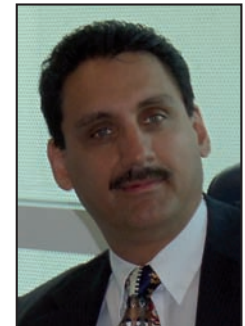


# Colocación de implantes glúteos y de cadera: una alternativa para mejorar el contorno en hipoplasia glúteo-trocantérea

## Placement of buttock and hip implants: an alternative for contour improvement in buttock and hips hypoplasia



Cárdenas-Camarena, L.

Cárdenas-Camarena, L. \*, Silva-Gavarrete, J.F.\*\*

### Resumen

La mejoría del contorno glúteo y de caderas en un paciente varón que desea un contorno femenino es difícil de conseguir cuando no es posible disponer de una cantidad de grasa suficiente para inyectar y lograr una mejoría integral.

Presentamos la técnica quirúrgica utilizada en un paciente transexual masculino que había tenido dos intentos fallidos de feminizar su contorno de glúteos y caderas. Utilizamos implantes ovales de silicona cohesiva, tanto para la región glútea como para las caderas, inyectando grasa en las áreas de transición entre los dos implantes

Con esta combinación obtuvimos un contorno femenino integral, eliminando por completo el aspecto masculino de la región glúteo-trocantérea.

En conclusión, pensamos que la combinación empleada supone una opción novedosa y no descrita hasta el momento para el tratamiento de pacientes transexuales que buscan un contorno glúteo más femenino de forma integral, con resultados predecibles y muy gratificantes, que mejora las deficiencias que los pacientes masculinos tienen en esta zona en comparación con el contorno de los glúteos femeninos.

### Abstract

Improvement of the gluteal and hip contour in patients seeking a more feminine shape is difficult to achieve, specially for those who don't have enough fat to transfer from other areas of the body.

We describe the surgical technique used to improve hips and buttocks contour in a genetic male transsexual. This patient previously underwent two unsuccessful surgeries to feminize his hip and buttock contour. Our successful approach involved the use of an oval-shaped cohesive silicone gel implants placed in both, the hip and buttock areas, along with fat injection in the areas between the two implants.

A natural, feminine contour was achieved using the combination of buttock and hip implants with lipofilling using patient's own fat. These procedures completely eliminated the male contour previously noted in the gluteal trochanteric region.

This surgical combination presents a new option, not previously reported, for the treatment of transsexual patients seeking a more natural feminine gluteal contour. The results are both gratifying and predictable. The combined use of gluteal and hip implants helps us to improve the deficiencies present in male patients when compared with the natural feminine buttock and hip contour.

**Palabras clave** Contorno glúteo, Contorno de caderas, Implantes glúteos, Infiltración grasa, Cirugía en transexuales.

**Código numérico** 46-47

**Key words** Gluteal contour, Buttock contour, Buttock implants, Lipofilling, Transsexualism surgery.

**Numeral Code** 46-47

\* Cirujano Plástico y Profesor del Servicio de Cirugía Plástica del Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva "Dr. José Guerrerosantos". Guadalajara, Jalisco, México

\*\* Cirujano Plástico. Clínica RENOVA, Guatemala

## Introducción

Durante años, el concepto de belleza o atractivo femenino radicó principalmente en 2 áreas: las glándulas mamarias y la región glútea (1-2). Existen múltiples clasificaciones y variadas técnicas quirúrgicas para mejorar el contorno glúteo (3-14). Cada una de las técnicas o la correcta combinación de las mismas, da como resultado contornos glúteos femeninos y estéticamente bellos. Elegir las técnicas quirúrgicas más adecuadas para lograr mejoría del contorno glúteo implica una evaluación completa del área y una de las zonas donde es más difícil lograr un contorno adecuado es en las caderas. Para el aumento de la región glútea podemos optar por emplear implantes glúteos (7-13) colgajos (14) o infiltración grasa (3-8); sin embargo, para lograr una mejoría estética del área glútea lateral, específicamente de las caderas, la técnica más empleada es la lipoinyección (7-8).

Los pacientes con genotipo masculino siempre van a presentar un déficit importante en el contorno de las caderas y, todos aquellos que además presentan una fisonomía delgada, nunca tendrán la suficiente grasa donante para lograr mejorar esta región mediante lipoinyección.

