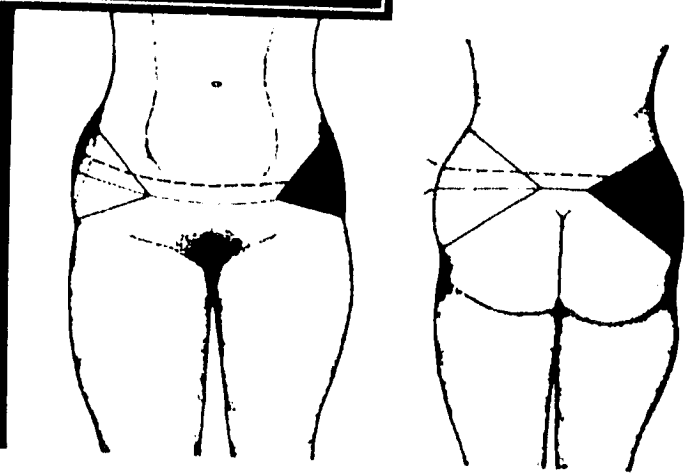


Fig. 7. Lockwood, 1983.



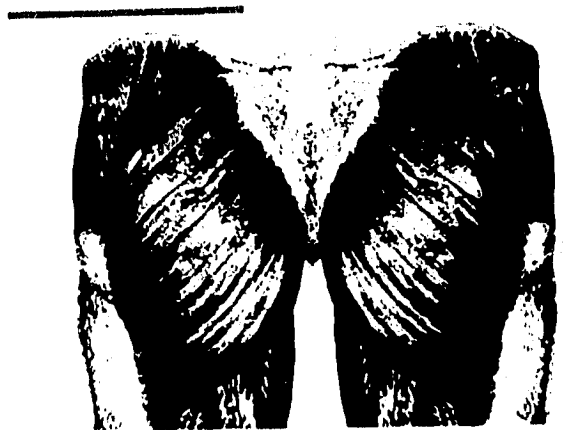
Fig. 4. Biennio in radfex.

Zona de división
glótea.

- Línea interglótea
- Borde superior (labio)
- Borde inferior (sacro)
- Pliegue glóteo inf.



Zona de división glótea.



Región glótea.

Primera capa muscular: Glúteo mayor; es un músculo romboidal, nace en la parte posterior de la cresta iliaca, aponeurosis lumbodorsal, sacro , cóccix y en el lig. sacrociático mayor, y se insertan sus fibras inferiores en la cresta del glúteo mayor en el fémur y sus fibras superiores en un engrosamiento de la fascia lata denominado cintilla de Maissiat o ligamento iliotalibial. Actúa este músculo como extensor y rotador hacia afuera del muslo y fija la rodilla en extensión al tensar el lig. iliotalibial, inervado por el n. glúteo inferior o ciático menor.

Tensor de la fascia lata: nace en la parte anterior de la cresta iliaca y se inserta en el ligamento iliotalibial, produciendo flexión , abducción y rotación externa del muslo, inervado por el n. glúteo superior.

Segunda capa muscular: Glúteo mediano; nace en la parte anterior de la cresta iliaca y en la superficie externa del ala del ilion y se inserta en el trocánter mayor, actuando como rotador interno de la cadera y fija la pelvis durante la marcha, siendo inervado por el n. glúteo superior.

Piramidal de la pelvis; se origina en la cara anterior de la segunda a la cuarta vértebras sacras y constituye uno de los músculos de la pared lateral de la pelvis. Sale de la cavidad pélvica por el agujero ciático mayor y se inserta en el trocánter mayor, actuando como rotador externo y abductor de la cadera, y su inervación corre a cargo de ramas S1 y S2 del plexo sacro.

Tercera capa muscular: Glúteo menor; nace en la parte anterior de la fosa iliaca externa y en la cápsula de la articulación de la cadera y se inserta en el trocánter mayor, su acción es similar al glúteo mediano, y es inervado por el n. glúteo superior.

Obturador interno; tiene un amplio origen en la rama descendente del pubis, membrana obturatriz, y en la superficie pélvica del isquion entre la espina ciática y el agujero obturador. Sus fibras convergen en abanico y salen de la pelvis por el agujero ciático menor siendo la única estructura que abandona la pelvis por el mismo. Se inserta en la cavidad distal del fémur, siendo un músculo rotador externo de la cadera, y esta inervado por ramas del plexo sacro.

Gémينو superior; nace en la espina ciática y se inserta en la cavidad distal del fémur por un tendón común con el obturador interno.

Gémينو inferior; se origina en la tuberosidad isquiática y se encuentra debajo del tendón del obturador interno, se inserta en el fémur por un tendón común con el gémينو superior.

Cuadrado crural; se origina en la tuberosidad isquiática y se inserta en el trocánter mayor.

Plexo sacro; formado por las ramas primarias anteriores del cuarto y quinto nervios lumbares (tronco lumbosacro) y de los tres primeros pares sacros.

Plexo pudendo; tiene sus orígenes en las raíces primarias anteriores de S2, S3 y S4 y emite ramas viscerales, musculares y terminales. (17)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La acumulación adiposa en las zonas glúteas y parte superior de muslos acompañada de flacidez de la piel es causa frecuente de inquietud en la mujer, al evolucionar la cirugía de contorno corporal, se ha puesto interés en la corrección de esta deformidad, buscando crear una figura más estética y agradable a la vista.

