

Cirugía Plástica
Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

ISSN: 0376-7892

ciplaslatin@gmail.com

Sociedad Española de Cirugía Plástica,
Reparadora y Estética
España

Avendaño-Valenzuela, G.

Contorno de la región glútea. Conceptos actuales y propuesta de clasificación
Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 36, núm. 3, julio-septiembre, 2010, pp. 239-
245

Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365540071006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Contorno de la región glútea. Conceptos actuales y propuesta de clasificación

Contouring of gluteal region. Current concepts and proposal for classification



Dr. Gamaliel Avendaño-Valenzuela

Avendaño-Valenzuela, G.*

Resumen

La mejora del contorno glúteo y de las regiones paraglúteas es un requerimiento frecuente por parte de las pacientes. Algunos autores han hecho contribuciones múltiples a este tema: cruroplastias, levantamiento glúteo, implantes de glúteo, flancoplastias, liposucción y lipoinyección, técnicas que logran mejoría del contorno glúteo, pero que generalmente requieren una combinación de procedimientos.

Sugerimos una clasificación para facilitar la elección del tratamiento quirúrgico más adecuado para la remodelación de la región glútea. Esta clasificación se basa principalmente en la anatomía músculo-esquelética de la región glútea, la cadera y las zonas de deformidad o lipodistrofia.

Analizamos un total de 800 mujeres entre 16 y 54 años de edad, a lo largo de un período de 7 años. A todas se les realizó estudio anatómico y fotográfico de la cadera. Analizamos las estructuras músculo-esqueléticas y las zonas con lipodistrofia o deformidad; éstas últimas fueron clasificadas según su frecuencia como zona I, II, III, IV y V.

Las deformidades aparecieron con la frecuencia siguiente: tipo I: 5 %. Tipo II: 30 %. Tipo III: 40 %. Tipo IV: 20 %. Tipo V: 5 %.

El propósito de esta nueva clasificación de deformidades de la cadera y su tratamiento es actualizar los conceptos y evolucionar en el tratamiento estético de la cadera con un concepto global. Permite también obtener resultados estéticos más relevantes. La clasificación, aplicable a las mujeres latinas y anglosajonas, ofrece una guía para el estudio preoperatorio de los glúteos y evitar así secuelas tras la cirugía.

Palabras clave Remodelación corporal, Contorno glúteo, Clasificación glútea, Gluteoplastia.

Código numérico 47

Abstract

An improvement in the contouring of gluteal and paragluteal regions has been frequently required by the patients. Some authors have made multiple contributions like cruroplasty, gluteal lift, gluteal implants, flancoplasty, liposuction and lipoinjection, because the improvement of the gluteal contouring requires a combination of procedures.

We are suggesting a classification to make easier the choice of the treatment to carry out in the gluteal region. This classification is mainly based in the muscle-skeletal anatomy of the gluteal region, the hip, and the zones of deformity or lipodystrophy.

A total of 800 women, 16 to 54 years old were considered in a period of 7 years. All were subject to an anatomical study of the hip and photo study. We studied the muscle-skeletal structures and the zones with lipodystrophy or deformity. The zones of lipodystrophy or deformity were classified by their frequency as Zone I, II, III, IV and V.

Deformities appeared with the following frequency: Type I: 5%. Type II: 30%. Type III: 40%. Type IV: 20%. Type V: 5%.

The purpose of this new classification of hip deformities and its treatment is to allow us to update the concepts and to evolve in the aesthetic treatment of the hip with a global concept. This classification also allows more relevant aesthetic results. The classification offers a guide for the gluteal preoperating studies and for avoiding sequels, and can be applied to latin and anglo-saxon women.

Key words Body contouring, Gluteal shape, Gluteal classification, Gluteoplasty.

Numeral Code 47

* Cirujano Plástico. Director General de Centro de Cirugía Estética Facial y Contorno Corporal. Ciudad Satélite, Naucalpan, Estado de México. México.

