CRUROPLASTIA (LIFTING DE MUSLOS)

Dr. Alberto Sánchez García. Médico cirujano plástico colegiado (464624929) perteneciente a la SECPRE. Su trayectoria profesional se caracteriza por la búsqueda constante de resultados naturales y armónicos.

Aviso Legal y Descargo de Responsabilidad: Todo el contenido publicado en este archivo se proporciona exclusivamente con fines divulgativos. No tiene validez como asesoramiento médico ni reemplaza la valoración directa del cirujano.

1. Introducción y definición

La piel de la cara interna de los muslos es extraordinariamente fina y soporta de forma constante el efecto de la gravedad. Tras pérdidas importantes de peso o debido al envejecimiento tisular, esta zona pierde su tono elástico y se descuelga, formando pliegues que chocan entre sí al caminar. Más allá del impacto estético al vestir pantalón corto o bañador, el roce continuo genera irritaciones cutáneas crónicas (intertrigo), escoceduras y dificultad para practicar deporte.

La **cruroplastia** (o lifting crural) es la intervención quirúrgica que remodela el contorno del muslo mediante la combinación de una liposucción previa del exceso adiposo y la extirpación de la piel redundante de la cara interna, devolviendo firmeza y eliminando el roce al caminar.

2. Fase Preoperatoria: Valoración, planificación y preparación

2.1. Anclaje de Lockwood y patrones de cicatriz

En la cruroplastia moderna se combinan dos principios quirúrgicos esenciales: primero, vaciar la grasa mediante **liposucción preservadora de vasos linfáticos** (técnica de Le Louarn y Pascal) antes de retirar la piel; y segundo, realizar el **anclaje de la fascia de Colles (técnica de Lockwood)**. Dado que la piel de la ingle es blanda, si la cicatriz se cose solo a la piel, el peso del muslo tirará de ella hacia abajo. Para evitarlo, el tejido profundo del muslo se sutura a un ligamento fibroso muy resistente adherido al hueso del pubis (la fascia de Colles), manteniendo la cicatriz fija y oculta en el pliegue inguinal.

Según el grado de flacidez, existen tres diseños:

- **Cruroplastia inguinal (horizontal o en medialuna):** Indicada cuando el exceso de piel es leve o moderado y se concentra en el tercio superior del muslo. La cicatriz queda escondida en el pliegue de la ingle y el surco subglúteo.

- **Cruroplastia con extensión vertical corta (en T):** Añade una pequeña línea vertical de pocos centímetros en la cara interna superior para recoger el ancho del muslo.
- **Cruroplastia vertical longitudinal:** Indicada tras pérdidas masivas de peso cuando la flacidez llega hasta la rodilla. La cicatriz discurre por la cara interna del muslo (invisible de frente o de espaldas con las piernas juntas).

2.2. Pruebas médicas y preparación

1. **Estudio preoperatorio:** Analítica completa, coagulación, electrocardiograma y, si existen varices marcadas, **eco-Doppler venoso de miembros inferiores** para verificar el estado de la vena safena.
2. **Peso estable y abandono absoluto del tabaco:** Suspender el tabaco al menos 4 semanas antes y después. La región inguinal es una zona húmeda y de pliegue donde la nicotina multiplica el riesgo de apertura de heridas.
3. **Higiene preoperatoria:** Duchas con jabón de clorhexidina durante los 2 días previos e hidratación cutánea.

3. Fase Intraoperatoria: ¿Cómo se desarrolla la cirugía?

- **Anestesia:** Se realiza bajo **anestesia general** (o anestesia epidural/raquídea con sedación).
- **Duración:** Entre **2 y 3 horas**.
- **Procedimiento:** Se inicia con la liposucción tumescente de toda la cara interna del muslo y, si es preciso, de las rodillas. A continuación, se extirpa únicamente la lámina epidérmica y dérmica sobrante respetando el colector linfático safeno profundo, se ancla el colgajo a la fascia de Colles y se cierra por planos con suturas reabsorbibles y adhesivo tisular impermeable que aísla la herida de la humedad.
- **Estancia:** Requiere **1 noche de ingreso hospitalario**, saliendo de quirófano con una faja tipo malla o pantalón compresivo hasta la rodilla.

4. Fase Postoperatoria y Cronograma de Recuperación

El postoperatorio no destaca por dolor intenso, sino por una sensación de tirantez en las ingles al separar las piernas y la necesidad de extremar la higiene local en el pliegue inguinal.

