

Remodelación total de glúteos en pacientes con inyección masiva de sustancias desconocidas

Total buttocks remodeling in patients with massive injection of unknown substances



Noé J.G.

Jorge G. NOÉ*, Alejandro A. TUERO*,
José H. SORIA*

Resumen

Introducción y objetivo. Presentamos 2 casos clínicos de extirpación de gran cantidad de tejido afectado en pacientes con inyección masiva de materiales extraños en glúteos y el procedimiento reconstructivo empleado

Material y método. Describimos el procedimiento quirúrgico seguido tras la extirpación del material de infiltración, mediante disección de un colgajo dermograso de amplia base lateral que permite su avance en dirección medial para proveer tejido de la región superior del muslo lateral y conformar el nuevo glúteo.

Resultados. El contorno final de los glúteos y la ubicación de las cicatrices obtuvo un alto grado de satisfacción en ambas pacientes. El postoperatorio fue largo y algo tórpido por retardo de la cicatrización. Uno de los casos requirió revisión.

Conclusiones. Consideramos que los resultados obtenidos pueden ser una alternativa interesante para el tratamiento de esta patología, muy frecuente en la actualidad y de difícil resolución.

Abstract

Background and objective. We present 2 clinical cases of surgical removal of foreign materials from the buttocks and the following reconstructive procedures in patients with massive injections of foreign materials.

Methods. We describe the reconstructive procedure after the removal of the foreign material, with a dermal fat flap with a wide lateral base that allows to move the flap towards the center of the buttocks and provide tissue in the upper region of the lateral thigh, effectively reshaping the new gluteus.

Results. The final contour of the buttocks and the placement of the scars were accepted with great satisfaction by both patients. The postoperative was long and slow due to prolonged scarring. One case required revision.

Conclusions. We consider that the obtained results are encouraging and the method could make for an interesting alternative to treat this pathology, which is frequent and of difficult solution.

Palabras clave Glúteos, Remodelación glútea, Reconstrucción glútea, Colgajos dermograsos glúteos.

Nivel de evidencia científica 4d Terapéutico

Recibido (esta versión) 10 noviembre / 2022

Aceptado 23 mayo / 2023

Key words Buttocks, Buttocks reshaping, Buttocks reconstruction, Gluteal dermal fat flaps.

Level of evidence 4d Therapeutic

Received (this version) November 10 / 2022

Accepted May 23 / 2023

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún interés financiero relacionado con el contenido de este artículo.

Financiación: No hubo fuentes externas de financiación para este trabajo.

* Cirujano Plástico, Centro Médico Cerviño, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Introducción

El aumento de glúteos mediante inyección de diversas sustancias no aptas para tal fin constituye una problemática frecuente en nuestro medio, pero también abarca geográficamente casi todo el continente americano.⁽¹⁾ En la mayoría de los casos, este procedimiento es realizado en ambientes no quirúrgicos⁽²⁾ por personal no médico, que no tiene conocimiento del enorme daño potencial que puede ocasionar y que además no sigue las reglas de antisepsia y esterilidad al inyectar los materiales utilizados.⁽³⁾ Se han detectado materiales oleosos de diversa procedencia, silicona líquida, acrilatos de uso ortopédico y otros totalmente desconocidos.⁽⁴⁾ A pesar de las advertencias permanentes por parte de personal idóneo muchas pacientes continúan haciéndolo, en la mayoría de las ocasiones por cuestiones económicas ya que no pueden acceder a los tratamientos convencionales y autorizados, como el injerto de grasa o los implantes glúteos.

La resolución de estos casos es muy difícil y muchos de los tratamientos propuestos han fracasado en el intento de retirar estos productos. Las secuelas estéticas que se observan en esta patología son: grandes deformidades de los glúteos, con aumento de volumen desproporcionado, alto grado de ptosis por el peso de estas sustancias, formaciones de granulomas nodulares o irregulares,⁽⁵⁾ duros, visibles y palpables que pueden producir abscesos,⁽⁶⁾ distorsión del contorno y alteraciones pigmentarias.⁽⁷⁾ También puede haber secuelas sistémicas graves que llegan a involucrar diversos órganos y pueden conducir en la muerte del paciente.⁽⁸⁾ La mayoría de los productos inyectados se alojan en el plano subcutáneo, siendo fácilmente identificables mediante estudios ecográficos y de resonancia magnética.⁽⁹⁾

