

11211



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO Z

FACULTAD DE MEDICINA 20j

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

I. S. S. S. T. E.

"PEXIA DE NALGAS"

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE  
E S P E C I A L I S T A E N  
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

DR. ALEJANDRO A. CORONA PADILLA



ISSSTE

FALLA DE ORIGEN

Noviembre 1990



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **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 está 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.

## R E S U M E N

El desarrollo continuo de las técnicas quirúrgicas para la obtención de un contorno corporal armónico, balanceado, bello es hoy en día un reto que exige la máxima aplicación del Cirujano Plástico; debiendo tener un importante arsenal en sus recursos quirúrgicos.

La región glútea es un área que presenta una particular dificultad debido a las características anatómicas e implicaciones fisiológicas propias, representando un problema aún no resuelto, ya que existen muchos autores, que preconizan otras tantas técnicas personales, que intentan para éste logro grandes resecciones de piel y tejido celular subcutáneo, el desplazamiento de grandes colgajos, la colocación de prótesis (implantes) y la liposucción, logrando una mejoría limitada debido a las secuelas postoperatorias además de su morbilidad.

El presente trabajo esta enfocado a la solución de un problema específico, que a juicio del autor aún no ha sido resuelto de forma satisfactoria, que es la "Ptosis de la Nalga", proponiendo para ello un procedimiento quirúrgico original, sencillo, sin el uso de materiales aloplásticos de implante, con cicatrices mínimas y ocultables para lograr la "Pexia de las Nalgas", y que con su uso apropiado, se minimizen los problemas de morbilidad y secuelas postoperatorias.

Se presenta también el desarrollo y aplicación de un fasciotomo (diseño personal) que auxilia la ejecución del procedimiento quirúrgico.

## C O N T E N I D O

I. INTRODUCCION . . . . .	pg. 1
II. MARCO CONCEPTUAL	
II.1. ANTECEDENTES HISTORICOS . . . . .	pg. 3
II.2. CONSIDERACIONES ANATOMICAS DE LA REGION GLUTEA . . . . .	pg. 9
II.3. MARCO TEORICO . . . . .	pg. 12
III. OBJETIVOS . . . . .	pg. 14
IV. MATERIAL Y METODO	
IV.1. SELECCION DE PACIENTES . . . . .	pg. 15
IV.2. DISEÑO Y DESCRIPCION DE LA TECNICA QUIRURGICA . . . . .	pg. 16
V. CASOS CLINICOS . . . . .	pg. 26
VI. RESULTADOS, ANALISIS Y CONCLUSIONES . .	pg. 32
BIBLIOGRAFIA . . . . .	pg. 34

## I. INTRODUCCION

En el momento actual, cuando la búsqueda del perfeccionamiento del contorno corporal hacia el ideal se desarrolla día a día, y en donde los procedimientos quirúrgicos de adecuación estética de éste contorno tienen por objeto llegar a la perfección, se han propuesto la excisión de tejidos blandos<sup>(1,2,3,4,5)</sup>, ajustes cutáneos<sup>(6,7)</sup>, colocación de materiales de implante<sup>(8,9,10)</sup>, y liposucción<sup>(11,12,13)</sup> como recursos en el logro de éste ideal.

La región glútea representa, en la evolución del desarrollo quirúrgico estético, un reto aún no resuelto, existiendo consignados en la literatura especializada múltiples autores, cuyos intentos producen resultados poco satisfactorios debido a las grandes cicatrices finales<sup>(6,14)</sup>, a la migración de éstas con el paso del tiempo<sup>(15)</sup>, y en algunos casos a las grandes depresiones cicatriciales producidas por la contractura de éstas o bien hipertrofia de ellas<sup>(7)</sup>; todo esto poco estético y de difícil ocultamiento. Más aún, procedimientos con gran desplazamiento de tejidos o con la colocación de materiales de implante, cursan con complicaciones que pueden ir desde los hematomas, seromas e infección<sup>(16)</sup>, hasta tromboembolismo pulmonar y/o linfedema de larga y difícil solución<sup>(17)</sup>. Aunado esto al desarrollo de la moda y actividad social de los pacientes, éstas técnicas son en general inaceptables o muy limitantes cuando son sometidos a ellos. Estos procedimientos han ---

sido enfocados hacia el paciente que cursa con diferentes -  
grados de lipodistrofia en ésta región y en áreas colindan-  
tes, debido a tres factores bien identificados como lo son:

- 1) Predisposición genética.
- 2) Efectos ambientales.
- 3) Efectos naturales del envejecimiento<sup>(11)</sup>.

Aspectos aunque reales, no son los únicos que pueden afec-  
tar el contorno de la región glútea, sino también la "cali-  
dad" (tono y volúmen) muscular, que también es susceptible -  
de estar alterado por los factores antes mencionados, ésto  
es, de forma específica, la "Ptosis pura de la nalga", en -  
donde existe una adecuada tonicidad, elasticidad y turgen-  
cia de la piel, un tejido celular subcutáneo (graso) con vo-  
lúmen y tono adecuados, así como un buen volúmen muscular y  
que, aunque de forma estricta, todos los tejidos se encuen-  
tran en buenas condiciones (datos de juventud), la aparien-  
cia estética de la región no es la apropiada, produciendo -  
el efecto visual de una nalga péndula, a la cual se le puede  
brindar la opción de efectuar una "Pexia de Nalga".

## II. MARCO CONCEPTUAL

### II.1. ANTECEDENTES HISTORICOS

El primer reporte en la cirugía del contorno corporal de la región glútea se encuentra consignado por Max Thorek, cirujano en Jefe del Hospital Americano de Chicago en 1922<sup>(18)</sup>, el cual efectúa una resección lateral de "masas grasas" con aproximación directa de los bordes de piel, en una mujer de 30 años de edad con diagnóstico de Hiperadiposidad de las nalgas.