Existen varias técnicas para la gluteopexia, pero estas dejan cicatrices difíciles de ocultar y no conservan o aumentan el volumen y proyección de la región glútea, por lo cual se propone realizar una nueva técnica para gluteopexia, mediante incisiones en zonas de división corporal, las cuales son fáciles de ocultar con la ropa actual y además conservar y/o producir proyección importante de la región glútea que equivale a una mejor definición del glúteo mayor, para comprobar que esta técnica puede producir buenos resultados y puede ser aplicada clínicamente, se realizará un estudio anatómico en cadáveres, para demostrar que la técnica es segura y produce los resultados esperados.

OBJETIVOS:

Evaluar la anatomía normal de la región glútea y la posibilidad de modificar las técnicas existentes de glúteopexia en base a esto, buscando los siguientes apartados: posibilidad de elevación del pliegue glúteo inferior a su nivel original con incisiones altas (no sobre el mismo pliegue), con la consecuente posibilidad de cambiar el sitio final de las cicatrices resultantes a sitios de división corporal (más fáciles de ocultar con la ropa moderna); manejo del tejido para dar volumen y proyección en las zonas deseadas mediante la formación de colgajos dermograsos y de fascia, y por último investigar la presencia de estructuras que puedan ser dañadas con las modificaciones propuestas.

Este tipo de operaciones se realiza con regularidad en nuestro servicio y el objetivo del protocolo no es adquirir únicamente habilidad quirúrgica, sino establecer la posibilidad y seguridad de realizar ciertas modificaciones propuestas a las técnicas ya conocidas, observando los efectos de la nueva técnica propuesta y riesgos posibles.

Los resultados obtenidos se pueden equiparar a los resultados " in vivo ", debido a que los datos anatómicos se mantienen como constantes y la técnica propuesta consiste en modificar el abordaje quirúrgico, con reubicación de tejidos, lo cual se puede realizar en cualquier cadáver, el resultado a largo plazo solo se podrá evaluar en fase clínica.

HIPOTESIS:

Un abordaje alto con conservación de tejido mediante desepiteilización y suspensión de tejido a la fascia lumbosacra, corrige la ptosis glútea, con cicatrices fáciles de ocultar y buen volumen y proyección glútea.

JUSTIFICACION:

1.- Las técnicas actuales de gluteopexia, no producen resultados adecuados, por lo que se requieren nuevas técnicas que mejoren estos resultados.

2.- Las técnicas actuales dejan cicatrices difíciles de ocultar.

3.- La técnica propuesta maneja el concepto de la región glútea en forma tridimensional, para lograr una adecuada forma y proyección, logra una cicatriz fácilmente ocultable por la ropa actual y mejora el resultado estético de la región glútea, al proveer de volumen con los mismos tejidos, mediante desepitelización y posible rotación o colocación de prótesis glútea.

MATERIAL Y METODOS:

1.- Población y muestra.

Se utilizarán los cadáveres del anfiteatro del servicio de Anatomía Patológica.

2.- Criterios.

INCLUSION: Todo cadáver del anfiteatro que no haya presentado enfermedades infectocontagiosas y no presente incisiones, heridas o cicatrices en la región glútea.

EXCLUSION: Cadáveres con enfermedades infectocontagiosas y que presenten incisiones, heridas o cicatrices en la región glútea.

ELIMINACION: Cadáveres en los cuales por problemas técnicos no se pueda realizar la disección de manera completa.

3.- Definición de las variables.

Se valorarán sitios de cicatrices, volumen y proyección de la región glútea.

4.- Procedimiento.

Se realizará disección de la región glútea en cadáveres para observar los planos anatómicos, definir adecuadamente las líneas de división corporal donde se colocarán las incisiones y los efectos causados por la técnica propuesta, para así comprobar la utilidad del procedimiento y permitir la utilización clínica.

ANALISIS DE RESULTADOS:

Los resultados se evaluarán mediante la apreciación subjetiva de estudios fotográficos pre y postdisección, poniendo énfasis en la forma, proyección, volumen y localización de las incisiones.

ANALISIS ESTADISTICO:

Debido a que el análisis de resultados es subjetivo, se realizará estudio fotográfico valorando la forma, proyección y volumen glúteo, como la mayoría de los estudios en Cirugía Plástica, no pueden ser analizados de manera estadística, debido a que los resultados no son contabilizados, sino apreciativos.

ASPECTOS ETICOS Y DE BIOSEGURIDAD:

El presente estudio se realizará en cadáveres, durante las disecciones semanales autorizadas por la Dirección de Enseñanza del Hospital General de México, y realizadas por el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, por lo cual no se requiere carta de consentimiento informado, de realizarse posteriormente el procedimiento en fase clínica, este procedimiento no atenta contra la seguridad de un paciente pues es únicamente una modificación a técnicas ya comprobadas y actualmente en uso en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

ESPECTATIVAS A CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO:

El presente estudio se presentó como trabajo de investigación durante el concurso nacional de residentes en el congreso nacional anual de Cirugía Plástica, que se realizó en febrero de 1994, posterior a lo cual se presenta como tesis para obtener el título de especialista en Cirugía Plástica y Reconstructiva del responsable del proyecto y finalmente se presentará como artículo de publicación en la revista Iberoatlinoamericana de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

RECURSOS DISPONIBLES:

1.- HUMANOS:

El personal del Hospital General de México, SS.

