

Cirugía íntima femenina: nuestro enfoque actual

Female genitalia surgery: our current approach



Filiciani F.

Sandra FILICIANI*, Guillermo SIEMIENCZUK**,
Mariano Gabriel ETCHEVERRY***, Jorge Rubén D'ANGELO****

Resumen

Abstract

Introducción y objetivo. La correcta identificación de las alteraciones estéticas de los genitales externos femeninos, junto a la planificación y realización de técnicas quirúrgicas simultáneas, son esenciales para lograr los mejores resultados.

El objetivo de este estudio es presentar nuestra experiencia en cirugía íntima femenina combinando diferentes técnicas quirúrgicas para tratar simultáneamente las distintas alteraciones estéticas de los genitales externos. Como objetivo secundario, analizamos en la bibliografía las ventajas y desventajas de las diferentes técnicas quirúrgicas de reducción de labios menores en comparación con nuestra técnica de elección.

Material y método. Desde abril de 2010 hasta abril de 2021, realizamos cirugías de la región genital por razones estéticas y funcionales a 213 pacientes. De ese total, a 114 (54%) se les realizó lipoaspiración y/o pexia del monte de Venus, como única cirugía o combinada con dermolipectomía abdominal o lipoaspiración abdominal, y a 99 (46%), resección en cuña de los labios menores como único procedimiento o combinado con otros procedimientos en la región genital, como reducción de capuchón de clítoris, reducción de labios mayores o aumento de labios mayores. La edad promedio de las pacientes fue de 43 años de edad (de 14 a 67 años).

Resultados. La combinación de técnicas quirúrgicas demostró un alto grado de satisfacción (95%) estética y funcional de las pacientes consultadas a los 3 meses de postoperatorio. Las complicaciones fueron hematoma bilateral (0.5%), dehiscencia de la herida y/o fistula (1.4%), dolor postquirúrgico (2.8%), resección insuficiente de la longitud de los labios. (0.5%) y discrepancia de color entre la unión de los colgajos (0.5%). Ninguna paciente presentó infección, dispareunia ni cicatrices patológicas.

Conclusiones. El correcto diagnóstico de las alteraciones estéticas de los genitales externos, en su conjunto, es indispensable para un abordaje quirúrgico simultáneo y un resultado estético armonioso y satisfactorio. En nuestra experiencia, la resección en cuña central es la técnica de elección de resección de los labios menores, ya que presenta un bajo índice de complicaciones.

Background and objective. Correct diagnosis of the external aesthetic female genital alterations, besides planning and achieve simultaneous surgical techniques, are essential to reach the best results.

The aim of this study was to present our experience in aesthetic female genitalia surgery, performing more than one procedure during the same surgical time to simultaneously treat different aesthetic genitalia disorders. Our secondary goal was to analyze in the literature the advantages and disadvantages of the different surgical techniques in labia minora reduction in comparison with our current technique.

Methods. Genital rejuvenation surgeries were performed in 213 patients for aesthetic and functional reasons, from April 2010 to April 2021. Of this total number of patients, 114 (54%) had mons pubis reduction by liposuction and skin resection, as the unique surgery or in combination with abdominoplasty or abdominal liposuction, and in 99 patients (46%) labia minora wedge reduction were performed, alone or in combination with other procedures of the genital region, such as clitoral hood reduction, labia majora reduction, or labia majora augmentation. The mean age was 43-years-old (range, 14 - 67).

Results. The combination of surgical techniques showed a high level of satisfaction (95%) at 3 months follow-up. Complications were bilateral hematoma (0.5%), wound dehiscence and/or fistula (1.4%), postsurgical pain (2.8%), insufficient resection of the length of the labia (0.5%) and the color discrepancy between the flaps (0.5%). No patient presented infection, dyspareunia or pathological scars.

Conclusions. The correct diagnosis, considering all aesthetic aspects of the external genitalia, is essential to develop an appropriate surgical plan and carry out a simultaneous surgical approach and obtain the desired aesthetic result. The central wedge resection is our choice technique for the labia minora resection since it has a low rate of complications.

Palabras clave Reducción labios menores, Hipertrofia labios menores, Hipertrofia capuchón clítoris, Hipertrofia - atrofia labios mayores, Hipertrofia montes de Venus. Labioplastia, Cirugía íntima femenina.

Nivel de evidencia científica 4c Terapéutico
Recibido (esta versión) 10 agosto /2021
Aceptado 10 enero / 2022

Key words Labia minora reduction, Labia minora hypertrophy, Clitoral hood enlargement, Labia majora hypertrophy - atrophy, Mons pubis hypertrophy, Labiaplasty, Female external genitalia.

Level of evidence 4c Therapeutic
Received (this version) August 10 /2021
Accepted January 10 / 2022

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún interés financiero relacionado con el contenido de este artículo.

Financiación: No hubo fuentes externas de financiación para este trabajo.

* Cirujano Plástico, Profesora Superior en Medicina, Profesora Adjunta Cátedra de Cirugía Universidad Abierta Interamericana, Jefe del Servicio de Cirugía Plástica Sanatorio de la Mujer, Rosario, Argentina.

** Cirujano Plástico, Profesor Superior en Medicina, Jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Centro Quirúrgico Rosario, Rosario, Argentina.