No se encuentran reportes sino hasta 1957 por J.R.Lewis<sup>(14)</sup>, con un enfoque más dirigido y específico hacia la región -- glútea, describiendo la entidad como "Ptosis de las Caderas" recomendando amplias resecciones de piel y tejido graso, em plazandolas a lo largo de los pliegues inguinales y subglúteos, intentando con ésto una colocación "estética" de las - cicatrices. Es importante destacar que el grupo de pacien-- tes presentado está conformado por pacientes muy obesos que fueron llevados a una disminución de peso de hasta 120 li-- bras, y cuyas resecciones de piel son muy amplias, encon-- trando cicatrices extensas, hipertóficas y con migración de éstas en sus resultados.

En 1960, publica su artículo clásico el Dr. Mario González-Ulloa en el cual describe su técnica de "Lipectomia en cinturón"<sup>(6)</sup> enfocado hacia las redundancias de piel y tejido celular subcutáneo en abdomen y región lumbar. Dentro de -- sus objetivos está el de "elevar" la región glútea con la

eliminación de los depósitos grasos no estéticos de las nalgas, efectuando para esto una resección circular a nivel de la cintura, abordando hasta la capa aponeurótica y efectuando compensaciones triangulares en las líneas medias, anterior y posterior, reportando buenos resultados con reducción de la talla, mejoría en el contorno corporal y pérdida de peso, pero con cicatrices muy extensas y con tendencia a la formación de queloides. Ese mismo año R. Farina y R. Baroudi<sup>(19)</sup> en Brasil, publican dos casos de Lipomatosis trocantérica, resueltas con resecciones fusiformes amplias de piel y tejido celular subcutáneo, sobre la cara lateral de ambos muslos con compensaciones triangulares y posteriores, en un intento de solucionar la lipodistrofia pélvico-crural o en "Pantalones de montar", produciendo cicatrices en el tercio medio y superior del muslo hasta llegar a la cresta iliaca, partiendo de ese punto la compensación hacia arriba y atrás.

A partir de éstos autores, pioneros de la cirugía estética de los miembros inferiores, se encuentran muchos cirujanos que reportan procedimientos similares, refinamientos personales, entre los cuales destacan Ivo Pitanguy<sup>(20,21)</sup> con resecciones a nivel de los pliegues glúteos e inguinales, Ducourtioux<sup>(4)</sup> con resecciones en "T" a nivel del pliegue glúteo-inguinal con compensación perpendicular en la cara interna de los muslos, Delerm<sup>(3)</sup> modifica la técnica de Pitanguy adicionando a ésta con anclajes a base de pequeños col-



gajos dermograsos, tratando de evitar así la migración de las cicatrices y formación de queloides y cicatrices retráctiles que afectan la vulva.

Hoffman<sup>(16)</sup> presenta un trabajo de experiencia personal con la técnica de Pitanguy, en la cual identifica, posterior a una cuidadosa selección de pacientes los siguientes resultados:

Hipertrofia de las cicatrices como el problema más común, dehiscencia de las cicatrices frecuente, asimetrías, contractura y depresión cicatriciales, resumiendo, una importante morbilidad postoperatoria y resultados aunque adecuados desde el punto de vista del contorno, poco estéticos -- por lo antes mencionado.

Agris<sup>(1)</sup> y Guerrero-Santos<sup>(7)</sup> proponen el uso de grandes -- colgajos dermograsos enterrados para obtener un mejor anclaje hacia la fascia, tratando de evitar la migración y depresiones cicatriciales, además de tener la opción de corregir posibles asimetrías previas de las nalgas.

Schultz y Feinberg<sup>(22)</sup> presentan un artículo en donde hacen una descripción muy cuidadosa de la fisiopatología de la -- "ptosis de la nalga" con bases anatómicas y fisiológicas, -- proponiendo únicamente la resección de tejido cutáneo y graso de la cara interna de los muslos a nivel del pliegue inguinal, pero no aportan ninguna solución al problema de la ptosis.

Regnault<sup>(23)</sup> en 1984 efectúa una revisión de las técnicas --

hasta ése momento descritas, intentando sistematizar el abordaje del problema de lipodistrofias de los miembros inferiores, encontrandose con la misma morbilidad y secuelas postoperatorias.

Shaer<sup>(24)</sup> en el mismo año, propone una reclasificación de las deformidades de la región glútea y trocantérica, (Grazzer<sup>(25)</sup> las divide en siete grados), colocando a la Ptosis de nalga pura como una entidad específica, en el tipo 4 de su clasificación, tratando también de sistematizar los procedimientos quirúrgicos, pero sin aportar ninguna innovación técnica que resuelva de forma satisfactoria la Ptosis de la Nalga.

Es importante mencionar que al final de la década de los 60<sup>s</sup> se inicia el uso de prótesis de silicón, emplazadas subcutáneamente en la región glútea, como un intento de proporcionar una adecuada proyección, como lo reporta Bartels<sup>(8)</sup> y Cocke<sup>(9)</sup>; con éste procedimiento se resuelve el problema de proyección y volumen de la nalga, aunque se adicionan otros en el periodo postoperatorio, como lo son: La dureza inadecuada de la cápsula, hematomas y seromas que predisponen a la infección, y que pueden llevar en caso extremo al retiro de las mismas, además si existía un adecuado volumen previo pero "ptosado", éstas le darán un tamaño y volumen inadecuadamente grande.

En 1979, González-Ulloa<sup>(10)</sup> presenta un trabajo muy importante en donde revisa la patología que él refiere como "Nal

ga triste" y su corrección con implantes de silicón de diseño personal.

