

BIBLIOTECA
DIGITAL

INCLUYE | **4**
E-BOOK | VIDEOS

Labioplastia topográfica

De la teoría a la
práctica clínica

Pablo González-Isaza
Rafael Sánchez-Borrego





AMOLCA

Labioplastia topográfica

Pablo González-Isaza
Rafael Sánchez-Borrego

Labioplastia topográfica

De la teoría a la práctica clínica

2024



Editor en jefe: Félix E. Suárez

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse o transmitirse por ningún medio electrónico, mecánico, incluyendo fotocopiado o grabado mediante cualquier sistema de almacenamiento de información sin el permiso escrito de los editores.

El editor no es responsable (de hechos de responsabilidad, negligencia u otra) por lesión alguna resultante de cualquier material contenido aquí. Esta publicación contiene información relacionada a principios generales de cuidados médicos que no deben ser tomados como instrucciones específicas para pacientes individuales.

La información y empaque de productos manufacturados insertos deben ser revisados para el conocimiento actual, incluyendo contraindicaciones, dosis y precauciones.

Publicado originalmente en inglés bajo el título

Topographic Labiaplasty; From Theory to Clinical Practice

editado por Pablo Gonzalez Isaza y Rafael Sánchez-Borrego, edición: 1

Copyright © Los editores y los autores, bajo licencia exclusiva de Springer Nature Switzerland AG, 2023

Esta edición ha sido traducida y publicada bajo acuerdo de

Springer Nature Switzerland AG.

Springer Nature Switzerland AG no se hará responsable por cuanto a la exactitud de esta traducción.

Edición en idioma castellano:

Copyright © 2024. Editorial Amolca, S. A. S.

Labioplastia topográfica. De la teoría a la práctica clínica

Pablo González Isaza y Rafael Sánchez-Borrego

ISBN: 978-628-7528-84-0

Edición año 2024

Corrección clínica: Pedro Madrid

Corrección de estilo y gramática: Clea Rojas

Artes finales: Gerardo Hernández

Diseño de portada: Steven Cifuentes

Impreso en China

CASA MATRIZ 

Cra 43 # 9 Sur 195 Ed. Square Torre
Inexmoda Ofc. 1334 - 1338
Medellín, Colombia
(604) 479 74 31
contacto@amolca.com

AMOLCA COLOMBIA 

Elkin Restrepo
Circular 5 #71 A -5 Barrio Laureles
(604) 444 3314 +57 3175049844
gerencia@amolca.com.co

AMOLCA CHILE 

General Bustamante 24, oficina 1.
Providencia, Santiago de Chile
+56 944182523
ventas@amolcachile.com

AMOLCA MÉXICO 

Arquitectura 49 – 202 o Videoportero
Amolca. Colonia Copilco Universidad.
Alcaldía Coyoacán. C.P. 04360.
Ciudad de México.
+52 5556580882
administracion@amolcamexico.com
amolca@me.com

AMOLCA PERÚ 

Rafael Ángel Cortés Flórez
Jr. Inclán 312 Magdalena del Mar, Lima
(051) 2433161
ventas@amolca.com.pe

AMOLCA VENEZUELA 

Calle VillaFlor Edificio Centro Profesional del Este
Piso 08 Oficina 81. Urbanización San Antonio /
Sabana Grande Sur, Parroquia El Recreo,
Municipio Libertador. Distrito Libertador
Carmen Rosandra Fernandes - 0414-255 51 85

Distribuidores

Argentina - Bolivia – Brasil - Costa Rica - Ecuador - El Salvador - España - Estados Unidos
Guatemala - Honduras - Nicaragua – Panamá - Paraguay – Uruguay



WWW.AMOLCA.COM

*A mi esposa Heidi Fruchtnis y a mi hija
Julieta González, fuente permanente de
inspiración, que han sido testigos de mi
trayectoria profesional; a mis padres,
que me han permitido tener una
educación de calidad; a mis colegas
y amigos que experimentan la gran
satisfacción de mejorar la sexualidad y
calidad de vida de los pacientes.*

Pablo González-Isaza



Prólogo

Hace muchos años tuve la oportunidad de contactar al Dr. Pablo González a través de un colega que nos presentó. Nos conocimos en un congreso en Bogotá, y allí por primera vez aprendí acerca de algunos de los procedimientos de la ginecología estética. En ese momento había mucha resistencia desde algunas posiciones —no tanto teóricas o científicas, sino ideológicas— de los profesionales de la salud sexual, y me pareció interesante profundizar en el tema para tener mi propio concepto del asunto.

Poco después participé en el primer congreso de Ginecología Estética en la ciudad de Pereira, y allí escuché brillantes ponencias de diferentes médicos que me hicieron entender que esto es una ciencia, y no una práctica engañosa. Detrás de esos congresos, había el respaldo de investigaciones bien diseñadas, publicaciones científicas, libros, cientos de horas de quirófano y sociedades científicas internacionales.

En este punto es donde entendemos la diferencia entre ciencia e ideología, dos perspectivas que no siempre hablan el mismo idioma. Y creo que no solo desde el punto de vista de la ciencia, sino también desde el sentido común, una mujer tiene todo el derecho del mundo a someterse a algún tipo de intervención estética que le permita sentirse más a gusto con su cuerpo, aumentar su autoestima, superar complejos y disfrutar plenamente de su sexualidad. En resumen, es su cuerpo, y ni siquiera los grupos feministas radicales tienen más derecho que ella a tomar las decisiones correspondientes.

En los años siguientes, seguimos afianzando nuestra relación profesional en diferentes congresos, reuniones, cursos, y observé el crecimiento exponencial de la ginecología estética, algo que quizás no hubiera conocido de no haber sido por aquel primer encuentro providencial.

Mi ahora amigo Pablo González siempre estuvo preocupado por encontrarse a la vanguardia organizando grandes congresos, enseñando, escribiendo, publicando y, por supuesto, realizando intervenciones quirúrgicas. Pero aún tenía algo pendiente: publicar un libro.

Así, llegó el momento: con algunos textos de su autoría y capítulos de profesionales de renombre mundial, construyó este sueño llamado *Labioplastia topográfica: de la teoría a la práctica*. Su contenido, como su título indica, abarca desde aspectos históricos, teóricos y, por supuesto, prácticos, que ofrecen una visión completa de la labioplastia desde una perspectiva científica.

No tengo ninguna duda de que este libro hará historia dentro de la especialidad, y espero que reciba la acogida y repercusión que se merece. Tiene calidad de sobra para conseguirlo. Que lo disfruten.