*** Cirujano Plástico, Centro Quirúrgico Rosario, Rosario, Argentina.

**** Residente del Servicio Integrado de Cirugía Plástica del Centro Quirúrgico Rosario y Sanatorio de la Mujer, Rosario, Argentina.

Introducción

Las consultas por alteraciones estéticas de los genitales externos femeninos se han incrementado en los últimos años. Esta tendencia se debe a la amplia difusión de imágenes en internet, en redes sociales y al incremento en el uso masivo de la depilación definitiva, lo que permitió a las mujeres y a sus parejas tener una mirada estética mucho más crítica acerca de los genitales externos.⁽¹⁾ Del mismo modo, la búsqueda de la perfección estética de dicha región se vio facilitada por la difusión y el acceso a la información de los diferentes tratamientos quirúrgicos disponibles. La Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética (ISAPS) ha publicado en su estadística global un incremento del 73.3% en el número de labioplastias desde el 2015 al 2019.⁽²⁾

Los motivos de consulta más frecuentes en cirugía íntima femenina son la hipertrofia de los labios menores, seguida por lipodistrofia del monte de Venus, la hipertrofia del capuchón del clítoris, hipertrofia o atrofia de los labios mayores, las secuelas de cicatrices postepisiotomía y los traumatismos en la región. Dichas variantes anatómicas pueden presentarse aisladas o combinadas. Muchas pacientes consultan solamente por hipertrofia de los labios menores sin advertir que los labios mayores están atrofiados, evidenciándose aún más la alteración de los menores al no cubrirlos. Por ello es importante tener un enfoque integral de la región vulvar para lograr un correcto diagnóstico y así llegar a un tratamiento estéticamente más aceptable. Actualmente, nuestra conducta es abordar dichas alteraciones en un mismo acto quirúrgico.

Los labios menores muestran una considerable variación en longitud, anchura, forma y pigmentación. Las pacientes refieren sentirse molestas por la coloración oscura, la flacidez y la longitud excesiva de los mismos. La elección de la técnica adecuada para la reducción de los labios menores es esencial para no dejar secuelas estéticas y/o funcionales.

Los labios menores son dos pliegues cutáneos longitudinales que pueden variar de tamaño, forma y coloración. Están situados internamente entre los labios mayores, a ambos lados del vestíbulo vulvar. Los extremos posteriores están unidos a través de la línea media por un pliegue de piel. El extremo anterior de cada labio se divide en una porción superior y otra inferior. La división superior pasa por encima del clítoris para encontrarse con el lado contralateral, formando así su capuchón.⁽³⁾ La región media de los labios menores cubre y protege los orificios uretral y vaginal del ambiente exterior. Son órganos compuestos por varias capas de tejidos. La capa más externa es el epitelio escamoso estratificado no queratinizado continuo con la piel circundante. La falta de queratina hace

que los labios sean menos duros e impermeables que la piel circundante, lo que también los hace más suaves. En la profundidad del epitelio hay una capa de tejido conectivo fibromuscular que presenta una importante vascularización e inervación.⁽⁴⁾ La sangre, que fluye a través de muchos capilares en dicho espesor, les da a los labios su color rosado. Esta característica es importante durante la excitación sexual volviéndolos turgentes y duplicando o triplicando su espesor.⁽⁵⁾ La función de los labios menores es prevenir la sequedad vaginal y guiar el flujo urinario. Para mantener su función, el tamaño de los labios menores debe ser de al menos 1 cm de longitud.⁽⁶⁾

Talita Franco ha propuesto un sistema de clasificación para la hipertrofia de los labios menores basado en su longitud: menor a 2 cm (Tipo I), de 2 a 4 cm (Tipo II), de 4 a 6 cm (Tipo III) y más de 6 cm (Tipo IV).⁽⁷⁾ El tamaño medio de los labios menores es de 2 cm, oscilando entre 0.7 y 5 cm de longitud.^(8,9) Otra clasificación se basa en la forma y ubicación de la hipertrofia de los labios publicada por Smarrito, Tipo I: con hipertrofia del tercio anterior, Tipo II: hipertrofia del tercio anterior y medio, Tipo III: hipertrofia del tercio posterior, denominada completa.⁽¹⁰⁾

Las causas de la hipertrofia de los labios menores pueden ser multifactoriales, tanto congénitas como adquiridas. Dentro de estas últimas se encuentran la influencia de las hormonas androgénicas exógenas o la irritación crónica. Puede presentarse desde la niñez o ser más notable en la adolescencia o después de embarazos o menopausia.⁽¹¹⁻¹³⁾

Los motivos de consulta más frecuentes son la insatisfacción en la apariencia de los labios menores, el malestar o dolor espontáneo al practicar deportes como ciclismo, atletismo o montar a caballo o durante las relaciones sexuales. Muchas pacientes se avergüenzan al usar ropa ajustada por el abultamiento en la región. Todo esto puede llevar a alteraciones psicológicas que producen una disminución de su autoestima.⁽¹⁴⁾

En el monte de Venus se unen ambos labios mayores, los cuales son pliegues de piel que albergan tejido conectivo adiposo y numerosas glándulas. Presentan una superficie externa de piel pigmentada con vello y una superficie interna lisa. Las consultas frecuentes son por hipertrofia grasa o por flacidez de los mismos.

