

LIFTING Y MODELACIÓN GLÚTEA MEDIANTE LA TÉCNICA DE SERDEV MODIFICADA

PROF. DR. JULIO A. FERREIRA
DR. JULIO GUSTAVO FERREIRA

Introducción

En marzo de 2003, Nikolay Serdev presenta su técnica por primera vez en el *International Journal of Cosmetic Medicine and Surgery*, al describir su experiencia con 23 pacientes tratados entre 1998 y 2002.

La novedosa técnica, mínimamente invasiva y realizada en forma ambulatoria, logra reubicar el tejido celular subcutáneo glúteo, al levantarlo y aumentar su diámetro anteroposterior, mediante una sutura de tipo *roundblock*. Ésta toma el tejido fibroso profundo y lo fija en una localización superior en la inserción sacra de la fascia del glúteo mayor.

En este trabajo presentamos nuestra experiencia con 95 casos tratados mediante la técnica mencionada, con algunas modificaciones, entre octubre de 2003 y febrero de 2005.

Reseña anatómica

La estructura de sostén del tejido celular subcutáneo glúteo está formada por las siguientes estructuras:

- Ligamento fibroso suspensorio, que nace en la fascia de los músculos lumbares y glúteos.
- Pliegue infra-glúteo, una condensación del tejido fibroso conectivo; se origina en la fascia distal de los músculos glúteos y sus fibras se insertan en la dermis.
- Bandas y tabiques fibrosos, formados por tejido conectivo denso, localizados tanto en el tejido graso superficial como en

el profundo. Están orientados en planos tangenciales y oblicuos, y conectan la aponeurosis del glúteo mayor con la estructura suspensoria superficial y la piel.

Como menciona Serdev en su trabajo, en la mayoría de las pacientes, el marco músculoesquelético es aceptable. El problema se encuentra en los depósitos de tejido graso (*esteatomería glútea*) en la región inferior de los glúteos, que elongan la zona, generan la imagen de glúteos caídos y deforman la curva convexa y agradable de los glúteos. Por otra parte, estos “glúteos caídos” acortan la longitud de los miembros inferiores vistos desde atrás.

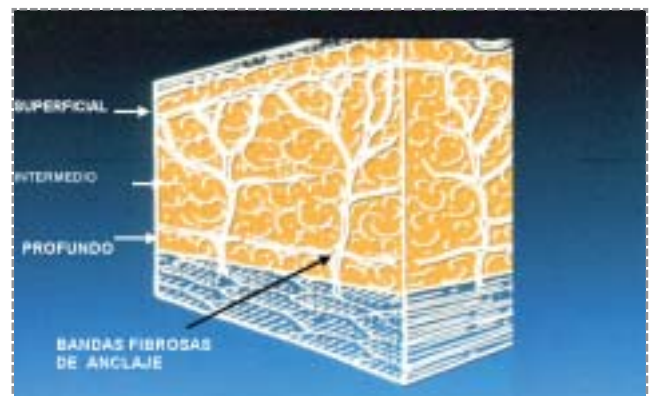


Figura 1. Estructura del tejido graso glúteo.

Teniendo en cuenta la compleja estructura de sostén de la región, esta técnica permite, mediante la reubicación del tejido graso (al fijarlo en una situación cefálica y aumentar su diámetro anteroposterior), modelar la región, elevar y aumentar la convexidad deseada y brindar el efecto de elongación de los miembros inferiores (Fig. 1).

Procedimiento

MARCACIÓN

Con la paciente sentada, se marca el límite inferior, i.e., la línea horizontal de apoyo.

A continuación, y con la paciente en decúbito ventral, se marcan:

- El punto inferointerno, unos centímetros por encima del límite inferior y por fuera del margen perianal.
- El punto inferoexterno, siguiendo un arco ascendente hacia afuera, en situación superior al punto interno, en el borde externo del glúteo.
- El punto superior o sacro, en la línea media, en el nivel del comienzo del pliegue ínteroglúteo o unos centímetros por encima, según el caso.