Contenido

1. Introducción	1
Pablo González-Isaza	
2. Aspectos históricos	5
Jack Pardo Schanz	
3. Anatomía topográfica	11
Pablo González-Isaza	
4. Clasificación de la hipertrofia de los labios menores	23
Pablo González-Isaza	
5. Labioplastia de los labios menores: técnicas quirúrgicas	33
Juan José Escribano Tórtola y Gloria Rodea Gaspar	
6. Indicaciones/contraindicaciones de la labioplastia	47
Gustavo Adolfo Parra Solano	
7. Consideraciones anestésicas para la labioplastia	55
Othman Sulaiman	
8. Instrumentación quirúrgica en la labioplastia	63
Ana María Gutiérrez	
9. El papel de las fuentes de energía EBD en la práctica de la labioplastia	67
Pablo González-Isaza	
10. Complicaciones: cómo preverlas y evitarlas	75
Pablo González-Isaza	
11. Labioplastia secundaria de labios menores	93
Massimiliano Brambilla	
12. Labioplastia en adolescentes	105
Maryory Gómez	

13. ¿Qué viene después de una labioplastia?	117
Diana Lorena Vélez Rizo	
14. Sexología clínica y ginecología estética: un trabajo integral en beneficio de los pacientes	135
Ezequiel López Peralta	
15. Labioplastia de los labios mayores con ácido hialurónico	147
Eva Guisantes	
16. Clitoropexia-clitoroplastia	157
Ricardo L. Kruse	
17. Formación de calidad en ginecoestética	169
Rafael Sánchez-Borrego, Manuel Sánchez-Prieto y Pablo González-Isaza	
18. Aspectos ético-jurídicos	181
David Vásquez Awad	
Anexos	191
Índice alfabético	205



AMOLCA

Labioplastia de los labios menores: técnicas quirúrgicas

Juan José Escribano Tórtola y Gloria Rodea Gaspar

Introducción

La reducción quirúrgica de los labios menores como tratamiento de su hipertrofia se denomina labioplastia (LP, por sus siglas en inglés). La etiología del aumento de tamaño de los labios menores es desconocida, pero está relacionada con diversas causas (congénitas, hormonales, traumatismos o infecciones repetidas), aunque es importante precisar el concepto, desde nuestro punto de vista, de que existen múltiples variantes de “normalidad” de la vulva y, por tanto, no se debe considerar patológico lo que realmente no lo es. Desaconsejar el concepto de normalidad o anormalidad referido a los genitales externos es uno de los objetivos que debe perseguir cualquier profesional cuyo fin sea el abordaje quirúrgico de la vulva desde un punto de vista integral en aquellas pacientes que por múltiples motivos relacionados con sus labios menores ven afectada su calidad de vida.¹⁻⁵

La falta de una definición clara de la hipertrofia de los labios menores y la existencia de múltiples clasificaciones dificultan definir criterios claros y comunes para aplicar la técnica. Como norma usual, se establece como la protrusión más allá de los labios mayores vulvares, y que generalmente puede ir acompañada de hipertrofia del capuchón del clítoris.^{6,7}

J. J. E. Tórtola (✉)

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, España.
Unidad de Ginecología Regenerativa, Funcional y Estética, Instituto Médico Láser, Madrid, España.

G. R. Gaspar

Unidad de Ginecología Regenerativa, Funcional y Estética, Instituto Médico Láser, Madrid, España.
Unidad de Ginecología, Clínica Gran Vía, Madrid, España.

La demanda de este tipo de cirugía ha ido en aumento en los últimos años. Los datos de la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos Estéticos del 2017 informan de un aumento del 217,2 % desde el 2012.³

Las razones por las que las pacientes solicitan una labioplastia se dividen en razones estéticas (por lo general), funcionales o mixtas. La percepción de la apariencia “anormal” de los labios menores, que afecta a la autoestima, está influida por razones socioculturales, los medios de comunicación, el entorno familiar, las parejas sexuales, etc.⁸⁻¹¹ La historia clínica detallada e individualizada es vital para descartar posibles afecciones psicosexológicas (considerar la presencia de síndrome dismorfofóbico), que interfieren en esta percepción, y para determinar cuáles son las expectativas reales de la paciente y qué se pretende conseguir con la cirugía.^{12,13}

Se han descrito hasta 11 técnicas diferentes para practicar una labioplastia. El principal objetivo de la cirugía es que la paciente, estando de pie, observe una mínima o nula protrusión de los labios menores sobre los mayores. De todas las técnicas, la escisión lineal (borde o recorte) y la escisión en cuña son las que más se aplican, seguidas de la plastia en Z y la técnica de desepitelización, aunque no hay ninguna técnica definida como estándar de referencia en la literatura revisada.¹⁻³ Las tasas de complicaciones de esta cirugía son bajas, del 2-5 %, y el grado de satisfacción obtenido por los pacientes es superior al 90 %.³

Las limitaciones que encontramos para hacer una revisión sistemática del tema son la falta de uniformidad de los criterios de inclusión basados principalmente en que no hay una clasificación universal,^{6,7,14,15} el pequeño tamaño de la muestra de los estudios publicados y la falta de estudios con un diseño adecuado que indiquen el número de complicaciones menores y mayores, el período de seguimiento a largo plazo y el grado de satisfacción obtenido con cuestionarios validados.¹ El procedimiento quirúrgico a efectuar se debe basar en la anatomía de la vulva, en expectativas realistas y en los objetivos de la paciente.¹⁶⁻¹⁹

En este capítulo se abordarán las técnicas descritas en base al soporte científico existente, con el objetivo de facilitar al cirujano la elección más adecuada para cada caso.

Técnicas quirúrgicas

En relación con el origen de las técnicas quirúrgicas, mencionaremos algunos momentos relevantes. Martincik y Malinovsky, en 1971, describieron la resección de un triángulo de tejido en la parte posterior de los labios menores con sutura de ambos márgenes.²⁰ En 1976, Radman publicó dos casos de hipertrofia de los labios menores en los que aplicó una labioplastia mediante la técnica de resección lineal. Fue la primera vez que el procedimiento se hizo por indicación médica.²¹ El primer artículo publicado en una revista americana sobre la labioplastia data de 1978. Honoré et al. presentaron dos casos de elongación bilateral de los labios menores de la vulva en los que se practicó una resección quirúrgica, para resolver las molestias de las pacientes.²² Hodgkinson y Hait, en 1984, aplicaron por primera vez la técnica directa con una descripción de cirugía plástica y con fines estéticos; se hizo entonces referencia por primera vez a la importancia de la influencia de los medios de comunicación y la cultura de la imagen en la percepción de la vulva “ideal”.²³

Un cambio importante en el abordaje de la hipertrofia de los labios menores se produjo en 1998, cuando Alter describió una nueva técnica quirúrgica que consistía en una resección en cuña, lo que cambió las perspectivas de los procedimientos realizados hasta la fecha y sirvió de modelo para las sucesivas modificaciones que practicarían otros autores a partir de ese momento.²⁴

El objetivo principal de cualquier técnica quirúrgica es preservar en lo posible la mayor parte de la anatomía y mantener a la vez la funcionalidad con el mejor resultado estético posible. Hasta la fecha se han publicado varios artículos de revisión sistemática sobre las técnicas.