El objetivo de este estudio es presentar nuestra experiencia en cirugía íntima femenina combinando diferentes técnicas quirúrgicas para tratar simultáneamente las distintas alteraciones estéticas de los genitales externos. Nuestro objetivo secundario es analizar en la bibliografía las ventajas y desventajas de las diferentes técnicas quirúrgicas empleadas en la reducción de los labios menores.

Material y método

Desde abril de 2010 hasta abril de 2021, realizamos cirugías de la región genital por razones estéticas y funcionales a 213 pacientes, de las cuales, en 114 (54%) practicamos lipoaspiración y/o resección de piel del monte de Venus como única cirugía o combinada con dermolipectomía abdominal o lipoaspiración global, y a 99 pacientes (46%) resección en cuña de los labios menores. La labioplastia fue el único procedimiento en 49 pacientes, siendo 2 (4%) unilaterales y 47 (96%) bilaterales. La labioplastia fue combinada con otros procedimientos en la región genital como lipoaspiración, lipotransferencia o resección de labios mayores, lipoaspiración del monte de Venus, reducción del capuchón del clítoris, reparación de cicatriz de episiotomía o cicatriz de labios postraumática, en 41 pacientes (41.5%). Por último, 9 (9%) labioplastias fueron combinadas con cirugías estéticas de otra región del cuerpo como lipoaspiración global, mamoplastía de aumento o mastopexia (Tabla I).

Tabla I. Pacientes operadas

Procedimientos región genital	Nº 213	(%)
Cirugías del monte de Venus*	114	54%
Cirugías de labios menores (resección en cuña)	99	46%
Labioplastias exclusivas	49	49.5%
- Unilateral	2	4%
- Bilateral	47	96%
Labioplastia combinada con procedimientos en región genital**	41	41.5%
Labioplastias combinadas con cirugías estéticas de otra región***	9	9%

* Lipoaspiración y resección de piel del monte de Venus sola o combinada con dermolipectomía abdominal o lipoaspiración global.

** Lipotransferencia a labios mayores, resección de labios mayores, lipoaspiración del monte de Venus, resección del capuchón del clítoris, cicatriz de episiotomía, cicatriz postraumatismo.

***Liposucción, mamoplastia de aumento.

La edad promedio de las pacientes fue de 43 años de edad (rango de 14 a 67 años). Estos procedimientos fueron realizados en el Sanatorio de la Mujer y en el Centro Quirúrgico Rosario en la Ciudad de Rosario, República Argentina. Todas las pacientes firmaron el consentimiento informado preoperatorio correspondiente.

Técnicas quirúrgicas

Todas las cirugías se realizaron bajo neuroleptoanestesia o anestesia general, con la paciente en decúbito dorsal con las piernas separadas en 45 grados entre ellas a nivel del resto del cuerpo. Esta posición evita la tensión excesiva en la región genital que provoca la clásica posición de litotomía. Previa asepsia y antisepsia de la región

vulvar y colocación de los campos estériles, realizamos la marcación intraquirúrgica de la zona a operar con azul de metileno, comprobando el exceso de tejido con *pinch test*; posteriormente, infiltramos con anestesia local (lidocaína al 1% y epinefrina 1: 100.000). La cirugía fue ambulatoria en todos los casos.

Labios menores. En todas las pacientes practicamos técnica de resección en V o en cuña central según técnica de Alter, la cual extirpa la parte más protuberante y oscura de cada labio.⁽¹¹⁾ La incisión de la piel se realizó con bisturí número 15, la cuña del tejido previamente marcado se extirpó mediante electrobisturí con punta de Colorado preservando la mayor cantidad de tejido fibromuscular posible para conservar la vascularización y facilitar el cierre sin tensión, evitando así la formación de fistulas y dehiscencias de las heridas.⁽¹⁵⁾ Cuando el exceso de tejido estaba en la parte central o posterior del labio como describe la clasificación de Smarrito, y era demasiado largo, detuvimos el marcado antes del introito en la parte interna de la vagina y en la parte externa solo llegando al surco interlabial, para prevenir así tener una cicatriz retráctil dolorosa.⁽¹⁰⁾ Se extirpó el tejido subcutáneo excedente sin dejar tensión, evitando así la formación de fistulas y dehiscencias de las heridas. El primer punto se colocó en ambos extremos libres de los colgajos de los labios. Luego se continuó con el cierre muscular en una o dos capas con suturas de Poliglactina 910, Vicryl® Rapide 5-0 (Ethicon®) ininterrumpidas, con aguja atraumática, seguidas de suturas Vicryl® Rapide 5-0 ininterrumpidas mediales y laterales sin tensión (Fig. 1).

Capuchón del clítoris. En los casos en que el capuchón es verticalmente redundante, presentándose como ptótico y alargado, realizamos una desepidermización moderada del mismo en forma de elipse horizontal sin exponer el clítoris, evitando así alteraciones en su sensibilidad.⁽¹⁶⁾ Si el exceso del capuchón es horizontal y se continua con el exceso lateral del labio menor, la resección del capuchón continua con la incisión en cuña externa lateral y anterior (en palo de hockey) en un mismo bloque, extirpando así también el labio lateral redundante.⁽¹³⁾ El cierre se realizó con sutura continua de Vicryl® Rapide 5-0 (Fig. 2).