2.- INSTALACIONES:

Anfiteatro del servicio de Anatomía Patológica del Hospital General de México, SS.

3.- EQUIPO:

Equipo de disección y equipo fotográfico del investigador.

4.- MATERIAL DE CONSUMO:

Ninguno.

RECURSOS A SOLICITAR:

No se solicita ningún recurso, todo el material será proporcionado por el investigador.

RESULTADOS:

En el estudio observé que al igual que en la cara, donde existen las unidades cosméticas descritas por el Dr. González-Ulloa, el cuerpo presenta también líneas naturales de división corporal que generalmente representan un músculo o grupo muscular y en las cuales las cicatrices de una incisión quirúrgica son menos notables. (11). (fig. 9)

En el caso de las regiones glúteas, esta zona generalmente está constituida por dos proyecciones naturales que equivalen al volumen del glúteo mayor y a la grasa adyacente y que contrastan con el pliegue glúteo inferior, la línea interglútea y una zona deprimida que corresponde al sacro, con una línea ideal de proyección glútea tangencial al borde superior del monte de venus, como lo refiere González-Ulloa en su artículo en 1991. (11). (fig. 10)

Al diseccionar la región, encontré al igual que Lockwood que existen múltiples septos fibrosos, formando el sistema fascial superficial, que es una red de tejido conectivo que se extiende del plano subdérmico a la fascia del músculo subyacente y cuya función, es la de modelar y sostener la grasa del tronco, manteniendo la piel fija a los tejidos profundos.(8,9). (fig. 11)

La presencia de estos septos fibrosos fue corroborada mediante el estudio histopatológico de muestras de tejidos tomadas de la región glútea, pliegue glúteo inferior y línea interglútea de cadáveres de distintas edades, las cuales se tiñeron con las tinciones de hematoxilina y eosina y de Masson, apreciándose las bandas de tejido conectivo, las cuales van de la fascia a la dermis, encontrándose envuelto el tejido adiposo entre estos septos fibrosos. (fig. 12)

Estos septos fibrosos son más numerosos a nivel del borde inferior de la aponeurosis del glúteo mayor, que es el único músculo de la región que presentó una aponeurosis bien definida, la línea interglútea, borde superior del ilíaco y la región sacra, lo que origina la definición ya mencionada, al encontrarse más fija la piel en estas zonas. (fig. 13 y fig. 14)

**ZONAS DE
DIVISION
CORPORAL**

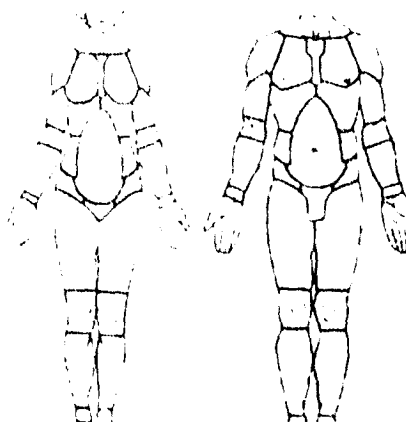


Fig. 9. Zonas de división corporal.

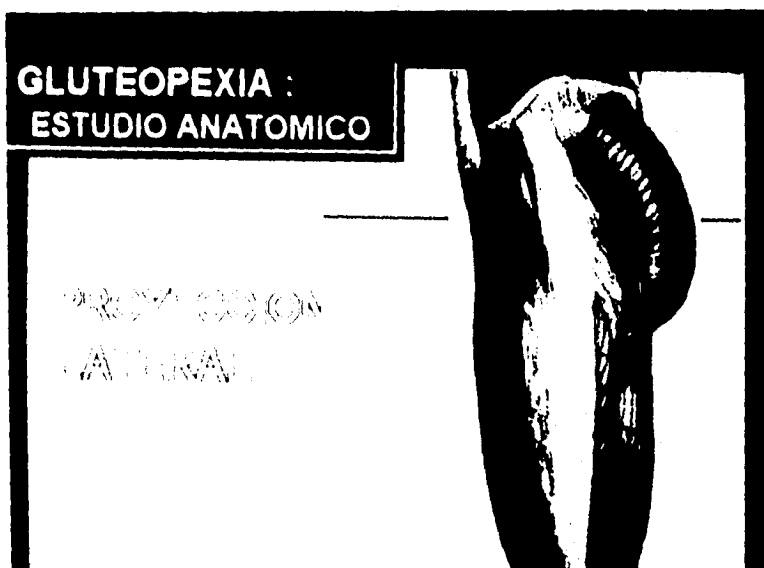


Fig. 10. Proyección lateral.



Fig. 11. Scarred fibrosos.



Fig. 12. Biopsia de pliegue glótico inferior.



Fig. 13. Bifotografía de muestra de olinque.