Introducción

La mejoría en el contorno de la región glútea y paraglútea es un requerimiento frecuente por parte de pacientes del sexo femenino. Las técnicas de Cirugía Estética aplicables al contorno corporal han tenido grandes aportaciones para el tratamiento de esta zona anatómica: cruroplastia, pexia de glúteos, aumento de glúteos con implantes, flancoplastia, etc. Pitanguy (1) Regnault (2) y col mejoran la región glútea resecando el tejido en la zona del trocánter y el pliegue glúteo. González Ulloa (3) y Lockwood (4) obtienen una mejor forma elevando completamente la región glútea. Sin embargo estas técnicas producen cicatrices visibles. Otra aportación importante ha sido la utilización de implantes glúteos para mejorar el volumen de la zona, pero esta técnica puede presentar importantes complicaciones como infección, mala posición, exposición de las prótesis, etc. (5). Consideramos que debido a estas complicaciones, los implantes glúteos están indicados solo para un grupo reducido de pacientes. El inicio de la liposucción supuso un gran aporte técnico en el tratamiento del contorno glúteo al que se añadió la inyección de grasa (6-10). La lipoinyección permite mejorar principalmente la proyección ánteroposterior. Sin embargo es muy frecuente que obtengamos unas caderas con forma cuadrada cuando se utiliza la lipoinyección sola (11). Cuando combinamos liposucción y lipoinyección los resultados estéticos son más agradables (12). Si pudiéramos agregar una metodología clínica a la forma de aplicar estos dos procedimientos quirúrgicos, los resultados podrían ser mejores.

Durante todo este tiempo de evolución, diferentes autores han realizado estudios en relación a la anatomía glútea, determinando de qué manera se pueden combinar diferentes técnicas quirúrgicas para mejorar los resultados estéticos (13-15). Nosotros creemos que la región glútea y las áreas adyacentes deben ser valoradas como un complejo estético para facilitar el tratamiento integral. De esta manera, podremos lograr que el resultado quirúrgico sea más armónico con el resto del cuerpo. Por todo esto, proponemos una clasificación basada principalmente en la anatomía músculo-esquelética de la región, en las zonas de deformidad y en el grado de lipodistrofia presente. Con ella, actualizamos el concepto tradicional y universal de la forma estética de la cadera.

Material y método

Realizamos un análisis clínico de la estructura músculo-esquelética de los glúteos y de las aéreas circundantes en pacientes de género femenino. Incluimos en el estudio a todas aquellas pacientes que acudieron a cirugía de contorno corporal en nuestra consulta durante un periodo de 7 años. Las pacientes fueron examinadas descalzas y de pie. A todas se les realizó calculo de índice de

masa corporal (IMC), tomando en cuenta su peso en Kg. y su altura en cm. En el estudio se incluyeron solo pacientes con IMC entre 18 y 25. También se incluyeron aquellas pacientes con historia de alguna alteración anatómica por luxación congénita de cadera, trauma mayor o cirugía en dicha región.

Para poder realizar comparaciones y determinaciones objetivas, tomamos como parámetro 4 puntos anatómicos fijos descritos por Cuenca-Guerra (11): Espina iliaca ánterosuperior (punto A), parte más prominente del trocánter mayor (punto B), punto de mayor proyección glútea (punto C) y sínfisis del pubis (punto D). Realizamos también un estudio comparativo fotográfico de todas las pacientes en posición pósterioanterior y lateral, derecha e izquierda (Fig. 1).

Resultados

Se incluyeron en el estudio un total de 800 pacientes de sexo femenino con edades comprendidas entre 16 y 54 años, con una media de 38 años. Todas tenían diagnóstico de lipodistrofia y/o deformidad glútea. Analizamos las aéreas afectadas y con base en la frecuencia dividimos la cadera en zonas: la zona I corresponde a la región sacra y espalda baja; la zona II corresponde a la zona súperolateral glútea y flancos; la zona III es la zona media externa que corresponde a la zona de inserción muscular; la zona IV corresponde a la parte inferior externa que es el trocánter; la zona V corresponde a la cara interna y posterior del muslo y la zona VI corresponde a la proyección del glúteo (Tabla I, Fig. 1 y 2). Realizamos la clasificación en base a las zonas de lipodistrofia que se presentan más frecuente (Tabla II) y la ordenamos en base al porcentaje de aparición en las 800 pacientes (Fig. 3-7). En la Tabla III presentamos los porcentajes de frecuencia del total de las pacientes. Una vez realizada la clasificación, describimos los tratamientos específicos para cada tipo de deformidad que se muestran en la Tabla IV. En el 84% de las pacientes de nuestro grupo, está indicada la lipoinyección glútea.

