

Incluye **videos**

Christine A. Hamori
Paul E. Banwell
Red Alinsod

Cirugía Genital **Cosmética Femenina**

Concepto, clasificación y técnicas



Cirugía Genital Cosmética Femenina

Conceptos, Clasificación y Técnicas

Editado por

Christine A. Hamori, MD, FACS

Cirujano Plástico Certificado por Board
Fundadora y Directora, Cosmetic Surgery and Skin Spa
Boston, Massachusetts

**Paul E. Banwell, BSc(Hons), MB BS,
FRCS(Eng), FRCS(Plast)**

Cirujano Plástico, Reconstructivo y Estético Consultante
The Banwell Clinic
The McIndoe Centre
East Grinstead, West Sussex, Reino Unido

Red Alinsod, MD, FACOG, FACS

Director, South Coast Urogynecology y Alinsod Institute
for Aesthetic Vulvovaginal Surgery
Laguna Beach, California

Con ilustraciones de

Brenda L. Bunch, MAMS
Amanda Yarberry Behr, MA, CMI
Craig Durant, Dragonfly Media
Andrea Hines



Contenido

PARTE I Introducción

- 1** Anatomía y clasificación de los genitales femeninos: implicaciones para el manejo quirúrgico 3
Paul E. Banwell
- 2** Aspectos psicológicos y costumbres sociales en la cirugía estética de los genitales femeninos: ¿qué es lo normal? 23
Karen Ichino, Jennifer L. Walden
- 3** Consentimiento informado y responsabilidad en la cirugía genital cosmética 31
Neal R. Reisman

Parte II Técnicas

- 4** Reducción labial: técnica quirúrgica en cuña 41
Christine A. Hamori
- 5** Cirugía de reducción del labio menor: resección linear curva 59
Red Alinsod
- 6** Cirugía de reducción del labio mayor: mayoroplastia 75
Red Alinsod
- 7** Técnicas de reducción del capuchón del clítoris 89
Otto J. Placik
- 8** Aumento de los labios mayores con injerto graso 113
Lina Triana, Paul E. Banwell
- 9** Aumento de los labios mayores con sustancias de relleno 125
Nicolas Berreni

- 10** Complicaciones de la cirugía genital cosmética femenina 143
Christine A. Hamori
- 11** Perineoplastia y vaginoplastia 161
Marco A. Pelosi III, Marco A. Pelosi II
- 12** Himenoplastia 181
Otto J. Placik
- 13** Procedimientos auxiliares 205
Clara Santos, Red Alinsod

Parte III Avances

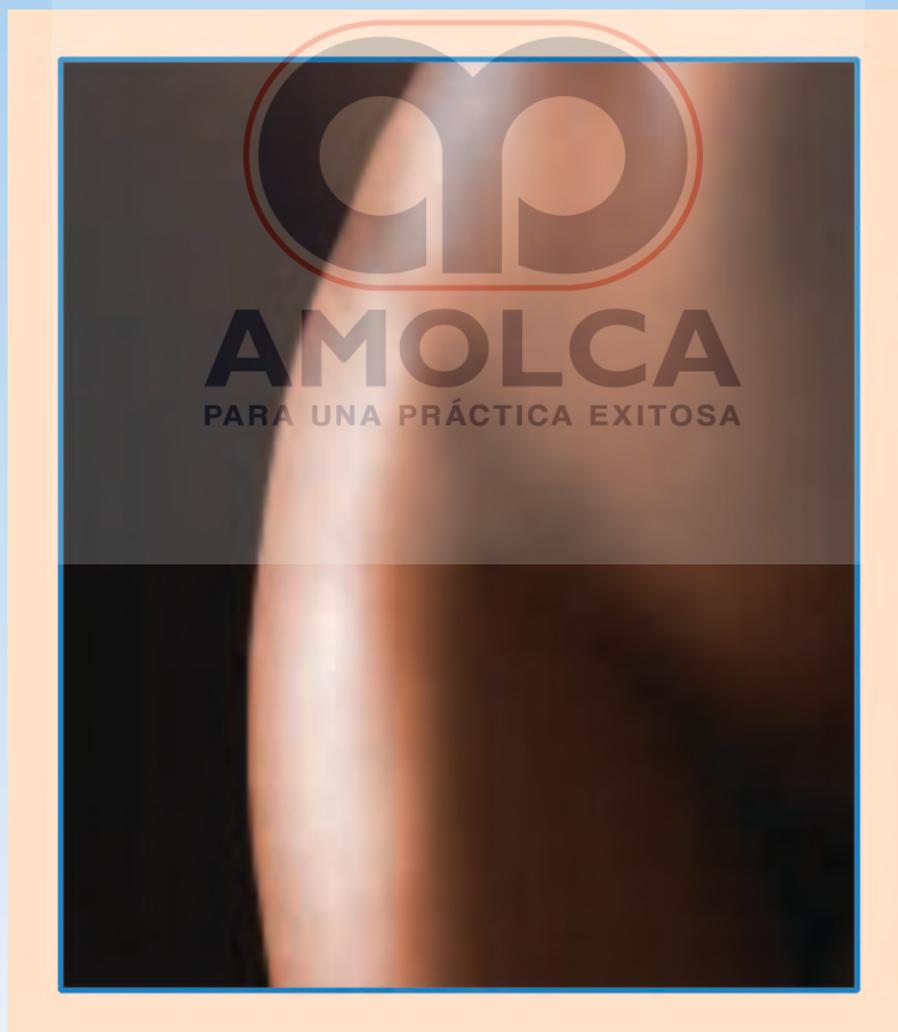
- 14** Caminos y avances futuros 221
Colin C. M. Moore
- 15** O-Shot® 237
Charles Runels
- 16** Radiofrecuencia transcutánea controlada por temperatura para el rejuvenecimiento vulvovaginal 249
Red Alinsod
- 17** Láser erbium fraccional para el rejuvenecimiento vulvovaginal 257
Evgenii Leshunov
- Créditos 265
- Índice 267