Labios mayores. En la atrofia o deflación de los labios mayores realizamos lipotransferencia usando microcánulas de 1.5 mm de diámetro tanto para la recolección como para la infiltración de la grasa con jeringas de pico *luer lock* de 10 cc. Las zonas dadoras principales fueron el monte de Venus (si presentaba hipertrofia) o zonas cercanas como el abdomen infiltradas previamente con lidocaína al 0.50%. Realizamos incisiones de 1 mm en el inicio anterior de cada labio mayor, transfiriendo entre 5 a 10 cc de grasa decantada en cada labio de acuerdo a la necesidad. En la hipertrofia de los labios mayores



Figura 1. Paciente de 35 años. a) Preoperatorio: hipertrofia de labios menores tipo I – II. b) Postoperatorio a los 3 meses: resección en cuña central. c) Cantidad resecada en el postoperatorio inmediato. d) Intraoperatorio: hipertrofia anterior. e) Intraoperatorio: resección derecha. f) Postoperatorio a los 3 meses.



Figura 2. Paciente de 43 años. a) Hipertrofia de labios menores tipo I – III. Hipertrofia lateral y anterior del capuchón de clítoris. Exceso de labio perivaginal. b) Resección de labio derecho en cuña anterior, resección del borde posterior de labio en V con resección lateral y anterior del capuchón del clítoris. c) Resección bilateral en cuña continuada por resección bilateral de capuchón del clítoris y sutura continua con vycril 4-0. d-e-f) Postoperatorio al año sin cicatriz aparente en labios. Cicatriz hialina en región del clítoris.

realizamos lipoaspiración, y si esto resulta insuficiente, continuamos con la resección de piel y grasa superficial en exceso. La marcación e incisión comienzan a 1 cm del borde libre del labio en forma longitudinal, uniéndose con la marcación en el surco inguinal como describe Mottura.⁽¹⁷⁾ La cantidad estimada dependerá de la plicatura de piel en exceso sin tensión, evitando la apertura

del introito. Tras una hemostasia meticulosa, se realizó sutura en dos capas de Vicryl® 3-0 absorbibles. La piel la suturamos con nylon 3-0 intradérmico (Fig. 3).

Monte de Venus. En las hipertrofias grasas realizamos lipoaspiración. En las pacientes que también presentan flacidez practicamos resección elíptica de piel y grasa con incisión tipo Pfannestiel (Fig. 4).



Figura 3. Paciente de 21 años. a) Hipertrofia de labios menores anterior Tipo I, de capuchón de clitoris y atrofia de labios mayores. b) Marcación en V anterior de labios menores (línea negra) y marcación de resección de capuchón (línea amarilla). c) Postoperatorio inmediato. d) Cantidad de labios y capuchón extirpados. e) Postoperatorio inmediato de resección de labios y capuchón con injerto de grasa en labios mayores. f) Postoperatorio a los 8 meses con cicatriz de labios y clitoris imperceptibles. g) Postoperatorio a los 8 meses: labios mayores con lipotransferencia. h) Preoperatorio, vista de frente, de labios menores que traspasan los mayores. i) Postoperatorio a los 8 meses, vista de frente, de labios menores dentro de los mayores.

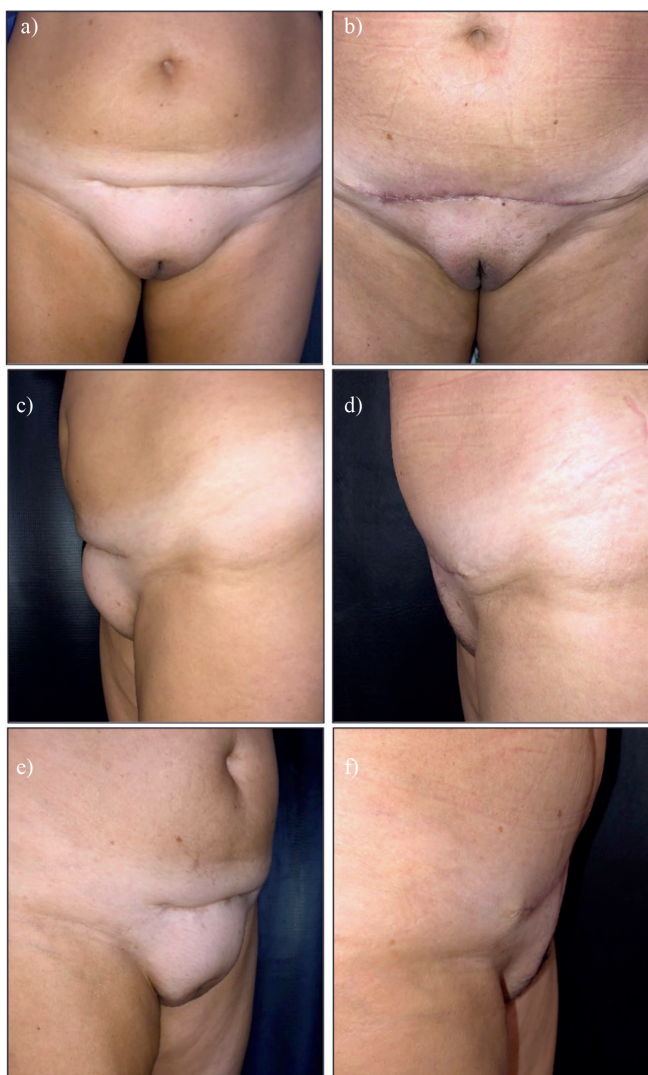


Figura 4. Paciente de 59 años con hipertrofia del monte de Venus y labios mayores. a, c, e) Preoperatorio. b, d, f) Postoperatorio a los 3 meses: liposucción de labios mayores y monte de Venus. Resección de piel y pexia de monte de Venus.