En 1984, Robles y Tagliapietra<sup>(26)</sup> tratan de resolver el inconveniente de la dureza capsular con la colocación de implantes submusculares, en el cual como puntos importantes - destacan la conveniencia que el plano intermuscular formado por los músculo Glúteo mayor, glúteo medio y Piriforme es - de fácil acceso, manteniendo la movilidad de la cápsula del implante y buena cubierta, mejorando la consistencia de la misma, pero ellos mismos hacen incapié en la dificultad técnica de lidiar con estructuras vasculares y nerviosas muy importantes en el transoperatorio, concluyendo que a pesar de los problemas trans y postoperatorios que presenta su procedimiento, ésta es un arma más en el intento de producir la armonía de la región.

Otros personajes muy importantes, que han tomado parte activa como innovadores en las técnicas de adecuación del contorno corporal en la región glútea son sin duda Illouz<sup>(12)</sup> y Teimourian<sup>(13)</sup> con la introducción del procedimiento de Lipolisis (por succión y curetaje respectivamente) los cuales en manos experimentadas, brindan los beneficios de otorgar una adecuada forma y armonía a la región trocántérica y lumbal, así como la creación de un adecuado pliegue subglúteo cuando éste no está presente; las incisiones de abordaje -- son mínimas y fáciles de ocultar, y la morbilidad postoperatoria se minimiza con una buena preparación preoperatoria -

del paciente, con una técnica operatoria depurada y con cu  
dados postoperatorios específicos y precisos, pero que, en  
la Ptosis de la Nalga, no nos brinda sino un apoyo secunda-  
rio en su solución.

## II.2. CONSIDERACIONES ANATOMICAS DE LA REGION GLUTEA

Las incisiones quirúrgicas que se realizan para el mejoramiento del contorno corporal son hechas en la piel, tejido celular subcutáneo y fascias musculares. Algunas técnicas con frecuencia demandan una disección extensa, de tal forma que los tejidos suprayacentes permitan la movilización y re posicionamiento de los mismos, tratando de proporcionar la forma y contorno que el paciente desea.

Las incisiones deben ser emplazadas de tal manera que sean casi imperceptibles y/o fácilmente ocultables en los pliegues naturales ó aún con la ropa de playa más pequeña, por lo cual éstas deben ser muy bien diseñadas y su longitud lo más pequeño posible para su "camouflage", pero al mismo tiempo, lo más amplias que permitan un procedimiento seguro. En la cirugía estética de la nalga se deben tomar en cuenta diferentes estructuras además de la piel, como son: vasos sanguíneos, linfáticos, nervios y músculos con sus fascias, los cuales pueden ser disecados, incididos y/o retraídos para que permitan un adecuado cambio en el contorno, permitiendo el uso de fascias y músculos para su anclaje y retracción, así como para producir o reacomodar el volumen existente.

El aporte sanguíneo de la piel y tejido celular subcutáneo de la nalga es proporcionado por numerosos vasos perforantes musculares. La piel de la parte baja de la nalga y el -

muslo postero-lateral está irrigado por las ramas cutáneas de la arteria glútea interna, arterias circumfleja femoral lateral y medial. El drenaje venoso sigue el curso de los sistemas arteriales, pero la mayor parte drena al sistema de la Safena Mayor (medialmente). El drenaje linfático sigue el patrón vascular, haciendo su relevo en los ganglios inguinales.

Los nervios cutáneos de la región glútea incluyen las ramas terminales del nervio L6 en la parte superior, en la parte medial e inferior está dada por las ramas terminales de S2 y S3.

La fascia superficial de la nalga está cubierta con una densa capa de tejido graso que contribuye importantemente a -- darle la forma, ésta fascia se continúa con las fascias de la región lumbar, muslo y periné.

La fascia profunda (más densa), envuelve a los músculos Glúteo Mayor y al Tensor de la fascia lata. En el pliegue interglúteo, ésta fascia profunda envía múltiples septums densos, éstas conexiones sirven para reposicionar el pliegue interglúteo (25).

En la cara interna del muslo se encuentran múltiples arterias perforantes que provienen de las arterias Pudenda Interna y Perineal, a éste nivel se encuentran afluentes venosos del sistema safeno.

El Músculo Tensor de la Fascia Lata (tensor fascie femoris) se origina en la parte anterior del labio externo de la ---

cresta iliaca, en la cara externa de la espina iliaca antero superior y, parcialmente, en el borde externo de la escotadura situada por debajo de la misma, entre el M. Glúteo medio y el M. Sartorio; También se origina en la cara profunda de la fascia lata. Se inserta entre las dos láminas del ligamento iliotibial ( o de Maissat) hacia la union de los tercios superior y medio del muslo.

Su acción es de flexión del muslo, lo extiende ligeramente y determina su rotación interna<sup>(27)</sup>.

Se encuentra innervado por una rama del nervio glúteo superior destinado al músculo glúteo menor; contiene fibras de los nervios LIV, LV y SI.

### II.3. MARCO TEORICO

El planteamiento quirúrgico está basado en la premisa del descenso de los tejidos de la nalga (Ptosis) por efecto gravitacional, predisposición genética y efectos ambientales (11), en donde el tejido graso subcutáneo con sus septums y el músculo han perdido tono y la tensión que proporciona la piel no es suficiente para contener y mantener el volumen de los tejidos subyacentes en una forma y proyección apropiada, ésto se ha intentado solucionar con resecciones de piel, desplazamiento de tejido graso y/o con colocación de implantes, pero la tensión en las líneas de cicatriz (usualmente extensas), las hacen propensas a las dehiscencias, cicatrización patológica y la serie de secuelas ya analizadas con anterioridad.

Por otra parte tenemos que el Músculo Tensor de la Fascia Lata es un músculo "sacrificable", ésto es, que su uso para otros procedimientos reconstructivos no altera importante-mente la función de flexión, extensión y rotación interna del muslo (28).