Contenido de los videos

- 4-1** Animación de labioplastia
Christine A. Hamori
- 4-2** Labioplastia: marcado
Christine A. Hamori
- 4-3** Labioplastia en cuña extendida
Christine A. Hamori
- 4-4** Labioplastia: opciones de cierre con cuña anterior
Christine A. Hamori
- 5-1** Labioplastia Barbie
Red Alinsod
- 6-1** Mayoroplastia con escisión de cojinete de grasa
Red Alinsod
- 9-1** Aumento con sustancias de relleno
Nicolas Berreni
- 11-1** Perineoplastia
Marco A. Pelosi III, Marco A. Pelosi II
- 11-2** Vaginoplastia y labioplastia combinadas
Red Alinsod
- 12-1** Himenoplastia
Otto J. Placik
- 13-1** Dermoelectroporación
Red Alinsod
- 16-1** ThermiVa
Red Alinsod

Parte I

Introducción



Capítulo 1

Anatomía y clasificación de los genitales femeninos: implicaciones para el manejo quirúrgico

Paul E. Banwell

AMOLCA
PARA UNA PRÁCTICA EXITOSA



Puntos clave

- *La comprensión de la anatomía de los genitales femeninos es fundamental para la planificación y la técnica quirúrgica de la cirugía cosmética de esta área.*
- *La realización de un examen sistemático del monte de Venus, los labios mayores, el clítoris y los labios menores (complejo vulvar) resulta esencial.*
- *Existen amplias variaciones en la anatomía del complejo vulvar.*
- *La estética ideal de Hodgkinson y Hait de labios menores pequeños que no protruyan más allá de los labios mayores, representa el objetivo deseado en la mayoría de las pacientes.¹*
- *En paralelo con la estética y la armonía facial, los cirujanos deben considerar el concepto de la armonía genital.*
- *La percepción recién documentada de la anatomía vascular de esta área puede influir en la selección de la técnica.*
- *La clasificación de Motakef² describe el grado de protrusión de los labios menores más allá de los labios mayores.*
- *La clasificación de Banwell³ describe variaciones en la conformación y la morfología de la anatomía labial que no habían sido documentadas previamente.*
- *El complejo del capuchón clitoriano-labios menores, en particular, varía de un modo amplio en cuanto a la apariencia y potencialmente constituye un área problemática para los cirujanos.*
- *Es decisivo tener una documentación cuidadosa del tamaño y de la forma de los labios y del complejo clítoris-labios (según Motakef y Banwell).*

A medida que ha aumentado la popularidad de la cirugía genital femenina en la práctica, los autores han observado un incremento paralelo de la experiencia clínica publicada, de las técnicas operatorias disponibles y de la información montada en la literatura científica exponiendo los beneficios físicos y no físicos de dichos procedimientos. Como se explorará adicionalmente en este libro, ahora se cuenta con una fuerte evidencia de la alta satisfacción de las pacientes, las mínimas tasas de complicaciones y los excelentes perfiles de seguridad, así como con la evidencia publicada sobre los beneficios psicológicos. Sin embargo, hasta la fecha existen pocos intentos de clasificar los genitales femeninos, escasez de información sobre las variantes anatómicas comunes y poca exploración o reevaluación de la anatomía en relación con las técnicas operatorias, la planificación quirúrgica y los resultados del tratamiento.

La comprensión profunda de la anatomía actual y el conocimiento de las variaciones anatómicas no reconocidas anteriormente en cuanto a los genitales femeninos, pueden ayudar a los cirujanos a optimizar un abordaje ajustado a la medida y ofrecer nuevas visiones sobre el cuidado de las pacientes.

Anatomía aplicada para los cirujanos

La anatomía de los genitales externos femeninos ha sido bien descrita⁴ (Fig. 1-1). La misma consiste en el monte de Venus superiormente, el clítoris con su cubierta superpuesta, los labios mayores y los labios menores. De manera colectiva, la mayoría de los textos de anatomía se refieren a esto como el *complejo vulvar*. No obstante, buena parte de la variación de la disposición anatómica no ha sido reconocida o descrita de forma previa, y la comprensión de dichas variaciones puede ser particularmente pertinente en la planificación quirúrgica.⁵