El objetivo de este trabajo es presentar 2 casos de esta patología sometidos a tratamiento quirúrgico para reducir drásticamente el volumen de los glúteos, maximizando la resección de los tejidos afectados, y obtener un resultado estético aceptable. Para ello, diseñamos una técnica de reducción de glúteos mediante una amplia incisión en forma de C que sigue los relieves y depresiones naturales del glúteo, permitiendo avanzar los tejidos sanos medialmente con un colgajo de base lateral que, además de mejorar el contorno, la proyección y la ptosis glútea de forma significativa, permite que la cicatriz sea estéticamente aceptable.

Material y método

Describimos el procedimiento quirúrgico diseñado para el procedimiento quirúrgico diseñado para la reducción y reconstrucción glútea aplicado en 2 pacientes tra-

tadas en 2019 y 2021. Ambos casos tenían antecedentes de inyección masiva de sustancias desconocidas en los glúteos y aplicaciones en reiteradas oportunidades, con un aumento desmesurado del volumen y una distorsión anatómica muy acentuada de los mismos (Fig. 1).

Técnica quirúrgica

Realizamos el marcaje preoperatorio con la paciente en bipedestación. Trazamos una amplia marca en forma de C que comienza en el relieve de la inserción superior del *gluteus maximus*, que corresponde al sector posterior

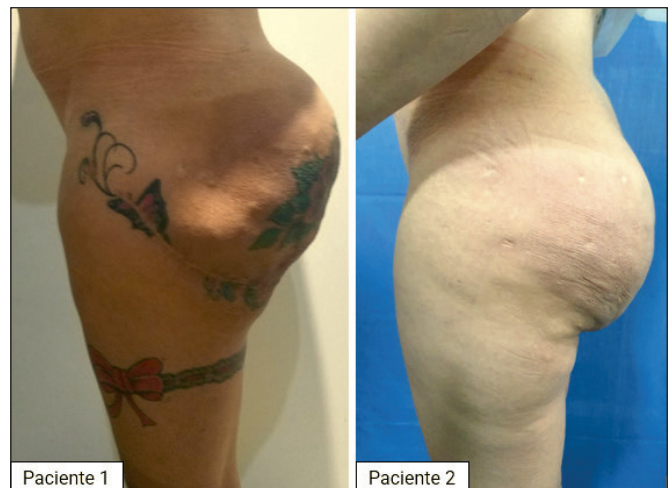


Fig. 1. Pacientes 1 y 2. Imágenes preoperatorias



Fig. 2. Marcaje semicircular de la incisión quirúrgica.

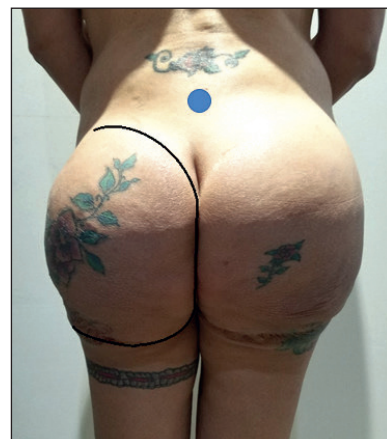


Fig. 3. Marcaje de la base del sacro.

de la cresta ilíaca y parte del borde lateral del sacro. Esta marca continúa descendiendo en forma vertical, paralela al surco interglúteo, a 2 cm. por fuera del margen anal. Por último, continúa hacia fuera siguiendo la curva del pliegue subglúteo (Fig. 2). Marcamos un punto en la mitad de la base del sacro (Fig. 3).

Iniciamos la cirugía con una incisión que comienza en el extremo superior del marcaje, continúa a lo largo de todo el trazo en forma de C formando un amplio colgajo que va a conservar el aporte sanguíneo a nivel lateral (Fig. 4).

Profundizamos la disección de forma perpendicular hasta alcanzar la fascia glútea. Luego lateralizamos en dirección al borde lateral del *gluteus maximus*. En todo momento trataremos de preservar la integridad de la



Fig. 4. Incisión semicircular.

fascia glútea, ya que constituye una barrera anatómica natural que impide la migración de las sustancias inyectadas en el tejido celular subcutáneo hacia tejidos más profundos. A continuación, procedemos con la disección completa del lado opuesto para lograr una resección lo más simétrica posible (Fig. 5).