En la observación cuidadosa durante la disección de cadáveres (en # de 18), se analizó la posibilidad de obtener una tira ("cintilla") de fascia del Músculo Tensor de la Fascia Lata, que guardara las siguientes características:

- 1) Incisiones mínimas.
- 2) Intentando y logrando NO desinsertar el origen e inserción de la fascia del Tendón de la Fascia Lata, obteniendo-



lo de forma segura, con adecuados planos de cribaje, minimizando el riesgo de lesión a elementos vasculares y nerviosos. Al no desinsertar el origen e inserción de la fascia del Músculo Tensor de la Fascia Lata no se dejarían secuelas funcionales a éste nivel.

3) Se fabrica un fasciotomo, de diseño original (personal) - para lograr la toma de la cintilla de fascia, con un máximo rango de seguridad y lesionando al mínimo los tejidos circunvecinos.

4) Efectuando una disección subcutánea, por el pliegue subglúteo hasta la cara postero-superior del sacro y pasando a través de éste tunel la cintilla de fascia, reinsertando el extremo distal de la cintilla a la fascia presacra, sin alterar los septums que adhieren firmemente la piel y el tejido graso a la fascia muscular superficial de la región glútea, lograndose suspender, girar y proyectar en bloque la nalga.

5) Asimismo, al producir una contracción voluntaria (vgr. al deambular) del músculo Tensor de la Fascia Lata, el cual no ha sido excindido de su extremo proximal, producirá una movilización de la cintilla reinsertada, provocando un movimiento natural (dinámico) de la nalga.

### III. O B J E T I V O S

Son los objetivos del presente trabajo, el diseño de una técnica quirúrgica que dé como resultado de su aplicación:

- 1) Corregir la deformidad glútea, producto del descenso gravitatorio de su volumen (Ptosis de la Nalga).
- 2) Proporcionar una adecuada proyección de la nalga.
- 3) Empleo de tejidos homólogos.
- 4) Mínimas cicatrices.
- 5) No complicaciones ni secuelas postoperatorias.

## IV. MATERIAL Y METODO

### IV.1. SELECCION DE PACIENTES

#### CRITERIOS DE INCLUSION

- 1) El paciente candidato es aquel que esté motivado a resolver la deformidad de la nalga (Ptosis).
- 2) Adecuado volúmen y tono muscular de la región glútea.
- 3) Adecuado contorno corporal en el resto de las proporciones físicas.
- 4) Edad: de 18 años en adelante.

#### CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1) Pacientes con deformidades cutáneas superficiales (cicatrices).
- 2) Pacientes con patologías previas en la región glútea y miembros inferiores.
- 3) Pacientes con cicatrización patológica.

## IV.2. DISEÑO Y DESCRIPCIÓN DE LA TECNICA QUIRURGICA

1. Se efectúa preparación preoperatoria convencional del tubo digestivo (Sulfato de Neomicina V.O., dieta sin residuo, enemas).
2. Con el paciente de pié se marcará el trazado de una línea -- recta que va desde el trocánter mayor al punto de mayor proyección de la tuberosidad externa del fémur. (Foto 1)
3. En éste momento se efectuará el marcaje del lugar en donde se propondrá el nuevo surco glúteo. (Figura 1)
4. Se colocará sonda de foley preoperatoria.
5. Se coloca el paciente en decúbito ventral.
6. Se realizarán los procedimientos de asepsia y antisepsia convencionales de la región.
7. Se inicia el procedimiento quirúrgico con una incisión de 5 cms. en la línea media, 5-7 cms. por arriba del ano (en el pliegue interglúteo), tomando como referencia el límite inferior del borde de la última vértebra sacra, hasta dejar visible la fascia presacra, lugar en donde se reinsertarán las cintillas de tendón.
8. Se realizarán dos incisiones perpendiculares a la línea previamente trazada en la cara externa del muslo, hasta visualizar fascia: la primera a 7 cms. (hacia arriba) de la tuberosidad externa del fémur, y la segunda 2-3 cms. por debajo del punto de referencia del trocánter mayor.



FOTOGRAFIA # 1

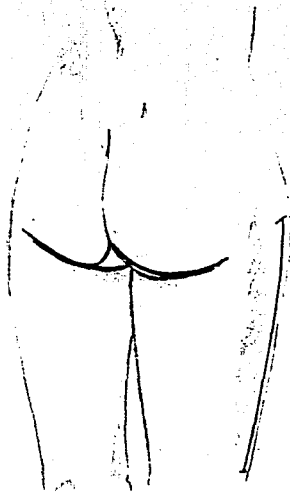


FIGURA # 1

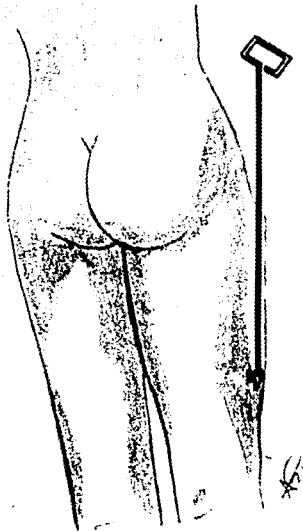
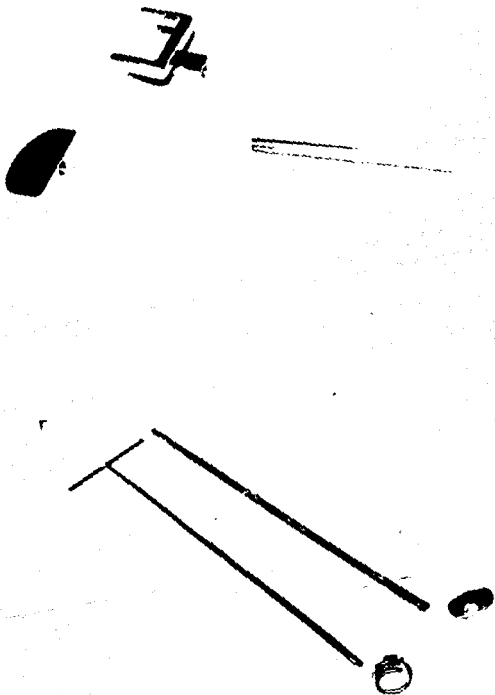


