



# Gluteoplastia Técnica Intramuscular (XYZ)

## *Gluteoplasty using the Intramuscular (XYZ) Method*

ANTONIO DONIZETI CASTILHO <sup>1\*</sup>  
JOEL VEIGA FILHO <sup>2</sup>  
DANTE GONZALEZ <sup>3</sup>

### RESUMO

**Introdução:** No conceito de beleza corporal, a forma e o tamanho das nádegas são fundamentais, provocando uma crescente busca não só de mulheres, como também de homens, pela cirurgia de gluteoplastia. O objetivo deste trabalho é apresentar a experiência do autor em gluteoplastia com a técnica intramuscular (XYZ). **Método:** No período de 2010 a 2015 foram operados 29 pacientes com idades entre 22 e 64 anos (média 43 anos), sendo 26 mulheres (89,66%) e três homens (10,34%). Foram usados implantes redondos ou ovais, com volumes entre 240 e 420 ml (média de 330 ml), dependendo da melhor indicação para cada caso. **Resultados:** Foram obtidos bons resultados sob o aspecto de aumento de volume e harmonia da região glútea, com alto índice de satisfação dos pacientes. **Conclusões:** Na casuística do estudo a técnica intramuscular (XYZ) se mostrou segura, tanto nas cirurgias primárias como nas cirurgias secundárias, para tratar casos de assimetria e/ou implantes visíveis. Com a pré-determinação dos pontos fixos XYZ, o procedimento torna-se seguro e reprodutível.

**Descritores:** Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Nádegas; Elastômeros de silicone; Próteses e implantes.

### ABSTRACT

**Introduction:** The shape and size of the buttocks are essential to the notion of bodily beauty. This has resulted in a growing interest in gluteoplasty among both women and men. The aim of the present study was to present the author's experience with gluteoplasty using the intramuscular XYZ method. **Method:** Between 2010 and 2015, 29 patients aged 22 to 64 years (average, 43 years) underwent gluteoplasty; of these 26 were women (89.66%) and 3 were men (10.34%). Round or oval implants were used, with volumes of 240 to 420 ml (average, 330 ml), depending on the individual case. **Results:** Good results were obtained in terms of volume increase and harmony of the gluteal region, with a high degree of patient satisfaction. **Conclusions:** The intramuscular XYZ method was safe, both for primary and secondary surgery, to treat cases of asymmetry and/or visible implants. Predetermining the XYZ reference points makes this procedure safe and reproducible.

**Keywords:** Reconstructive surgical procedures; Buttocks; Silicone elastomers; Prosthesis and implants.

Instituição: Clínica Tabancura,  
Santiago, Chile.

Artigo submetido: 12/5/2016.  
Artigo aceito: 19/9/2016.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2017RBCP0067

<sup>1</sup> Clínica Tabancura, Santiago, Chile.

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina de Pouso Alegre, Pouso Alegre, MG, Brasil.

<sup>3</sup> Sociedade Chilena de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética, Santiago, Chile.

## INTRODUÇÃO

O contorno corporal é cada vez mais valorizado, principalmente em países tropicais como o Brasil, com grande exposição corporal. As nádegas são constituídas por músculos, cujas funções são movimentar os membros inferiores e manter o tronco em postura ereta<sup>1</sup>. A gluteoplastia é um procedimento que busca a melhora do contorno corporal e o número de pacientes operados vem crescendo em todo mundo. Nos Estados Unidos, no período de 2013 a 2014, houve um aumento de 86% nos procedimentos de gluteoplastia.

Dentre os procedimentos para tratamento estéticos da região glútea, temos o implante de silicone, prática que teve início com Bartels, em 1969, com implantes (mamários) colocados no subcutâneo e incisão no sulco glúteo. Robles, em 1984, introduziu a técnica implante submuscular e incisão no sulco interglúteo. Vergara e Marcos, em 1996, descreveram a técnica de implante Intramuscular<sup>2</sup> e De La Peña, em 2004, descreve a técnica subfascial. Em 2004, Gonzalez<sup>3</sup> estabelece os parâmetros para o descolamento intramuscular com marcação de pontos anatômicos, fixos, para orientar a dissecação, evitando implantes fora da musculatura, que podem ser visíveis e/ou palpáveis.

## OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é apresentar a experiência do autor em gluteoplastia com a técnica intramuscular (XYZ).

## MÉTODOS

No período de 2010 a 2015 foram feitas 29 gluteoplastias, pela técnica intramuscular (XYZ) na Clínica Tabancura na cidade de Santiago, Chile, sendo 26 mulheres e três homens, com idades entre 22 e 64 anos (média de 43 anos) Todos os pacientes operados pelo autor, neste período, foram incluídos neste estudo. Em todos os casos foram utilizados implantes específicos para glúteos com volumes entre 240 e 420 ml (média 330 ml), sendo 12 redondos e 17 ovais (nos casos masculinos foram todos redondos). Dos casos operados, 26 foram para correção exclusivamente estética de hipoplasia glútea e três casos de reoperação por motivos de assimetria e/ou visibilidade dos implantes, operados por outros cirurgiões. O trabalho seguiu rigorosamente os princípios de Helsinque.

### Técnica

Todos os pacientes foram operados sob anestesia geral. A marcação do ponto superior A no sulco interglúteo é realizada com o paciente em posição ortostática. Esse ponto é importante para garantir que a cicatriz esteja

escondida no sulco interglúteo. Após a anestesia, com o paciente em decúbito ventral, se procede antissepsia com povidona degermante, povidona tópica e tampão de gaze com povidona tópica no ânus, a qual se cobre com compressa suturada na pele.

Em seguida, marcação dos pontos XYZ descritos por Gonzalez<sup>3</sup> (Figura 1). O ponto X é definido no início do descolamento junto ao sacro, onde o músculo glúteo máximo (GM) tem a maior espessura, entre 4-7 cm. O ponto X corresponde à metade da espessura do músculo GM neste local, ou seja, em média 3 cm de profundidade. Mesmo em pacientes muito magras, nunca se deve estar a menos de 2,5 cm de espessura para uma boa cobertura muscular. O ponto Y está a 4-5 cm lateral à espinha ilíaca posterior superior (EIPS), que representa o limite lateral do músculo GM<sup>4</sup>.



Figura 1. Marcação pré-operatória.

Neste ponto pressiona-se a crista ilíaca caudalmente, pressionando o músculo GM no seu limite lateral. O ponto Y também representa a metade da espessura do músculo GM, mas na sua porção lateral. O ponto Z é determinado como o mais próximo ao trocânter sobre a linha G. Esta linha delimita o limite lateral do músculo GM e sua marcação na pele é representada por uma linha que se inicia no ponto Y, dirigindo-se ao ponto Z. Depois de estabelecidos os pontos XYZ, infiltramos o sulco interglúteo, a área de descolamento subcutâneo, que deve ser conforme o tamanho do implante, e ambos os músculos GM, com solução de soro fisiológico e adrenalina 1:500.000.

Nas áreas de incisão e do descolamento se usa agulha e, para infiltração muscular, cânulas de 20 cm X 1,8 mm (Figura 2). Se infiltra 100 ml de solução em cada músculo GM. A partir do ponto A se marca, em sentido caudal, uma área elíptica de 5-7 cm de comprimento por

0,5 cm de largura. A incisão na pele é perpendicular até o subcutâneo e em 45° no subcutâneo em sentido à fáscia muscular, deixando a base do retalho ilhado (ligamento sacrocutâneo)<sup>3</sup> maior possível. (Figura 3, A e B).

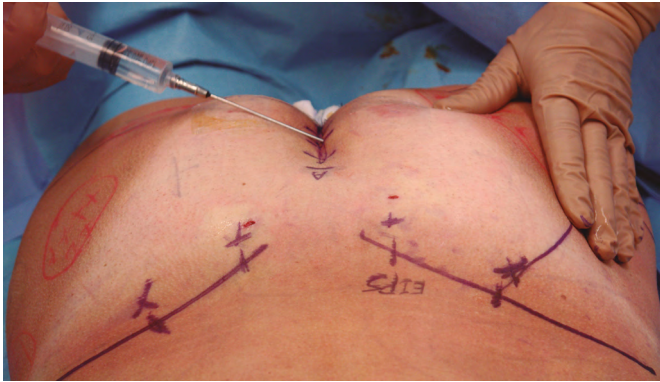


Figura 2. Infiltração glútea.