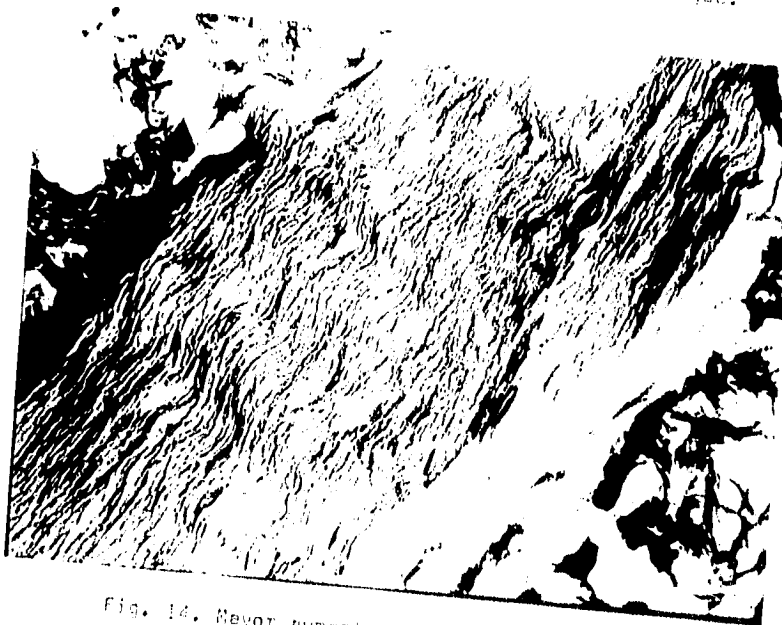


Fig. 14. Mayor aumento, TÉCNICA DE BASSON.

Con la edad estos septos fibrosos se encontraron elongados y adelgazados, lo cual explica por que existe una caída del volumen glúteo y del pliegue glúteo inferior, aunado a la hipotrofia del músculo glúteo, produciéndose la ptosis glútea y el descenso de la grasa hacia los muslos y zonas trocántericas. (8). (fig. 15 y fig. 16)

Por último, como dato importante se encontró que existen abundantes vasos perforantes en numero de 30 a 35 en nuestros cadáveres estudiados con diversos calibres y longitudes provenientes de la arteria glútea superior e inferior, cuarta lumbar, sacra lateral y pudenda interna, siendo mayor la concentración sobre el músculo glúteo mayor y lateral al borde del sacro, como lo refiere Koshima en su estudio en 1993. (13). (fig. 17 y fig. 18)

Con el conocimiento anatómico obtenido, me propuse diseñar una nueva técnica de glúteopexia con los siguientes objetivos: elevar el tejido y el pliegue glúteo inferior a su nivel original, conservar o mejorar el volumen y proyección de la región y dejar cicatrices poco notables, y en líneas de división corporal.

Para lo cual realicé en los cadáveres, un diseño para glúteopexia, mediante la resección de dos elipses de epidermis unicamente, con incisiones que dejan las cicatrices sobre el pliegue interglúteo, borde lateral del sacro y borde superior del iliaco, dejando así las heridas en las líneas de división corporal, las cuales además pueden continuarse en la parte lateral para abordajes de flancoplastias y en la parte anterior con el abordaje de una lipectomía. (fig. 19)

Tras desepitelizar las elipses de piel, se disecciona el colgajo cutáneo de pedículo inferior o superior y quedando la posibilidad del área desepitelizada para crear un colgajo dermograso con base lateral y su rotación hacia la región trocánterica lateral para dar volumen a posibles depresiones y con esto lograr una mayor armonía en el contorno corporal, y para lograr un ascenso del pliegue glúteo inferior, primeramente se disecciona el colgajo inferior suprafascial hasta localizar la aponeurosis del músculo glúteo mayor para posteriormente realizar la plicatura de la aponeurosis del glúteo mayor o la sección de dicha aponeurosis y traccionarla cefalicamente en forma de colgajo basado inferiormente, el cual se fija con puntos simples con dermalon 000, a la misma aponeurosis 3 cm. por arriba, con lo cual se logró el ascenso de esta zona debido a la presencia de septos fibrosos originados en el borde inferior de esta fascia, así la suspensión del colgajo se mantiene por la fascia del glúteo mayor así como el área desepitelizada en forma de elipse con lo cual se logra un ascenso del colgajo. fig. (20 y fig. 21)

**GLUTEOPEXIA :
ESTUDIO ANATOMICO**

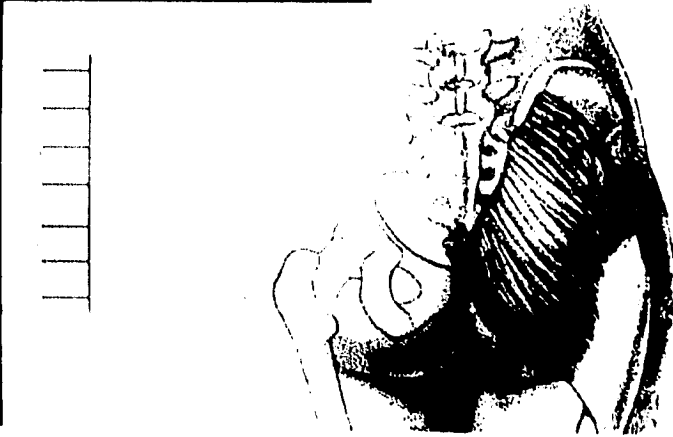


Fig. 15. Septos normales.

**GLUTEOPEXIA :
ESTUDIO ANATOMICO**



Fig. 16. Alteración de los septos con la edad.

