



Servicio de Obstetricia y Ginecología
Hospital Universitario
Virgen de las Nieves
Granada

LABIOPLASTIA VULVAR. INDICACIONES Y TÉCNICAS.

Francisco Javier Estudillo Tejero

31/01/2018

INTRODUCCIÓN.

La cirugía genital estética femenina está cada día más generalizada en el campo de la ginecología y de la cirugía plástica, debido a un incremento de su demanda. Esta cirugía abarca clítoris, labios mayores y menores e incluso vagina. De todos ellos, la labioplastia o la reducción de los labios menores es el principal procedimiento.

La hipertrofia de labios menores se define como un aumento del tamaño de estos. Sin embargo, la variación natural del tamaño anatómico apenas ha sido estudiada, existiendo un único estudio que arroje criterios objetivos.

La carga mediática, publicitaria, ética y social, así como la escasa evidencia y estudios sobre estos aspectos hacen que la hipertrofia de labios menores y la labioplastia sean una temática muy controvertida y actual.

RECUERDO ANATÓMICO VULVAR

La función de la vulva es proteger el orificio uretral externo y el introito vaginal. Está formada por varias estructuras, entre las que se encuentran principalmente los labios mayores, que son dos pliegues de piel que contienen glándulas y pelo y que en la zona anterior se unen al monte de Venus. Los labios menores forman dos pliegues anteriores; la parte medial asciende para formar el frenillo del clítoris, mientras que la parte lateral forma la capucha. La

parte posterior de los labios menores se fusionan formando parte de la horquilla perineal. Su función principal es prevenir la sequedad vaginal ¹.

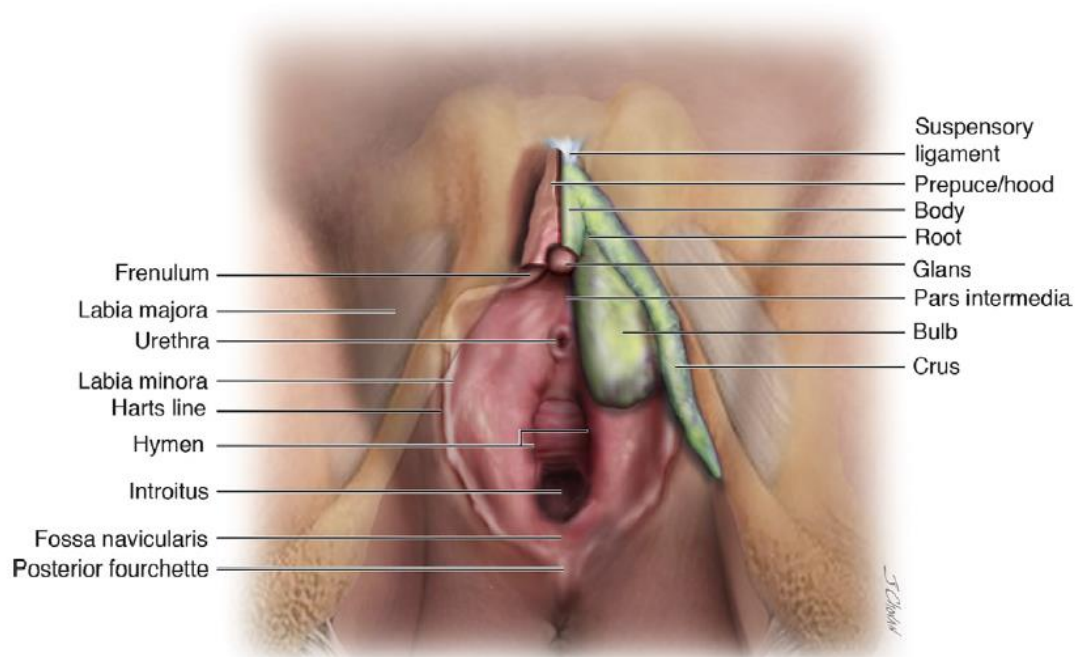


Figura 1. Anatomía vulvar ²

La vascularización arterial es llevada a cabo por la arteria pudenda interna, que es rama de la iliaca interna. Proporciona las arterias rectales inferiores, la perineal posterior, ramas labiales, la arteria bulbar y las arterias profunda y dorsal del clítoris.

En cuanto al retorno venoso, se lleva a cabo a través de la vena pudenda interna y el plexo venoso vaginal, que a su vez se anastomosa con el plexo venoso uterino.

Por último, la inervación de la zona posterior se realiza principalmente por el nervio pudendo interno (S2-S4), mientras que la zona anterior corre a cargo de ramas de los nervios ilio-inguinal (T12-L1) y genito-femoral (L1-L2) ².