A continuación, se toman las medidas para corroborar la simetría de los puntos y se los une con una línea, con lo que se marca la forma redondeada deseada.

Hemos encontrado de vital importancia marcar el límite inferior de apoyo para la reubicación correcta del tejido y para evitar el dolor posoperatorio mediato (Fig. 2).

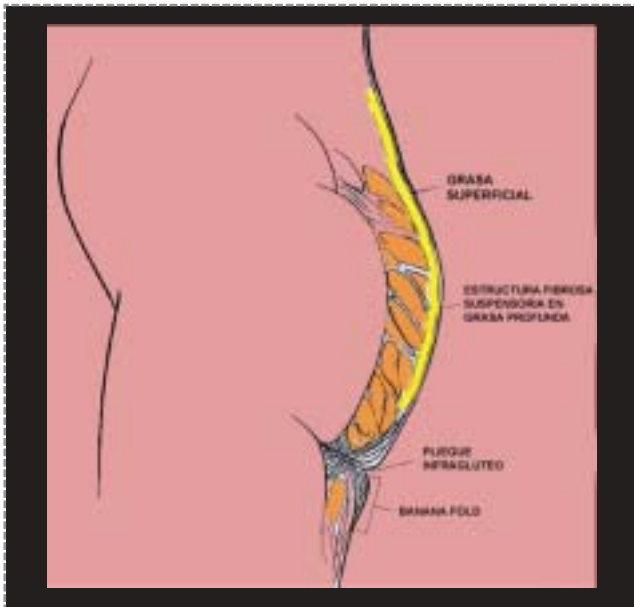


Figura 2. Distribución grasa y estructura fibrosa glútea.

Ligamento fibroso suspensorio:

- Nace en fascia de músculos lumbares y glúteos.

Pliegue infraglúteo:

- Ligamento isquiocutáneo
- Condensación de tejido fibroso conectivo
- Se origina en la fascia distal de los músculos glúteos y sus fibras se insertan en la dermis



Figura 3.
A. Marcación

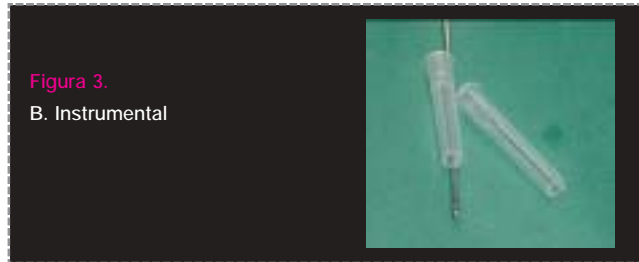


Figura 3.
B. Instrumental

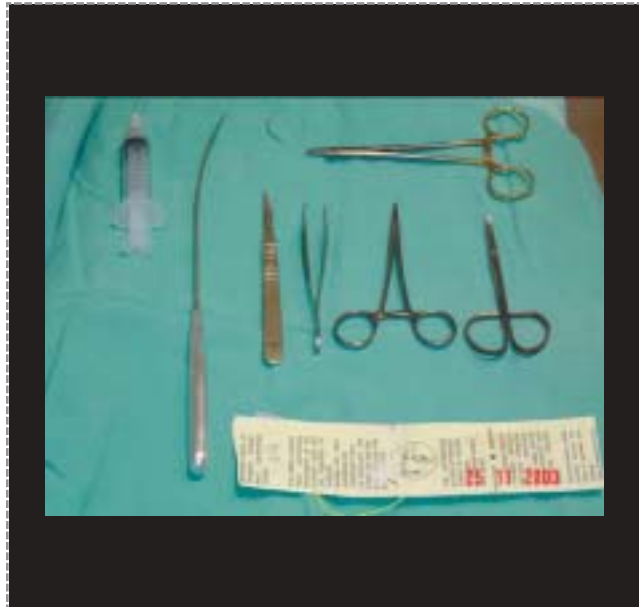


Figura 3.
B. Instrumental

Material e instrumental

Se ha utilizado en todos los casos el material original desarrollado por el doctor Serdev, cuyas características son las siguientes:

AGUJA: realizada en acero quirúrgico de 20 cm de longitud y de forma semicurva con orificio en su extremo, diámetro 2 mm.