Figura 3. A: Incisão da ilha de pele; B: Preservação ligamento sacrocutâneo.

Inicialmente, descolamento em plano suprafascial, preservando a fáscia em uma extensão de aproximadamente 5-7 cm, que seja suficiente para introduzir o

implante. No ponto X (Figura 4) se faz uma abertura em sentido paralelo às fibras musculares e por divulsão se introduz o descolador reto em uma profundidade de 3 cm (Figura 5). Com o descolador introduzido, se inclina 45° e se move em sentido ao ponto Y até sentir a crista ilíaca, quando em um movimento de rotação cefalocaudal, tendo como limite lateral a linha G, o descolador se dirige até o ponto Z, ou seja, próximo ao trocanter.



Figura 4. Ponto X.

Neste momento, temos a área XYZ descolada e com o divulsor muscular “Bico de Pato” se completa a dissecação da loja<sup>3</sup> (Figura 6). Revisão da hemostasia e colocação de duas compressas úmidas em solução 1:500.000 de adrenalina e repetimos o procedimento no lado contralateral. Retiramos as compressas e com fibra óptica se revisa a hemostasia e certifica-se uma boa cobertura muscular (Figura 7).

Colocam-se os provadores e se elege o que melhor forma e volume proporciona. Retiram-se os provadores e colocam-se drenos de aspiração a vácuo dentro da loja muscular, os quais são retirados por contra-abertura na área suprassacral. Passagem de três fios de poliglactina 1-0 nas margens do músculo GM. Colocação dos implantes, os quais devem posicionar-se de forma que a musculatura possa ser suturada sem tensão, com os fios que estavam reparados anteriormente (Figura 8).

Pontos de adesão no subcutâneo descolado<sup>5</sup> e pontos entre o retalho dermogorduroso glúteo e a ilha de pele desepitelizada (ligamento sacrocutâneo)<sup>3</sup>, com fio de poliglactina 3-0. O fechamento da pele é realizado com pontos simples de mononylon 5-0. Essa área se mantém descoberta para higiene diária e curativo com povidona tópica duas vezes ao dia. No pós-operatório imediato, o paciente é colocado na posição sentada sobre travesseiros, com a área glútea sem pressão. Deambulação no primeiro dia de pós-operatório.