HIPERTROFIA DE LABIOS MENORES

Definición

La hipertrofia de labios menores consiste en un aumento del tamaño de éstos. Las causas que provocan esta situación no están del todo claras, aunque se ha relacionado con trastornos del desarrollo sexual, enfermedades congénitas, secundario a tratamiento con estrógenos o andrógenos durante la infancia,

traumatismos repetidos o incluso se puede desarrollar junto con la incontinencia urinaria.

Sin embargo, no existe una estricta definición de hipertrofia de labios menores. Únicamente encontramos un solo trabajo que define la hipertrofia labial de forma objetiva como la presencia de una anchura de >50 mm del labio menor o una asimetría entre ellos de >30 mm³.

Por lo tanto, no existe una definición clara de hipertrofia de labios ni de sus posibles distintos grados. Así pues, justificar la realización o la negación de la labioplastia por parte de un profesional de la salud es difícil.

Variantes de la normalidad

Únicamente existen dos estudios que hayan abordado la temática de variaciones biológicas naturales de la anchura de los labios menores. El primero de ellos estudió a 50 mujeres premenopáusicas que se iban a someter a una histerectomía, no encontrándose asociaciones significativas entre tamaño de los labios menores, edad, paridad, etnia, hormonoterapia y actividad sexual⁴⁻⁵. El segundo de los estudios reclutó a 50 mujeres premenopáusicas y a 50 postmenopáusicas, encontrándose una anchura menor en el grupo de las postmenopáusicas. Si bien es verdad que este resultado puede estar artefactado por el escaso tamaño muestral⁵.

Así pues, los escasos datos que tenemos nos sugieren que el tamaño de los labios menores de las mujeres que solicitan labioplastia se encuentra dentro del rango de variantes de la normalidad y que no difieren sustancialmente de las mujeres que no solicitan la cirugía⁶⁻⁷.

Por otro lado, existen una serie de clasificaciones que nos dividen a las mujeres en diversos grupos en función de una serie de características que varían las unas con las otras, y cuyo objetivo principal consiste en definir una técnica quirúrgica a realizar:

La clasificación de Franco se divide en 4 grupos: tipo I (<2cm), tipo II (2-4 cm), tipo III (4-6 cm) y tipo IV (>6 cm).

Posteriormente, González et al.³ ampliaron dicha clasificación, indicando si ese aumento del tamaño de los labios menores es de forma simétrica (S) o

asimétrica (AS) y de componente anterior (A), central (C) o generalizada (G), proporcionando así una descripción más precisa y detallada. Sin embargo, esta clasificación no modificaba el abordaje quirúrgico.

Como vemos, según estas dos clasificaciones los tipo I y II se beneficiarían del procedimiento quirúrgico, cosa que contrasta con la única definición que existe hasta el momento de hipertrofia de labios menores, por la cual se beneficiarían de labioplastia aquellas mujeres cuya anchura labial sea >5 cm o exista una asimetría >3 cm ente un labio y otro.

Percepción de la normalidad

El concepto de labios menores “normales” está muy influenciado por el tipo de sociedad y cultura. Así pues, un estudio mostró que las mujeres de Zambia deseaban una anchura de labios menores de entre 3.8 y 5 cm “para crear una mujer completa y adecuada”. Sin embargo las sociedades más desarrolladas desean unos labios más pequeños ³.

La normalidad también se ve influenciada por las imágenes y fotografías de vulvas. Un estudio dividió a las mujeres participantes en tres grupos. A uno de ellos se mostró 35 imágenes de vulvas no intervenidas, a otro grupo otras 35 imágenes de vulvas intervenidas para cirugía estética y el tercer grupo vio una pantalla en blanco durante 1 minuto. En la siguiente fase del estudio, los tres grupos vieron las mismas 20 imágenes de vulvas, intervenidas y no intervenidas, ordenadas al azar, y se les preguntó por la normalidad y por la vulva ideal para la sociedad. Los resultados fueron los siguientes ³:

- El grupo de mujeres que habían visto vulvas intervenidas tenían más probabilidades de calificar como vulva normal las vulvas intervenidas que el grupo de mujeres que había visto imágenes en blanco.
- En el grupo de mujeres que habían sido expuestas a imágenes de vulvas no intervenidas no se encontraron diferencias significativas en cuanto a percepción de normalidad
- En cuanto a percepción de vulva ideal para la sociedad, los tres grupos calificaron como más ideales las vulvas intervenidas.