Motakef et al., en el 2015, presentaron los resultados del análisis de una selección de 19 artículos de 247 publicaciones. Evaluaron 16 estudios retrospectivos y 3 casos clínicos y analizaron, en base a su clasificación del grado de hipertrofia labial, 7 técnicas quirúrgicas que incluían la que se efectúan con láser (escisión directa, desepitelización, cuña, técnica en W, técnica compuesta, plastia en Z y láser); encontraron una tasa de satisfacción del 94-100 % y una tasa de complicaciones muy baja; la más frecuente de ellas fue la dehiscencia de la sutura, con un 4,7 %. Concluyeron que la labioplastia es un procedimiento seguro con un alto índice de satisfacción, y recomendaron hacer estudios aleatorizados con criterios unificados para clasificar la hipertrofia, comparar unas técnicas con otras y obtener resultados que permitan determinar cuál es la mejor opción.^{25,26}

Ese mismo año, Oranges et al. publicaron una revisión de ocho técnicas (labioplastia compuesta, cuña, desepitelización, escisión directa, láser, *custom flask*, técnica en W y técnica fenestrada con transposición de colgajo). Se identificaron inicialmente 64 artículos y se seleccionaron 38 estudios: 29 retrospectivos y 9 informes de casos. La tasa de satisfacción superó el 90 % y se notificó una tasa de complicaciones del 6,7 %. Los autores concluyeron que las ocho técnicas analizadas presentaban buenos resultados con baja morbilidad y un alto grado de satisfacción de las pacientes.²

Özer et al., en el 2018,¹ publicaron una revisión de las técnicas de labioplastia en la que también abordaban las motivaciones de las pacientes hacia dicha cirugía y las consideraciones éticas que la rodean. Analizaron 11 técnicas descritas de labioplastia con los resultados y complicaciones de cada una. Las dividieron en tres grupos (resección del borde o resección lineal directa, resección en cuña y resección central) en función de la zona y la forma de la incisión, y del tejido labial que debía preservarse (Figuras 5.1-5.6).

La técnica del borde o recorte²⁷ consiste en la resección del exceso de labios hipertróficos y de su borde y puede aplicarse mediante una incisión lineal (Figura 5.1a) que sigue la curvatura del labio;²⁸ mediante una incisión alargada en forma de “S” o “S *lazy-lazy*” (Figura 5.1b),²⁹ cuyo objetivo es alargar la cicatriz y reducir así la tensión; o mediante una incisión en forma de “W”,³⁰ hecha alternativamente en la cara interna y externa del labio con la intención de ajustar la cicatriz con mayor facilidad (Figura 5.1c). Una variante de esta última es la técnica de la plastia en Z (Figura 5.3), muy utilizada en cirugía plástica con la intención de reducir la longitud de la cicatriz.² Es fundamental en este tipo de cirugía preservar la línea de Hart en la cara interna de los labios menores, dejando un margen seguro de al menos 0,5-1 cm por fuera de ella, para poder practicar una amputación de los labios menores.³

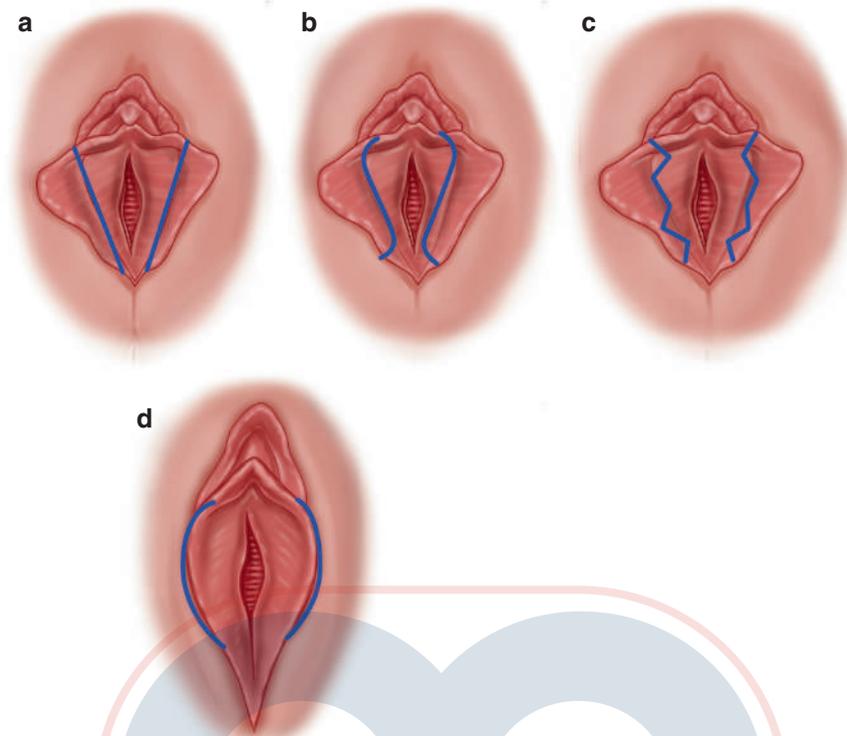


Figura 5.1. (a-c) Técnicas de resección lineal preoperatoria. (d) Técnica de resección lineal posoperatoria.

La técnica de resección en cuña, junto con la técnica lineal, es la más empleada de todas. Presenta diversas modificaciones con el fin de mejorar los resultados estéticos (preservando la forma y el borde de los labios menores) y funcionales, considerando la zona labial más afectada con hipertrofia (clasificación utilizada)⁷ y su vascularización (arteria labial central, superior e inferior) para diseñar la cuña central, anterior o posterior.^{1,3} La cuña central descrita por Alter²⁴ y el resto de variantes se pueden hacer preservando la vascularización principal^{24,30,31} (Figura 5.2). Con la intención de reducir la longitud de la cicatriz y evitar retracciones, Giraldo et al. realizan una plastia en Z a 90° (Figura 5.3).³² Otra variante quirúrgica (Figura 5.4) es hacer una cuña posterior mediante la técnica que aplican Rouzier y Kelishadi,^{33,34} y la resección en cuña inferior con reconstrucción del pedículo del colgajo superior descrita por Munhoz.³⁵ El tercer grupo de técnicas son las que abordan los labios menores con el objetivo de preservar su pigmentación, contorno y textura originales mediante la desepitelización. Este procedimiento descrito por Choi

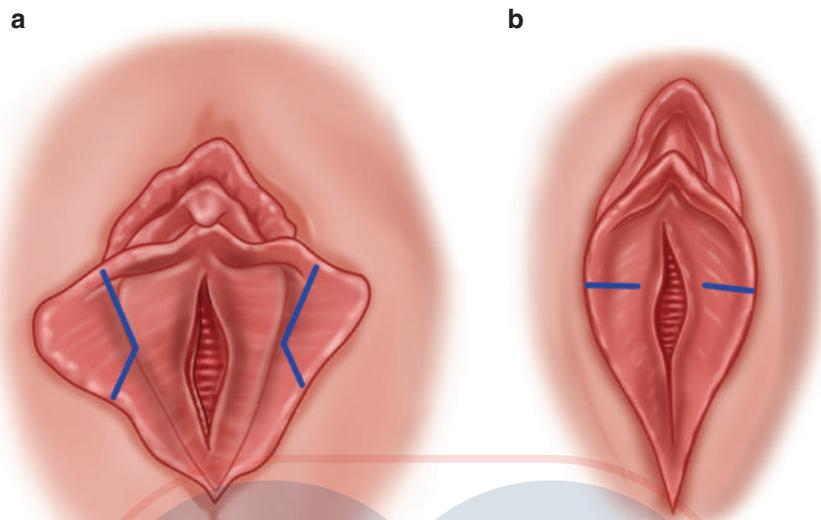


Figura 5.2. Cuña central de Alter. (a) Preoperatorio, (b) posoperatorio.