	ZONAS DE LIPODISTROFIA
I	Región sacra y parte inferior de la espalda
II	Región glútea superior-lateral y flanco
III	Zona externa media que corresponde a la inserción muscular
IV	Parte externa inferior, que es el trocánter mayor
V	Lados interno y posterior del muslo
VI	Proyección glútea

Tabla I. Zonas de lipodistrofia de la cadera.

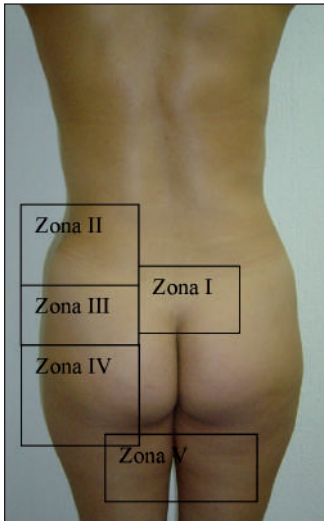


Fig. 1 y 2. Zonas de lipodistrofia de la cadera.

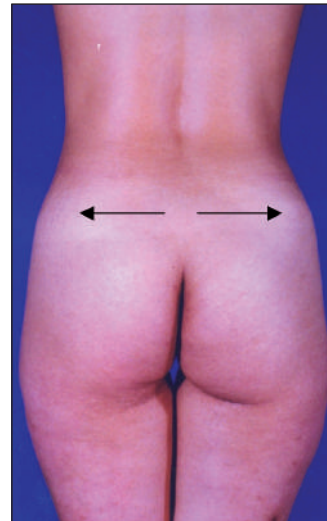


Fig. 3. lipodistrofia tipo I

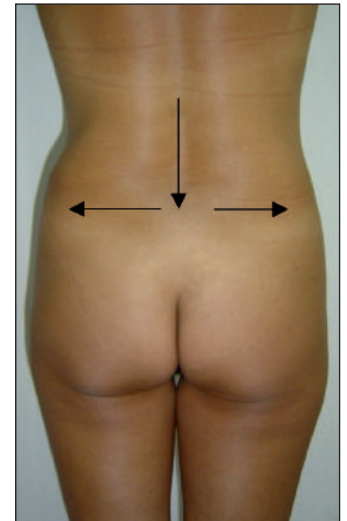


Fig. 4. Lipodistrofia tipo II

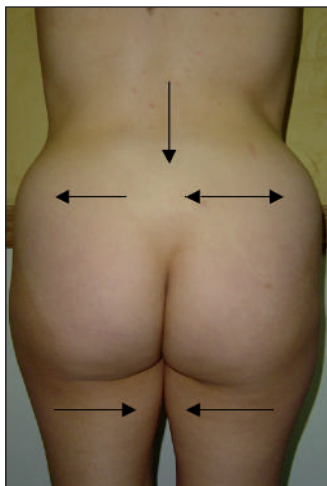


Fig. 5. Lipodistrofia tipo III

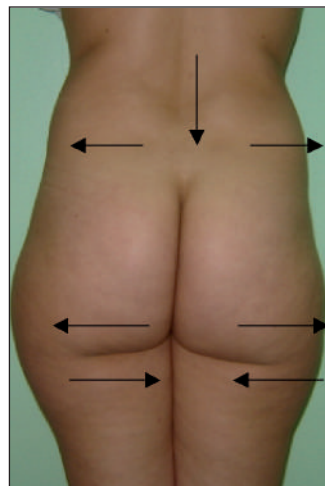


Fig. 6. Lipodistrofia tipo IV

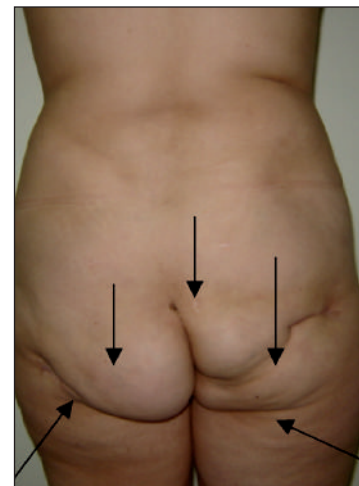


Fig. 7. Lipodistrofia tipo V

TIPO	CLASIFICACION DE LIPODISTROFIAS
I	Lipodistrofia Zona II
II	Lipodistrofia Zonas I, II
III	Lipodistrofia Zonas I, II y V
IV	Lipodistrofia Zonas I II, IV y V
V	Deformidad congénita o lesiones de cualquier área del glúteo
A	Si hay poca proyección de los glúteos

Tabla II. Clasificación de las lipodistrofias.