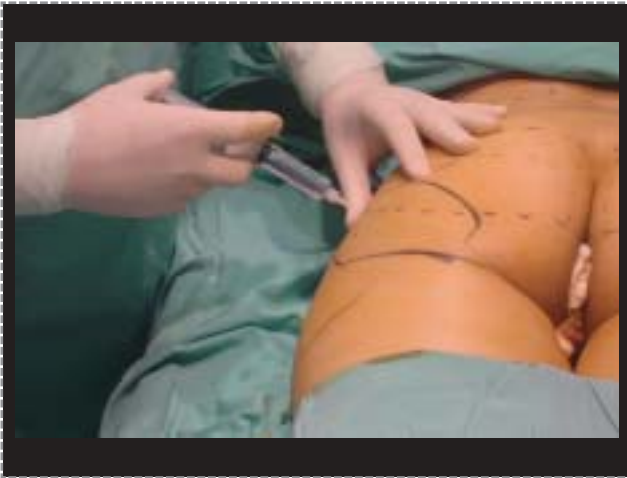


Figura 4. Infiltración anestésica local



Figura 6. Pasaje del tensor por la aguja de Serdev.



Figura 5. Incisión



Figura 7. Pasaje de la aguja de Serdev.



Figura 8. Resultado inmediato.



Figura 9. Resultado inmediato. Se destaca la convexidad deseada en el polo superior de los glúteos.



Figura 10. Resultado en el que se verifica el ascenso del pliegue sub-glúteo y el cambio de forma del perfil glúteo.



Figura 11. Reposicionamiento del tejido graso y efecto *lifting* logrado.

TENSORES: fibra multifilamento de policaproamida, elásticos, elaborados en Bulgaria.

Hemos realizado en Buenos Aires un estudio de capacidad de resistencia del material, con los siguientes resultados (Figs. 3 A y B):

- Resistencia a la tracción de 60 newtons (equivalente a 10 kg)
- Elasticidad del 50%

Técnica quirúrgica

Una vez efectuada la asepsia y la antisepsia del área quirúrgica y colocados los campos quirúrgicos estériles, se cubre la zona perianal con una gasa embebida en yodo-povidona y sobre ésta, una compresa de gasa.

Comenzamos la infiltración anestésica con lidocaína al 2% en los sitios donde se realizó la incisión de 3 mm con hoja 11.

Las incisiones son 2 en cada glúteo, una externa, una interna; y una superior en la línea media ligeramente por encima del

comienzo del pliegue ínterglúteo; la localización exacta difiere para cada caso en particular.

A continuación infiltramos con fórmula de Klein mediante cánula de 2 mm, en el espesor del tejido celular subcutáneo profundo, inmediatamente superficial a la fascia del glúteo mayor, a lo largo de todo el recorrido previamente marcado, que haremos con la aguja de Serdev.

En este punto es importante destacar que, al realizar la intervención con una suave neuroleptoanalgesia, se percibe la contracción brusca del glúteo si tocamos su aponeurosis con la aguja, lo que nos orienta a mantener el plano correcto.

A través de las incisiones internas y externas se introducen dispositivos huecos con ambos extremos abiertos, similares a los protectores de piel utilizados en la liposculptura ultrasónica, que permiten la introducción de la aguja de Serdev en forma perpendicular a la piel, hasta la profundidad deseada, evitando tomar tejido superficial, lo que originaría posteriormente umbilicaciones.