Una vez completado el despegamiento, estimamos el grado de resección mediante tracción del colgajo en dirección mediocefálica (Fig. 6). Esta maniobra nos permite calcular 3 parámetros que se van a reflejar directamente en el resultado final:

- A. Una reducción controlada del volumen glúteo (Fig. 7).
- B. El tratamiento de la ptosis glútea, con reducción de la longitud del pliegue subglúteo (Fig. 8).
- C. La confección de una autoprótesis glútea mediante el plegado sobre sí mismo del *gluteus maximus* (Fig. 9).

Procedemos a la resección de la mayoría de los tejidos afectados que se encuentran en el glúteo propiamente dicho.

Seguidamente reconstruimos el glúteo a expensas del tejido proveniente de la parte superior del muslo, que avanza medialmente con el colgajo.

Finalizamos con la colocación de drenajes (Fig. 10), el cierre en 3 planos y la colocación de una cura no compresiva, con el paciente manteniendo posición en decúbito ventral durante 7 días. Indicamos deambulación precoz (Fig. 11).

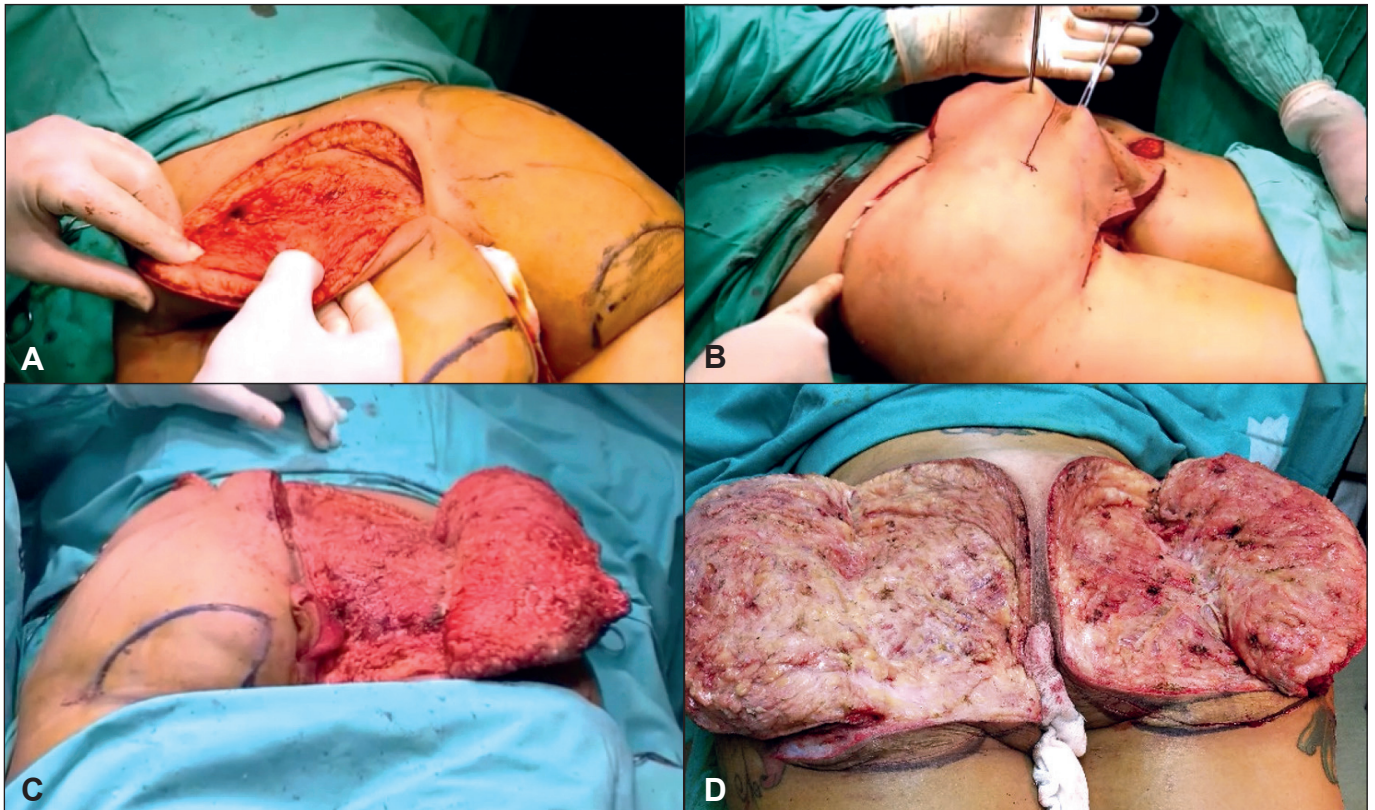


Fig. 5A. Disección hasta la fascia glútea. 5B. Estimación de la superficie a resear. 5C. Disección hasta el borde lateral del *gluteus maximus*. 5D. Disección del lado opuesto con el fin de simetrizar la resección.



Fig. 6. Maniobra de avance para corregir la ptosis glútea.



Fig. 7. Resección del tejido comprometido.



Fig. 8. Revisión de la resección.