LIPODISTROFIA	%	PACIENTES
Tipo I	3	24
Tipo I -A	2	16
Tipo I	5	40
Tipo HA	25	200
Tipo III	2	16
Tipo IIIA	38	304
Tipo V	5	40
Tipo IV -A	15	120
Tipo V	1	8
Tipo V -A	4	32

Tabla III. Porcentajes sobre el total de pacientes del grupo de estudio.

LIPODISTROFIA	%	TRATAMIENTO PRIMARIO
Tipo I	3	Lipoescultura zona II
Tipo I –A	2	Lipoescultura zona II y Lipoinyección glútea
Tipo II	5	Lipoescultura zonas I y II
Tipo II- A	25	Lipoescultura zonas I y II y Lipoinyección glútea
Tipo III	2	Lipoescultura zonas I, II y V
Tipo III- A	38	Lipoescultura zonas I, II, V y Lipoinyección glútea
Tipo IV	5	Lipoescultura zonas I, II, IV y V
Tipo IV –A	15	Lipoescultura zonas I, II, IV, V y Lipoinyección glútea
Tipo V	1	Lipoescultura periférica a la deformidad y/o rotación de colgajos. Expansion tisular
Tipo V –A	4	Lipoescultura periférica a la deformidad, Lipoescultura glútea y/o rotación de colgajos. Expansión tisular.

Tabla IV. Tratamiento específico para cada tipo de deformidad.

Discusión

En la actualidad, la importancia de moldear de forma ideal el contorno de la cadera y los glúteos femeninos nos lleva a considerar varios procedimientos quirúrgicos, solos o combinados, para lograr este objetivo. Estos procedimientos incluyen desde la cruroplastia (1,2), la pexia de glúteos (16), el aumento de glúteos con implantes (5), la flancoplastia (2), hasta la resección de tejido del trocánter y del pliegue glúteo (2). La liposucción fue un gran aporte técnico para el tratamiento del contorno glúteo a la que se sumó posteriormente la inyección de grasa (6-10). Sin embargo, son pocas las referencias que como la de Grazer (17), involucran la deformidad de la cadera y de la cintura sin considerar la proyección desde el punto de vista estético. Este autor presentó su clasificación de deformidades de la cadera y su tratamiento. Sin embargo, existen factores que no son tomados en cuenta y que son muy importantes para lograr un resultado completo y no limitado a un área.

Las deformidades de la cadera se basan principalmente en aspectos genéticos, exceso de peso y embarazos previos. Granzer realizó su clasificación únicamente en pacientes anglosajonas; pero en nuestro entorno, es importante considerar las variaciones raciales propias de las mujeres latinas (11,18). En la mayoría de las mujeres latinas existe falta de definición en el contorno glúteo debido a una mala distribución del tejido graso en la periferia de la región glútea. Otros autores como Mendieta (12), presentan su clasificación sin definir específicamente los tratamientos posibles.

Un factor importante en nuestro grupo de estudio fue el que todas las pacientes analizadas presentaban zonas de lipodistrofia, lo que nos permitió solucionar quirúrgicamente solo con lipoescultura y lipoinyección la mayoría de los casos. Esto no significa que no estemos de

acuerdo con el uso de implantes de glúteo, pero sí que consideramos que deben ser usados en casos muy específicos en los que las pacientes no tengan zonas de donde podamos extraer grasa. Este tipo de pacientes tienen un índice de masa corporal menor de 18.

En nuestros resultados, la distribución de la grasa en la región superior es más frecuente, como lo muestran los porcentajes obtenidos en nuestra serie; los tipos más frecuentes dentro de la clasificación que proponemos fueron el III (40%) y el II (30%) y las zonas más afectadas son la zona I (sacra), la zona II (paraglútea superior lateral) y la zona V (paraglútea inferior interna). Estos sitios corresponden a las zonas de afectación que con mayor frecuencia se observan en la población femenina en general. También incluimos las deformidades traumáticas o quirúrgicas y de esta forma podemos dar solución a cualquier tipo de afección en todas las zonas de la cadera.

