

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

Cirugía plástica de aumento de pantorrillas* Calf augmentation surgery

Drs. PATRICIO COVARRUBIAS¹, OSVALDO COVARRUBIAS², GUSTAVO ALFARO³

¹Becado de Cirugía General, Universidad de Chile, Campus Sur. Hospital Barros Luco Trudeau.

²Centro de Cirugía Plástica Imagen, Santiago. ³Clínica Los Dominicos, Santiago

INTRODUCCIÓN¹

Corresponden a las cirugías que corrigen defectos por déficit de volumen de la región posterior de las piernas, los que se clasifican de la siguiente forma:

- Congénitos:
 - Hipoplasia Muscular Congénita
 - Aplasia Muscular Congénita
 - Varo Equino o Pie Bot
 - Herencia estética
- Adquiridos:
 - Por pérdida de sustancia
 - Traumática
 - Neoplásica
 - Postquirúrgica
 - Atrofia Muscular
 - Poliomelitis
 - Parálisis del N. Isquiático
 - Ablación
 - Traumática
 - Por vicios de locomoción

El tratamiento de cada una de ellos dependerá del estadio evolutivo que presente el paciente al momento de consultar, y será clínico, ortopédico y/o quirúrgico.

A continuación se expondrá la técnica quirúrgica de pantorrilloplastía usando prótesis de silicona.

Consideraciones anatómicas²

La región crural posterior consta de ocho músculos dispuestos en dos capas:

- Región crural posterior superficial con los músculos gastrocnemios lateral y medial, sóleo y plantar. Los tres primeros continúan hacia abajo en un tendón común, el tendón calcáneo (triceps sural)
- Región crural posterior profunda con los músculos poplíteo, tibial posterior, flexor largo de los dedos y flexor largo del hallux.

De importancia para esta intervención es la vena safena parva y el nervio sural medial que corre por posterior sobre la fascia crural que cubre a los gastrocnemios.

TÉCNICA QUIRÚRGICA^{3,4}

Se accede por la región poplíteica (2 cm bajo el pliegue), mediante una incisión en la piel de 2,5 a 5 cm. Se disecciona el tejido celular subcutáneo hasta alcanzar la vaina que cubre al músculo gastrocnemio la cual se incide con una apertura similar a la piel (Figura 1).

Luego se disecciona bajo la vaina y sobre el músculo para dejar espacio al disector como especialmente diseñado por Montellano. Estos van de 25 a 30 cm (Figuras 2 y 3).

La disección es poco traumática y prácticamente sin sangramiento, aunque debe cuidarse en la porción distal, de no forzar la disección, lo que podría provocar ruptura de la vaina en esta zona, y

*Recibido el 30 de noviembre de 2004 y aceptado para publicación el 15 de marzo de 2005.



Figura 1. Acceso a vaina crural posterior.



Figura 3. Creación del bolsillo para prótesis de pantorrilla.

a su vez herniaciones del implante en ese segmento, además en el momento de acceder se debe tener cuidado con los elementos vasculonerviosos de la región (Figura 4).

Para la colocación de la prótesis se utilizan cánulas de lipoaspiración gruesa, pinzas de anillos, o un portaaguja largo, que se introduce en el bolsillo localizado en la cara posterior de la prótesis y sirve para dirigirla en la profundidad, al mismo tiempo que se empuja con la mano libre (Figura 5).

El cierre se realiza en tres planos: vaina aponeurótica, celular subcutáneo y piel (Figura 6).

En el postoperatorio se usan vendas o medias compresivas elásticas y se permite la deambulación a las 24 horas del postoperatorio con calzado de taco alto para la relajación del gastrocnemio.

Dentro de las complicaciones descritas se encuentran:

- Desplazamientos con herniación de la prótesis.
- Infecciones.
- Seromas.
- Dolor postoperatorio intenso.



Figura 4. Punto máximo de disección en la creación del bolsillo.

- Ruptura de implante.
- Necrosis cutánea por mala colocación (subcutánea).

Las complicaciones tienen una incidencia baja comparadas a otras localizaciones. No se ha descrito retracción capsular.

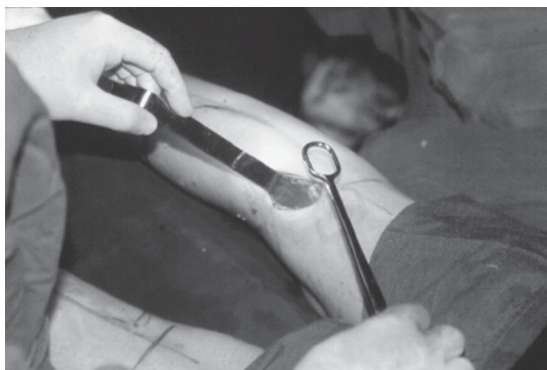


Figura 2. Disector de Montellano.



Figura 5. Inserción de prótesis.

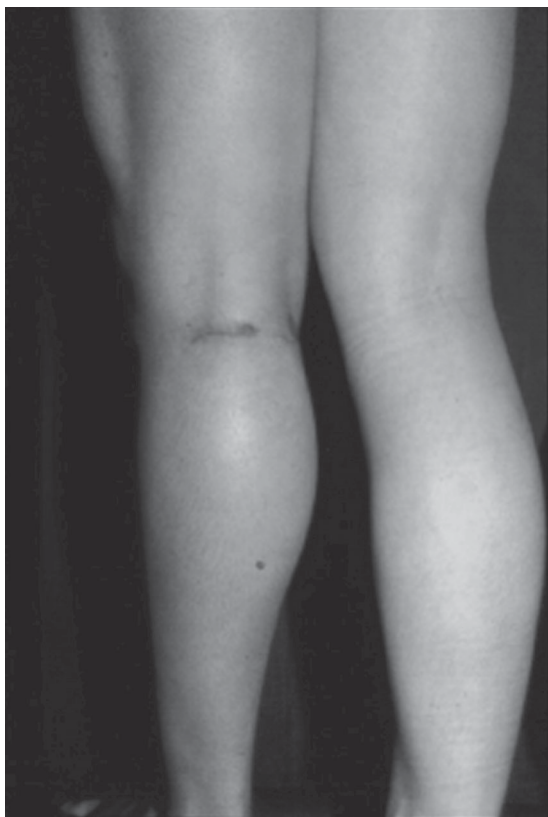


Figura 6. Resultado postoperatorio de pantorrilloplastía.

Tipos de prótesis

Existen en el mercado las prótesis diseñadas por:

– Dr. Glicenstein, con forma simétrica, lo que permite el uso de más de un implante hasta alcanzar el relieve deseado.



Figura 7. Prótesis de pantorrillas.

– Dr. Montellano, de forma asimétrica, para aproximarse más a la anatomía de la región lo que hace innecesario el uso de más de un implante (Figura 7).

BIBLIOGRAFÍA

1. Glicenstein, J. Corrección de las amiotrofias de los miembros por inclusión de prótesis de silicona. *Rev Bras Cir* 1979; 69(3/4): 117-22.
2. Latarjet-Ruiz Liard. *Anatomía Humana*. 2° ed. México DF: Ed Panamericana, 1989; 1: 727-71, 841-91.
3. Montellano L. *Plástica da Panturrilha*. Anales del XXII Congreso Brasileiro de Cirugía Plástica. Gramado, Rio Grande do Sul. Noviembre de 1985.
4. Zenteno S, Montellano L. *Plastia de aumento de la pantorrilla*. *Cir Plast IberoLatinoamer* 1986; XII(3): 1-5.