El pasaje de la aguja comienza desde la incisión inferoexterna hacia la sacra, describiendo un arco. Se toma la sutura y se la retira en sentido inverso; se extrae un extremo por la incisión lateral y se repara el extremo sacro.

A continuación, se pasa la aguja desde la incisión inferointerna hacia la inferoexterna, se toma el extremo libre de la sutura y se retira en forma inversa, llevándola al exterior por la incisión inferointerna.

Finalmente se pasa la aguja nuevamente desde la incisión sacra, en forma profunda se fija la inserción fascial del glúteo al periostio sacro, y luego se retoma el plano suprafascial, hacia la incisión inferointerna. Se toma el extremo libre de la sutura y se retira en forma inversa, llevándola al exterior por la incisión sacra.

De esta manera tenemos el roundblock completo con ambos extremos llevados al exterior por la incisión sacra. Ajustamos el tensor según la altura y la forma deseadas y anudamos con sucesivos nudos de cirujano.

Para la síntesis de las incisiones cutáneas bastan uno o dos puntos con mononylon 5-0 y cinta micropore. No realizamos vendaje ni colocamos cintas elásticas.

Si la técnica se combinó con liposculptura gluteotrocantérea, colocamos la indumentaria de elastocompresión habitual (Fig. 4-7).

Resultados

Nuestra serie es de 114 casos, todos femeninos, con una edad promedio de 43,7 años, con un rango entre 25 y 74 años.

Veinte casos (17,5%) fueron realizados en el exterior, en el marco de cursos nacionales e internacionales.

Noventa y cuatro (82,5%) fueron realizados en Buenos Aires:

Cuatro (3,5%) fueron pacientes referidos por un colega y tratados fuera de nuestro centro.

Noventa (78,95%) fueron pacientes tratados en nuestro centro.

El 40% de los procedimientos se combinó con lipoescultura de la región glúteotrocantérea.

Ninguna paciente se mostró disconforme con el resultado.

Una paciente (1,06%) consideró el resultado inferior a sus expectativas.

Noventa y tres pacientes (81,6%) consideraron el resultado acorde o superior a sus expectativas.

El efecto secundario más frecuente en los primeros casos fue el dolor posoperatorio, específicamente al sentarse, que comenzaba al tercer día, con una duración promedio de 14 días (rango 7 a 20 días).

Durante el año 2004 modificamos el diseño de la marcación, disminuyendo significativamente el número de casos de dolor posoperatorio.

No hemos tenido complicaciones posoperatorias tales como hematoma o infección de la herida.

El seguimiento alejado de los primeros casos (17 meses) no ha mostrado complicaciones, ruptura del tensor, ptosis significativa o quejas de los pacientes (Fig. 8-11).

Conclusiones

Consideramos a esta técnica como un arma muy valiosa en el embellecimiento de la región glútea.

Su indicación es el tratamiento de glúteos flácidos o caídos, acompañados de acúmulo de grasa de leve a moderado o no.

En cuanto a la técnica quirúrgica:

- La infiltración anestésica de la zona con solución de Klein nos ha dado buen resultado en la analgesia del posoperatorio inmediato.
- La marcación, utilizando como reparo la línea de sentada del paciente y un único punto de anclaje superior, en la línea media, nos ha dado mejores resultados en cuanto al resultado estético y disminuyó al mínimo, el dolor posoperatorio (único efecto secundario indeseable encontrado).
- El resultado estético es realmente bueno e inmediato, con muy alto nivel de satisfacción del paciente.
- Resaltamos la importancia de realizar el procedimiento utilizando el material e instrumental original desarrollados por el doctor Serdev.

Dirigir correspondencia a:



PROF. DR. JULIO A. FERREIRA
DR. JULIO GUSTAVO FERRERIA

Santiago del Estero 102 (1640)

Buenos Aires, Argentina

E-mail: drferreira@fibertel.com.ar