A nuestro modo de ver, la mejor forma de moldear el contorno corporal es mediante liposucción y lipoinyección (16, 19, 20). Existen múltiples estudios en los que se ha comprobado la persistencia y seguridad de la inyección de grasa en el espacio muscular del glúteo, inclusive con seguimientos a largo plazo mediante Resonancia Magnética (21).

Consideramos que la belleza de los glúteos en la mujer latina es diferente al concepto en la mujer anglosajona. La evaluación de la cadera basada en nuestra clasificación permite una adecuada determinación de las zonas afectadas, lo que permite moldear cualquier tipo de cadera con adecuados resultados estéticos.

El concepto actual de belleza glútea nos exige realizar una adecuada valoración preoperatoria; consideramos que nuestra clasificación permite que el diagnóstico y tratamiento tengan una base más objetiva y de esta manera podamos obtener resultados más predecibles y con un bajo índice de secuelas.

Conclusiones

El diagnóstico y el tratamiento del contorno de la cadera basado en nuestra clasificación nos permiten realizar una adecuada valoración preoperatoria de las pacientes que se someten a una remodelación de su contorno corporal. La combinación de liposucción y lipoinyección glútea permite un tratamiento integral con resultados inmediatos y permanentes. La clasificación que proponemos es un método de evaluación útil en los casos en los que existe, evitando procedimientos que conlleven cicatrices extensas que se reservarán para un porcentaje menor de pacientes.

El concepto actual sobre la belleza de la cadera está más relacionado con la forma músculo-esquelética, y supone una valoración más escultural frente al concepto tradicional en el que la cadera tenía un aspecto cuadrado. Con esta nueva propuesta podemos evaluar la tipología preoperatoria tanto de pacientes latinas como anglosajonas.

Dirección del autor

Dr. Gamaliel Avendaño Valenzuela
Pafnuncio Padilla No. 17, 4to piso,
Ciudad Satélite, Naucalpan, Estado de México,
México. CP53100.
e-mail: gammaliel@hotmail.com;
gamalielmd@hotmail.com

Bibliografía

1. **Pitanguy I** "Trochanteric lipodystrophy". *Plast. Reconstr. Surg.* 1964; 34:280.
2. **Regnault P, Baroudi R, Silveira C** "Correction of lower limb lipodystrophy". *Aesth Plast Surg.* 1979; 3:233.
3. **Gonzalez-Ulloa M** "Torsoplasty". *Aesth Plast Surg* 1979; 3:357.
4. **Lockwood T** "Transverse flank-thigh-buttock lift with superficial fascial suspension". *Plast Reconstr Surg.* 1991; 87:1019.
5. **Robles JM, Tgliaperta JC, Grandi MA** "Gluteoplastia de Aumento: Implante Submuscular". *Cir. plást. iberolatinoam.* 1984;10: 365.
6. **Cárdenas-Camarena, L, Tobar-Losada, A, Lacouture M.A.** "Large-Volume Circumferential Liposuction with Tumescence Technique: A Sure and Viable Procedure". *Plast Reconstr Surg.* 1999; 104(6):1887.
7. **Klein, J A.** "Tumescence technique for local anesthesia improves safety in large-volume liposuction". *Plast. Reconstr. Surg.* 1993; 92: 1085.
8. **Guerrosantos, J, González-Mendoza, A., Masmela, Y., González, M. A., Deos, M., and Diaz, P.** "Long term survival of free fat grafts in muscle: An experimental study in rats". *Aesth. Plast. Surg.* 1996; 20: 403.
9. **Chajchir, A.** "Fat injection: Long-term follow-up". *Aesth. Plast. Surg.* 1996; 20:29.
10. **Gasparotti, M.** "Superficial liposuction: A new application of the technique for aged and flaccid skin". *Aesth. Plast. Surg.* 1992; 16: 141.
11. **Cuenca-Guerra R, Lugo-Beltran I.** "Beautiful buttocks: characteristics and surgical techniques". *Clin Plast Surg.* 2006; 33(3):321.
12. **Mendieta C** "Gluteal Reshaping". *Aesth. Surg. J.* 2007;27:641.
13. **Babuccu O, Gozil R, Ozmen S, Bircelioglu M, Aifoglu O, Celebi MC** "Gluteal region morphology: The effect of the weight gain and aging". *Aesth Plast Surg* 2002;26:130.
14. **Gonzalez R.** "Etiology, definition, and classification of gluteal ptosis". *Aesth. Plast. Surg.* 2006; 30: 320.
15. **Porto Da Rocha R.** "Surgical anatomy of the gluteal region's subcutaneous screen and its use in plastic surgery". *Aesth. Plast. Surg.* 2001; 25:140.
16. **Gonzalez Ulloa M.** "Gluteoplasty: A ten year report". *Aesth. Plast. Surg.* 1991;5:85.
17. **Grazer, F. M., and Klingbeil, J.R.** "Body image: A surgical Perspective". St. Louis, C. Mosby Company, 1980
18. **Cárdenas-Camarena L, Lacouture A, Tobar-Losada A.** "Combined gluteoplasty: liposuction and lipoinjection". *Plast Rec. Surg* 1999;104: 1524.
19. **Illouz, Y G.** "Body contouring by lipolysis: A 5-year experience with over 3000 cases". *Plast. Rec. Surg.* 1983; 72: 591.
20. **Baroudi, R.** "Body sculpturing". *Clin. Plast. Surg.* 1984; 11: 419.
21. **Horl, H. W., Feller, A. M. and Biemer, E.** "Technique for liposuction fat reimplantation and long-term evaluation by magnetic resonance imaging". *Ann. Plast. Surg.* 1991; 26:248.