Presentamos el caso de un paciente varón transexual operado previamente para reasignación sexual con importante hipoplasia glútea y trocánterea, historia previa de varios intentos fallidos de mejoría del contorno en esta zona; optamos por emplear implantes glúteos y en cadera para lograr un contorno femenino, complementando el tratamiento con lipoinyección. A nuestro saber, este es el primer caso publicado de este tipo de tratamiento en un paciente transexual.

## Caso clínico

Paciente de genotipo masculino de 48 años de edad operado previamente para reasignación sexual, con historia de intentos fallidos de mejoría de la región glútea y trocánterea; inicialmente al paciente se le había realizado 2 años antes, colocación de implantes glúteos en plano subfascial con exposición transcutánea del lado derecho a las 6 semanas de postoperatorio. Se le trata nuevamente con infiltración grasa en caderas y región glútea un año antes de acudir a nosotros con formación de múltiples quistes y resultado insatisfactorio. Se presenta en nuestra consulta buscando opciones de mejoría del contorno glúteo y de caderas.

En la evaluación encontramos una paciente con lipodistrofia mínima en cara interna de muslos y poca disponibilidad de grasa en el resto del cuerpo; hipoplasia importante en glúteos y caderas, además de cicatriz atrófica y deprimida en región glútea derecha (Fig.1). Evaluación general y de laboratorio dentro de límites normales.

Se le propuso cirugía combinada: liposucción de entrepierna para obtención de grasa para lipoinyección, colocación de implantes glúteos de gel de silicona cohesiva,



Fig. 1. Vista posterior. Déficit importante del contorno glúteo lateral, así como cicatriz deprimida en región glútea lateral derecha secundaria a exposición de implante glúteo colocado en plano subfascial 2 años antes.

colocación de implantes en cadera de gel de silicona cohesiva y lipoinyección en el plano subcutáneo entre ambos implantes, con plastia de la cicatriz deprimida del glúteo derecho.

## Técnica Quirúrgica

El marcaje preoperatorio se realizó en bipedestación para determinar el área a liposucionar y después en sedación para el marcaje de los implantes glúteos. La delimitación inferior de los implantes glúteos fue la línea marcada en la confluencia del glúteo con el asiento, mientras que la porción medial se delimitó por una línea paralela a 4 cm. del surco interglúteo en cada lado. Sobre estas dos líneas dibujamos el área de posición de cada implante glúteo, todo ello de acuerdo a publicaciones previas del autor principal (7,9) Para la ubicación de los implantes de cadera determinamos el déficit mayor de contorno de dicha región correspondiente al trocánter mayor y sobre este espacio, dibujamos el área del implante de cadera a colocar. Trazamos la línea de incisión 5 cms por debajo de la cresta iliaca, sobre el tensor de la fascia lata; a partir de ahí, dibujamos el área de disección para llegar a la cadera y al punto donde deseábamos colocar el implante (Fig.2).

Bajo bloqueo peridural y sedación, realizamos liposucción con técnica tumescente del área interna de ambos muslos. Obtuvimos 120 cc en total de aspiración y preparamos la grasa por decantación eliminando el tejido conectivo supranadante, terminando su preparación sin