FIGURA # 2

9. Uso del Fasciotomo.-

- a) Se colocará la punta de disección y se iniciará ésta ejerciendo presión justo sobre la fascia del Tendón de la Fascia Lata, abordando por la incisión superior y siguiendo la línea marcada a lo largo del muslo, deteniéndose al encontrar la incisión inferior. (Figura 2)
  - b) Se efectúa una incisión en "U" sobre la fascia, en su parte central, (Teniendo cuidado de dejar íntegras las zonas laterales que permitirán no desfuncionalizar al Músculo Tensor de la Fascia Lata), para colocar la segunda punta del fasciotomo y pasando la "lengueta" de fascia a través de ésta.
  - c) Se articula la punta y se toma el extremo de la fascia incisa con una pinza de Kocher ejerciendo con ella una tracción caudal. (Foto 2 y Figura 3).
  - d) Se tracciona el fasciotomo por el mango con dirección cefálica, deteniéndose al hacerse visible la cabeza del fasciotomo a través de la incisión trocantérica.
  - e) Se libera la tracción caudal y se extrae gentilmente la "cintilla o tirante" de fascia obtenida. (Foto 3).
10. Se coloca un vendaje compresivo en el muslo al finalizar éste procedimiento.
11. Por la incisión trocantérica se pasa una cánula de liposucción curva del #6, realizando una disección roma suprafascial siguiendo el curso del surco glúteo propuesto y hasta externar la punta de la cánula por la incisión sacra.
12. Se pasa a través de éste túnel el tirante de la fascia lata. (Foto 4).

F A S C I O T O M O







FOTOGRAFIA # 2

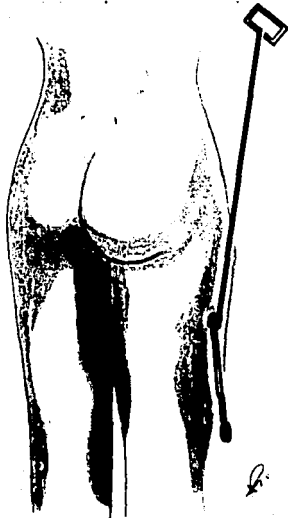
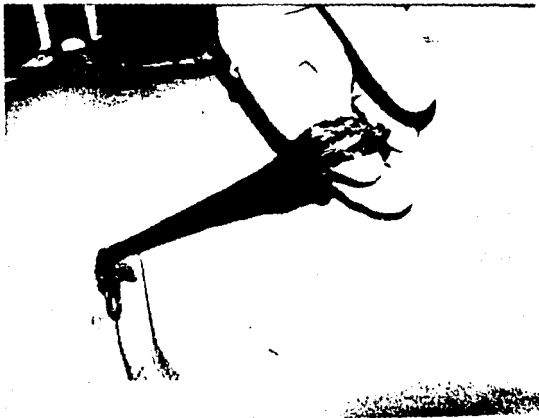


FIGURA # 3



FOTOGRAFIA # 3



FOTOGRAFIA # 4

13. Se efectúa el mismo procedimiento de obtención de fascia en el muslo contralateral.
14. Se coloca la mesa en posición proctológica ("navaja sevillana"), así como un cojinete cilíndrico por debajo de ambas -- crestas ilíacas anteriores. (Foto 5).
15. Se ajusta la tensión de los tirantes al mismo tiempo, tratando de resolver asimetrías de las nalgas, en caso de estar -- presentes. Se fijan éstos a la fascia presacra con puntos de prolene #0, y se anclan los tirantes a los "puntos polea"; -- ubicados en la emergencia del tirante a nivel del trocánter y en el punto más inferior y externo del glúteo mayor, con -- prolene #00 ó 000. (Figura 4).
16. Se cierran las heridas con puntos simples de dermalón #5/0. (Foto 6).
17. Se cubren las heridas con colodión y un vendaje compresivo -- suave.
18. El paciente permanecerá en reposo absoluto en decúbito ven-- tral de 5 a 7 días, a partir del cual iniciará deambulaci3n asistida, la sedestaci3n cuidadosa comenzará a partir de la tercera semana.



FOTOGRAFIA # 5

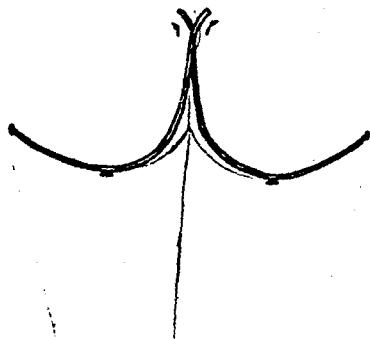


FIGURA # 4



FOTOGRAFIA # 6

## V. CASOS CLINICOS

La casuística consignada en el presente trabajo es de 5 casos. conformado por pacientes que acudieron por presentar incomfor midad en la forma del contorno corporal en la región glútea y se apegaron de forma estricta a los criterios de selección es tablecidos y referidos en el Capítulo IV.1.

CASO#1.- Paciente femenina de 30 años de edad, en la cual se aprecia la presencia de una Ptosis Glútea grado IV de la clasificación de Graezer<sup>(11)</sup>. Se nota la concurrencia de un adecuado volúmen y un doble contorno del pliegue subglúteo.

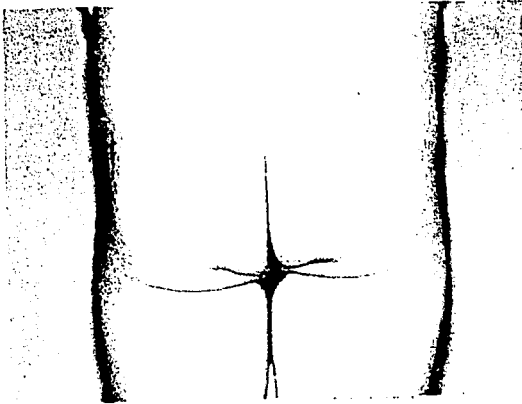
CASO#2.- Paciente femenina de 26 años de edad, con Ptosis Glútea grado II (Graezer), es importante mencionar lo imperceptible de las secuelas cicatriciales en el muslo.