Comentario al trabajo: “Contorno de la región glútea. Conceptos actuales y propuesta de clasificación”

Dr. Pedro Arquero Salinero

Cirujano Plástico. Practica privada. Madrid (España). Director de la Revista Cirugía Estética Plástica

Felicitemos al Dr Avendaño por el trabajo de análisis efectuado que le ha llevado a la proposición de un método de clasificación de las alteraciones estéticas de la región glútea. Como todos sabemos, un diagnóstico preciso es el paso fundamental para una correcta indicación de los procedimientos y técnicas a ser empleadas; esto nos permitirá obtener, sin duda, unos mejores resultados.

También compartimos la opinión del Dr. Avendaño cuando dice que el tratamiento del contorno de la cadera y de los glúteos femeninos generalmente requiere una combinación de procedimientos quirúrgicos para lograr este objetivo. Actualmente contamos con suficientes técnicas como para poder ofrecer a nuestros pacientes soluciones a los más diversos problemas de carácter estético en esta región. Así, podemos diferenciar las operaciones para el tratamiento de la flacidez de las del modelado. La cirugía bariátrica ha estimulado el desarrollo de las dermolipectomías, iniciadas en la época preliposucción, pero sin duda es esta última quien ha dado el gran impulso a la remodelación corporal.

Dejando a un lado la resección del excedente cutáneo y centrándonos en el modelado de la región glútea, los excesos o acúmulos distróficos de grasa los resolveremos, sin mayores problemas, con la lipoescultura; si a ella le sumamos la posibilidad de aumentar volumen con los lipoinjertos, no cabe duda de que podremos conseguir resultados más armoniosos y naturales. El término lipoescultura viene a resaltar el concepto básico actual de modelado corporal.

Concretamente en la cintura pélvica, especialmente en el glúteo, es de gran importancia la aportación del Dr. Avendaño al diferenciar las áreas anatómicas lipodistróficas de manera que puedan relacionarse para proporcionar estas cinco tipologías. Por otra parte, no debemos olvidar que estas clasificaciones son siempre orientativas y que difícilmente alcanzan a agrupar todas las posibilidades o combinaciones; sin embargo, son especialmente útiles a la hora de realizar estudios, tanto preoperatorios como de nuestros propios resultados.

Lo que echamos verdaderamente en falta es una referencia concreta a las áreas en las que suele ser necesaria la aportación de volumen. Estos defectos los encontraremos, principalmente, en la fosa supratrocantérica (Zona III del autor), en la depresión

isquiática y en la proyección del glúteo en su zona media (Zona VI y Tipo A de lipodistrofia en las clasificaciones del autor).