- El grupo de mujeres expuesto a vulvas intervenidas tenían más probabilidades de calificar estas vulvas como más ideales que el grupo que vio vulvas no intervenidas, que a su misma vez tenía más probabilidad de señalar a estas vulvas intervenidas como más ideales que el grupo que vio imágenes en blanco.

Existe otro estudio, también diseñado en varias fases, en el que en la primera de estas fases, se les hace evaluar la propia imagen que tienen las mujeres de su vulva. Para ello, se usó la Escala de Autoimagen Genital Femenina (Female Genital Self-Image Scale; FGSIS). Para no alterar los resultados, las mujeres debían estar sanas y no haber solicitado ningún tipo de alteración genital. El 60% de las mujeres obtuvieron una puntuación alta en la escala FGSIS, lo que quiere decir que estaban satisfechas con la imagen propia de su vulva. En una segunda fase, a un grupo de ellas se les mostró imágenes de vulvas normales o no intervenidas y al otro grupo se les mostró imágenes de objetos neutros o intrascendentes. En la tercera y última fase, a ambos grupos de mujeres se les volvió a someter a la escala FGSIS, evidenciándose que el grupo de las mujeres que vieron vulvas obtuvieron un aumento significativo en la evaluación positiva de su vulva. Por todo ello, los autores concluyeron que el concepto de vulva normal está ampliamente influenciado por la exposición de imágenes seleccionadas de vulvas diferentes, y que esta percepción de vulvas diferentes afecta positivamente a la valoración genital propia de cada mujer ³.

Por todo ello, no solo es importante conocer que la exposición a imágenes de genitales externos intervenidos, fácilmente accesibles hoy en nuestro día a día, provoca que las mujeres estén más descontentas con su imagen genital, sino que también es importante conocer su implicación como medida terapéutica, exponiendo imágenes de vulvas no intervenidas, lo cual podría lograr un cambio de opinión sobre sus genitales y un mayor confort.

En la actualidad, en el mundo occidental y en los países más desarrollados, existe un aumento de la exposición de imágenes de vulvas “ideales” o “perfectas” a través de los distintos tipos de medios. Un estudio realizado en la revista Playboy entre los años 2007-2008 analizó que solo el 2.7% de las imágenes mostraban unos labios menores que sobresalían por encima de los mayores. Por ende, el rasurado del vello púbico también es más frecuente, lo

que hace más fácil las comparaciones de genitales entre las adolescentes. Por ello, podemos concluir que existe una exposición de imágenes de genitales externos femeninos sesgada, que puede hacer que el concepto y la imagen de labios menores no coincida con la realidad, incrementando el discomfort en la población ⁸.

IMPACTO DEL GRADO DE SATISFACCIÓN GENITAL PROPIO

¿Cómo afecta el grado de satisfacción o de descontento que tienen las mujeres sobre sus propios genitales externos? Es una cuestión importante a conocer, sobre todo a la hora de realizar un tratamiento.

Se ha demostrado que una valoración negativa de los genitales externos se correlaciona con una disminución de la autoestima sexual, una sensación de pérdida de atractividad, menor actividad y disfrute sexual, incluso un incremento de depresión así como una menor motivación para evitar conductas sexuales de riesgo ³⁵⁻³⁷.

Sin embargo, no se ha demostrado que la existencia de agrado con los propios genitales externos incremente la intensidad y la frecuencia de orgasmos, siendo el clítoris el principal responsable de ello ¹²⁻¹⁴.

No disponemos de datos suficientes que nos hablen del efecto de la labioplastia sobre la sensibilidad sexual del área genital. Intentar conseguir medidas objetivas de la sensibilidad de la zona antes y después de la labioplastia es un reto a conseguir para valorar su efecto. Sin embargo, sabemos que la demanda de labioplastia está aumentando, aunque el número de mujeres que la solicita, el número de mujeres a las que se les realiza y el número de médicos que la realizan es desconocido, entre otros aspectos debido a la gran práctica en la medicina privada. Además, muchas de las mujeres que se someten al procedimiento se acaban perdiendo en el seguimiento por diferentes motivos (distancia, falta de cumplimiento o de interés por parte del médico). Todo esto hace que la recolección de datos para futuros estudios e investigaciones sea difícil.

ASPECTOS ÉTICOS E INFLUYENTES

Presión social y autonomía

Para muchas organizaciones, la labioplastia es un procedimiento innecesario cuando se realiza con el fin de mejorar el bienestar psicológico de las mujeres, ya que, según muchas de estas organizaciones, ese descontento psicológico con los propios genitales externos y esa baja autoestima sexual son causa de las fuertes presiones sociales que se dan a través de revistas, fotografías, redes sociales... Por lo tanto, existe un conflicto entre el derecho de autonomía de la paciente a decidir cambiar su imagen corporal, con el objetivo de corregir un "problema" de fondo social.