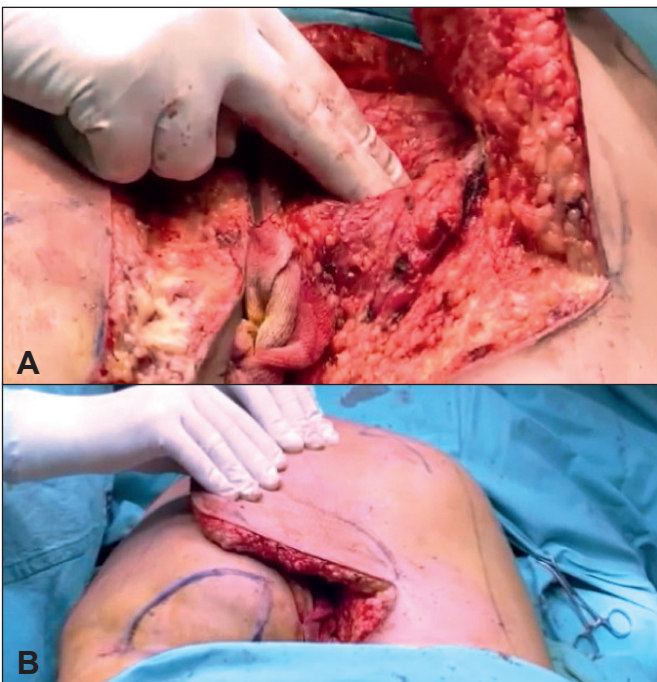


Fig. 9A. Plegado del *gluteus maximus* para confeccionar la autoprótesis glútea. 9B. Avance del colgajo con alta proyección del neoglúteo



Fig. 10. Aspecto final de la sutura.



Fig. 11. Fin de procedimiento y colocación de apósitos.

Resultados

Si bien es prematuro afirmar que los resultados obtenidos se mantendrán a largo plazo, en los pocos años que llevamos de seguimiento a nuestras 2 pacientes hemos observado que la calidad de las cicatrices es buena y que no se han desplazado de su lugar original (Fig. 12). Ambos casos continúan con su actividad normal, incluso con práctica de ejercicios y deportes. En cuanto a la estética en general, se conservó el volumen, proyección y definición de los glúteos obtenido con la intervención (Fig.13). También se mantuvo la corrección de la ptosis constatada por la corta longitud del pliegue subglúteo con la paciente en posición de pie (Tabla I).



Fig. 12 A y B. Paciente 1. Pre y postoperatorio a los 6 meses, vista de perfil y oblicua.

Tabla I. Resumen de los datos clínicos de los casos presentados

	Paciente 1	Paciente 2
Edad	50	35
Volumen resecado	1400 gr.	900 gr.
Ptosis glútea prequirúrgica	Grado 4	Grado 4
Ptosis glútea postquirúrgica	Grado 2	Grado 2
Complicaciones	Dehiscencia herida moderada Cicatriz hipertrófica parcia Asimetría no	Dehiscencia herida leve Cicatriz hipertrófica parcial Asimetría leve
Grado de satisfacción (Escala 1-5)	4	4