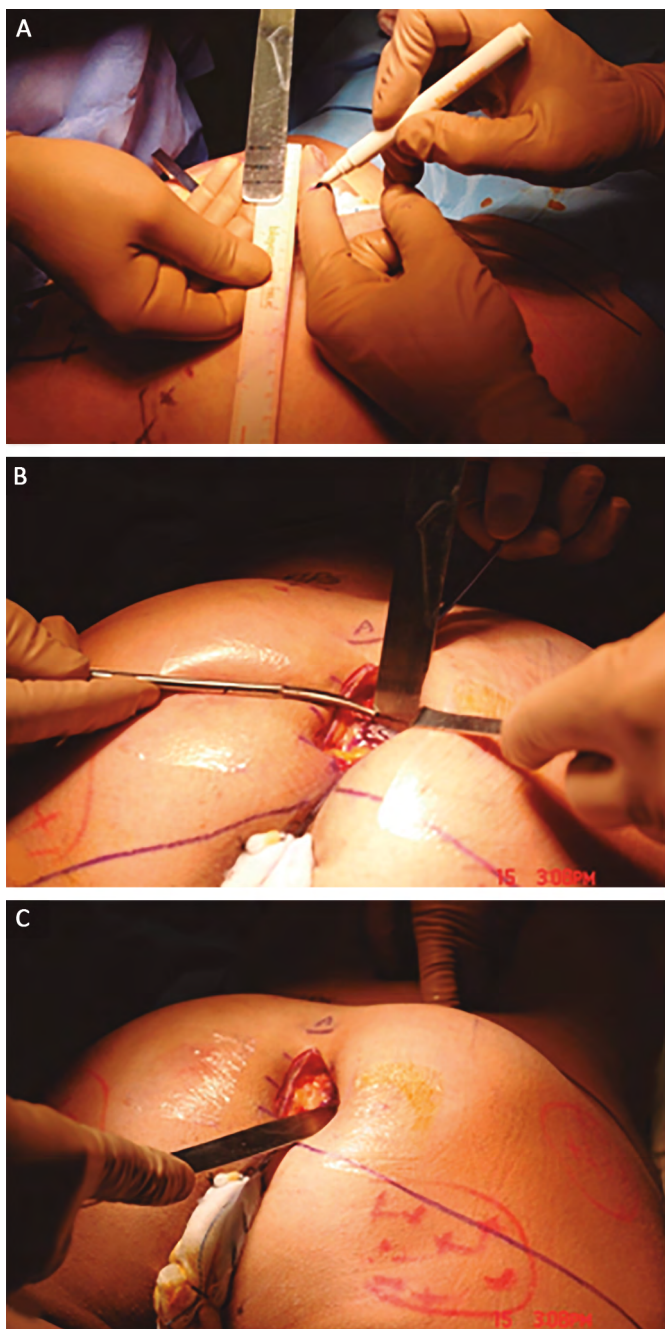


Figura 5. Descolamento do músculo glúteo máximo.

**Complicações e Soluções**

A dor foi a complicação imediata mais frequente, mas, com o paciente na posição sentada no pós-operatório imediato, temos observado dor de menor intensidade. Acredita-se que o edema inflamatório pós-operatório não acomete o nervo isquiático de forma intensa, como quando temos o decúbito ventral. A porção sensitiva do nervo isquiático é muito sensível ao edema/exudato hemático<sup>6</sup>, podendo provocar dor com irradiação para parte posterior da perna, provocando quadro de cialgia<sup>7</sup>.

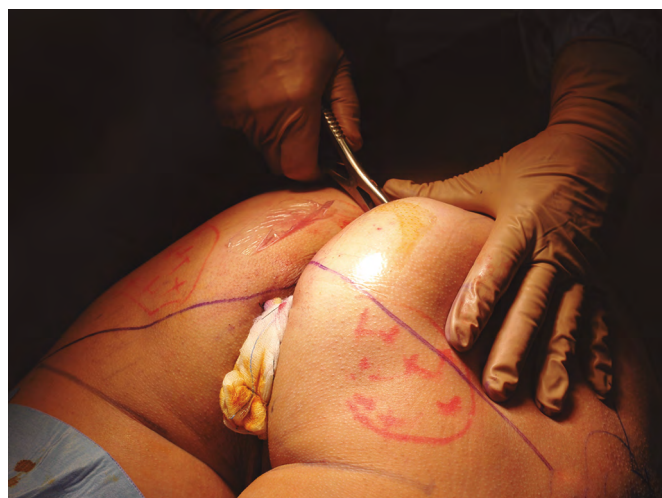


Figura 6. Acomodação da loja com bico de pato.

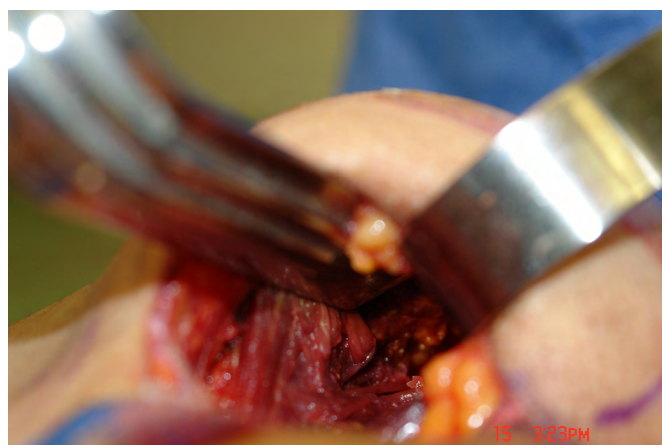


Figura 7. Revisão da cobertura muscular.