Indicaciones postoperatorias

Recomendamos el uso de toallas higiénicas, lavado con Pervinox® diluido después de la micción y baños de asiento con té de malva frío cada 12 horas durante una semana. Analgésicos como diclofenaco con paracetamol cada 8 horas durante la primera semana y antibióticos como la cefalotina en la inducción anestésica y luego ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas durante 7 días vía oral. Otras indicaciones consistieron en llevar ropa suelta y evitar las relaciones sexuales durante un mes.

Los controles posoperatorios fueron a los 2, 7, 15 y 30 días, luego a los 2, 6 y 12 meses. Los puntos que no se reabsorbieron fueron retirados entre los 15 y 30 días, previa colocación de anestesia local en crema.

Resultados

En nuestra experiencia, la combinación de las técnicas quirúrgicas para tratar simultáneamente las alteraciones

Tabla II. Índice de satisfacción de las pacientes

Satisfacción	N: 213 (%)
Muy satisfecha	202 (95%)
Satisfecha	9 (4%)
Poco satisfecha	1 (1%)

Tabla III. Total de complicaciones

Complicaciones	Nº (%)
Hematoma	1 (0.5%)
Dehiscencia labios menores - Fístula	3 (1.4%)
Dolor	6 (2.8%)
Dispareunia	0
Infección	0
Cicatriz patológica	0
Resección insuficiente	1 (0.5%)
Discrepancia color	1 (0.5%)

estéticas de los genitales externos femeninos demostró un alto grado de satisfacción de las pacientes consultadas durante el control postoperatorio a los 3 meses. En dicha consulta se les preguntó si estaban muy satisfechas, poco o no satisfechas, y dicha respuesta se registró en la historia clínica del Servicio: 202 pacientes (95%) estuvieron muy satisfechas con los resultados estéticos y funcionales, 9 (4%) poco satisfechas con los resultados y 2 (1%) manifestaron no estar satisfechas, una de ellas por resección insuficiente de los labios menores, lo que requirió reintervención a los 4 meses con anestesia local para completar dicha resección (Tabla II).

Como complicaciones se presentaron: una paciente (0.5%) con hematoma bilateral durante la internación que requirió reintervención y electrocoagulación de la zona sangrante; 3 pacientes (1.4%) con dehiscencia de la herida y/o fístula (Fig. 5) Cabe aclarar que 2 de ellas en el período en el que no realizábamos sutura de los planos profundos y la tercera paciente era fumadora; 6 pacientes (2.8%) refirieron dolor postquirúrgico a pesar de los analgésicos indicados, que no duró más de una semana; una paciente (0.5%) presentó resección deficiente de la longitud de los labios; y una paciente (0.5%) tuvo discrepancia de color entre la unión de los colgajos. Ninguna paciente presentó infección, dispareunia ni cicatrices patológicas posquirúrgicas (Tabla III).

Discusión

El motivo por el cual una mujer toma la decisión de realizarse una cirugía íntima no sólo depende de la percepción subjetiva que tenga de estas alteraciones, sino porque muchas veces estas pacientes sufren verdaderos malestares físicos y psicológicos que no les permiten desarrollarse con normalidad. Evaluar en el preoperatorio

de forma integral los genitales e identificar las alteraciones de cada una de sus estructuras, nos permite combinar distintas técnicas quirúrgicas en simultáneo y obtener así un resultado estético más armónico.⁽¹⁶⁾

En el inicio de nuestra experiencia en cirugía íntima femenina, solo nos enfocábamos en la labioplastia reductora, y aunque los resultados eran buenos, en las comparaciones fotográficas pre y postoperatorias pudimos evidenciar una falta de armonía de la región. En algunos casos identificamos una hipertrofia residual del capuchón del clítoris que no acompañaba el buen resultado estético de la reducción de los labios menores. Del mismo modo, no tratar los labios mayores atrofiados provocaba una exposición persistente de los menores que sí habíamos tratado. Así también, los labios mayores o montes de Venus hipertróficos deslucían el buen resultado. Todo esto nos llevó a replantearnos la visión y el enfoque de este tipo de cirugías complementando la resección en cuña con procedimientos en las otras estructuras anatómicas de la región, lo cual generó una mejoría estética no sólo de los labios menores, sino de toda la zona vulvar. Este cambio de enfoque nos permitió lograr un aumento en la satisfacción tanto de las pacientes como de los cirujanos.