**GLUTEOPEXIA :
ESTUDIO ANATOMICO**

1901

ESTUDIO ANATOMICO
DE LA GLUTEOPEXIA
EN EL HOMBRE
Y EN EL MONO
POR
DR. KOSHIMA

1901

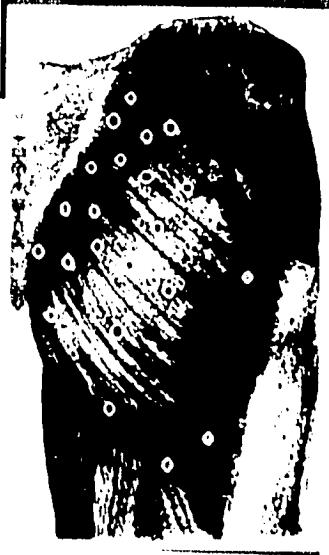


Fig. 17. Koshima, 1993.



Fig. 18. Perforante cutáneo.



Fig. 18. Técnica en cadáver.

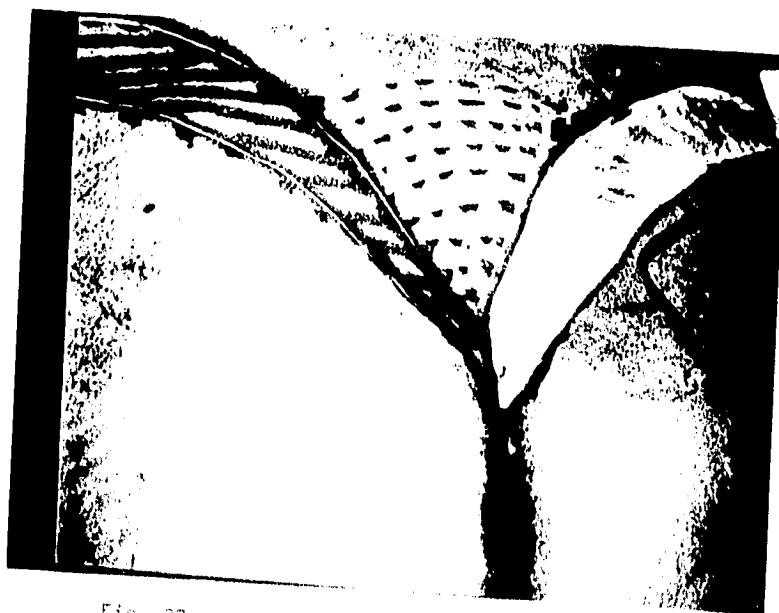


Fig. 20. Decontamination.

Además se pueden utilizar colgajos dermograsos desepitelizados de pedículo inferior , superior y lateral y poder movilizarlos de acuerdo a los requerimientos para dar volumen y la proyección deseada, así como la posible utilización de un colgajo de musculo de glúteo mayor para dar volumen, dividido superficialmente y no dejar al descubierto el pedículo principal así como el nervio ciático y conserva la inervación del musculo glúteo mayor, basado en las arterias sacras laterales como lo refiere Ramirez en su artículo en 1984, de colgajo musculocutaneo de glúteo expandido y basado en esto Warren en 1992, realiza esto mismo pero superficial con su irrigacion longitudinal o paralela a las fibras del musculo glúteo mayor, así como via para la colocación de una protesis submuscular y lograr el volumen deseado, ya que estos colgajos dermograsos no son necesarios para la suspensión del colgajo y reubicación del pliegue glúteo inferior, sino para lograr un adecuado volumen y proyección de la región glútea, como lo era en las técnicas anteriores, quedando las incisiones en zonas de división corporal facilmente ocultas por la ropa moderna, así como las probables prolongaciones de flancoplastias y abdominolipectomias. (fig. 22 al 26)

La técnica antes descrita, puede ser utilizada tanto como para casos cosméticos y así mismo para casos de asimetría glútea o deformidades glúteas causadas por baja de peso maslva o ptosis glútea secundaria al retiro de implantes glúteos, así como en convinación con la colocación de protesls glúteas para lograr mayor volumen y la corrección de la ptosis glútea. (fig. 27 y fig. 28)

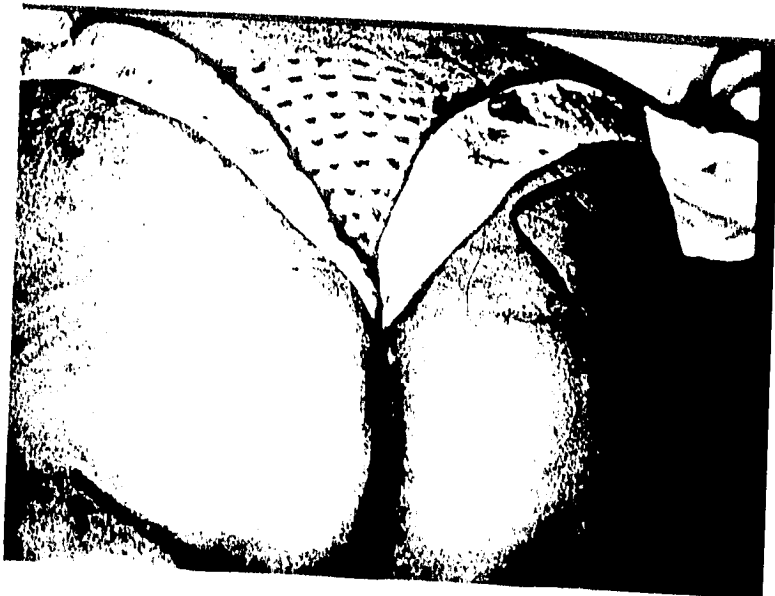


Fig. 21. Dorsal telozoon.