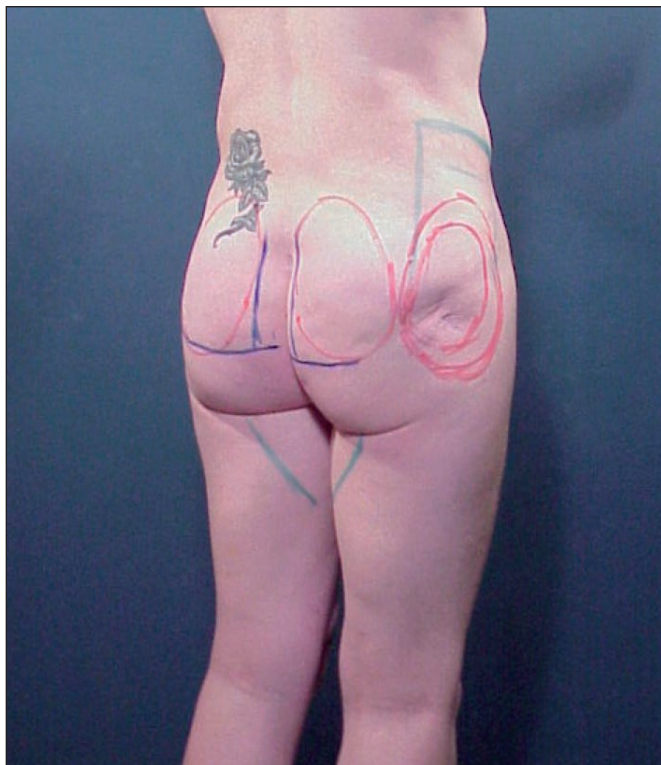


Fig. 2. Diseño de la posición y abordaje del implante glúteo y del implante de cadera a colocar. Señalada con líneas negras la parte inferior y medial del implante glúteo y su delimitación en rojo. Señalada con líneas verdes la cresta iliaca y 4 a 6 cm. más abajo el abordaje para la colocación del implante de cadera, cuya área se señala en rojo.

lavarla, colocando exclusivamente 1 vial de clindamicina, todo ello de acuerdo a técnica ya descrita por el autor principal para lipoinyección (3,6,7).

Colocamos implantes glúteos ovales de gel de silicona cohesiva, texturizados, de 300cc (Nagor Limited®, Coolroad- Douglas. Isle of Man, British Isles), abordando la región por una incisión interglútea de 8 cm., colocándolos en plano intramuscular. Dejamos drenajes y cerramos por planos con imbricación de surco interglúteo (9).

La cadera se abordó utilizando el marcaje quirúrgico descrito (Fig.3) para identificar e incidir el tensor de la fascia lata y luego practicar disección en un plano subfacial, inicialmente en forma digital y posteriormente con disector específico (Fig.4). Confeccionamos el bolsillo previamente delimitado con el área del implante a introducir y colocamos un implante oval de gel de silicona cohesiva texturizada de 200 cc (Nagor Limited®), en orientación similar al utilizado en glúteo y con la porción más delgada en posición cefálica (Fig. 5), cuidando en todo momento de no comunicar los planos: el intramuscular de los implantes glúteos y el subfacial del implante de cadera. Dejamos drenaje con succión negativa y suturamos por planos.

La grasa liposucionada se prepara y se inyecta entre ambos implantes (glúteos y de cadera) en un plano subcutáneo (3,6,7), inyectando una cantidad aproximada de 50 cc. Finalmente, realizamos plastia de la cicatriz del glúteo derecho, reseándola y liberando bordes para mejorar la depresión que provocaba.



Fig. 3. Paciente en posición para la cirugía en la que se ha remarcado el área de la incisión y de posición del implante de cadera, así como el túnel que será necesario para la colocación del implante.



Fig. 4. Abordaje por debajo del músculo tensor de la fascia lata, con disección digital muy sencilla, que se termina posteriormente con disector roma largo.



Fig. 5. Utilizando un solo separador, el implante se coloca en posición, con su porción más ancha en la parte inferior y con la porción más delgada en la parte superior, al igual que se colocan los implantes glúteos.

Los drenajes de la región trocantérea se retiraron al cuarto día de postoperatorio, mientras que los de la región glútea se retiraron al sexto día.

Como cuidados postoperatorios, la paciente fue man-

tenida en posición de decúbito ventral durante el postoperatorio inmediato, evitando en todo momento la posición de decúbito dorsal y lateral durante 2 semanas, permitiéndole deambular al día siguiente y sentarse a los 3 días de la intervención. Fue dada de alta el día siguiente de la cirugía, indicándole el uso de faja postquirúrgica durante 6 semanas y la aplicación de ultrasonido terapéutico durante 30 días.

La paciente se mostró satisfecha con el resultado y no cursó con complicación alguna (Fig.6) con 15 meses de evolución postquirúrgica.