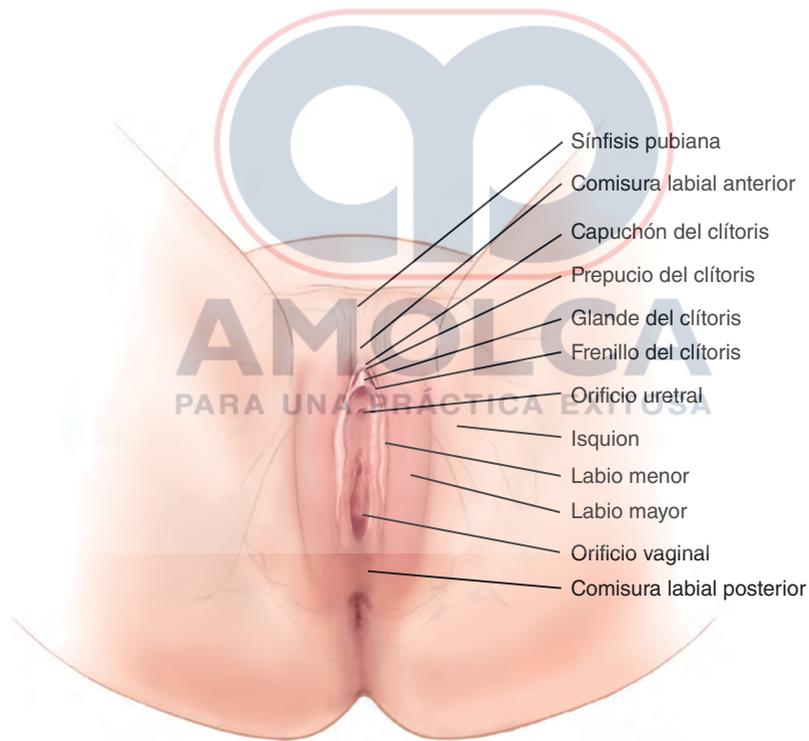


Fig. 1-1 Anatomía macroscópica básica de los genitales externos femeninos.



Fig. 1-2 Relación entre el monte de Venus en una mujer joven y las ramas del pubis.

Monte de Venus

El monte de Venus (*mons pubis*) es una elevación triangular de tejido adiposo, situada por delante de la sínfisis pubiana (Fig. 1-2). Este tejido adiposo puede aumentar durante la pubertad o al ganar peso, pero también disminuye con una significativa pérdida de peso y después de la menopausia. El monte de Venus está cubierto anatómicamente por vello púbico, el cual también se reduce con el envejecimiento durante el período perimenopáusico. La prominencia del área del monte de Venus puede variar enormemente, no solo por el incremento de la deposición de grasa, sino asimismo por la angulación de las ramas del pubis; ambas son razones de consulta para la reducción quirúrgica de esta área.

Labios mayores

Los labios mayores (labios externos) son dos pliegues cutáneos que se extienden en sentido posterior, desde el monte de Venus hasta la región perineal (Fig. 1-3). Tienen un aspecto externo cubierto de vello (lateral) y un aspecto interno que carece del mismo. Cada labio mayor está lleno de tejido fibrograso subcutáneo en grados variables, que pueden ir desde “lentos” y “holgados” hasta “laxos” y “holgados”, como a menudo los describen las pacientes (Fig. 1-4). Sin embargo, en la práctica común de los autores se documenta la apariencia laxa y holgada como “vacía” o “redundante” de tejidos.

Envueltos (en un grado variable) y mediales a los labios mayores, se encuentran el clítoris y el capuchón del clítoris y los labios menores. Los labios mayores usualmente están separados de los labios menores por un surco profundo; de manera típica dicho surco se halla bien definido y es un lindero quirúrgico útil entre la piel no cubierta por vellos y la que está cubierta por vellos (Fig. 1-5). Raramente, las inserciones verticales subcutáneas profundas de este surco son tenues o incluso están ausentes, lo que conduce a una continuidad menos definida entre los labios mayores y los menores. En tales casos, si se considera una reducción de los labios mayores, entonces la cicatriz puede quedar potencialmente más visible y esto debe ser discutido en detalle con la paciente antes de la operación.

Fig. 1-3 Labios mayores en una mujer joven.



Fig. 1-4 Labios mayores vacíos, descritos por la paciente como "holgados". La piel es redundante y vacía. Esta paciente se presentó para una reducción de los labios mayores y una cirugía de revisión de los labios menores. El procedimiento original se practicó en otro lugar.

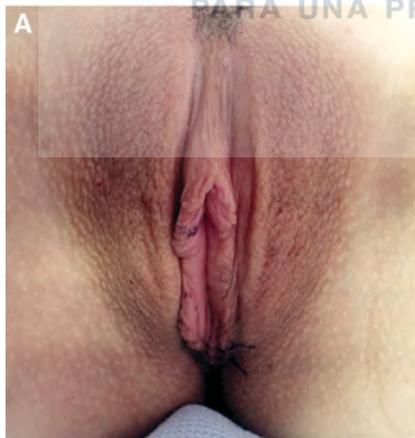


Fig. 1-5 A, Paciente referida para una reducción de labios mayores y revisión de la cirugía de labios menores, practicada previamente por un colega. La pigmentación del tejido no es infrecuente. **B**, Piel cubierta de vello y piel desprovista de vello. La *línea punteada* representa el surco de los labios mayores y el límite entre la piel cubierta de vellos y la que no lo está. Este es un lindero quirúrgico útil a fin de hacer la marca medial para la reducción de los labios mayores (Ver Capítulo 6: Cirugía de reducción de labios mayores: mayoraplastia).

Clítoris

El clítoris (cuerpo clitoriano) está localizado superiormente por debajo del capuchón clitoriano (prepucio), el cual se divide en frenillos que van cada uno a cada lado del introito (bóveda vaginal) (Fig. 1-6). Según los textos anatómicos clásicos, el frenillo más comúnmente se adhiere al aspecto externo del tercio superior de los labios menores (Fig. 1-6, A), pero tal como se observará a lo largo de este libro y se explorará posteriormente con mayor detalle en este capítulo, dicha disposición varía de un modo amplio. El cuerpo del clítoris en sí también puede diferir significativamente de tamaño, y por lo general un cuerpo de clítoris más grande se asocia con una piel más fuerte en el capuchón clitoriano. Puede presentarse un segundo pliegue de piel lateral al capuchón del clítoris, el cual se funde con los labios menores (Figs. 1-6, G y H) o bien permanece dominando y en continuidad con los labios menores (Fig. 1-6, I). Por último, el meato uretral usualmente se encuentra en el ápex de los frenillos.