Fig. 22. Pedicula superior o inferior.



Fig. 23. Anneau de la plume.



Fig. 24. Coque de la plume de la plume.



Fig. 25. Tracción del colgajo aneurático.

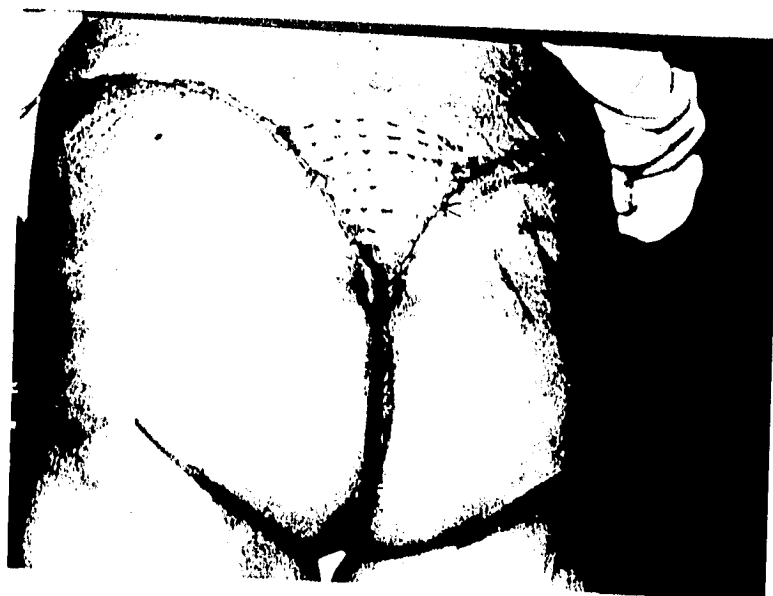


Fig. 26. Resultado final.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

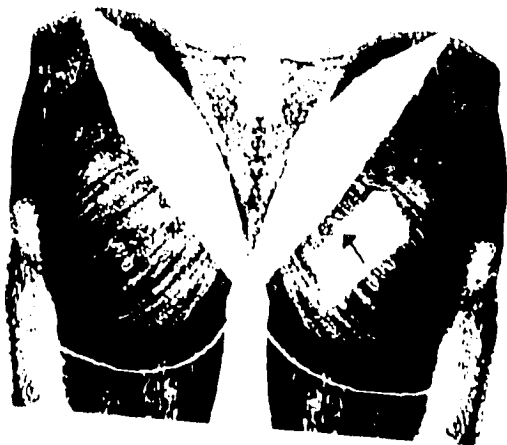


Fig. 27. Esquema de la técnica.

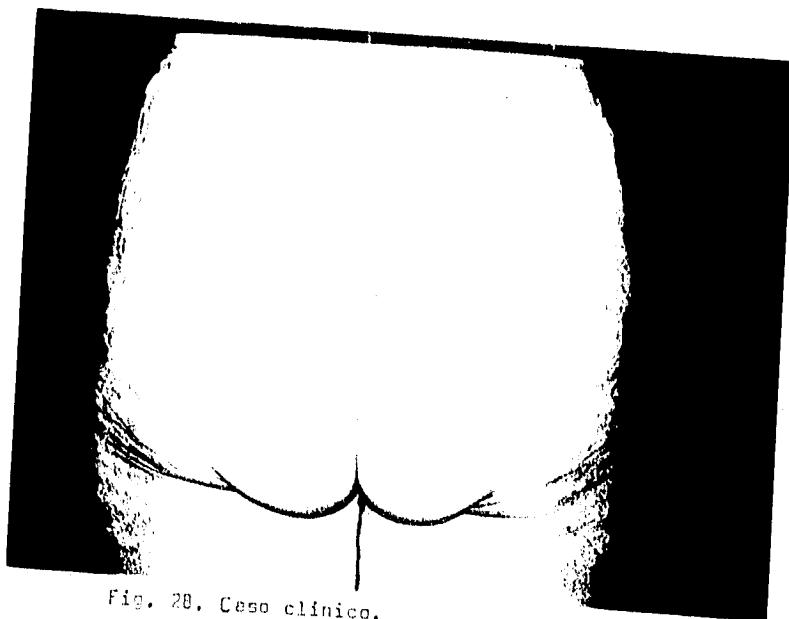


Fig. 28. Caso clínico.