Por otra parte, al igual que la OMS ha prohibido la mutilación genital femenina realizada en ciertos países por tradiciones culturales, algunas de estas asociaciones han comparado la labioplastia con el anterior procedimiento, indicando la necesidad de unas medidas que la regulen.

Edad

Varios estudios han publicado que las mujeres menores de 18 años pueden solicitar e incluso someterse a labioplastia, teniendo solo 11 años la paciente con menor edad registrada ^{6,7}. Así pues, parece ser urgente una revisión de aspectos éticos sobre este aspecto.

Las principales organizaciones médicas impliadas (Asociación Holandesa de Cirugía Plástica Estética, Sociedad Holandesa de Obstetricia y Ginecología, el RCOG, ACOG, Sociedad Británica de Ginecología Pediátrica y de Adolescentes y la Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá) han intentado regular este aspecto a través de una serie de medidas, con el objetivo de facilitar o regular el procedimiento a los médicos que se enfrenten a la situación. Estas pautas establecen que el obstetra o ginecólogo que se enfrente a una mujer demandando labioplastia debe tener un conocimiento profundo de las medidas no quirúrgicas para mejorar el grado de satisfacción y apariencia. También debe conocer las indicaciones, el momento de la derivación e indicación quirúrgica. Debe ser capaz también de valorar la madurez y la preparación emocional de la paciente así como descartar el trastorno dismórfico corporal. Con respecto a las pacientes menores de edad,

existen además unas pautas específicas, declarando que la labioplastia solo debe considerarse en casos de graves malformaciones congénitas y/o aquellas con molestias persistentes con un claro origen anatómico; y que la realización de ella sin ninguno de los motivos anteriores es innecesaria para la salud en una mujer menor de edad, considerándose una violación de la ley si se lleva a cabo ³.

Punto de vista médico

Hasta un 64% de especialistas en atención a la salud sexual se negarían a realizar una labioplastia por diferentes motivos (debido a que trabajan en un campo diferente, no creencia de que mejore la función sexual o simplemente se niegan a realizarla). El 36% restante que si realizaría la intervención se verían beneficiados de una mayor investigación en el campo, definiendo claramente los criterios de hipertrofia, las variantes de la normalidad e integrando otras especialidades médicas que aborden el tema de forma multidisciplinar.

Entre los argumentos a favor de la realización de la labioplastia que ofrecen algunos médicos se encuentra el derecho de autonomía de la paciente, que la mayoría de las pacientes que se someten a este procedimiento lo hacen por razones funcionales y no por razones estéticas y el hecho de que la cirugía vulvar es comparable a la de la mama. Como argumentos en contra, algunos médicos afirman que no existe literatura suficiente que nos hable de las complicaciones postcirugía y que el trasfondo del problema es de origen social y educacional ³.

Además, también se ha observado que existen opiniones diferentes en cuanto al sexo del médico. Así, las mujeres ginecólogas son más propensas a considerar la hipertrofia labial como un problema social, ofreciéndoles a las pacientes más tranquilidad con respecto a la situación que los ginecólogos hombres, los cuales tienden más a realizar la labioplastia al considerarlo una molestia para la calidad de vida ¹⁵. También se ha observado que los cirujanos plásticos tienden a describir los labios menores como más desagradables y antinaturales que los ginecólogos y médicos generales.

¿Cómo repercute la actitud del profesional sanitario sobre la paciente?

Se realizó un estudio que nació con el objetivo de demostrar que una buena asesoría y consejo, mediante la realización de una correcta historia clínica y la proporción de un apoyo adecuado disminuiría el deseo de labioplastia. Se seleccionaron a un grupo de pacientes que había solicitado la labioplastia y se les sometió a tres entrevistas escalonadas de una hora de duración cada una de ellas. En la primera de ellas se le realizaba una hoja de anamnesis completa donde quedaba registrados claramente el motivo de la solicitud de la intervención y los antecedentes sexuales, psicológicos y médicos. En la segunda entrevista, se les proporcionaba información sobre la función de la vulva, vagina y suelo pélvico. Por último, en la tercera fase, se mostraban imágenes de vulvas naturales, información sobre la técnica quirúrgica, complicaciones y resultados. También se realizó en esta última fase educación psicosexual, para por último, preguntarles cuál es su decisión final. Los resultados fueron los siguientes: hasta un 35% de las mujeres que había solicitado la intervención, la rechazaron ¹⁶.