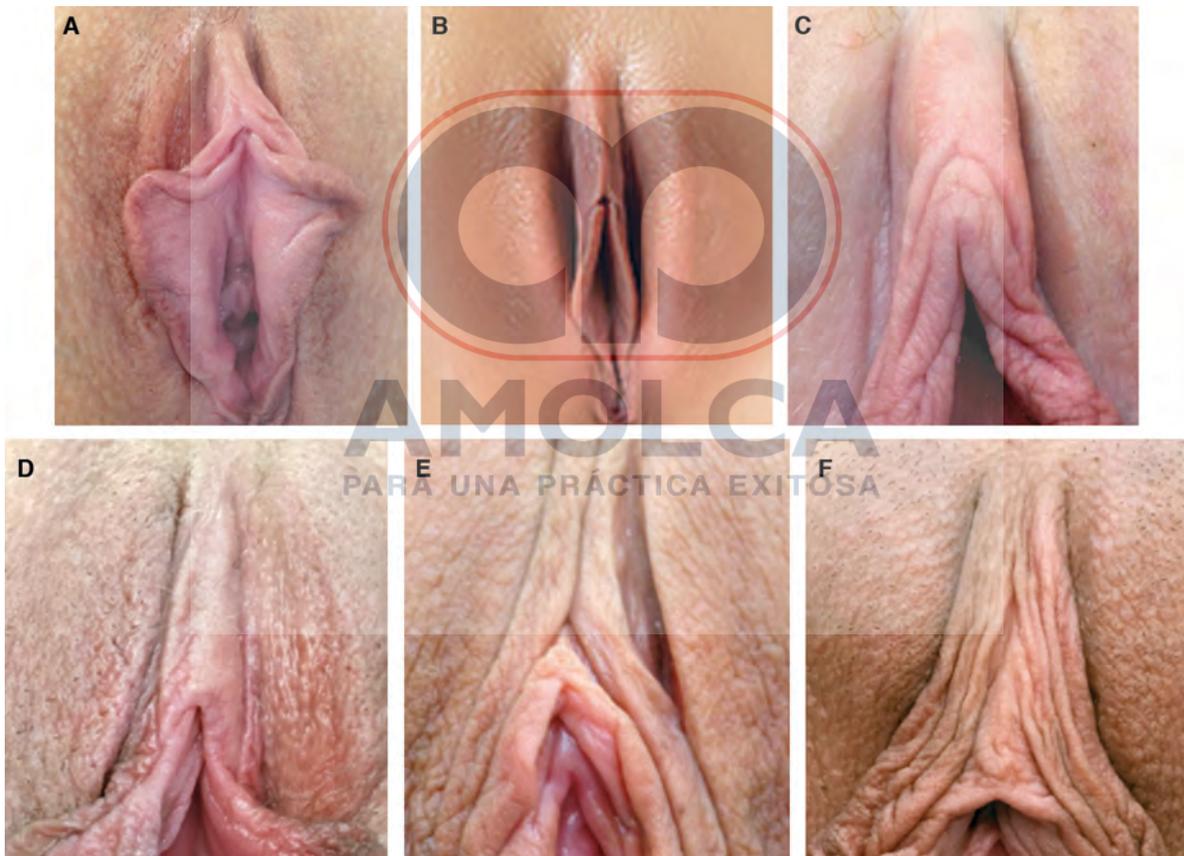


Fig. 1-6 A, Disposición anatómica común vista en el área del clítoris, tal como se muestra en la mayoría de los textos clásicos. La bóveda del clítoris y el aspecto superior de los labios menores se funden. La variación de esta unión tiene implicaciones para los resultados clínicos y las expectativas de la paciente, y debe ser considerada cuando se escoge una técnica quirúrgica. **B**, Capuchón de clítoris pequeño en continuidad con los labios menores. **C**, Capuchón de clítoris fuerte. **D**, Capuchón de clítoris pequeño. El frenillo se continúa con los labios menores. El lado derecho muestra un pliegue lateral de poco tamaño. **E**, Doble pliegue lateral del clítoris. **F**, Varios pliegues clitorianos laterales.

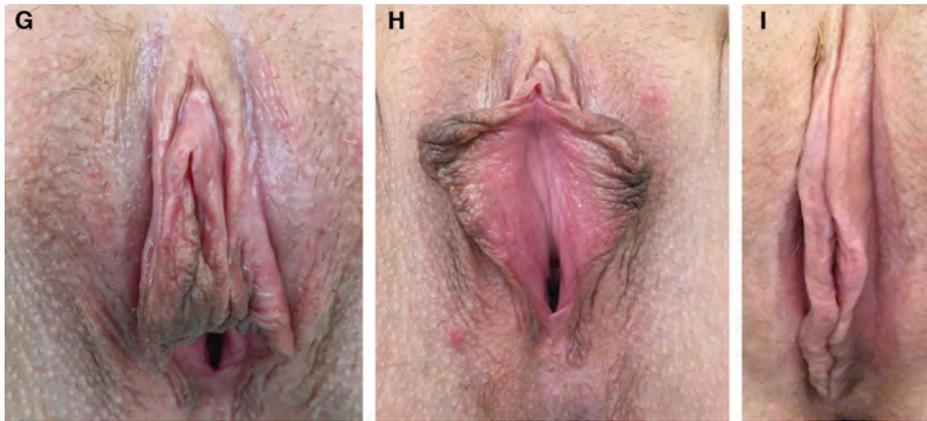


Fig. 1-6, cont. G y H, Pliegue clitoriano doble que se inserta en el aspecto lateral de los labios menores. **I,** Pliegue doble lateral que es dominante y continuo con los labios menores. El cuerpo del clítoris y el capuchón del clítoris están escondidos.