## Discusión

La región glútea es indudablemente una de las más atractivas de la figura femenina (1,2); es por ello que las técnicas quirúrgicas habitualmente empleadas para su mejoría y embellecimiento son múltiples y variadas (3-14) y han aumentado considerablemente en los últimos años. El incremento en las clasificaciones y evaluaciones de la región glútea simplemente nos demuestra que se trata de una zona compleja en cuanto a la elección



Fig. 6. Un mes de postoperatorio. Implantes en la región glútea, implantes en la región trocantérea y 50 cc de grasa entre ambas áreas para mejorar la transición entre los implantes.

de la técnica quirúrgica a emplear para su mejoría. Para la región glútea disponemos, además de la pexia (15), de la colocación de implantes glúteos (7-13), la lipoinyección (3-8) y la realización de colgajos para mejorar su contorno (12). Sin embargo, ha habido también una preocupación creciente por mejorar de forma conjunta la región lateral glútea o el área de las caderas. Desafortunadamente son pocas las alternativas quirúrgicas existentes para estas zonas, siendo la lipoinyección una de las más usadas (7-8). Pero existe una limitante importante que cada vez se presenta con mayor frecuencia, y es la falta de disponibilidad de grasa del propio paciente, lo cual nos deja con muy pocas alternativas para mejorar esta región.

Una de las principales características del contorno glúteo en muchos pacientes masculinos es la hipoplasia de la región central, pero aún más marcada es la depresión específica que presentan en la región glútea lateral o en la cadera. Esta conformación de la cadera sin convexidad es característica del propio sexo. Es por ello que, cuando un paciente varón desea tener un contorno glúteo con forma y contorno femeninos, el reto es aún mayor, ya que hay que trabajar dos áreas: el glúteo en su región central, y el glúteo en su porción lateral o en la cadera. Si a esto agregamos que muchos pacientes varones que buscan formas femeninas son delgados, la alternativa de lipoinyección no existe. Es por ello que recurren a la inyección de materiales extraños para aumento del contorno de estas regiones, con resultados desfavorables y perjudiciales a largo plazo.

La paciente que presentamos había sido tratada en 2 ocasiones con métodos quirúrgicos descritos y aceptados en la literatura médica: colocación de implantes glúteos en plano subfascial (12) e infiltración de grasa (3,8). Sin embargo, ambos habían sido fallidos en cuanto a los objetivos buscados. El primero por exposición del implante derecho a través de la piel en la región glútea lateral, y el segundo por reabsorción y falta de resultados perceptibles. Fue por ello que necesitamos llevar a cabo tratamientos diferentes a los ya realizados, además de que no contábamos con la suficiente grasa autóloga para proporcionar el resultado que la paciente buscaba. Optamos por colocar implantes glúteos intramusculares, empleando un plano más profundo al realizado previamente. Sin embargo, para la región de la cadera la única alternativa viable fue la colocación de implantes de gel de silicona. Hasta la fecha no existe un implante específico para la región trocantérea; sin embargo, los implantes glúteos ovales disponibles en el mercado tienen una forma adecuada para rellenar la depresión que se produce en este área en los pacientes varones. Es por ello que elegimos un implante de estas características para realizar nuestra técnica, teniendo especial cuidado de elegir un implante pequeño, de tamaño adecuado, pero sobre todo de perfil bajo, para no producir un contorno exagerado y antiestético. De igual forma, cuidamos no comunicar los planos



de colocación y disección de los implantes, el intramuscular de los implantes glúteos con el subfascial de los implantes de caderas. La grasa obtenida mediante liposucción de las regiones internas de muslo se empleó para suavizar el contorno en el área de transición entre los dos implantes en cada lado.

Los resultados obtenidos con la combinación de ambas prótesis fueron muy satisfactorios y gratificantes tanto para la paciente como para nosotros, ya que logramos cumplir los objetivos planteados que no se habían logrado con procedimientos anteriores

## Conclusiones

El presente caso muestra una opción novedosa, hasta donde conocemos no publicada, para el tratamiento de pacientes con hipoplasia marcada de la región glútea central y lateral y que no tienen la cantidad de grasa suficiente para utilizarla en forma de autoinjerto graso como opción terapéutica. Esta situación es muy común en pacientes transexuales que buscan un contorno glúteo más femenino de forma completa, tanto en glúteos como en caderas.

El uso de prótesis glúteas y de cadera de forma conjunta logra mejorar las deficiencias que los pacientes varones tienen en esta zona en comparación con la forma de los glúteos femeninos. La combinación da resultados predecibles y muy gratificantes.