DISCUSION:

Actualmente una alimentación mayor y una actividad física disminuida son las causas principales del aumento de obesidad y de sus terribles consecuencias. Evitar la obesidad mediante una dieta adecuada y con ejercicio da muchos mejores resultados que el tratamiento del exceso ya establecido de tejido adiposo; de todas maneras, el tejido graso puede acumularse en zonas bastante visibles sea cual sea el ingreso alimenticio o el gasto de energía, a consecuencia de factores poco conocidos. La acumulación adiposa en abdomen, porciones laterales de muslos y zonas glúteas es la más frecuente. Estas adiposidades localizadas, eventualmente asociadas con tejido vecino flácido, muchas veces puede mejorarse con intervenciones quirúrgicas adecuadas.(3)

El cuerpo femenino puede presentar otra adiposidad antiestética característica localizada en la superficie posterolateral de la parte alta de muslos y glúteos, denominada trocantérica o adiposidad " en pantalones de montar ". Las limitaciones en la vida social que imponen estas deformidades simétricas pueden ocasionar graves trastornos psicológicos. El tejido graso en exceso, acompañado frecuentemente de piel y tejido subcutáneo flácidos, pueden observarse también en la parte interna y alta de muslos y formar una depresión poco atractiva a ese nivel. Aunque el tratamiento conservador puede mejorar algo las deformidades menores, mientras que las importantes requieren solución quirúrgica. (1)

Vistos en relación con la salud general, la supresión de este peso excesivo alivia los sistemas cardiopulmonar, digestivo y de locomoción, y proporciona la satisfacción psicológica, resultante de una mejor integración en la vida social.

Se han ensayado muchas técnicas quirúrgicas, pero la experiencia ha demostrado que las incisiones verticales en las porciones laterales o mediales de los muslos, o en ambas, combinadas eventualmente con incisiones horizontales, no corrige las deformidades y muchas veces da poco resultado estético ya que las cicatrices longitudinales resultan antiestéticas y visibles.

La mejoría física y psicológica se logra de preferencia si la incisión sigue el pliegue interglúteo lateral al sacro y el reborde superior posterior del iliaco, fácilmente ocultable por la ropa moderna, y la grasa restante se distribuye para modelar la forma de la cadera y de los glúteos ptosicos sin interferir con la circulación.

Pitanguy y Agryns, reportan técnicas mediante incisiones en el pliegue glúteo inferior, pero los patrones de ropa actual dejan al descubierto estas zonas por lo cual se encuentran en abandono (1,2), así como Baroudi y Lockwood, reportan flancoplastias y elevación de la región glútea con abordajes altos, dejando las cicatrices a nivel de la cintura y sin mantener un buen volumen en la región, (3,4,5,8y9). González-Ulloa, reporta la forma y proyección ideal de la región glútea pero su técnica se basa en la colocación de implantes de silicon y no refiere la recolocación del pliegue glúteo inferior, así como el tejido ptosico. (11). Mladic, en su estudio reporta una mejoría del contorno, pero deja cicatrices transversales en la parte media de la región glútea, visibles con el uso de ropa actual. (12)

Para lo cual propuse una nueva técnica mediante incisiones en zonas de división corporal, en el pliegue interglúteo y borde lateral al sacro que se continua con el borde posterior del iliaco y anteriormente para realización de flancoplastias, ó como continuación de lipectomias, con la conservación de tejido mediante la desepitelización de dos elipses de piel y formación de colgajos dermograsos, así como colgajos de fascia del glúteo mayor para lograr la suspensión del pliegue glúteo inferior a su posición original con la tracción de los septos fibrosos que al igual que Lockwood encontramos en nuestro estudio en cadaveres, como la localización de las diversas perforantes cutaneas provenientes basicamente de cuatro arterias principales de la región como son : arterias glúteas superior e inferior, cuarta lumbar, sacra lateral y pudenda interna, siendo mayor la concentración sobre el músculo glúteo mayor y en el borde lateral del sacro. Siendo un abordaje además para la colocación de protesis glúteas subcutaneas así como submusculares para lograr un mayor volumen y proyección de la zona si se deseara, siendo sus principales aplicaciones para : casos cosméticos, asimetría glútea, posterior a la pérdida masiva de peso , posterior al retiro de implantes glúteos, con el consiguiente resultado de ptosis glútea, así como la rotación del colgajo dermograso desepitelizado hacia la región trocanterica para defectos de volumen como lo planteó y realizó el Dr. Baroudi en su clinica en Sao Paulo, Brasil, durante mi rotación con él, en 1994. (fig. 29)

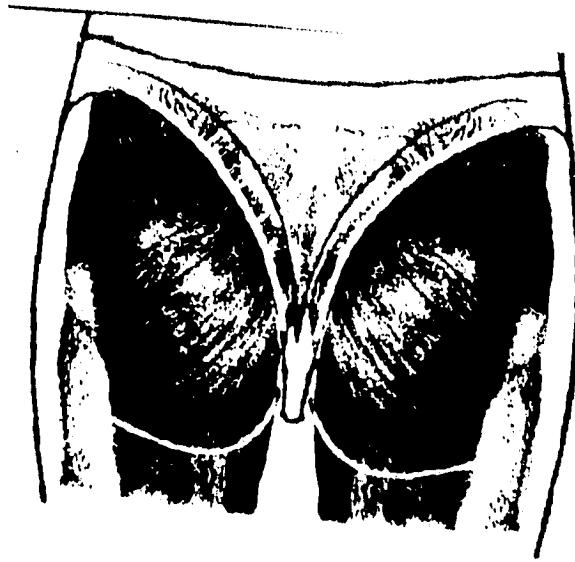


Fig. 29. Línea de abordeaje con rapa moderna.