Discusión

La problemática del aumento de glúteos con materiales extraños mediante inyección de gran cantidad de producto (en ocasiones supera los 4 litros) constituye un desafío⁽¹⁰⁾ que nos lleva permanentemente a idear nuevas tácticas para la resolución de estos casos. Los es-

tudios por imagen nos permiten localizar y cuantificar aproximadamente la cantidad de material inyectado.^(11,12) En nuestra experiencia, los procedimientos de succión con cánulas de lipoaspiración no han sido una alternativa terapéutica realmente efectiva, y gran parte de los granulomas provocados no se pueden eliminar con este método.⁽¹³⁾

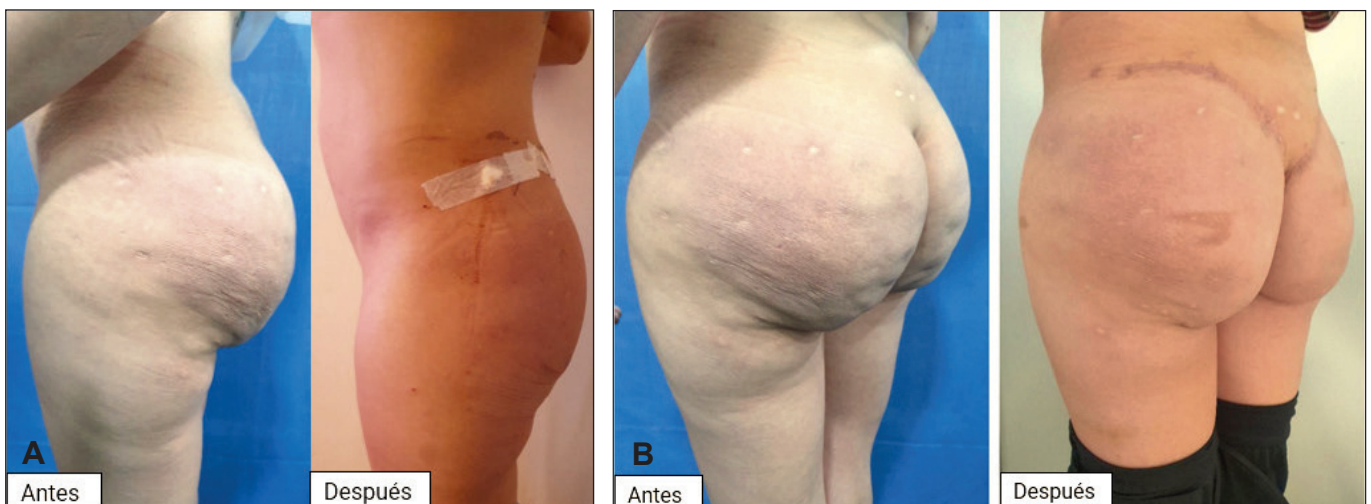


Fig. 13. A y B. Paciente 2. Pre y postoperatorio a los 6 meses, vista de perfil y oblicua.

La técnica de extirpación y reconstrucción que hemos presentado nos ha facilitado en los casos expuestos maximizar la resección de los tejidos afectados, ya que permite eliminar un gran sector del tejido dermograso glúteo propiamente dicho donde se encontraba prácticamente toda la sustancia inyectada,^(14,15) a la vez que reconstruimos el defecto resultante a expensas del avance de tejido proveniente del muslo lateral, que no contenía materiales extraños.

Conclusiones

Los resultados preliminares de la técnica presentada en 2 casos de reducción y remodelación de glúteos mediante colgajo en C fueron satisfactorios en las 2 pacientes presentadas. Logramos el objetivo clínico de reducir drásticamente la masa de tejidos afectados por las sustancias inyectadas, y también pudimos conseguir un resultado estético aceptable a pesar de la longitud de las cicatrices, ya que estas respetaban las zonas de transición de los glúteos y quedaron ubicadas exactamente sobre unidades estéticas de los mismos.

Si bien es una cirugía importante y larga, está bien sistematizada y es fácilmente reproducible. Por supuesto, siempre señalando que para obtener buenos resultados, es importante la selección adecuada del paciente.