Periodo	Evolución clínica y cuidados	Actividad permitida
Primeros 3 a 5 días	Ingreso de 1 noche. Pauta de heparina subcutánea profiláctica durante 7–10 días. Higiene cuidadosa y secado con aire frío tras ir al baño para mantener las heridas secas.	Caminar por casa en paseos cortos desde el primer día (evitando dar zancadas largas o abrir las piernas bruscamente). Al estar sentado o tumbado, mantener las piernas ligeramente elevadas.
Semanas 1 a 2	Disminución de los moratones. Revisiones en consulta para control de las suturas.	Incorporación a trabajos de oficina o teletrabajo entre los **10 y 14 días**. Conducción a las 2 semanas.
Meses 1 a 2	Uso del pantalón compresivo durante 4 a 6 semanas. Inicio de láminas de silicona sobre las cicatrices una vez cerradas por completo.	Al mes: caminar a buen ritmo. **Evitar deportes que abran las piernas (sentadillas profundas, ciclismo, equitación, natación) o correr hasta las 6–8 semanas**.
Meses 3 a 6	Desaparición del edema residual hacia los tobillos al final del día y asentamiento definitivo del contorno.	Actividad deportiva completa sin restricciones.

5. Riesgos potenciales y signos de alarma

- **Dehiscencia menor o maceración en el pliegue inguinal (la eventualidad más común):** Debido a la humedad natural de la ingle y al movimiento al caminar, no es raro que algún pequeño tramo superficial de la herida tarde 2 o 3 semanas más en cerrar mediante curas locales en casa; no compromete el resultado final.
- **Seroma o linforrea (< 5% con técnica de liposucción previa):** Acúmulo de líquido linfático, minimizado al conservar los vasos profundos.
- **Descenso o ensanchamiento de la cicatriz inguinal:** Prevenido mediante el anclaje firme a la fascia de Colles, evitando tracciones sobre los labios mayores.
- **Trombosis venosa profunda (< 0,5%):** Prevenida con deambulación precoz, medias de compresión y heparina profiláctica.

Signos de alarma: Dolor intenso y empastamiento en una pantorrilla, fiebre superior a 38 °C, enrojecimiento caliente que se extiende por el muslo o secreción maloliente por la herida.

6. Preguntas frecuentes de los pacientes

¿Bastaría con una cicatriz solo en la ingle o necesito la cicatriz por dentro del muslo?

Es una cuestión puramente geométrica: la cicatriz horizontal en la ingle tira de la piel **hacia arriba**, pero solo alcanza a tensar el tercio superior del muslo (los primeros 10–12 cm). Cuando

la piel sobra a lo largo de todo el muslo como un pantalón ancho, para estrechar el cilindro es imprescindible recoger piel en sentido horizontal mediante una cicatriz vertical. En consulta se realiza la prueba de pinzamiento (*pinch test*) frente al espejo para mostrar exactamente qué logra cada técnica.

¿Cómo se cuida la herida de la ingle al ir al baño durante la primera semana?

Las incisiones se protegen al finalizar la cirugía con un pegamento médico quirúrgico impermeable o apósitos transparentes sellados. Tras orinar o ducharse, basta con lavar suavemente con agua y jabón neutro, aplicar antiséptico (clorhexidina acuosa) y secar sin frotar (usando gasas a toquecitos o el secador de pelo en modo aire frío).

7. Referencias bibliográficas

1. **Lockwood TE.** Fascial anchoring technique in medial thigh lifts. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 1988;82(2):299-304.
2. **Le Louarn C, Pascal JF.** The concentric medial thigh lift. *Aesthetic Plastic Surgery*. 2004;28(1):20-23.
3. **Kenkel JM, Eaves FF 3rd.** Medial thigh lift. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2008;122(2):621-622.
4. **Capella JF, Matarasso A.** Approaches to the medial thigh lift in the massive weight loss population. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2016;137(3):798-809.
5. **Bertheuil N, Thienot S, Huguier V, Ménard C, Watier E.** Medial thighplasty after massive weight loss: are there any risk factors for postoperative complications? *Aesthetic Plastic Surgery*. 2014;38(1):63-68.

Dr. Alberto Sánchez García (Alsaga Cirugía Plástica®) — Cirujano Plástico en Valencia (Col. ICOMV 464624929)

📍 **Consulta 1 (Clínica Anubis):** Av. de Francia, 19, Camins al Grau, 46023 Valencia, España (Ver en Google Maps)

📍 **Consulta 2 (Clínica Premium Medical):** C. del Palleter, 4, Planta 1, Pta 2, Extramurs, Extramurs, 46008 Valencia, España (Ver en Google Maps)

📞 **Teléfono / WhatsApp:** +34 601 58 15 42 (Tel. secundario sede Palleter: +34 960 55 04 55)

✉ **Email:** info@alsagacirujanoplastico.com

🌐 **Web:** Si lo deseas, puedes seguir navegando o pedir cita en: https://alsagacirujanoplastico.com/pedir-cita