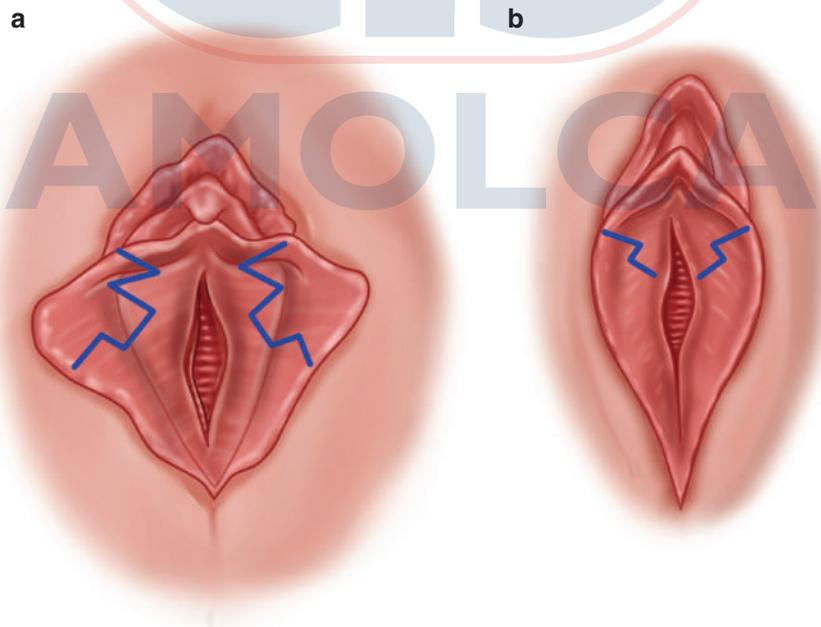


Figura 5.3. Plastia en Z de Giraldo et al. (a) Preoperatorio, (b) posoperatorio.

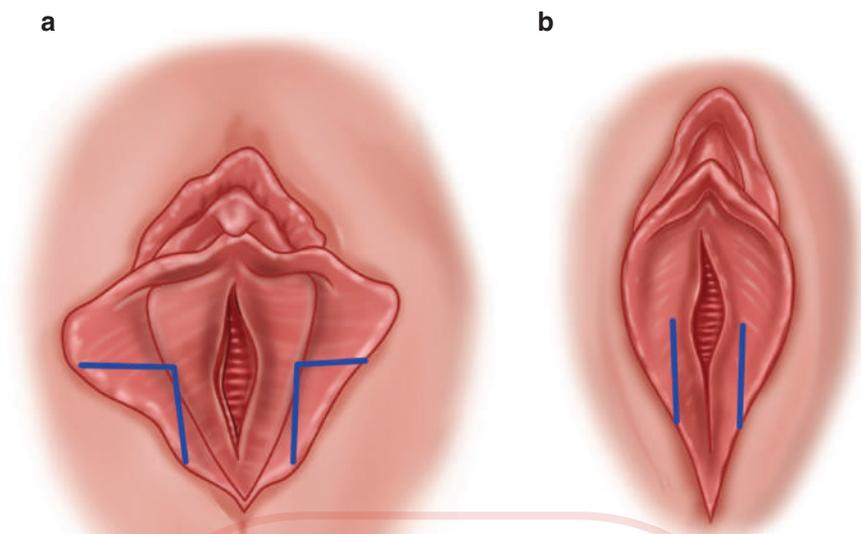


Figura 5.4. Cuña posterior de Rouzier y Kelishadi. **(a)** Preoperatorio, **(b)** posoperatorio.

AMOLCA

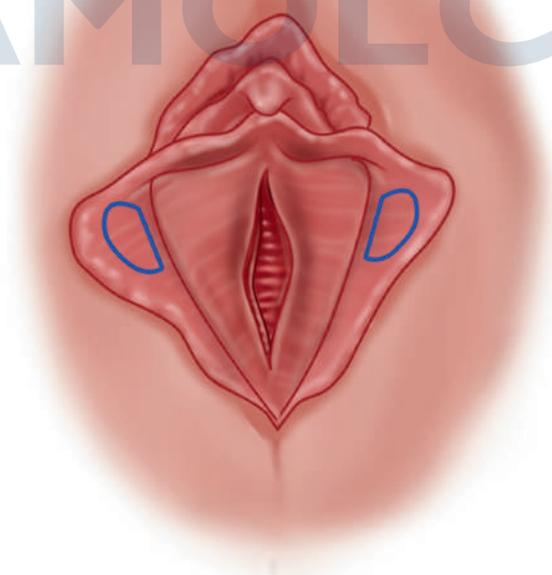


Figura 5.5. "Casco de ciclista" de Ostrzenski et al.

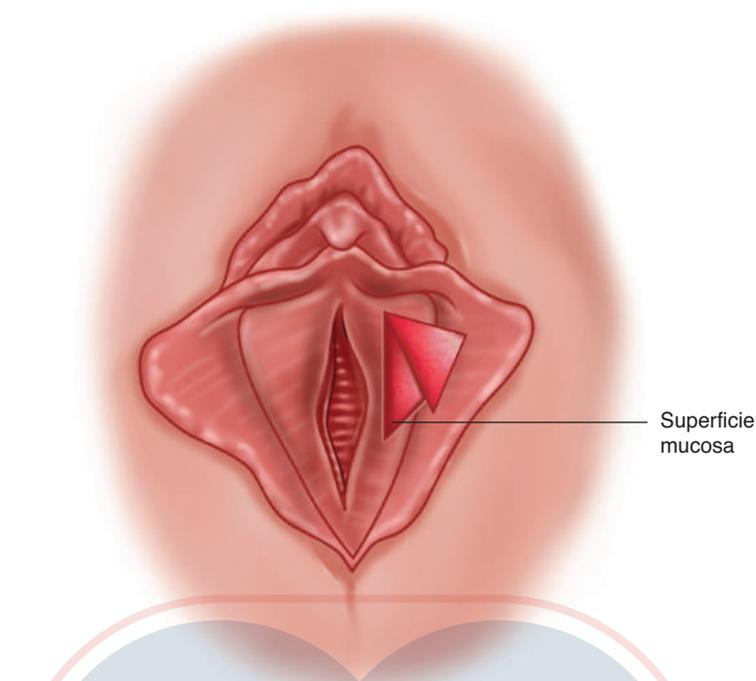


Figura 5.6. Desepitelización de Choi et al.