La mayoría de los trabajos consultados en la bibliografía refieren a la cirugía íntima femenina como un procedimiento exclusivo sobre los labios menores. En ellos, la preocupación por la apariencia estética genital en el 71.7%, seguida por la incomodidad física y emocional relacionadas con la vida sexual y la angustia psicológica fueron las motivaciones más frecuentes de consulta.⁽¹⁸⁾ Casi el 50% de las mujeres refirieron experimentar dolor durante el coito y el 40% se avergonzaba al usar trajes de baño. En otro estudio, más de la mitad de las pacientes operadas se sentían menos atractivas con su pareja, lo que les provocaba un impacto negativo en su autoestima y en su intimidad.⁽¹⁹⁾

La literatura confirma que la cirugía íntima femenina brinda un alto grado de satisfacción psicológica y sexual en el postoperatorio (97%).⁽¹⁸⁻²²⁾

Están descritos varios métodos para la reducción de los labios menores con buenos resultados y con diferentes complicaciones.

La técnica de resección longitudinal directa, descrita por Caparo, implica la amputación del borde libre de los labios dejando una cicatriz recta visible, eliminando el contorno natural, la coloración y la textura del borde libre de los labios menores.⁽²³⁾ Esta cicatriz lineal puede contraerse causando una retracción en el introito, tensión en la horquilla posterior o irritación crónica al roce con la ropa.^(24,23) Felicio publicó su experiencia con una modificación en la incisión en forma de S para evitar la posibilidad de contractura de la cicatriz, con buenos resultados.⁽²⁵⁾

Si bien esta técnica puede realizarse con láser, lo que es muy útil por no producir sangrado, la resección continúa eliminando el borde natural y sensible de los labios.⁽²⁶⁾ El 53.6 al 60.7% de las pacientes operadas con esta técnica y con reducción del capuchón del clítoris refirieron una disminución en la sensibilidad del borde de los labios.⁽²⁷⁾

Por el contrario, la técnica de desepidermización central de los labios puede ofrecer muchas ventajas al preservar el borde natural, su irrigación e inervación.⁽²⁸⁾ Sin embargo, no logra disminuir apropiadamente la longitud del labio, resultando un labio voluminoso; para ello, Mayer agregó una pequeña resección en cuña del extremo posterior.^(29,30)

Nuestra técnica de elección es la resección central en V de Gary Alter, que tiene la ventaja de preservar el color y el borde natural de los labios respetando la irrigación e inervación y dejando una cicatriz parcialmente oculta.⁽¹¹⁻¹³⁾ Los estudios en cadáver sobre la anatomía vascular de Charalambos apoyan esta elección, ya que este autor demostró que las áreas más perfundidas son la central y posterior, motivo por el cual es conveniente conservar intactas estas zonas eligiendo una resección en cuña más anterior, evitando así la dehiscencia de las heridas.⁽³¹⁾

Triana ofrece una descripción completa de las diferentes técnicas en la región vulvar además de discutir las labioplastias de reducción utilizadas por varios autores, destacando sus beneficios y desventajas.⁽³²⁾ En una revisión sistemática de la literatura se encontró que las tasas de satisfacción oscilaron entre el 94 y el 100%. La complicación postoperatoria más común para todas las técnicas fue la dehiscencia de la herida (4.7 %).⁽³³⁾

Nuestras complicaciones (5.7%) fueron similares a las encontradas en la literatura (del 2.65 al 10%), con un alto índice de satisfacción ($\geq 90\%$).⁽¹³⁾ Algunos autores critican la técnica de Alter argumentando que la posible contracción de la cicatriz vertical lineal puede distorsionar el contorno natural del labio.⁽²⁴⁾ Pero, aunque dicha cicatriz vertical pueda presentar una pequeña retracción, al ser la parte más sobresaliente del labio, solo deja un borde más redondeado. En un estudio comparativo de 24 pacientes con técnicas de resección longitudinal frente a resección en V central, se encontró un mejor resultado estético en la reducción en cuña central con ausencia de hipopigmentación y prurito.⁽³⁴⁾ Rouzier informó de que el 96% de las pacientes estaban satisfechas con la escisión en forma de V, aun teniendo una tasa del 7% de dehiscencia de la línea de sutura.⁽³⁵⁾

Con este enfoque integral de las alteraciones anatómicas de la región vulvar, podemos diagnosticar y proponer a las pacientes las diferentes técnicas complementarias entre sí para lograr un resultado estético superior.

Señalamos como debilidad de nuestro estudio, el número relativamente bajo de pacientes y la dificultad en el seguimiento de las mismas a largo plazo.

Conclusiones

Los procedimientos quirúrgicos de los genitales externos femeninos son cada vez más requeridos. El correcto diagnóstico de las alteraciones anatómicas de la vulva en su conjunto, tanto de los labios menores, labios mayores, capuchón de clítoris y monte de Venus, es indispensable para realizar un abordaje quirúrgico simultáneo y obtener un resultado estético armonioso y satisfactorio.

La resección en V o cuña central de Alter es nuestra técnica de elección de resección de los labios menores ya que presenta un bajo índice de complicaciones y una alta satisfacción de las pacientes.