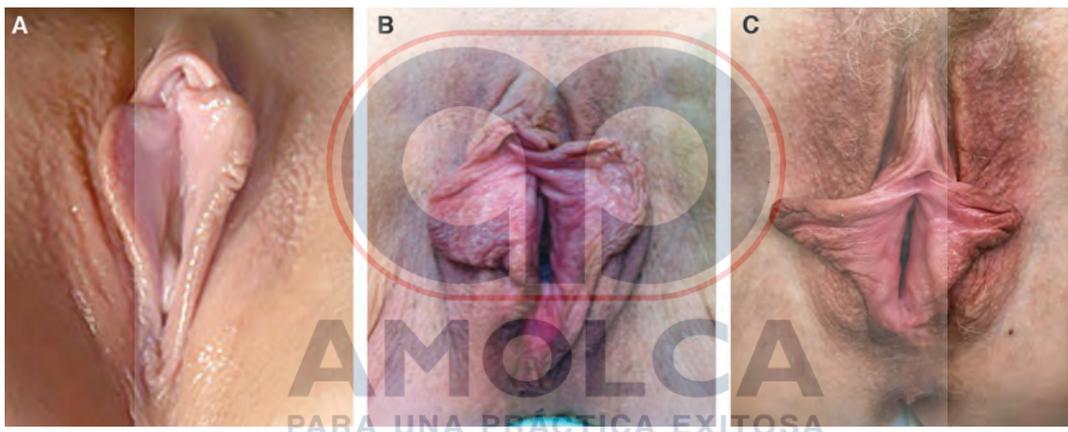


Fig. 1-7 A, Labios menores pequeños, firmes. **B,** Labios menores flojos, rugosos. **C,** Asimetría de los labios menores. El borde lateral tiene un tejido flojo, rugoso y pigmentado.

Labios menores

Los labios menores se continúan en sentido posterior desde el área del clítoris hasta el cuerpo perineal, ya sea uniéndose para formar la horquilla posterior o bien permaneciendo separados y adhiriéndose al periné (Fig. 1-7). La apariencia y la forma de los labios menores tienen muchas variaciones; las asimetrías son extremadamente comunes y los médicos que se especializan en cirugía genital femenina pronto se dan cuenta de que dichas variaciones anatómicas pueden ser muy diversas. Más aún, la calidad de la piel también puede variar. Los cirujanos notarán que algunas pacientes tienen labios jóvenes y tensos (ver Fig. 1-7, A), pero de manera general, las pacientes que se presentan para esta operación tienen tejidos que están muy flojos y tienen naturaleza rugosa (Fig. 1-7, B). A menudo se observa pigmentación. Algunas de las variaciones más comunes de la morfología de los labios menores se discutirán posteriormente en este capítulo.