Así, un gran número de profesionales y de organizaciones aseguran que el objetivo de muchas de estas mujeres es la confirmación por parte del profesional de que sus genitales son normales. Por lo tanto, una buena educación y asesoría médica podría evitar que un amplio porcentaje de este grupo de mujeres se sometan a una intervención no necesaria desde el punto de vista médico.

LABIOPLASTIA.

Principales motivaciones e indicaciones.

Una de las principales motivaciones para solicitar la labioplastia es el deseo de tener unos genitales externos sin vello y con labios menores pequeños. Este deseo de genitales con aspecto prepuberal podría estar determinado por la ya comentada carga social, mediática y fotográfica que vivimos en el siglo XXI, con una continua exposición de vulvas “ideales” o “perfectas”. De esta forma, podemos afirmar que la insatisfacción con la apariencia genital es el principal motivo de deseo ^{17,18}.

También se han descrito un grupo, al que denominamos molestias físicas, que incrementan el deseo de labioplastia: infección, dolor, molestias al realizar ciertas actividades (incluye la actividad sexual) y dificultad para la higiene de la zona. Exceptuando las relaciones y la satisfacción sexual, de la cual hablaremos ahora, este grupo de molestias no tienen un peso relevante ¹⁸.

La insatisfacción sexual y las molestias sexuales son el segundo gran bloque de causas de solicitud de labioplastia. Estas mujeres refieren un aumento de la ansiedad cuando la pareja ve o toca sus genitales, así como miedo de dejar de resultar atractiva y que cesen sus relaciones ¹⁹.

En mujeres que han sido víctimas de abuso sexual durante la infancia, las que han padecido comentarios negativos sobre sus genitales o en aquellas que no tienen pareja también se ha visto que la demanda de labioplastia es mayor ²⁰.

Otro factor que no debemos olvidar es el elevado componente psicológico de la situación. Se ha visto que muchas de estas mujeres tienen una negatividad generalizada hacia su propia imagen. Tal es así, que un porcentaje considerable cumple criterios de trastorno dismórfico corporal. Hasta un 75% de especialistas en salud sexual derivan a las mujeres demandantes a un psicólogo antes de considerar cualquier tipo de intervención ²⁰.

Técnicas quirúrgicas

Se han descrito has 11 técnicas diferentes de labioplastia, las cuales podemos agruparlas en tres grupos: resección del borde, resección en cuña y resección central ³.

Resección en borde (FIG 2A)

Se realiza una resección del borde, eliminando el tejido labial en exceso de la parte más sobresaliente de éstos. Esta resección se puede realizar en línea recta (FIG 2 Aa), en S (FIG 2 Ab) o en W (FIG 2 Ac). La escisión lineal puede realizarse con bisturí frío, con asa diatermia o con la combinación de los dos. Algunos cirujanos utilizan algún tipo de pinzas quirúrgicas para clampar y delimitar la zona de la incisión, disminuyendo el riesgo de sangrado además. El hilo que se suele utilizar está compuesto de ácido poliglicólico. Las escisiones no lineales se utilizaron posterior a la anteriormente descrita y tienen como ventaja que previenen la contracción de la cicatriz.

Resección en cuña (FIG 2B)

El conjunto de técnicas quirúrgicas que se encuadran en este grupo son las más populares. Han ido evolucionando a lo largo del tiempo, con el objetivo de mejorar los resultados estéticos y para evitar la pérdida de la función o sensación labial.

Si existe una llamativa asimetría labial, primero se marca la cuña en el labio más pequeño y posteriormente se marca la otra cuña en el de mayor tamaño. Se incide la piel de la cuña marcada con bisturí frío y el resto de tejidos con asa diatermia. Para aproximar los labios, se usa vicryl 4.0 y para la piel vicryl 4.0/5.0 o monocryl 5.0

Una de las técnicas descritas consiste en marcar la cuña en la parte más sobresaliente de los labios, identificando y preservando o no la arteria labial principal (FIG 2 Ba). Como ya se ha mencionado, estas técnicas han ido evolucionando y posteriormente un grupo de cirujanos comenzó a realizar una plastia Z a 90°, con el objetivo de evitar la contracción de la cicatriz (FIG 2 Bb). Otra de las evoluciones de la técnica consiste en la resección de la cuña en la parte inferior con la posterior reconstrucción del colgajo de la parte superior (FIG 2 Bc).

La principal ventaja de la resección en cuña es que los labios menores no pueden reducirse demasiado, que es el principal inconveniente de la resección en borde; este hecho daría ciertas molestias a la hora de usar ciertas prendas de ropa interior, sequedad, infecciones...

El principal inconveniente de este grupo de técnicas, aunque no se recoge en la literatura, es la dehiscencia de la sutura en cuña.