Dirección del autor

Dra. Sandra Filiciani
La Paz 697
Ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe
República Argentina. CP: 2000
Correo electrónico: sfiliciani@gmail.com

Bibliografía

1. Grossman SL, Annunziato RA. Risky business: is pubic hair removal by women associated with body image and sexual health? *Sex Health*, 2018;269-275.
2. International, Society of Aesthetic Plastic Surgery. ISAPS. <https://www.isaps.org/>, ISAPS, 2019. [En línea]. Available: <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2020/12/Global-Survey-2019.pdf>. [Último acceso: 24 mayo 2021].
3. Tepper OM., Wulkan M., Matarasso A. Labioplasty: Anatomy, etiology and a new surgical approach. *Aesth Surg J*, 2011;31:51-518.
4. Schober J, Cooney T, Pfaff D, Mayoglou L, Martin-Alguacil N. Innervation of the labia minora of prepubertal girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2010;23:352-357.
5. Puppo V. Anatomy and physiology of the clitoris, vestibular bulbs and labia minora with a review of the female orgasm and the prevention of female sexual dysfunction., *Clin Anat*, 2013;26:134-152.
6. Clerico C., Lari A, Mojallal A, Boucher F. Anatomy and Aesthetics of the labia minora: The ideal Vulva? *Aesth Plast Surg*, 2017 41:714-719.
7. Franco T, Franco D. Hipertrofia de Ninfas. *J Bras Ginecol*, 1993;103:163-165.
8. Lloyd J., Crouch N.S., Minto C.L. et al. Female genital appearance: "normality" unfolds. *BJOG*, 2005;112:642-646.
9. Felicio Y. Intime chirurgie. *La Rev Chir Esth Lang Franc XVII*, 1992;67:37-43.
10. Smarrito S. Classification of Labia Minora Hypertrophy: a retrospective study of 100 patient cases. *JPRAS Open*, 2017.
11. Alter G. A new technique for aesthetic labia minora reduction. *Plast Reconstr Surg*, 1998;40:287-290.
12. Alter G. Central wedge nymphectomy with a 90-degree z-plasty

- for aesthetic reduction of the labia minora. *Plast Reconstr Surg*, 2005;115:2144-2145.
13. Alter G. Aesthetic Labia Minora and Clitoral Hood Reduction Using Extended Central Wedge Resection. *Plast Reconstr Surg*, 2008;122:1780-1793.
14. Puppo V, Puppo G. Anatomy of Sex: Revision of the New Anatomical Terms Used for the Clitoris and the Female Orgasm by Sexologists. *Clinical Anatomy*, 2014;28:293-304.
15. Hamori C. Aesthetic Surgery of Female Genitalia: Labiaplasty and Beyond. *Plast Reconstr Surg*, 2014;134:664-673.
16. Hunter J.G. Labia Minora, Labia Majora, and Clitoral Hood Alteration: Experience-Based Recommendations. *Aesth Surg J*, 2015:1-9.
17. Mottura A. Labia Majora Hypertrophy. *Aesth Plast Surg*, 2009;33:859-863.
18. Sharp G., Tiggenmann M., Mattiske J. A Retrospective study of the psychological outcomes of labioplasty. *Aesth Surg J*, 2017;37:324-331.
19. Sorice S., Li A., Canales F., Furnas H. Why women request labioplasty. *Plast Reconstr Surg*, 2017;139:856-863.
20. Goodman MP, Placik OJ, Benson RH. A large multicenter outcome study of female genital plastic surgery. *J Sex Med*, 2010;7:1565-1577.
21. Gress S. Composite reduction labiaplasty. *Aesth Plast Surg*, 2013; 674-683.
22. Goodman MP., Placik OJ., Matlock DL. Evaluation of body image and sexual satisfaction in women undergoing female genital plastic/cosmetic surgery. *Aestht Surg J*, 2016;36:1048-1057.
23. Caparo VJ. Congenital anomalies. *Clin Obstet Gyneco*, 1971;14: 988-995.
24. Triana L., Robledo AM. Aesthetic Surgery of Female External Genitalia. *Aesth Surg J*, 2015; 35:165-177.
25. Felicio Y. Labial surgery. *Aestht Surg J*, 2007;27:322-328.
26. Pardo J, Sola V, Ricci P, Guilloff E. Laser labioplasty of the labia minora. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2006; 93:38-43.
27. Placik OJ., Arkins JP. A. A Prospective Evaluation of Female External Genitalia Sensitivity to Pressure following Labia Minora Reduction and Clitoral Hood Reduction. *Plast Reconstr Surg*, 2015;136:442e-452e
28. Choi HY., Kim KT. A new method for aesthetic reduction to the labia minora (the deepithelialized reduction labioplasty). *Plast Reconstr Surg*, 2000;105:419-422.
29. Mayer H., Elizalde M., Duh N., Loustau H. Bidimensional labia minora reduction. *Eur J Plast Surg*, 2011;34:345-350.
30. Ellsworth W., Rizvi M. et al. Techniques for Labia Minora Reduction: An Algorithmic Approach. *Aesth Plast Surg*, 2010; 34:105-110.
31. Charalambos AG., Benatar M., Dumas P. A cadaveric study of the arterial blood supply of the labia minora. *Plast Reconstr Surg*, 2015;136:167-178.
32. Triana L., Robledo AM. Refreshing Labioplasty Techniques for Plastic Surgeon. *Aesth Plast Surg*, 2012;36:1078-1086.
33. Motakef S., Rodriguez-Feliz J., Chung MT., Ingargiola MJ., Wong VW., Patel A. Vaginal labiaplasty: Current practices and a simplified classification system for labial protrusion. *Plast Reconstr Surg*, 2015;135:774-788.
34. Murariu D, Jackowe DJ., Parsa A. Comparison of wedge versus straight line. *Plast. Reconstr Surg*, 2010;125:1046-1053.
35. Rouzier R., Louis-Sylvestre, C., Paniel, B. J., and Haddad B. Hypertrophy of labia minora: Experience with 163 reductions. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 2000;182:35-40.
36. Munhoz, A. M., Filassi, J. R., Ricci, M. D., Aldrighi, C., and Ferreira, M.C. Aesthetic labia minora reduction with inferior wedge resection and superior pedicle flap reconstruction. *Plast. Reconstr Surg*, 2006;118:1237-1243.