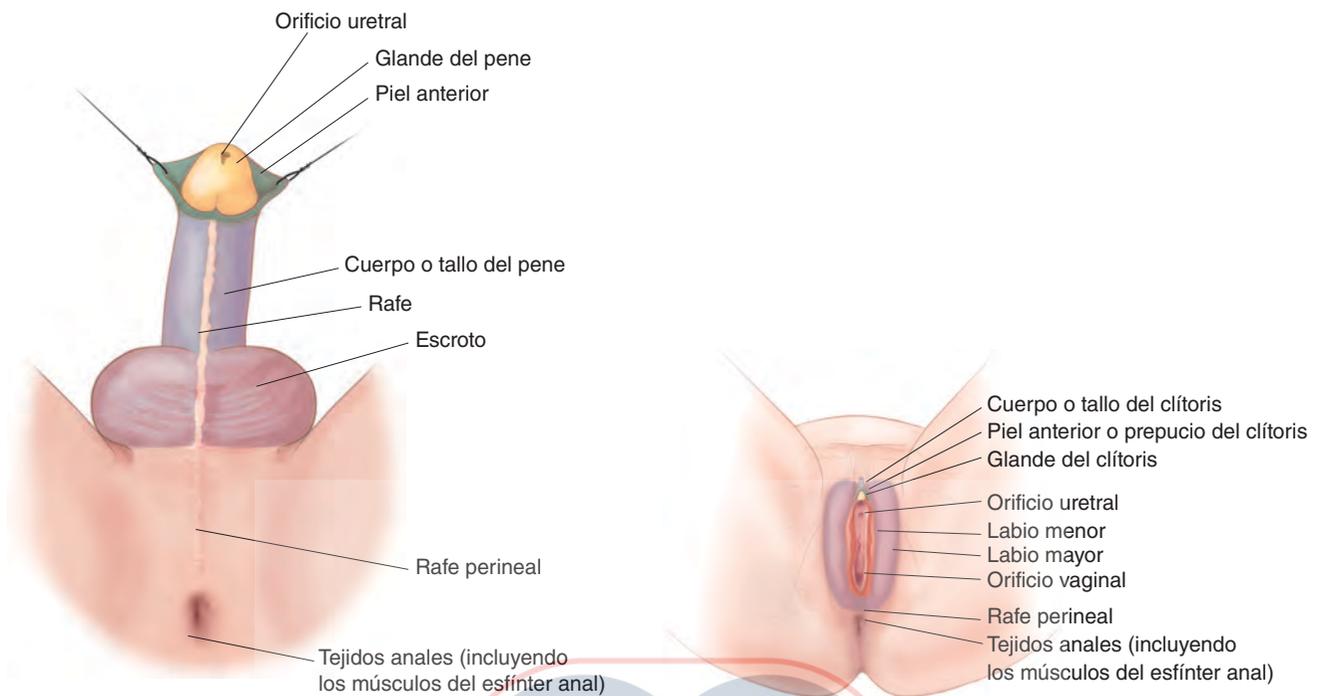


Fig. 1-8 Los labios mayores son análogos al escroto. Los labios menores se funden en los hombres (rafe perineal). En los hombres se desarrollan los conductos wolffianos, y en las mujeres se desarrollan los conductos müllerianos. Las diferencias se establecen aproximadamente a las 9 semanas de gestación. En las mujeres se forma un surco profundo alrededor del falo. Los lados del mismo crecen en sentido dorsal, a modo de pliegues labioescrotales, los cuales finalmente constituyen los labios mayores en las mujeres. En contraste, los labios menores se originan por el crecimiento continuado de los labios del surco sobre la superficie inferior del falo; el resto del falo forma el clítoris. El glándula inmaduro se transforma en glándula clitoriano. En el hombre, la porción pélvica de la cloaca sufre un desarrollo aún mayor, empujando ante él la porción fálica. Los pliegues labioescrotales se extienden alrededor y entre la porción pélvica y el ano, produciendo el área escrotal. Durante los cambios asociados al descenso de los testículos, esta área escrotal es sacada para formar los sacos escrotales. El pene se desarrolla a partir del falo. Como en las mujeres, la membrana urogenital sufre absorción, dando lugar a un canal en la superficie inferior del falo; este canal se extiende solamente tan adelante como hasta la corona del glándula.

Embriología

Embriológicamente los labios mayores de las mujeres se derivan de las protuberancias genitales que, en el feto masculino, se desarrollan dentro del escroto (Fig. 1-8). En contraste, los labios menores se desarrollan a partir de los pliegues genitales, los cuales en el feto masculino se funden para formar el rafe medio.

Irrigación sanguínea

La irrigación sanguínea de los labios menores y mayores viene de la arteria labial posterior y de la arteria perineal, ambas ramas de la arteria pudenda interna. De modo similar, la arteria pudenda interna —a un nivel profundo de la membrana perineal— también da lugar a la arteria dorsal del clítoris.

No obstante, Georgiou y cols.⁶ suministraron detalles adicionales sobre la anatomía vascular de los labios menores, basados en su estudio reciente con inyección arterial en cadáveres. Ellos también suministraron ideas sobre la selección de la técnica para la reducción de los labios menores: sugirieron que la principal complicación de las diferentes técnicas quirúrgicas de reducción es la dehiscencia de la línea de sutura, y que la anatomía vascular no siempre puede ser respetada, quizás especialmente con las técnicas de colgajo (Fig. 1-9). En el estudio, ellos identificaron una arteria central dominante (arteria C), dos arterias posteriores (P1 y P2) y una arteria anterior pequeña (A) (Fig. 1-10). Confirmaron una conexión entre el sistema anterior de la arteria pudenda externa y el sistema posterior de la misma. Concluyeron que esto puede ayudar a los cirujanos con la orientación de las escisiones en cuña. Su estudio anatómico confirmó asimismo que el método de escisión curvilínea es el más seguro, con una irrigación sanguínea más robusta.

Técnica de escisión curvilínea

Técnica de escisión en cuña

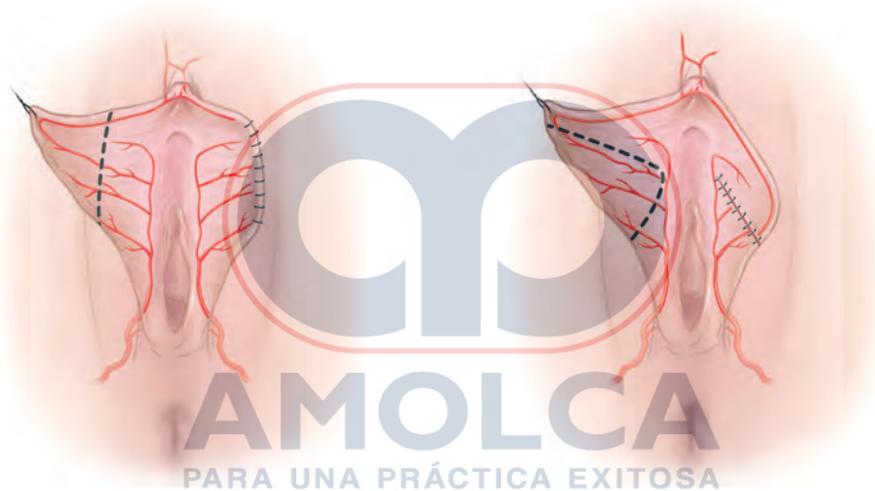


Fig. 1-9 Irrigación sanguínea en relación con las técnicas de escisión curvilínea y escisión en cuña.

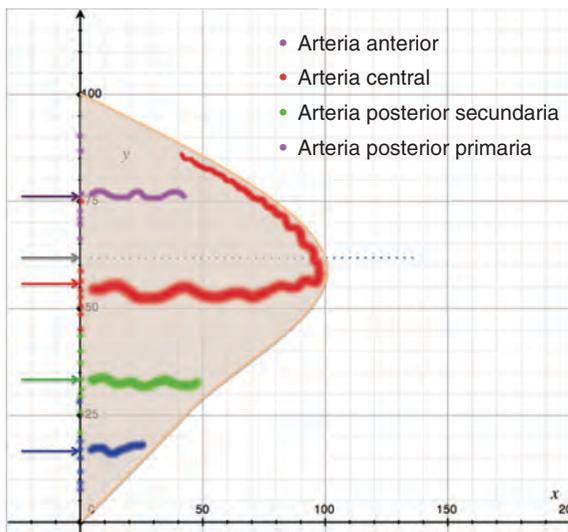


Fig. 1-10 Mapeo de las arterias labiales mostrando las arterias A, C y P.