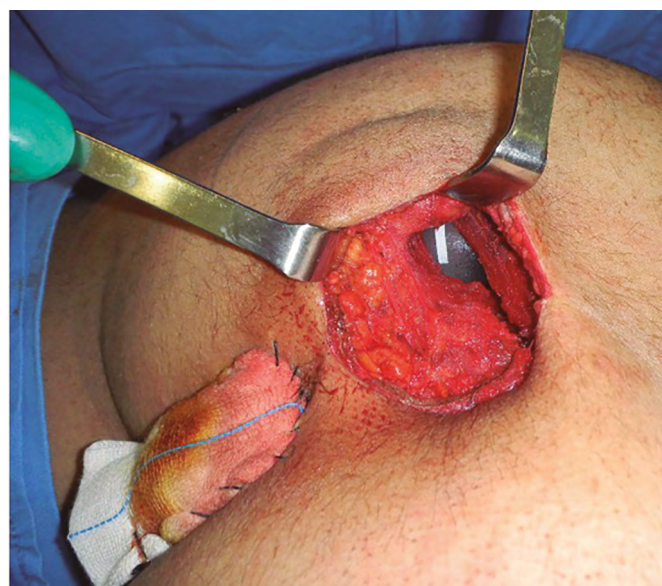


Figura 8. Acomodação do implante sem tensão muscular.

Dentro das complicações tardias, temos a atrofia muscular, que pode estar relacionada com uma delgada cobertura muscular no ato operatório. Já no seroma tardio, principalmente associado aos implantes texturizados, e na rotação do implante, que é consequência do alargamento da loja, em ambos casos podemos ter implantes visíveis<sup>8</sup>.

Dos 29 pacientes operados, 26 foram casos primários e três reoperados de outros serviços. Tivemos quatro casos de deiscência de sutura, a mais frequente complicação (13%) (Figura 9) e um caso do autor de assimetria (3,44%). As deiscências foram tratadas com curativos locais e fechamento espontâneo, dois casos fechamos com pontos e o caso de assimetria reoperamos com bom resultado (Figura 10).



Figura 9. Deiscência de pele.

Dos casos de assimetria e/ou visibilidade dos implantes operados por outros cirurgiões, retiramos os implantes, e tratamos a cápsula com incisões radiais e sutura dos folhetos profundo e superficial com pontos contínuos com tendência a *lifting* superior do retalho dermocutâneo glúteo. Acompanhamento com ultrassonografia e quando tivemos uma espessura mínima de 3 cm do musculo GM, que em nossa observação ocorre entre 4 a 6 meses, reoperamos para colocação do

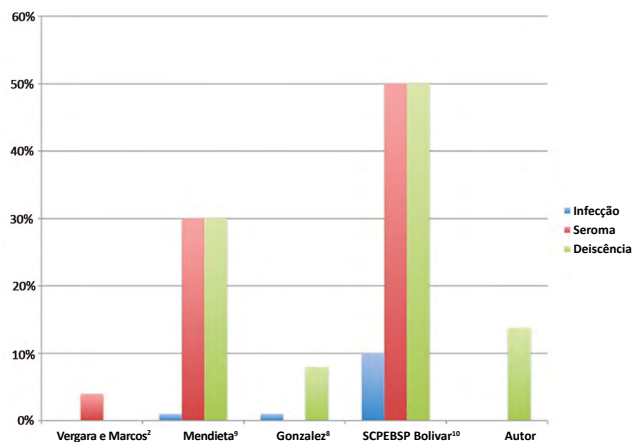


Figura 10. Gráfico de complicações.

implante intramuscular (Figura 11 A e B). Não tivemos nenhum caso de hematoma ou infecção. Um caso de deiscência que evoluiu para fistula, desde a cápsula até o subcutâneo, tratado com fistulectomia, com anestesia local ressonância magnética da fístula (Figura 12).

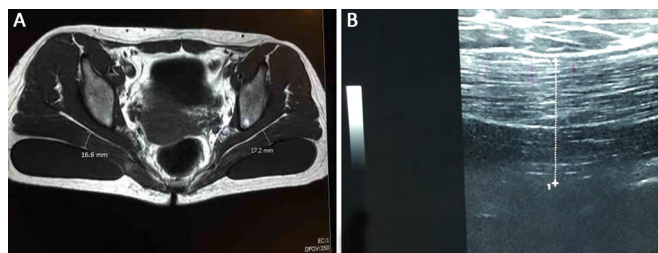


Figura 11. Ressonância de controle pré-operatório.