CASO#3.- Paciente femenina de 24 años de edad, con adecuado volúmen, pliegue glúteo poco definido y ptosis grado IV (Graezer).

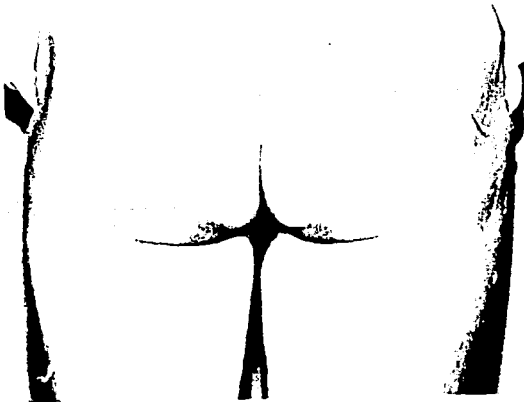
CASO#4.- Paciente femenina 24 años de edad, cuya deformidad corresponde al grado V de la clasificación de Graezer.

CASO#5.- Paciente femenina de 34 años de edad, con ptosis grado V (Graezer) en donde se obtienen cicatrices mínimas, bien ocultables aún con ropa íntima muy pequeña.

CASO CLINICO # 1

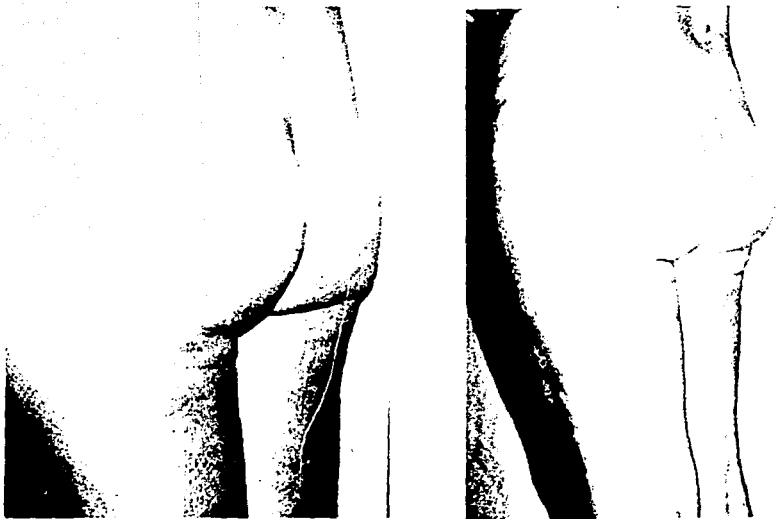


Fotografía preoperatoria, nõtese el doble contorno del pliegue subglùteo.



Fotografía postoperatoria a las 4 semanas, el doble contorno subglùteo ya no està presente y las secuelas cicatriciales son mínimas.

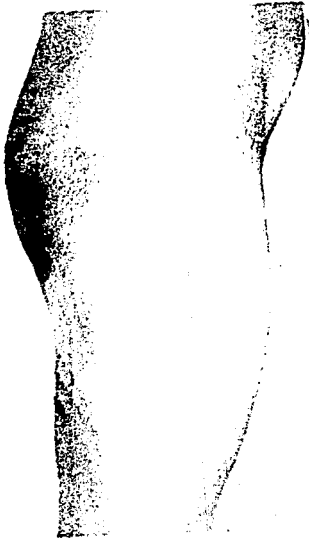
CASO CLINICO # 2



Fotografías pre y postoperatoria, se nota una mejoría importante en el contorno de la región glútea, así como lo imperceptible de las secuelas cicatriciales en el muslo.



CASO CLINICO # 3



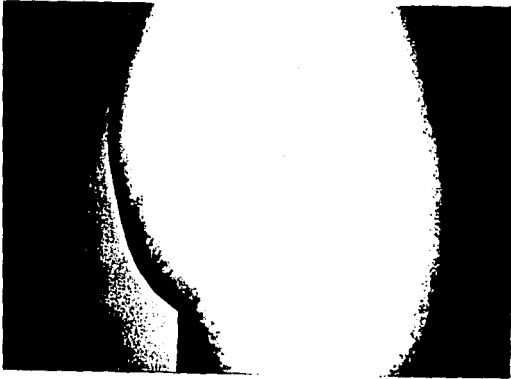
PREDOPERATORIO



POSTOPERATORIO

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CASO CLINICO # 4

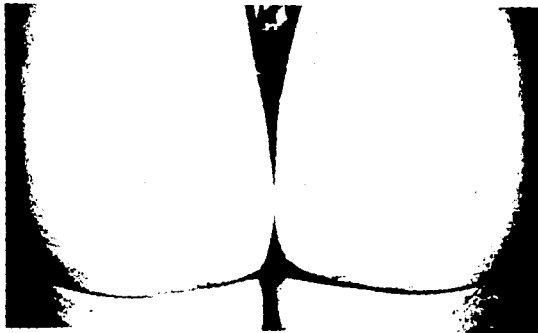
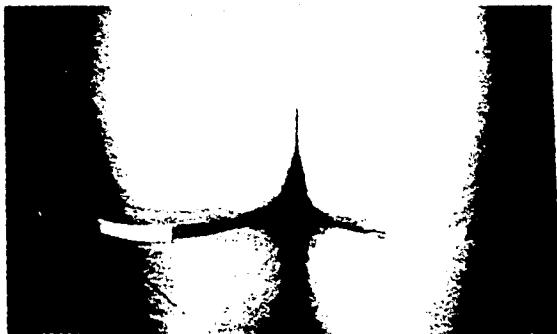
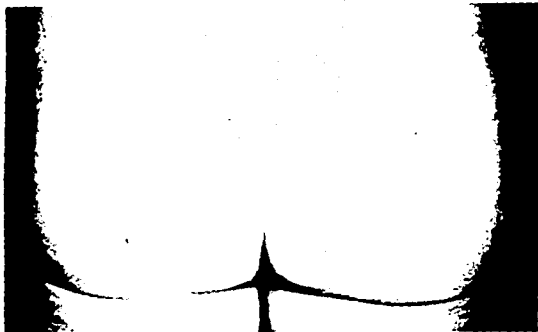