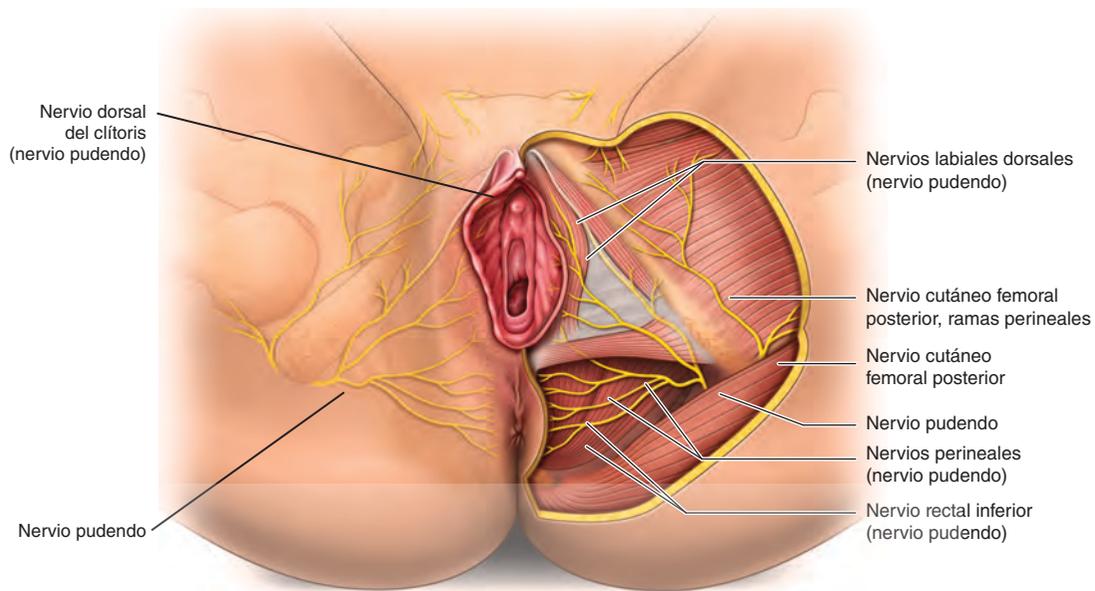


Fig. 1-11 Nervios pudendo y dorsal del clítoris.

Inervación

La inervación de los genitales femeninos externos se hace a través del nervio pudendo (Fig. 1-11). Este se divide al nivel del músculo perineal transversal superficial en los nervios perineales superficial y profundo. La rama superficial se transforma en el nervio labial posterior y la rama profunda se convierte en el nervio dorsal del clítoris.

Clasificaciones de la anatomía genital femenina

De acuerdo con Lloyd y cols.,⁷ las dimensiones genitales en las mujeres varían considerablemente; por esta razón, el espectro de la normalidad es bastante amplio. En su estudio observacional de secciones-cruzadas ellos midieron una variedad de parámetros, incluyendo la longitud y el ancho de los labios, el tamaño y el color del clítoris, y la rugosidad de la piel labial. Notaron un rango amplio de valores de cada medición (hasta 5 cm en el ancho de los labios) y encontraron que no había una asociación estadísticamente significativa con la edad, la paridad, la etnia, el uso de hormonas o la historia de actividad sexual. Este punto es importante, porque resulta vital para el

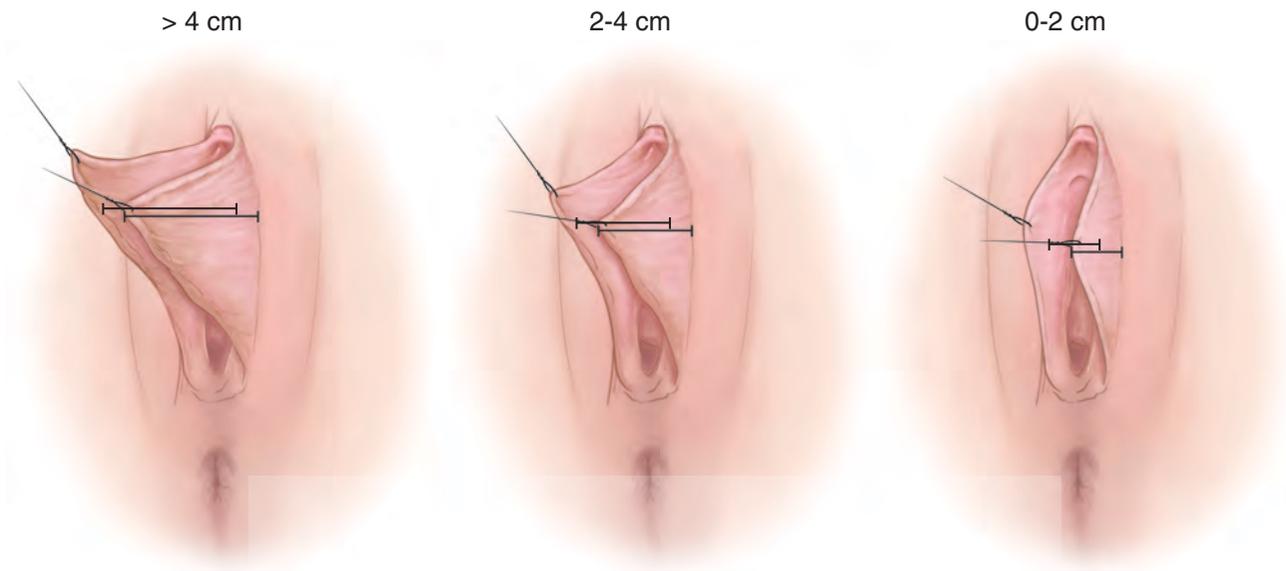


Fig. 1-12 Clasificación de Motakef para la protrusión labial, la cual clasifica el grado de protrusión de los labios menores más allá de los labios mayores. Clase I (0 a 2 cm), clase II (2 a 4 cm) y clase III (más de 4 cm), que pueden ser susceptibles a diferentes paradigmas de tratamiento. En “A” se añade asimetría y en “C” se agrega el compromiso del capuchón del clítoris.

el cirujano reafirmarle a la paciente que desea modificar quirúrgicamente sus genitales que los mismos se encuentran dentro de los límites normales.