et al. consiste en diseñar un triángulo central en la cara interna y externa de los labios menores y extirpar el tejido epidérmico; desgraciadamente, en la literatura se han descrito altas tasas de dehiscencia y muchos cirujanos han abandonado la técnica³⁶ (Figuras 5.5 y 5.6). Por último, existe la técnica de fenestración, propuesta por Ostrzenski et al., que extirpa el tejido hipertrófico mediante un diseño en forma de “casco de ciclista”.³⁷

El uso de la tecnología láser para escindir el tejido hipertrófico de los labios menores se ha incrementado en los últimos años a causa de las propiedades beneficiosas de este tipo de energía. Pardo et al., en el 2006,³⁸ y Smarrito, en el 2014,³⁹ reportan una serie de 55 y 231 casos operados con láser en los que se obtuvieron resultados efectivos y seguros. En el 2018, González et al. demostraron resultados histopatológicos en un estudio comparativo de labioplastia usando diferentes tipos de pulsos diseñados con láser de CO₂; se obtuvieron beneficios al aplicar esta forma de energía.⁴⁰

A la hora de seleccionar una técnica de labioplastia, sería muy útil disponer de ciertos criterios que nos orientaran hacia una técnica u otra. En este sentido, Ellsworth et al.⁴¹ publicaron un algoritmo de decisiones que permite decidir, en función del tipo de hipertrofia y de la solicitud de la paciente de mantener el borde de los labios menores, realizar la técnica lineal, la técnica en cuña o la desepitelización. Este algoritmo viene determinado por la clasificación inicial de Franco, que en el 2015 fue modificada por González et al., con lo que aportaron,

desde nuestro punto de vista, una diferenciación más completa y anatómica de los grados y tipos de hipertrofia de los labios menores.^{1,7} Sin embargo, no se ha publicado antes ningún otro sistema para seleccionar el tipo de labioplastia; la técnica elegida varía según las experiencias y preferencias del cirujano.¹

En la revisión que hicieron Özer et al., en el 2018,¹ se presenta el análisis de resultados de varios estudios que exponen una gran heterogeneidad en el tamaño de la muestra y en el período de seguimiento, con criterios no ajustados para definir los resultados y con un pobre grado de evidencia. Concluyen que, en general, los resultados obtenidos no están avalados por la evidencia científica, por lo que se necesitan cuestionarios de satisfacción estandarizados para su correcto análisis. Las complicaciones que se reportaron son menores, generalmente hemorragia, dolor, hematoma y dehiscencia de la herida quirúrgica, y existen cuatro estudios en esta revisión en los que las complicaciones no se describen. La mayoría de ellas se resolvieron espontáneamente. En cuatro de los estudios, las complicaciones mayores requirieron cirugía de revisión y se describieron problemas sexuales en tres de los estudios. La complicación más grave que puede producirse, la amputación de los labios menores, con sus consecuencias físicas, sexuales y psicológicas asociadas, no se describió en ninguno de los estudios revisados.¹ Once de los 16 estudios que se analizaron reportaron altos índices de satisfacción durante el seguimiento, pero no se evaluaron mediante cuestionarios validados.¹ Los resultados de la revisión mostraron una mejoría general de la sensibilidad y la sexualidad tras la cirugía. Sin embargo, las limitaciones de todos los estudios revisados fueron el pequeño tamaño de la muestra y que solo unos pocos de ellos informaron de las tasas de complicaciones, evaluaron la satisfacción e hicieron un seguimiento para valorar los resultados a mediano y largo plazo. Estas limitaciones impidieron obtener conclusiones validadas, por lo que se recomienda el uso de cuestionarios pre y posoperatorios orientados a este tipo de cirugía, como las escalas GAS, COPS y COPS-L.^{13,42-44}

Como se ha mencionado anteriormente, de todas las técnicas descritas en la literatura sobre labioplastia, las dos más empleadas son la técnica de resección lineal (borde o recorte) y la técnica de resección en cuña, con sus variantes central, inferior y superior. Se describirá brevemente cada una de ellas.

Técnica de resección lineal

Es la técnica más utilizada, en su variante lineal curva, con un 52,7 %, ⁴⁵ ya que la mayoría de las mujeres que se someten a una reducción de los labios menores quieren eliminar el borde hiperpigmentado de los labios menores y mantener el aspecto natural que desean.⁴⁶ Este tipo de cirugía presenta menos complicaciones con la cicatrización de la herida, pero en ocasiones puede provocar dolor por retracción de la herida y dispareunia.¹⁵ La cicatrización, como en la mayoría de las técnicas, suele progresar con normalidad y pasar desapercibida a los 6 meses después de la cirugía. Aunque suelen realizarse con instrumentos de corte clásicos (bisturí, tijeras, unidades electroquirúrgicas, etc.), en la literatura se han descrito algunas ventajas cuando se usa láser y radiofrecuencia relacionadas con la seguridad, la eficacia y los resultados funcionales y estéticos.^{38,40,47}

La técnica quirúrgica propiamente dicha comienza marcando de manera correcta las líneas de incisión con un marcador quirúrgico, lateralmente y por debajo del frenillo, (1-1,5 cm aproximados de margen de seguridad), descendiendo por la cara interna hasta el vestíbulo vulvar y dejando siempre la línea de Hart como margen interno de seguridad para evitar la resección excesiva de tejido labial, las retracciones cicatriciales y la amputación de los labios menores. En la cara externa de los labios, la línea de incisión, también de forma circular, abarcará desde el vértice de los labios hasta la inserción inferior, y se deja además una distancia de seguridad de unos 1,5 cm del pliegue interlabial, que se sitúa entre los labios mayores y los menores. El diseño quirúrgico en el labio contralateral intentará reproducir de forma simétrica lo que se hizo previamente en el primero, en los casos de hipertrofia simétrica, y adaptarse de la mejor forma posible en los casos de hipertrofia asimétrica, para conseguir el mejor resultado anatómico, funcional y estético posible. El objetivo es ser lo más conservador posible con la exéresis, aunque en esta técnica hay variantes, dependiendo de la cantidad de tejido hipertrófico a extirpar¹⁵ (Figura 5.7).