PREOPERATORIO



POSTOPERATORIO

CASO CLINICO # 5



PREOPERATORIOS

POSTOPERATORIOS

VI. RESULTADOS , ANALISIS  
Y CONCLUSIONES

La evaluación de los resultados del presente trabajo están -  
condicionados al cumplimiento de los objetivos establecidos  
en el Capitulo III, y para los cuales fuè diseñada la present  
te técnica quirùrgica.

La evaluación es de caràcter subjetivo con respecto a los --  
dos primeros puntos, adicionando a ellos el grado de satis--  
facción expresado por el paciente, tres meses posterior a la  
realización del procedimiento, reportando lo siguiente:

- La técnica logra corregir la Ptosis de la Nalga, producie  
do una adecuada suspensión de los tejidos y con ésto mejorar  
la proyección de la nalga.
- Los pacientes reportan el resultado obtenido por el proced  
dimiento como satisfactorio en un 100% de los casos (5 pacient  
tes). El objetivo # 3 se reporta como cumplido, ya que para  
la ejecución de la Técnica quirùrgica sòlo han sido emplea--  
dos tejidos homòlogos, no habiendo encontrado la necesidad -  
en el uso de materiales de implante.

El punto #4 se cumple ampliamente debido a que, como lo muest  
tran las fotografias postoperatorias, las cicatrices obtenid  
das como resultado del procedimiento quirùrgico son muy pe--  
queñas y de buena calidad.

Con respecto a las complicaciones postoperatorias, pueden --  
ser consideradas como menores y temporales; ya que se resolv  
vieron espontáneamente y no dejaron ninguna secuela permanent  
te:

- Sensación de tensión en la región glútea 100% (5 pacientes).  
La cual fué cediendo paulatinamente, no siendo incapacitante, y desapareció en un lapso máximo de 4 meses posterior a la fecha de la intervención.
- Equimosis en la cara lateral de los muslos 40% (2 pacientes).  
ésto provocado por una disección dificultosa, en las dos primeras pacientes, su resolución fué espontánea a los 16 y 19 días postoperatorios, y que se evitó en las demás pacientes con el uso de un adecuado vendaje compresivo postoperatorio.
- Tensión y dehiscencia de las heridas.- No se presentaron. 0%.
- Infección. No se presentaron, 0%.

El seguimiento máximo de la serie es de 17 meses, y el mínimo de 4 meses.

Concluyendo.- Se presenta una técnica novedosa, inédita, que permite proporcionar un equilibrio adecuado en el contorno corporal de la zona glútea, con las siguientes características: Original, Sencilla, Sin implantes, con cicatrices mínimas y de buena calidad.

Presentándose, asimismo, el diseño y aplicación de un fascio tomo que permite la toma de colgajos o injertos de fascia del Músculo Tensor de la Fascia Lata, útil para la realización de ésta técnica y probablemente para otros procedimientos reconstructivos.

## B I B L I O G R A F I A

1. Agris J.- Use of dermal-fat suspension flaps for thigh and buttock lift.  
Plast.Reconstr.Surg. Vol.59, No 6, 817-822; 1977
2. Baroudi R.- Body contour surgery.  
Clin.Plast.Surg. Vol.16, No 2, 263-277; 1989.
3. Delerm A., Citroteau Y.- Plastique cruro-fémoro-fessière ou -circum-fessière.  
Ann.Chir.Plast. Vol.XVIII, No 1, 31-36; 1973.
4. Ducourtioux J.L.- Technique et indications des dermolipectomies crurales.  
Ann.Chir.Plast. Vol.XVII, No 3, 204-211; 1972
5. Franco T. Aesthetic surgery of the upper and lower limbs.  
Aesthetic Plast.Surg. Vol.4, 245-256; 1980.
6. González-Ulloa M.- Belt lipectomy.  
Brit.J.Plast.Reconstr.Surg. 13: 179-186; 1960.
7. Guerrero-Santos J.- Secondary hip-buttock-thigh plasty.  
Clin.Plast.Surg. Vol.11, No 3, 491-503; 1984
8. Bartels R.J.- An unusual use of the Cronin breast prosthesis.  
Plast.Reconstr.Surg. Vol.44, No 5, 500; 1969.
9. Cocke W.M., Ricketson G.- Gluteal augmentation.  
Plast.Reconstr.Surg. Vol. 52, No 1, 93-96; 1973.
10. González-Ulloa M.- A review of the present status of the correction for sad buttock.  
IV Congress International Society of Aesthetic Plastic Surgery. México City, April 1977.
11. Grazer F.M.- Body contouring.  
En McCarthy. Plastic Surgery, Vol 6, Chpt 81, 3999-4019. W.B. Saunders Company, 1990.