## Dirección del autor

Dr. Lázaro Cárdenas-Camarena  
Av. Chapalita 1300 Col. Chapalita  
Guadalajara, Jalisco, México 44510  
e-mail: drlazarod@drilazarocardenas.com

## Bibliografía

1. **Cuenca-Guerra R, Jugo Beltran I:** Beautiful buttocks: characteristics and surgical techniques. *Clin Plastic Surg*, 2006 33(3):321.
2. **De la Peña, JA, Rubio OV, Cano JP, et al.:** History of gluteal augmentation. *Clin Plastic Surg*. 2006; 33:307.
3. **Cárdenas-Camarena L, Lacouture AM, Tobar-Losada A.:** Combined Gluteoplasty: Liposuction and Lipoinjection. *Plast Reconstr Surg* 1999; 140(5):1524.
4. **Guerrerosantos J.:** Autologous fat grafting for body contouring. *Clin Plast Surg*. 1996;23(4):619.
5. **Roberts TL, Weinfeld, AB, Bruner TW, et al.:** Universal and ethnic ideals of beautiful buttocks are best obtained by autologous microfat grafting and liposuction. *Clin Plastic Surg*, 2006 33(3):371.
6. **Cárdenas-Camarena L, Arenas-Quintana R, Robles-Cervantes JA.:** Buttocks fat grafting: 14 years of evolution and experience. *Plast Reconstr Surg*. 2011, 128:545.
7. **Cárdenas-Camarena L, Silva-Gavarrete JF, Arenas-Quintana R.:** Gluteal Contour Improvement: Different Surgical Alternatives. *Aesth. Plast Surg*. 2011. 35: 1117.
8. **Aiache AE.:** Gluteal recontouring with combination treatments: implants, liposuction and fat transfer. *Clin Plast Surg* 2006; 33(3):395.
9. **Cárdenas-Camarena L, Paillet JC.:** Combined gluteoplasty: liposuction and gluteal implants. *Plast Reconstr Surg* 2007; 119(3):1067.
10. **Hidalgo JE.:** Submuscular gluteal augmentation: 17 years of experience with gel and elastomero silicone implants. *Clin Plast Surg*. 2006;33(3):435.
11. **Vergara R, Marcos M.:** Intramuscular gluteal implants. *Aesth. Plast Surg* 1996;20:259.
12. **De la Peña JA.:** Subfascial technique for gluteal augmentation *Aesth. Surg J*. 2004;24:265.
13. **Robles JM, Tagliaprieta JC, Grandi MA.:** Gluteoplastia de Aumento: Implantes Submusculares. *Cir plást ibero-latinoam*. 1984;10:365.
14. **Raposo-Amaral CE, Ferreira DM, et al.:** Bilateral lumbar hip dermal fat rotation flaps: a novel technique for autologous augmentation gluteoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2006;117(6):1781.
15. **Pitanguy I.:** Trochanteric lipodystrophy. *Plast Reconstr Surg* 1964;34:280.

## Comentario al trabajo "Colocación de implantes glúteos y de cadera: una alternativa para mejorar el contorno en hipoplasia glúteo-trocantérea"

Dr. Miguel Chamosa  
Cirujano Plástico. Práctica privada. Madrid. España

Estamos ante un trabajo del Dr. Cárdenas-Camarena, que es un activo cirujano plástico mejicano de la escuela jalisciense del Profesor Guerrerosantos. Se trata de un caso clínico con unos resultados muy aparentes de feminización corporal en un paciente de cirugía de reasignación sexual (hombre a mujer), mediante implantes de gel de silicona en glúteos y en región trocantérea

Entre las novedades a reseñar de esta publicación diremos que no existe ninguna descripción en la literatura médica de la utilización de prótesis glúteas introducidas debajo del músculo tensor de la fascia lata para reproducir el trocánter femenino.

Otra novedad es que este trabajo, abre una nueva vía en la posibilidad de publicación de trabajos con temática de transexualidad, ya que en la literatura médica anglófona el tema de la transexualidad todavía es considerado "no adecuado moralmente", salvando, claro está, las excepciones de la escuela del Dr. J. J. Hage, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ámsterdam, Holanda (1-3); también digo esto porque un caso con similares características al que nos ocupa, gentilmente me fue rechazado en la revista oficial americana de la especialidad.

Observo en las fotos pre y postoperatorias que parece que se ha utilizado grasa obtenida por lipoaspiración de las siguientes áreas: cintura, cresta ilíaca, trocánter izquierdo, zona ilio-lumbosacra o rombo de Michäelis, muslo interno y rodilla; todo lo cual ayuda a conseguir la feminización del caso. Algunas de estas áreas son ciertamente infrecuentes en el sexo mas-

culino, por lo que deduzco que el paciente estaba tomando hormonas femeninas.