La incisión quirúrgica se hace siguiendo las líneas marcadas, procurando colocar el instrumento de corte lo más perpendicular posible al tejido, y, en aquellos casos en los que haya un gran volumen de tejido a extirpar debido al grosor labial, se puede angular la incisión en la zona central de los labios para favorecer la adherencia de los bordes labiales. Debemos ser muy meticulosos a la hora de extirpar las posibles “orejas de perro” que pueden aparecer como exceso de tejido lateral al frenillo, con frecuencia relacionadas con las variantes anatómicas del

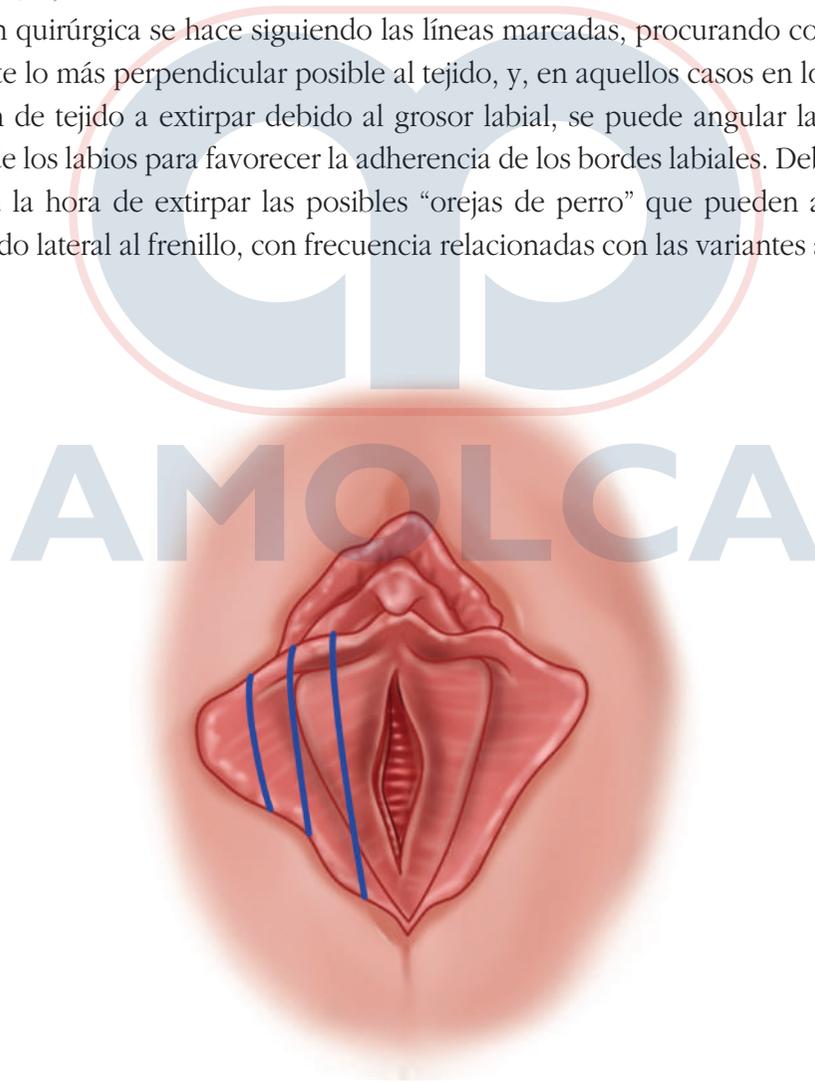


Figura 5.7. Diferentes líneas de incisión según la cantidad de tejido hipertrófico a extirpar.

capuchón del clítoris. Una vez hecha una hemostasia adecuada, el cierre de la herida quirúrgica puede realizarse de diferentes formas, según los autores; hasta la fecha no existe una técnica de sutura estandarizada o un tipo de material de sutura a utilizar de forma sistemática.^{1-3,25} En general, se practica una sutura por capas, con puntos sueltos, con monofilamento absorbible 4 o 5-0 en el tejido subcutáneo. Este tipo de sutura persiste más tiempo que las de multifilamento, y conservan la adherencia necesaria para una correcta cicatrización. Para la última capa se suelen usar puntos sueltos con suturas absorbibles multifilamento, generalmente poliglactina 4 o 5-0 de absorción rápida, que permiten acercar los bordes de forma muy eficaz. Independientemente de los tipos de suturas, puntos y capas utilizadas y suturadas, debemos considerar como reglas básicas de la técnica evitar los espacios muertos para prevenir abscesos y hematomas, no aplicar demasiada tensión en la zona suturada para evitar necrosis y suturar correctamente los bordes orientados hacia los planos para no incluir la piel en la zona subcutánea y prevenir los quistes de inclusión. En general, se recomienda no emplear sutura continua en la capa superficial para evitar los efectos de las protrusiones en el borde labial. Muchos cirujanos practican una sutura intradérmica en la última capa para ocultar la línea de sutura y mejorar el aspecto estético de la cicatriz.^{1-3,15,47}

Técnica de resección en cuña

Esta técnica quirúrgica es la segunda que con más frecuencia se practica; según datos publicados, el 36 % de las veces.⁴⁵ Se indica en pacientes que presentan hipertrofia de los labios menores con un componente central predominante y que desean mantener la pigmentación y el aspecto natural del borde de los labios menores. Permite reducir el tamaño de los labios de forma proporcional y mantener su estructura morfológica y su coloración natural. En resumen, es la escisión de una porción de tejido en forma de cuña con una base externa y un vértice interno.

Una tendencia quirúrgica actual es preservar el tejido subcutáneo de los labios menores que se van a extirpar (Figura 5.8), con el fin de mantener el haz neurovascular del territorio submucoso. Algunos autores describen que esta técnica es más eficaz en los labios más finos que en los más gruesos. En resumen, la idea es adaptar la resección mucosa para dar forma a los labios menores con gran hipertrofia.^{1,15}

Charalambous et al., en el 2015, publicaron la anatomía vascular de los labios menores, que depende predominantemente de la arteria pudenda interna. Existe una arteria central, la más importante, con una rama que recorre el borde anterior; una arteria superior más pequeña; y, en general, dos arterias posteriores.⁴⁸ Es importante conocer esta irrigación vascular a la hora de planificar la técnica quirúrgica, en especial cuando se aplican técnicas en cuña y sus variantes, así como en la técnica de resección lineal, para evitar zonas de isquemia tisular con su correspondiente necrosis, y la dehiscencia de los colgajos o de la herida quirúrgica.

En cuanto a la técnica quirúrgica en sí, comienza con un correcto diseño de las líneas de incisión por medio de un marcador quirúrgico. La forma, tamaño y posición de los márgenes de incisión es de vital importancia para conseguir los resultados esperados y evitar complicaciones, que además en este tipo de técnica suelen ser menores, destacando por su importancia la mayor