Figura 12. Ressonância de fistula.

## RESULTADOS

Dos 29 pacientes operados, tivemos bons resultados e satisfação dos pacientes e do autor, quanto a forma e

volume, logrando contornos naturais e harmoniosos. Em vários pacientes também foram realizados lipoaspiração da cintura e/ou preenchimentos de áreas previamente marcadas<sup>5</sup>, principalmente área de depressão trocantérica (Figura 13 e 14).



Figura 13. Paciente, 33 anos, implante redondo 270 ml. A e B: Pré-operatório; C e D: Pós-operatório.

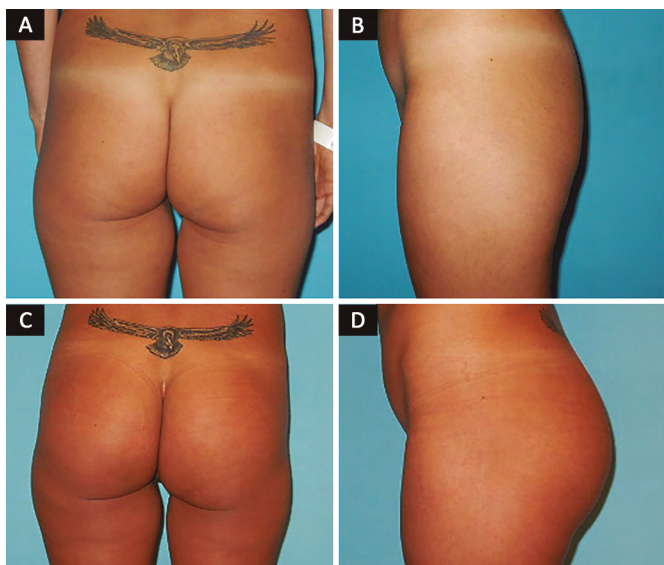


Figura 14. Paciente, 38 anos, implante oval 365 ml. A e B: Pré-operatório; C e D: Pós-operatório.

## DISCUSSÃO

A forma e o tamanho das nádegas são fundamentais para o conceito de beleza e sensualidade feminina. Vários autores vêm desenvolvendo técnicas para melhorar o volume e a forma das nádegas. Inicialmente, as técnicas de colocação do implante no plano subcutâneo e subfascial

apresentavam elevada porcentagem de complicações, como assimetria e implantes visíveis.

A técnica submuscular de Robles limita o tamanho e a posição dos implantes, além de grande risco de lesões do nervo isquiático. Vergara e Marcos<sup>2</sup> iniciaram a técnica intramuscular na qual se consegue uma loja mais ampla e se obtém uma melhor posição do implante, conferindo um resultado mais harmonioso. Gonzalez<sup>3</sup> estabeleceu parâmetros anatômicos, com pontos fixos, para um descolamento seguro e uniforme. Descreveu uma técnica de implante intramuscular denominada XYZ, na qual os pontos XYZ, que são fixos, determinam a área do descolamento e a linha G determina o limite externo da loja em referência ao limite lateral do músculo GM.

Com esses parâmetros, pode-se executar com segurança e uniformidade a confecção da loja, evitando assimetria e/ou implantes visíveis. Temos dois modelos de implantes, redondo e oval, e vários subtipos, como base plana ou côncava, projeção alta/baixa, podendo ser texturizados ou lisos. Temos preferência pelos lisos, para evitarmos seromas tardios frequentes nos implantes texturizados.

Em pacientes masculinos, temos uma camada de panículo adiposo mais delgada que nas mulheres, portanto, maior probabilidade de implantes visíveis. Os implantes redondos possuem maior projeção e proporcionam maior volume, indicados para nádegas “curtas”. Em mulheres muito magras e/ou com pele flácida, evitar implantes redondos, pois há grande possibilidade de termos implantes visíveis. Nesses casos, melhor optar por implantes ovais. Esses são mais versáteis, podem ser usados na posição vertical, em 45° ou, em casos específicos, na horizontal<sup>6</sup>.