Resección central (FIG 2C)

El objetivo de este tipo de técnicas consiste en preservar la textura, el contorno y la pigmentación originales de los labios. Dentro de este grupo incluimos la desepitelización y la fenestración.

Una de las técnicas consiste en marcar una zona triangular, centrada en los labios menores y realizar su desepitelización (FIG 2 Ca). Los bordes resultantes se suturan con catgut.

Otra variante dentro de este grupo consiste en la delimitación del tejido a resecar en forma de “casco de bicicleta”. Es preciso la anestesia local de la zona, pero también en la parte superficial de la rama profunda del nervio perineal y el nervio labial posterior. La resección se realiza con bisturí frío y se realiza una sutura de la parte interna y externa de los labios por separado, sin coser el tejido eréctil que queda en medio.

La anestesia empleada para cualquiera de los tres grupos de resecciones es local, utilizando un anestésico local con adrenalina.

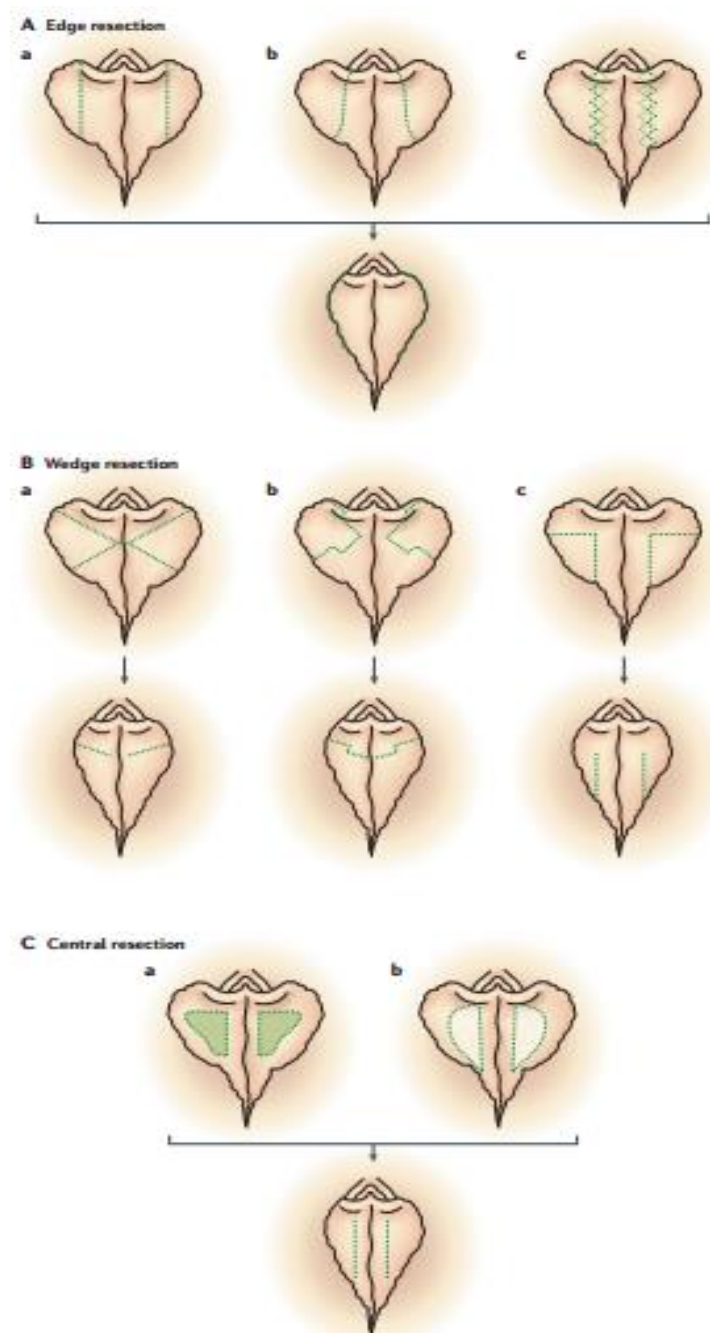


Figura 2. Labioplastia vulvar. Técnicas quirúrgicas³

¿Cuál debe ser la técnica quirúrgica empleada?

El modelo que emplee el cirujano para realizar el procedimiento viene determinado por múltiples factores, como son la familiaridad y experiencia del profesional que la realice con la determinada técnica, el grado de hipertrofia labial, así como los requisitos de la paciente respecto al color y al contorno del borde labial.