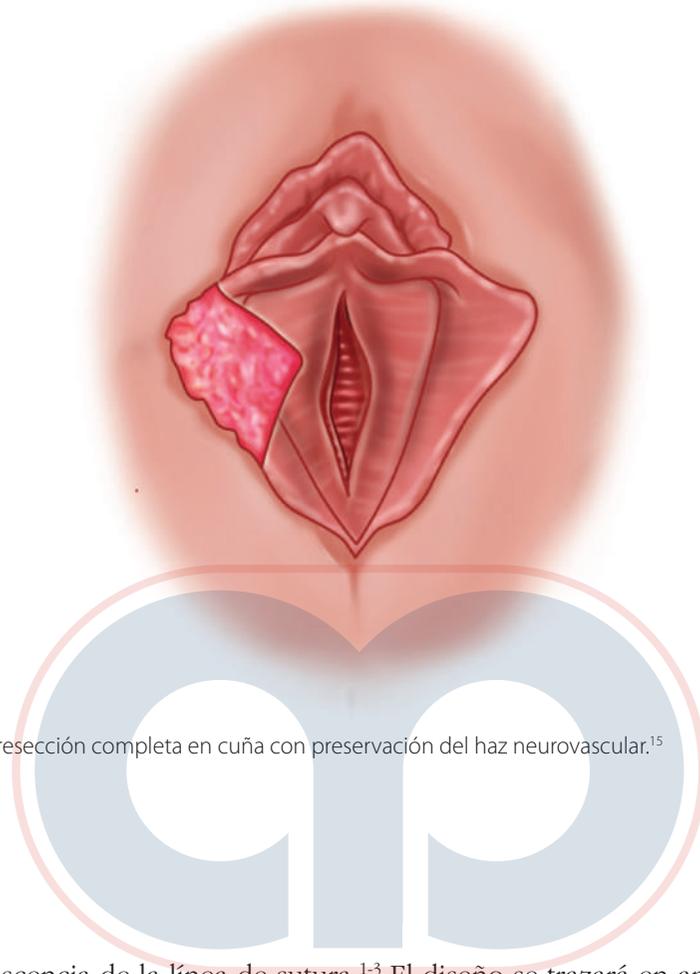


Figura 5.8. Técnica de resección completa en cuña con preservación del haz neurovascular.¹⁵

frecuencia de dehiscencia de la línea de sutura.¹⁻³ El diseño se trazará en ambos lados labiales, respetando un margen de seguridad de 0,5 cm con respecto al meato uretral, en la cara interna de los labios menores, para evitar alteraciones en el flujo urinario relacionadas con cicatrices anómalas. En general, y dependiendo del tipo de hipertrofia de los labios menores, la cuña se diseña lo más centrada posible en el componente más grueso de los labios, y con la idea de preservar la irrigación vascular en el resto de los labios, y también se mantiene lo más anterior posible. Muchos autores prefieren cuñas más anteriores por este motivo.^{15,48}

La incisión se puede hacer utilizando los instrumentos descritos en la técnica lineal. En caso de usar dispositivos basados en energía, se deben preferir los que causen el menor daño térmico lateral y mejoren la cicatrización. El láser de CO₂ ha demostrado ventajas histopatológicas sobre el resto.⁴⁰ Una vez resecada la porción prominente de los labios desepitelizando tanto como sea lo posible —especialmente en el caso de labios finos—, y conseguida la hemostasia, se cierra la herida quirúrgica por separado, tanto en el lado interno como en el externo. Se emplean las mismas suturas reabsorbibles descritas anteriormente (monofilamento 5-0). Hay que destacar la importancia de la primera línea de sutura submucosa que une los colgajos superior e inferior de la base de la cuña en ambos lados. Se trata de un punto de sutura submucosa tipo colchonero, bastante aproximada para poder mantener la línea de sutura transversal en la

herida quirúrgica. Además, esta primera sutura ayuda a evitar que se formen muescas o protuberancias en el ápice de los colgajos. A continuación, se sutura la submucosa en varias capas y con puntos sueltos para aproximar los colgajos superior e inferior, en su cara medial y lateral. Por último, los bordes cutáneos se suturan con múltiples puntos sueltos, sin tensión, con suturas reabsorbibles (monofilamento o polidioxona 5-0 de absorción rápida).^{15,49}

Como en todas las técnicas de labioplastia descritas, el porcentaje de complicaciones es muy bajo, y la mayoría de ellas son menores. En la técnica de la cuña, la dehiscencia de la herida es más importante que en la resección lineal, sobre todo en fumadoras, por lo que se recomienda esta última. La recomendación para evitar esta complicación es hacer la cuña lo más pequeña posible para reducir la tensión y resecar el tejido lo más anterior posible (cuña anterior), para evitar lesionar la arteria central de los labios menores.¹⁵

En resumen, la creciente demanda actual de procedimientos quirúrgicos de estética genital obliga a actualizar las técnicas disponibles para el tratamiento de la hipertrofia de los labios menores. Hasta la fecha, no se ha descrito en la literatura ninguna técnica que sea el estándar de referencia; de hecho, todas ellas son seguras, con altos índices de satisfacción de las pacientes y un pequeño porcentaje de complicaciones. Ni siquiera existe un criterio estándar para el uso de instrumentos de corte, tipos de suturas, forma y material de sutura. Del mismo modo, las recomendaciones y cuidados posoperatorios de esta cirugía no son homogéneos. Todos los estudios publicados muestran una gran heterogeneidad en relación con el número de pacientes analizadas, el tipo de técnica, los criterios de satisfacción, el número de complicaciones descritas y el control posterior. En la medida en que queramos implantar una técnica que sea estándar de referencia, que cumpla con los objetivos de conseguir la mayor integridad anatómica posible, la funcionalidad de la zona genital y el mejor resultado estético, debemos diseñar estudios comparativos de alto nivel, con cuestionarios validados y seguimiento a largo plazo, que permitan conclusiones con un grado de evidencia científica suficiente.^{1-3,14,15,25,49}

Referencias

1. Özer M, Mortimore I, Jansma EP, Mullender MG. Labiaplasty: motivation, techniques and ethics. *Nat Rev Urol*. 2018;15(3):175–89.
2. Orange CM, Sisti A, Giovanni S. Labia minora reduction techniques: a comprehensive literature review. *Aesthet Surg J*. 2015;35(4):419–31.
3. Willis RH, Wong CS, Patel BC. Labiaplasty labia minora reduction. StatPearls Publishing LLC; 2020. Last Update: February 10, 2020. Bookshelf ID: NBK448086. PMID: 28846226.
4. Hagsisawa S, Arisaka O. Effect of excess estrogen on breast and external genitalia development in growth hormone deficiency. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2012;25:61–3.
5. Elective female genital cosmetic surgery: ACOG Committee Opinion, Number 795. *Obstet Gynecol*. 2020;135(1):e36–42. <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000003616>.
6. Chang P, Salisbury MA, Narsete T, Buckspan R, Derrick D, Ersek RA. Vaginal labiaplasty: defense of the simple “clip and snip” and a new classification system. *Aesthet Plast Surg*. 2013;37:887–91.
7. Gonzalez PI. Classification of hypertrophy of labia minora: consideration of a multiple component approach. *Surg Technol Int*. 2015;27:191–4.
8. Miklos JR, Moore RD. Labiaplasty of the labia minora: patients' indications for pursuing surgery. *J Sex Med*. 2008;5:1492–5.
9. Zwiher S. “What motivates her”: motivations for considering labial reduction surgery as recounted on women's online communities and surgeons' websites. *Sex Med*. 2014;2:16–23.