CONCLUSIONES:

Así mi estudio logra las siguientes conclusiones:

- 1.- La región glútea forma una unidad de división corporal limitada por la línea interglútea, borde superior del iliaco, borde lateral del sacro y pliegue glúteo inferior.
- 2.- La colocación de incisiones sobre estas líneas de división corporal, remarcan la imagen de definición muscular, además de que pueden ocultarse fácilmente con la ropa moderna y continuarse hacia la parte anterior para abordajes de flancoplastias y abdominolipectomías.
- 3.- Esta demarcación esta condicionada por la presencia de mayor cantidad de septos fibrosos que fijan la piel a planos profundos.
- 4.- Con la edad los septos fibrosos tienden a elongarse, produciendo la ptosis glútea y el descenso de la grasa hacia los muslos y región trocánterica.
- 5.- La plicatura o elevación de la aponeurosis del glúteo lograría una recolocación del pliegue glúteo inferior a su sitio original.
- 6.- El uso de tejido desepitelizado de pedículo superior o inferior ayudaría a conservar o mejorar el volumen y la proyección de la región glútea.

El estudio que presenté aunado a otros estudios ayudará a mejorar los resultados obtenidos y fomenta la investigación en el importante campo del contorno corporal.

CONCLUSIONES:

Así mi estudio logra las siguientes conclusiones:

1.- La región glútea forma una unidad de división corporal limitada por la línea interglútea, borde superior del iliaco, borde lateral del sacro y pliegue glúteo inferior.

2.- La colocación de incisiones sobre estas líneas de división corporal, remarcan la imagen de definición muscular, además de que pueden ocultarse fácilmente con la ropa moderna y continuarse hacia la parte anterior para abordajes de flancoplastias y abdominolipectomías.

3.- Esta demarcación está condicionada por la presencia de mayor cantidad de septos fibrosos que fijan la piel a planos profundos.

4.- Con la edad los septos fibrosos tienden a elongarse, produciendo la ptosis glútea y el descenso de la grasa hacia los muslos y región trocantericas.

5.- La plicatura o elevación de la aponeurosis del glúteo lograría una reelocación del pliegue glúteo inferior a su sitio original.

6.- El uso de tejido desepitelizado de pedículo superior o inferior ayudaría a conservar o mejorar el volumen y la proyección de la región glútea.

El estudio que presentó aunado a otros estudios ayudará a mejorar los resultados obtenidos y fomenta la investigación en el importante campo del contorno corporal.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- PITANGUY: REDUCCION QUIRURGICA DE ABDOMEN, MUSLOS Y ZONA GLUTEA.
CLINICAS QUIRURGICAS DE NORTEAMERICA, MAYO, 1971.
- 2.- AGRYS: USE OF DERMAL FAT SUSPENSION FLAPS FOR THIGH AND BUTTOCK
LIFT.
PLAST.REC SURG. JUNE, 1977.
- 3.- BAROUDI: PHILOSOPHY, TECHNICAL PRINCIPLES, SELECTION AND INDICATION
IN BODY CONTOURING SURGERY.
AESTHETIC PLAST SURGERY, 15:1 1991.
- 4.- BAROUDI: BODY CONTOURING SURGERY IN THE '90s. ADVANCES IN PLASTIC
AND REC SURG, VOL. 9 , 1993.
- 5.- BAROUDI: FLANKPLASTY: A SPECIFIC TREATMENT TO IMPROVE BODY
CONTOURING. ANNALS OF PLAST SURG, VOL. 27 N° 5, NOVEMBER, 1991.
- 6.- BAROUDI: BODY CONTOURING SURGERY. PLAST SURG 1992.
- 7.- BAROUDI: BODY SCULPTURING. CLINICS IN PLAST SURG. VOL. 11, N° 3 , JULY,
1984.
- 8.- LOCKWOOD: LOWER BODY LIFT WITH SUPERFICIAL FASCIAL SYSTEM
SUSPENSION.
PLAST REC SURG. NOV.1993.
- 9.- LOCKWOOD: SUPERFICIAL FASCIAL SYSTEM OF THE TRUNK AND EXTREMITIES:
A NEW CONCEPT. PLAST REC SURG. JUNE, 1991.
- 10.- LOCKWOOD: FASCIAL ANCHORING TECHNIQUE IN MEDIAL THIGH LIFTS.
PLAST REC SURG. AUGUST, 1988.

11.- GONZALEZ-ULLOA: GLUTEOPLASTY A TEN YEAR REPORT.
AESTHEHIC PLAST SURGERY, 15:19 1991.

12.- MLADICK: TOTAL BODY COUNTOURING, THE ABDOMEN AND HIPS, BUTTOCKS
AND THIGHS IN GEORGIADEN.(ED) BALTIMORE WILLIAM AND WILKINS, 1993.

13.- KOSHIMA: MUSCULOCUTANEOUS GLUTEAL PERFORATORS.
PLAST REC SURG. JUNE, 1993.

14.- GUERREROSANTOS: HIP BUTTOCK THIGTPLASTY IN GOLDWYN RM (ED), LITTLE
BROWN, 1984.

15.- WILLIAM: GLUTEAL AUGMENTATION.
PLAST REC SURG. JULY, 1973.

16.- WARREN L. GOULD: THE SPLIT GLUTEUS MAXIMUS MUSCULOCUTANEOUS
FLAP.
PLAST REC SURG.FEBRUARY, 330-336, 1994.

17.- JOHN E. HEALEY: ANATOMIA CLINICA. INTERAMERICANA,1972.