En un ademán de intentar realizar la técnica más correcta para cada tipo de hipertrofia surgió el algoritmo de Ellsworth. Este se fundamenta en la clasificación de Franco, ya mencionada anteriormente. Para los tipos I y II de Franco, aconseja la realización de técnica de desepitelización. Para los tipos III y IV (mayor o igual a 4 cm) realizaremos una técnica u otra en función de qué desea hacer la paciente con el borde labial natural más oscuro. Si desea retirarlo, se realizará una resección en borde, mientras que si desea conservarlo, se realizará una técnica de resección de la zona inferior con posterior reconstrucción del pedículo superior, donde el más usado es la resección en cuña inferior³.

Resultados

Existen pocos estudios que nos hablen de los resultados quirúrgicos de la labioplastia. Además, los existentes tienen un tamaño muestral escaso (el promedio es de 65 pacientes), un periodo de seguimiento variable y unos resultados, en su mayoría, mal definidos. Tal es así, que el nivel de evidencia es 4, en un rango de 1 a 560 según los niveles de Medicina Basada en la Evidencia.

Del tipo de resección que se tienen más estudios y más concluyentes es de la resección en cuña. En un estudio de 163 pacientes, el 93% estaba satisfecha un mes después de la intervención. Solo 98 mujeres completaron el estudio de satisfacción: el 83% estaba satisfecha con los resultados, el 89% estaba satisfecha con los resultados estéticos y el 93% estaban contentas con los resultados funcionales. Por el contrario, solo 4 mujeres no volverían a someterse a este procedimiento³.

En otro estudio, donde inicialmente el tamaño muestral iba a ser 407, pero que únicamente 166 mujeres entregaron el cuestionario de satisfacción, se vio que

la mayoría de las mujeres estaban satisfechas con los resultados en general, obteniendo una puntuación media de 9.2 sobre 10. El 93% experimentó un aumento de la autoestima, el 71% notó una mejora de la vida sexual y un 95% vio reducidos sus síntomas de malestar. La tasa de complicaciones fue de un 4%³.

En cuanto a complicaciones, en un estudio de 113 mujeres, 15 informaron haber experimentado síntomas transitorios como hinchazón, hematomas o dolor. Una paciente tuvo sangrado y otras 4 necesitaron cirugía de revisión. No se obtuvo ninguna complicación grave.

Complicaciones

Como ya se ha comentado anteriormente, la tasa de complicaciones es baja y de poca gravedad. Las más repetidas son: hinchazón, hematoma, sangrado, dolor y dehiscencia de la herida³.

Otras complicaciones más graves detalladas en algunos estudios han precisado de reintervención. Otros trabajos también hablan de problemas en el aspecto sexual tras la labioplastia, apareciendo una disminución de la sensación de los labios, problemas con el orgasmo, dolor durante las relaciones e incluso reducción de la excitación sexual.

Uno de los problemas más frecuentes y que genera más complicaciones son los labios menores excesivamente cortos, pero que no se recoge como complicación normalmente. Estas mujeres se sienten amputadas, experimentan más molestias y dolor, así como problemas sexuales, siendo difícil, además, la reconstrucción³.

Para concluir con este apartado, una buena entrevista clínica y un buen consejo y asesoramiento a aquellas mujeres que soliciten la labioplastia, informándoles de las complicaciones y del proceso podría disminuir el grado de insatisfacción cuando ocurren estas complicaciones.

Grado de satisfacción

El grado de satisfacción, en los pocos estudios que hay referente a esto, en general es alto. Los beneficios obtenidos de forma más repetida tras la intervención son la mejora de la función sexual, el aumento de la sensibilidad

labial y el incremento del número de relaciones sexuales, debido a una disminución de la vergüenza a mostrar sus genitales, lo cual nos indica los efectos psicológicos de la intervención.

Aun así, como ya se ha mencionado, existen pocos estudios y son poco concluyentes para abordar el grado de satisfacción tras la intervención en la actualidad.

CONCLUSIONES.

- La insatisfacción con la apariencia genital es el principal motivo de deseo de labioplastia. Otras causas menos importantes son las molestias locales, como el dolor, infección o molestias con la actividad física y sexual.
- El clínico debe evaluar al completo a la solicitante de la intervención, así como realizar una historia clínica exhaustiva e informar de la situación, con el objetivo de descartar algún trastorno psicológico o de suelo pélvico y distinguirlo, por lo tanto, de una hipertrofia labial verdadera.
- Para aquellas mujeres con hipertrofia de labios menores que deseen labioplastia por motivación psicológica existen varias opciones de asesoramiento y educación sobre la anatomía genital femenina, su normalidad y sus variantes de la normalidad, que podrían disminuir el deseo de cirugía.
- No existe evidencia actual para determinar que un tipo de técnica de labioplastia es superior a otra. Tampoco existen estudios concluyentes que nos hablen de los resultados de la intervención.
- Continuar con estudios que nos permitan aclarar perfectamente qué es una hipertrofia de labios menores, definir las variantes de la normalidad, así como unos determinar una serie de criterios para intervenir quirúrgicamente.
- ¿Sería adecuado un control de la propaganda, campañas de educación en escuelas, publicidad, revistas, etc que transmitan vulvas normales y eviten la idealización?