10. Hamori CA. Aesthetic surgery of the female genitalia: labiaplasty and beyond. *Plast Reconstr Surg*. 2014;134:661–73.
11. Sorice SC, Li AY, Canales FL, Furnas HJ. Why women request labiaplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2017;139:856–63.
12. Moran C, Lee C. What's normal? Influencing women's perceptions of normal genitalia: an experiment involving exposure to modified and non modified images. *BJOG*. 2014;121:761–6.
13. Veale D, Eshkevari E, Ellison N, et al. Psychological characteristics and motivation of women seeking labiaplasty. *Psychol Med*. 2014;44:555–6.
14. Triana L, Robledo AM. Aesthetic surgery of female external genitalia. *Aesthet Surg J*. 2015;35(2):165–77.
15. Hamori CA, Banwell PE, Alinsod R. Female cosmetic genital surgery. Concept, classification and techniques. Spanish edition. Venezuela: AMOLCA, Actualidades Médicas CA; 2019.
16. Clerico C, Lari A, Mojallal A, Boucher F. Anatomy and aesthetics of labia minora: the ideal vulva? *Aesthet Plast Surg*. 2017;41(3):714–9.
17. Triana L. Commentary on Anatomy and aesthetics of the labia minora; the ideal vulva? *Aesthet Plast Surg*. 2017;41(4):993–4.
18. Ouar N, Gillier D, Moris V, Revol M, Francois C, Cristofaris S. Postoperative complications of labia minora reduction. Comparative study between wedge and edge resection. *Ann Chir Plast Esthet*. 2017;62(3):219, 223.
19. Sharp G, Tiggermann M, Mattiske J. Reply: Psychological outcomes of labiaplasty: a prospective study. *Plast Reconstr Surg*. 2017;140(3):507e–8e.
20. Martincik J, Malinovsky L. Surgical treatment of the hypertrophy of the labia minora. *Cesk Gynekol*. 1971;36:216–7. (article in Czech)
21. Radman HM. Hypertrophy of labia minora. *Obstet Gynecol*. 1976;48(1 Suppl):78s–9s.
22. Honoré LH, O'Hara KE. Benign enlargement of labia minora: report of two cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1978;8(2):61–4.
23. Hodgkinson DJ, Hait G. Aesthetic vaginal labiaplasty. *Plast Reconstr Surg*. 1984;74:314–416.
24. Alter GJ. A new technique for aesthetic labia minora reduction. *Ann Plast Surg*. 1998;40:287–90.
25. Motakef S, Rodriguez-Feliz J, Chung MT, Ingargiola MJ, Wong VW, Patel A. Vaginal labiaplasty: a systematic review, simplified classification system, and standardized practice guidelines. *Plast Reconstr Surg*. 2014;134:125–6.
26. Motakef S, Rodriguez-Feliz J, Chung MT, Ingargiola MJ, Wong VW, Patel A. Vaginal labiaplasty: current practices and a simplified classification system for labial protusion. *Plast Reconstr Surg*. 2015;135:774–85.
27. Furnas HJ. Trim labiaplasty. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2017;5(5):e1349–54.
28. Chavis WM, LaFeria JJ, Niccolini R. Plastic repair of elongated, hypertrophic labia minora. A case report. *J Reprod Med*. 1989;34:373–5.
29. Felicio Y. Labial surgery. *Aesthet Surg J*. 2007;27:223–8.
30. Maas SM, Hage JJ. Functional and aesthetic labia minora reduction. *Plast Reconstr Surg*. 2000;105:1453–6.
31. Laufer MRG, Galvin WJ. Labia hypertrophy: a new surgical approach. *Adolesc Pediatr Gynecol*. 1995;8:3941.
32. Giraldo F, Gonzalez C, Haro F. Central wedge nymphectomy with 90-degree Z-plasty for aesthetic reduction of the labia minora. *Plast Reconstr Surg*. 2004;113:1820–5.
33. Rouzier RM, Louis-Sylvestre C, Paniel BJ, Haddad B. Hypertrophy of labia minora: experience with 163 reductions. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;182:35–40.
34. Kelishadi SS, Elston J, Ran A, Tutela JP, Mizuguchi NN. Posterior wedge resection: a more aesthetic labiaplasty. *Aesthet Surg J*. 2013;33:847–53.
35. Munhoz AM, Filassi JR, Ricci MD, et al. Aesthetic labia minora reduction with inferior wedge resection and superior pedicle flap reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 2006;118:1237–47.
36. Choi H, Kim K. A new method for aesthetic reduction to the labia minora (the deepithelialized reduction labiaplasty). *Plast Reconstr Surg*. 2000;105:423–4.
37. Ostrzenski A. Fenestration labioreduction of the labium minus: a new surgical intervention concept. *ISRN Obstet Gynecol*. 2014;2014:671068.
38. Pardo J, Sola V, Ricci P, Guillof E. Laser labiaplasty of labia minora. *Int Gynaecol Obstet*. 2006;93:38–43.
39. Smarrito S. Lambda laser nymphoplasty: retrospective study of 231 cases. *Plast Reconstr Surg*. 2014;133:231e–2e.
40. Gonzalez-Isaza P, Lotti T, Franca K, et al. Carbon dioxide with a new pulse profile and shape: a perfect tool to perform labiaplasty for functional and cosmetic purpose. *Open Access Maced J Med Sci*. 2018;6(1):25–7.
41. Ellsworth WA, Rizvi M, Lypka M, Gaon M, Smith B, Cohen B, Dinh T. Techniques for labia minora reduction: an algorithmic approach. *Aesthet Plast Surg*. 2010;34(1):105–10.
42. Veale D, Eshkevari E, Ellison N, et al. Validation of genital appearance satisfaction scale and the cosmetic procedure seeking scale women seeking labiaplasty. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2013;34(1):46–52.

43. Veale D, Eshkevari E, Ellison N, et al. A comparison of risk factors for women seeking labiaplasty compared to those not seeking labiaplasty. *Body Image*. 2014;11:57–62.
44. Veale D, Naismith I, Eshkevari E, et al. Psychosexual outcome after labiaplasty: a prospective case-comparison study. *Int Urogynecol J*. 2014;25:831–9.
45. Mirzabeig MN, Moore JH Jr, Mericli AF, et al. Current trends in vaginal labiaplasty: a survey of plastic surgeons. *Ann Plast Surg*. 2012;68:125–30.
46. Miklos JR, Moore RD. Postoperative cosmetic expectations for patients considering labiaplasty surgery: our experience with 550 patients. *Surg Technol Int*. 2011;21:170–4.
47. Alinsod R. Awake in-office Barbie labiaplasty, awake in-office labia majora plasty, awake in-office vaginoplasty, awake in-office labial revision, sutureless band reléase, awake in-office mesh excision, labia majora Pellevé. Presented at the Congress on Aesthetic vaginal Surgery. Tucson, AZ, Nov 2011.
48. Georgiou CA, Benatar M, Dumas P, et al. A cadaveric study of the arterial blood supply of the labia minora. *Plast Reconstr Surg*. 2015;136:167–78.
49. Lista F, Mistry BD, Singh Y, et al. The safety of aesthetic labiaplasty: a plastic surgery experience. *Aesthet Surg J*. 2015;35:689–95.