12. Illouz Y.- Body contouring by lipolysis: A 5 year experience with over 3000 cases.  
Plast. Reconstr.Surg. Vol.72, No 6, 620-623; 1983.
13. Teimourian B., Adham M.- Anterior periosteal dermal suspension with curettage for lateral thigh lipectomy.  
Aesthetic Plast.Surg. 6: 207-209; 1982.
14. Lewis J.R.- Correction of ptosis of the thighs: The thigh lift.  
J. Internat.Coll.Surgeons 27: 330-337; 1957.  
Plast.Reconstr.Surg.(reprint).Vol.37, No 6, 494-498;1966.
15. Hodgkinson D.J.- Medial Thighplasty. Prevention of scar migration and labial flattening.  
Aesthetic Plast.Surg. 13: 111-114; 1989.
16. Hoffman S., Simon B.E.- Experiences with the Pitanguy method of correction of trochanteric lipodistrophy.  
Plast.Reconstr.Surg. Vol.55, No 5, 551-558; 1975.
17. Leitner D.W., Sherwood R.C.- Inguinal lymphocele as a complication of thighplasty.  
Plast.Reconstr.Surg. Vol.72, No 6, 878-881; 1983.
18. Thorek M.- Possibilities in the reconstruction of the human form.  
New York Medical Journal and Medical Record,572-572;1922.  
Aesthetic Plast.Surg.(reprint) 13: 55-58; 1989.
19. Farina R., Barouidi R.- Riding-trousers-like type of pelvicrural lipodystrophy.  
Brit.J.Plast.Rec.Surg. 13:174-178; 1960.
20. Pitanguy I.- Trochanteric lipodystrophy.  
Plast.Reconstr.Surg. Vol.34, No 3, 280-286; 1964.
21. Pitanguy I.- Surgical reduction of the abdomen, thighs and buttocks.  
Surg.Clin. of N.A. Vol.51, No 2, 479-489; 1971.

22. Shultz R.C., Feimberg L.A.- Medial thigh lift.  
Ann.Plast.Surg. Vol.2, No 5, 404-410; 1979.
23. Regnault P., Daniel R.- Secondary thigh-buttock deformities after classical techniques. Prevention and treatment.  
Clin.Plast.Surg. Vol.11, No 3, 505-516; 1984.
24. Shaer W.D.- Gluteal and thigh reduction: Reclassification, critical review and improved technique for primary correction.  
Aesthetic Plast.Surg. 8: 165-172; 1984.
25. Graezer F.M.- Body image, a surgical perspective.  
Chapter 8, 238-356.  
The C.V. Mosby Company, 1980.
26. Robles J.M., Tagliapietra J.C.- Gluteoplastia de aumento: -  
Implante submuscular.  
Cir.Plast.Ibero-lat. Vol.X, No 4, 365-375; 1984.
27. Gray/C.M. Goss.- Anatomia.  
Capitulos 6-12, pgs. 466-956.  
Salvat Editores S.A. 1976.
28. Mathes S., Nahai F.- Clinical atlas of muscle and musculo-cutaneous flaps. pgs. 63-85.  
The C.V. Mosby Company, 1979.
29. Ichida H., Kamiishi H.- Aesthetic surgery of the trunk and extremities in the Japanese.  
Ann. Plast. Surg. Vol.5, No 1, 31-39; 1980.
30. Lewis C.M.- Dissatisfaction among women with "Thunder Thighs" undergoing closed lipoplasty.  
Aesthetic Plast.Surg. 11, 187-191; 1987.
31. Lewis J.R.- Atlas of Aesthetic Plastic Surgery.  
Chapter 13, 279-292.  
Little, Brown and Company. Boston 1973.



32. Lockwood T.E.- Fascial anchoring technique in medial thigh lift.  
Plast.Reconstr.Surg. Vol.82, No 2, 299-304; 1988.
33. Loeb R.- Narrowing of the mons pubis during thigh lift.  
Ann.Plast.Surg. Vol.2, No 4, 290-297; 1979.
34. Narins R.S.- Liposuction surgery of the lateral thigh.  
J.Dermatol.Surg.Oncol. Vol.14, No 10, 1155-1161;1988.
35. Rohen J., Yokochi C.- Clinical atlas of anatomy.  
Chapter IX, pg. 348-395.  
Igaku-Shoin, Tokio 1983.
36. Rosenthal S.- Trochanteric lipectomy: A new approach.  
Plast.Reconstr.Surg. Vol.69, No 2, 356-358; 1982.
37. Regnault P., Baroudi R.- Correction of the lower limb lipodystrophy.  
Aesthetic Plast.Surg. 3: 233-249; 1979.
38. Vilain R., Dardour J.C.- Aesthetic surgery of the medial thigh.  
Ann.Plast.Surg. Vol.17, No 3, 176-183; 1986.
39. Wood R.W.- Cruro-gluteo-trochanteric contouring.  
Aesthetic Plast.Surg. 6: 101-105; 1982.

#### QUETZALCOATL

Quetzalcóatl, fue quizás el más complejo y fascinante de todos los Dioses mesoamericanos. Su concepto primordial, sin duda muy antiguo en el área, parece haber sido el de un monstruo serpiente celeste con funciones dominantes de fertilidad y creatividad. A estas nógicas se agregaron gradualmente otros aspectos: la leyenda le había asociado con la vida y los hechos del gran Rey sacerdote Tepilltzin, cuyo título sacerdotil era el propio nombre del Dios del que fue especial devoto. En el momento de la conquista, Quetzalcóatl, considerado como Dios Único desempeñaba varias funciones: Creador, Dios del viento, Dios del planeta Venus, Héroe cultural, arquetipo del sacerdocio, patrón del calendario y de las actividades intelectuales en general, etc. Un análisis adicional es necesario para poder desentrañar los hilos aparentemente independientes que entran al tejido de su complicada personalidad.



IMPRESO EN LOS TALLERES DE:  
**EDITORIAL QUETZALCOATL, S. A.**  
MEDICINA No. 37 LOCALES 1 Y 2 (ENTRADA POR PASEO DE LAS  
FACULTADES) FRENTE A LA FACULTAD DE MEDICINA DE C. U.  
MEXICO 20, D. F. TELEFONOS 680-71-00 Y 680-70-00