Comentario al artículo: "Cirugía íntima femenina: nuestro enfoque actual"

Aldo MOTTURA

Cirujano Plástico, Director del Postgrado de la Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina

Es un placer hacer el comentario del trabajo de la Dra. Filiciani y col. que han realizado una excelente descripción de los problemas de los genitales externos femeninos y su corrección quirúrgica mostrando una importante casuística, tema no muy común en nuestra especialidad.

Desearía aquí colaborar agregando algunas observaciones personales sobre este interesante tema. Para la prevención del dolor postoperatorio de la cirugía de los labios menores, aun si se realiza anestesia general, raquídea o neuroleptoanalgesia, antes de comenzar la operación nosotros infiltramos en forma profusa el tejido subcutáneo profundo del área de los labios mayores, por donde transcurren los nervios perineales y la irrigación arterial que viene principalmente de las arterias pudendas internas. Se preparan 80 ml de una solución anestésica compuesta por 10 ml de lidocaína al 2%, 10 ml de bupivacaína 0.5%, 0.5 ml de adrenalina 1.1000, diluida con solución fisiológica, usando entre 25-40 ml en cada lado. La adrenalina proporciona 4-6 horas de vasoconstricción a toda el área isquípública evitando el molesto sangrado intraperatorio, mientras que la bupivacaína brinda entre 8-12 horas de anestesia, mitigando el dolor del postoperatorio inmediato.

Respecto de la ptosis vulvar, presente en las mujeres que han perdido peso o que han tenido hijos, les explico que, así como se distendió su abdomen, que ahora está flácido, igualmente ha sucedido con sus genitales externos. Al reseca la parte superior de la vulva y levantarla, se tensan también sus genitales y con ello, en

cierta medida, también el clítoris. Frente al espejo, con la mujer en bipedestación, se le señalan estos hechos. Meses después de su operación, todas muestran mejoría en sus relaciones.

Con respecto a la cirugía de los labios menores, generalmente la resección en V descrita por la Dra. Filiciani y col. soluciona la mayoría de los problemas de hipertrofia, aunque en los pocos casos de hipertrofia grande de todo el labio menor es posible una resección longitudinal, quedando aparte las cirugías secundarias, donde se deben reconstruir los labios de acuerdo a cada problema. En el postoperatorio les sugiero usar el bidé 2-4 veces por día, el cual, con la fuerza moderada de sus gotas, da un suave masaje a la zona operada y asegura una buena higiene. En las primeras relaciones sexuales se sugiere lubricar el área con vaselina sólida.

Sobre el tema de la lipotransferencia en los labios mayores, sería bueno que los autores pudieran ilustrarnos con más detalles sobre la reabsorción de la grasa inyectada, lipotransferencias complementarias y cualquier detalle u observación que consideren de interés.

Felicito a la Dra. Filiciani y col. por tan interesante y completo trabajo sobre este aspecto tan importante de la mujer, y al cual, creo que la Cirugía Plástica no ha prestado todavía la debida atención.

Bibliografía

1. Vila-Rovira R. Cirugía estética genital masculina y femenina. Ed. Villena Artes Gráficas. 2018. Madrid.

Respuesta al comentario del Dr. A. Mottura

Sandra FILICIANI

Agradecemos profundamente los certeros comentarios del Dr. Aldo Mottura, a quien reconocemos como un cirujano innovador y precursor de técnicas quirúrgicas que aportan tanto a la Cirugía Plástica.

La sugerencia del complemento anestésico local no solo de los labios sino de toda la región para disminuir las posibilidades de sangrado y dolor, es un aporte muy interesante que seguramente implementaremos a partir de ahora en nuestras pacientes.

Con respecto a la tasa de reabsorción de la lipotransferencia de la región genital de nuestros pacientes,

podemos observar que existe un gran porcentaje de supervivencia del injerto. Técnicamente, lo primero que realizamos es una infiltración en la zona dadora con una solución que contiene 20 ml de lidocaína con epinefrina + 1 ml de adrenalina + 100 ml de suero fisiológico aproximadamente. Posteriormente lipoaspiramos con una cánula ralladora de 1.5 mm de diámetro y dejamos decantar la grasa lipoaspirada. Una vez que la grasa se encuentra decantada y lista para utilizar, pasamos la misma por un trasvasador fino y procedemos a inyectarla en la zona receptora con cánulas de 1 a 1.5 mm o con agu-

jas 18G, en pequeños volúmenes y en distintos planos y con jeringas *luer lock* de 3 cc para un mejor control. La región receptora donde comúnmente inyectamos la grasa es en labios mayores. Creemos que el manejo cuidado-

so de la grasa con técnica atraumática, asociado a la infiltración en pequeños volúmenes y en distintos planos, posiblemente podrían ser los responsables de una mayor supervivencia del injerto.