Hoy día, la elección del método de tratamiento de estas deficiencias es tema de discusión. Así, podremos rellenar dichos defectos, principalmente, mediante dos técnicas quirúrgicas: el lipoinjerto y las prótesis glúteas.

No cabe duda de que el lipoinjerto es más simple y mucho más frecuentemente utilizado que las prótesis aunque solo podrá ser realizado, claro está, cuando la paciente disponga de grasa suficiente como para aportar el volumen necesario.

En caso contrario, o cuando se necesita una proyección posterior de más de 2 cm de manera localizada y concentrada en alguna zona de la nalga estarán indicadas las prótesis glúteas. Estas permiten unos resultados seguros, predecibles y repetibles cuando se han implantado con una técnica adecuada (nosotros utilizamos la técnica intramuscular o técnica XYZ del Dr. Raul González (1).

La principal indicación del lipoinjerto glúteo es la corrección de la fosa trocantérica y la retracción isquiática y, en menor medida, la de proporcionar volumen. El injerto de grasa tiene el inconveniente de su absorción y de proporcionar un aumento volumétrico limitado. Es decir, a nuestro entender, cada técnica tiene sus indicaciones e, incluso, en gran número de ocasiones, para obtener resultados óptimos, las prótesis glúteas deben ser asociadas al lipoinjerto (2).

Está claro que el autor no es partidario de los implantes glúteos no solo porque no los incorpora a los tratamientos específicos para cada uno de los tipos de deformidad (Tabla IV) sino, también, por las posibles complicaciones que refiere para evitar su utilización. No compartimos este criterio; es más, creemos que el cirujano que acomete el modelado de la región glútea ha de contar tanto con el recurso de los injertos grasos como de los implantes.

Bibliografía

1. **Gonzalez R.** “Augmentation Gluteoplasty: the “XYZ Method”. *Aesth. Plast Surg.* 2004; 28(6): 417.
2. **Gonzalez R.** “Remodelación de nalgas: ¿prótesis o lipoinjerto?” *Cir Est Plast.* 2009; 10:10.

Respuesta al comentario del Dr. Pedro Arquero Salinero

Dr. Gamaliel Avendaño Valenzuela

En primer lugar quiero agradecer al Dr. Arquero por sus valiosos comentarios al artículo.

En segundo lugar quiero analizar algunos puntos en relación a dicho comentario. Definitivamente es de suma importancia el tener una forma de evaluar, clasificar y determinar el probable tratamiento a seguir de cualquier zona del cuerpo, enfocándonos en este momento a los glúteos, ya que eso reduce significativamente la probabilidad de complicaciones quirúrgicas o bien de un inadecuado diagnóstico que pueda condicionar esas complicaciones, desde leves hasta graves.

En relación al uso de implantes, definitivamente son una herramienta útil en la cirugía estética del glúteo; sin embargo, considero el uso de los mismos en pacientes que tienen menos del 18% de IMC, es decir, que no tienen zonas donantes de células grasas, en pacientes que tienen secuelas de cirugías previas de implantes glúteos por inadecuada colocación, o en pacientes que requieren volúmenes grandes de proyección (mayores de 400cc), ya que debemos recordar que el implante únicamente nos modifica la proyección, y no la forma global de la cadera.

Considero que en nuestra población podemos solucionar hasta un 98% de los problemas del glúteo con lipoescultura y lipoinyección. Es de suma importancia que con responsabilidad y ética demos el justo lugar a los implantes de glúteo, ya que tanto los cirujanos plásticos que inician su actividad, como los de mayor experiencia, hemos de tener en cuenta las indicaciones ideales y saber que los cuidados deben ser extraordinariamente estrictos, incluso mayores que en otro tipo de cirugías, así como remarcar que las posibles complicaciones y restricciones de los implantes han de ser informadas perfectamente a cada paciente cuando los vamos a emplear.

En este artículo únicamente nos enfocamos hacia la evaluación, diagnóstico y posibles tratamientos; es nuestra intención continuar con otro trabajo en el cual plasmaremos, de una manera más objetiva, todo lo relacionado al manejo de la lipoinyección glútea.

Muchas gracias Dr. Arquero por su valioso comentario.