Entre os pacientes primários, houve um caso de assimetria. Todos os outros casos foram considerados pelo autor e pelos pacientes como bons sob o aspecto estético, inclusive os casos de reoperação. Sempre que necessário, foi associada lipoaspiração e/ou lipoenxertia, em busca de melhores resultados estéticos<sup>11</sup>.

Nosso objetivo de obter um resultado estético que satisfaça às expectativas dos pacientes, fica limitado ao tamanho do músculo GM. Portanto, para evitar contratemplos, temos que informar de forma clara esta limitação anatômica quanto ao tamanho do implante, que está limitado ao tamanho do músculo GM, para não gerar conflitos posteriores.

## CONCLUSÃO

A gluteoplastia é a técnica que mais vem crescendo a cada ano em todo o mundo. Atualmente, apresenta um crescimento de 42% ao ano no Brasil. Entre 2013 e 2014, houve um aumento de 86% nos Estados Unidos. A técnica intramuscular demonstrou ser segura e reprodutível,

desde que se tenha um bom conhecimento da anatomia regional, cremos ser a responsável por este aumento do número de casos de gluteoplastia. Os pontos fixos XYZ descritos por Gonzalez ajudaram muito na segurança e reprodução da técnica e ajustaram a colocação de implantes maiores e em melhor posição estética. A gluteoplastia de aumento pela técnica XYZ é segura e reprodutível, proporcionando resultados satisfatórios na opinião do autor e dos pacientes.

### COLABORAÇÕES

**ADC** Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

**JVF** Revisão crítica do conteúdo.

**DG** Realização das operações e/ou experimentos.

### REFERÊNCIAS

1. Drake RL, Vogl AW, Mitchell AWM. Gray's - Anatomia Clínica Para Estudantes - 3ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
2. Vergara R, Marcos M. Intramuscular gluteal implants. *Aesthetic Plast Surg.* 1996;20(3):259-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s002669900030>
3. Gonzalez R. Augmentation gluteoplasty: the XYZ method. *Aesthetic Plast Surg.* 2004;28(6):417-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-004-3130-6>
4. Serra F, Aboudib JH, Cedrola JP, de Castro CC. Gluteoplasty: anatomic basis and technique. *Aesthet Surg J.* 2010;30(4):579-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1090820X10380389>
5. Baroudi R, Ferreira CA. Seroma: how to avoid it and how to treat it. *Aesthet Surg J.* 1998;18(6):439-41. PMID: 19328174 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1090-820X\(98\)70073-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1090-820X(98)70073-1)
6. Gonzalez R. Gluteoplastia: Passo a passo da cirurgia do contorno posterior. Rio de Janeiro: Indexa; 2008.
7. Gonzalez R. A simple way to avoid sciatic pain after intramuscular gluteal implant. *Aesthetic Plast Surg.* 2007;31(5):602-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-007-0058-7>
8. Gonzalez R. Gluteal implants: the "XYZ" intramuscular method. *Aesthet Surg J.* 2010;30(2):256-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1090820X10369213>
9. Mendieta CG. Intramuscular gluteal augmentation technique. *Clin Plast Surg.* 2006;33(3):423-34.
10. Azevedo DM, Gonçalves Junior P, Pereira J, Amoedo TB, Kuroyanagi FM, Cotes EFM, et al. Gluteoplastia de aumento: experiência do Serviço de Cirurgia Plástica Dr. Ewaldo Bolivar de Souza Pinto. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(1):87-92.
11. Rodrigues Neto JN, Guimarães GS, Benedik Neto A, Cammarota MC, Daher JC. Prótese glútea: o uso da lipoaspiração na melhora dos resultados. *Rev Bras Cir Plást.* 2010;25(2):344-8.

\*Autor correspondente:

**Antonio Donizeti Castilho**

Av. Kennedy, 7100 - Of. 906 Vitacura - Santiago, Chile

E-mail: [castplast@gmail.com](mailto:castplast@gmail.com)