BIBLIOGRAFÍA

1. Parrondo P, Pérez-Medina T, Álvarez Heros J. Anatomía del aparato genital femenino. En: Kazlauskas S, Zapardiel I, editores. Fundamentos de Ginecología. Madrid: SEGO; 2009. p. 15-28.
2. Clerico C, Lari A, Mojallal A, Boucher F. Anatomy and aesthetics of the labia minora. The ideal vulva?. *Aesthetic Plast Surg.* 2017; 41(3): 714-719.
3. Özer M, Mortimore I, Jansma E, Mullender M. Labiaplasty: motivation, techniques and ethics. *Nature Reviews Urology.* 2018; 15: 175-189.
4. Lloyd J, Crouch NS, Minto CL, Liao LM, Creighton SM. Female genital appearance: “normality” unfolds. *BJOG.* 2005; 112(5): 643-646.
5. Basaran M, Kosif R, Bayar U, Civelek B. Characteristics of external genitalia in pre- and postmenopausal women. *Climateric.* 2008; 11(5): 416-421.
6. Crouch NS, Deans R, Michala L, Liao LM, Creighton SM. Clinical characteristics of well women seeking labial reduction surgery: a prospective study. *BJOG.* 2011; 118(12): 1507-1510.
7. Michala L, Koliantzaki S, Antsaklis A. Protruding labia minora: abnormal or just uncool?. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 2011; 32: 154-156.
8. Shick V, Rima B, Calabrese S. Evaluation: the portrayal of women’s external genitalia and physique across time and the current barbie doll ideals. *J. Sex. Res.* 2011; 48(1): 74-81.
9. Reinholtz R, Muehlenhard C. Genital perceptions and sexual activity in a college population. *J Sex Res.* 1995; 32: 155-165.
10. Berman L, Berman J, Miles M, Pollets D, Powell J. Genital self-image as a component of sexual health: relationship between genital self-image, female sexual function, and quality of life measures. *J Sex Marital Ther.* 2003; 29(1): 11-21.
11. Schick V, Calabrese S, Rima B, Zucker A. Genital appearance dissatisfaction: implications for women’s genital image self-

- consciousness, sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual risk. *Psychol Women Q.* 2010; 34: 394-404.
- 12.Laan E, Martoredjo DK, Hesselink S, Snijders N, Van Lunsen RHW. Young women's genital self-image and effects of exposure to pictures of natural vulvas. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2017; 38(4): 249-255.
- 13.Schober J, Meyer-Bahlburg H, Ransley P. Self-assessment of genital anatomy, sexual sensitivity and function in women: implications for genitoplasty. *BJU International.* 2004; 94: 589-594.
- 14.Schober J, Alguacil N, Cooper R, Pfaff D, Meyer-Bahlburg H. Self-assessment of anatomy, sexual sensitivity, and function of the labia and vagina. *Clin Anat.* 2015; (28)3: 355-362.
- 15.Westermann L, Oakley S, Mazloomdoost D, Crisp C, Kleeman S, Benbouajili J et al. Attitudes regarding labial hypertrophy and labioplasty: a survey of members of the Society of Gynecologic Surgeons and the North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2016; 22(3): 175-179.
- 16.Franco T, Diogo F. Nympha hypertrophy. *J. Bras. Ginecol.* 1993; 103(5): 163-168.
- 17.McDougall L. Towards a clean slit: how medicine and notions of normality are shaping female genital aesthetics. *Cult Health Sex.* 2013; 15(7): 774-787.
- 18.Veale D, Eshkevari E, Ellison N, Cardozo L, Robinson D, Kavouni A. Validation of genital appearance satisfaction, scale and the cosmetic procedure screening scale for women seeking labioplasty. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2013; 34(1): 46-52.
- 19.Zwier S. "What motivates her": motivations for considering labial reduction surgery as recounted on women's online communities and surgeons. *Sex Med.* 2014; 2(1): 16-23.
- 20.Veale D, Eshkevari E, Ellison N, Costa A, Robinson D, Kavouni A, et al. A comparison of risk factors for women seeking labioplasty compared to those not seeking labioplasty. *Body Image.* 2014; 11(1): 57-62.