Dirección del autor

Dr. Jorge Gabriel Noé
Centro Médico Cerviño
Av. Cerviño 4407, Buenos Aires, Argentina
Correo electrónico: gabrielnoe2000@yahoo.com.ar

Bibliografía

1. **Duarte y Sánchez A, Hedo-Toledo AH, Pradel-Mora J, Gómez-Recilla V.** Complicación tardía tras infiltración de biopolímeros en glúteos. *Cir. plást. ibero-latinoam.* 2016; 42(4):385-389.
2. **Juárez-Duarte EJ, Amezcua-Herrera C, Zea-Arévalo FD, Guerrero-Avenida G.** Hallazgos en resonancia magnética y asociación entre el inicio de los síntomas de pacientes con enfermedad por modelantes en región glútea y el agente químico empleado. *Anales de Radiología México* 2013;4: 223-230.
3. **Vega López P, Martínez-Carpio P.** Complicaciones de las inyecciones de silicona líquida en los tratamientos estéticos y riesgos asociados al intrusismo profesional *Medicina Estética* 2017, 52: 39-47.
4. **Ferrentino NA, Seiler JI, Montanari MI, Prezzavento GE.** Lipotransferencia: una nueva estrategia para el tratamiento de siliconomas en región glútea. Reporte de un caso. *Rev Argentina de Cirugía Plástica*, 2017; 23(1):32-36.
5. **Spivacow FR.** Hipercalcemia causadas por inyección subcutánea con metacrilato *Rev Nefrol Dial Traspl.* 2016; 36(4): 235-240.
6. **Gómez Recillas V, Alonzo Bernal C, Ramos Vargas AK, Hedo Toledo A, Nogueira Fernández JM, Poblete González RA.** Abscesos glúteos después de tres años de la infiltración de biopolímeros. Caso clínico y revisión de la literatura. *Revista Electrónica de Portales Medicos.com*, octubre 2014.
7. **Castro CM, Ríos CA, López CA, Ospina ML, Ortiz Y.** Efectos adversos de las sustancias modelantes en Cali, Colombia. *Biomédica*, 2021;41(1):123-130.
8. **Rey M, Lozano MP, Martínez MP, Bomarito MJ. et al.** Hipercalcemia asociada a granuloma por cuerpo extraño en paciente con HIV. *Actual. Osteol* 2013; 9(1): 96-101.
9. **Ellenbogen R, Rubin L et al.** Injectable fluid silicone therapy. Human morbidity and mortality. *JAMA* 1975: 234: 308-309.
10. **Pastor E, Andreu AL, Chiner E.** Neumonitis aguda y síndrome de distrés respiratorio del adulto tras inyección subcutánea de silicona líquida. *Archivos de Bronconeumología*. 2005;41(12):702-703.
11. **Price EA, Schueler H and Perper JA.** Massive systemic silicone embolism: a case report and review of literature. *Am J Forensic Med Pathol* 2006; 27: 97-102.
12. **Matsuba T, Sujiura T, Irei M, Kyan Y, Kunishima N et al.** Acute Pneumonitis Presumed to be Silicone Embolism. *Internal Medicine* 1994; 33: 481-483.
13. **Sanz-Barriga HA, Eróstegui Revilla CP.** Alogenosis Iatrogénica, el Gran Peligro de los Biopolímeros. *Rev Cient Cienc Med* 2010;13(1): 31-34.
14. **González Castro LF, Alviar Rueda JD, Cano Calle HJ.** Análisis infrarrojo del hialucorp, metacorp y silicona líquida en el marco de la aloigenosis iatrogénica *RCCP* 2017;23(1):37-45.
15. **González Díaz CP.** Uso de la ecografía de alta resolución de tejidos blandos para la caracterización de material exógeno y sus complicaciones. *Rev. Colomb. Radiol.* 2019; 30(1):5064-5068.
16. **Nasseri E.** Gluteal Augmentation With Liquid Silicone of Unknown Purity Causes Granulomas in an Adult Female: Case Report and Review of the Literature *J Cutan Med Surg* 2016;20(1):72-79.
17. **Almeida DA, Rebello C, Prestes MA.** The employment of suction for the removal of siliconomas. *Plast Reconstr Surg.* 1990;85:635-636.
18. **Ellis LZ, Cohen JL, High W.** High Granulomatous reaction to silicone injection. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2012;5:44-47.
19. **DornelasMT, Dornelas Correa MP, Lemos BarraFM et al.** Siliconomas *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2011; 26(1):16-21.
20. **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):734-74