Como comentario al citado trabajo, diré que hecho en falta alguna fotografía más del postoperatorio. Me gustaría conocer si el paciente se estaba hormonando, desde cuándo y si en el postoperatorio continuó haciéndolo. ¿Se valoró la posibilidad de que ganase al menos 3 kilos de peso para tener más cantidad de injertos de grasa? ¿El músculo tensor de la fascia lata fue capaz de cubrir todo el diámetro de una prótesis de 200 cc de perfil bajo?

Dicho todo esto, felicito sinceramente a los autores por su valentía en la indicación quirúrgica y por el brillante resultado estético obtenido en este caso.

### Bibliografía

1. **Oen AL, Bergers E, Kanhai R, Hage JJ, Manoliu RA:** Magnetic resonance imaging of injected silicone: findings in seven male-to-female transsexuals. *Eur Radiol.* 2002, 12(5):1221
2. **Hage JJ, Kanhai RC, Oen AL, van Diest PJ, Karim RB.:** The devastating outcome of massive subcutaneous injection of highly viscous fluids in male-to-female transsexuals., *Plast Reconstr Surg.* 2001;107(3):734.
3. **Hage JJ.:** Medical requirements and consequences of sex reassignment surgery. *Med Sci Law.* 1995;35(1):17.

## Respuesta al comentario del Dr. Chamosa

Dr. Lázaro Cárdenas

Agradecemos al Dr. Miguel Chamosa por sus observaciones a nuestro trabajo. Como bien refiere, el tratar estos temas totalmente científicos de procedimientos quirúrgicos en pacientes transexuales es todavía un tabú en muchos medios y revistas de alta especialidad. Al igual que le sucedió a él, nosotros también hemos tenido el rechazo de publicaciones de estas características en revistas de primer nivel en el continente americano, por el simple hecho de la temática tratada. Dichos comités editoriales han referido una técnica innovadora, excelentes resultados, pero una temática no adecuada para ser publicada. Es por ello que la publicación de este trabajo en la Revista Cirugía Plástica Ibero-latinoamericana enaltece aún más su alto nivel científico y de apertura.

Esta paciente, de género masculino, con cirugía de reasignación sexual ya realizada, tenía tratamiento hormonal feminizante desde hacia 6 años. Suspendió su terapia hormonal exclusivamente los 15 días previos y los 15 días posteriores a la cirugía. Contaba con poca grasa a nivel corporal debido a sus características de fisonomía y por una liposucción previa por lo que la opción de obtener grasa para lipoinyección en mayor cantidad no era viable; la única área posible para obtener grasa fue la cara interna de muslos. El implante fue cubierto en su mayor parte por el músculo tensor de la fascia lata, y en su porción posterior por la parte superior de la cintilla ileotibial.

El contorno logrado en la región glúteo-trocantérea se ob-

tuvo exclusivamente con los implantes, y aunque aparente que también se hizo liposucción en partes superiores e inferiores, la única extracción grasa realizada fue la de cara interna de muslos.

Esperemos, que como bien dice el Dr. Chamosa, se abran puertas para la publicación de estos y otros procedimientos que nos presenten nuevas alternativas para tratar pacientes de estas características y se eviten con ello muchas complicaciones que estos pacientes sufren por la falta de publicaciones sobre procedimientos quirúrgicos seguros para tratar sus requerimientos (1-3).

### Bibliografía

1. **Gaber Y.:** Secondary lymphoedema of the lower leg as an unusual side-effect of a liquid silicone injection in the hips and buttocks. *Dermatology.* 2004; 208:342.
2. **Restrepo CS, Artunduaga M, Carrillo JA, Rivera AL, Ojeda P, Martínez-Jimenez S, Manzano AC, Rossi SE.:** Silicone pulmonary embolism: report of 10 cases and review of the literatura. *J Comput Assist Tomogr.* 2009. 33:233.
3. **Clark RF, Cantrell FL, Pacal A, Chen W, Betten DP.:** Subcutaneous silicone injection leading to multi-system organ failure. *Clin Toxicol (Phila).* 2008 ;46 :834.