Unos pocos autores han documentado su método para evaluar la proyección de los labios (menores), pero no hay un consenso acerca de cómo clasificar mejor la apariencia de los genitales femeninos. Motakef y cols.² recientemente efectuaron un metaanálisis sobre publicaciones de labioplastia y resaltaron la escasez de información por parte de los cirujanos practicantes, en relación con una clasificación adecuada (Fig. 1-12). Los autores hablan de “hipertrofia” y “ensanchamiento” de los labios, pero algunas pacientes que tienen labios de tamaño “normal” desean una apariencia más esculpida.

Uno de los sistemas de clasificación más ampliamente utilizado fue descrito inicialmente por Franco,⁸ en 1993, catalogando la hipertrofia labial en cuatro tipos: tipo I, menos de 2 cm; tipo II, de 2 a 4 cm; tipo III, de 4 a 6 cm; y tipo IV, más de 6 cm. Los autores midieron la distancia (en centímetros) desde la base de los labios menores (introito vaginal) hasta el punto más externo de los labios. Asimismo, encontraron que los labios menores igualmente varían en cuanto a su longitud, grosor, simetría y protuberancia. En otro estudio se encontró que el ancho medio de los labios fue de 2,5 cm, con un rango de 0,7 a 5 cm.⁹

En contraste, Chang y cols.¹⁰ sugirieron una clasificación más simple, basada en la forma y la localización de la protrusión genital. La clase I representa la anatomía normal: los labios mayores y los menores son casi iguales. En la clase 2, los labios menores protruyen más allá de los labios mayores. En la clase 3, hay presencia de un capuchón clitoriano. En la clase 4, los labios menores se extienden hasta el periné. Los autores sugirieron que las diferentes clases deben ser abordadas mediante el uso de técnicas distintas.

Más recientemente, Motakef y cols.² han propuesto un elegante sistema de clasificación para la protrusión labial, basado en la distancia del borde lateral de los labios menores desde los labios mayores, en lugar de hacerlo desde el introito. Según su sistema, la protrusión labial puede entonces ser catalogada como clase I (0 a 2 cm), clase II (2 a 4 cm) y clase III (más de 4 cm) (ver la Fig. 1-13).

El grupo de los autores concuerda con este método y a través de los últimos 10 años han evolucionado pensamientos similares, sobre la base de los resultados de la medición desde el surco lateral hasta el punto más prominente. Quizás de una manera todavía más importante, Motakef y cols.² también indicaron que diferentes clases de protrusión labial pueden ser susceptibles a distintos paradigmas de tratamiento, debiendo considerarse el abordaje para cada reducción labial mediante el uso de diversos métodos. Esta filosofía está apoyada adicionalmente por los estudios de anatomía vascular previamente descritos.⁶

Los autores también han encontrado que la adopción de un abordaje objetivo y la medición (y documentación) de las dimensiones de los labios resultan de ayuda cuando se discute acerca del grado de reducción deseado por la paciente. En lugar de utilizar palabras más confusas, tales como *esculpido* o *arreglado*, o de discutir acerca de *sobrecorrección* o *subcorrección*, puede asumirse un abordaje aun más objetivo que implique porcentajes. De esta forma, la obtención de más o menos un 50% de corrección se vuelve muy sencillo, porque esto puede ser medido de manera precisa en el marco preoperatorio y facilita las discusiones acerca de los resultados esperados.¹¹ Dado que la documentación de la cirugía estética se ha hecho cada vez más importante, no solamente desde la perspectiva médico-legal sino también para contribuir en las estrategias de tratamiento, los autores alientan a todos los cirujanos a que documenten la apariencia y el tamaño de los labios. Los cirujanos reconstructivos y cosméticos ponen particular atención sobre las mediciones y apariencias preexistentes cuando planifican una cirugía cosmética de mama, por ejemplo, y la labioplastia requiere el mismo grado de atención.

Documentación y clasificación de las variantes anatómicas

La clasificación de Banwell para la anatomía labial⁵ ha sido desarrollada con el objetivo de tomar en cuenta las presentaciones anatómicas que no habían sido reconocidas previamente y que los cirujanos pueden encontrar en la consulta de pacientes prospectivas que solicitan una reducción labial. La misma ayuda a educar a las pacientes, contribuye en la planificación quirúrgica y facilita las discusiones entre los colegas médicos.

Esencialmente, el esquema documenta la apariencia y la disposición anatómica específica de los labios menores y del despegue desde el periné. Asimismo, toma en consideración cualquier disposición con un doble pliegue del frenillo entre el clítoris y los labios menores. Los autores consideran que debe requerirse a todos los clínicos la documentación de estas variantes anatómicas y la medición de los labios.

Morfología del labio menor

Deben notarse las variaciones en la forma de los labios menores (Fig. 1-13). Convenientemente, puede haber una prominencia del punto más lateral del labio menor en el tercio superior, medio o inferior de la bóveda vaginal. Estas son clasificadas como tipo I, tipo II y tipo III, respectivamente. Deben observarse la consistencia y la rugosidad del labio, junto con la pigmentación.

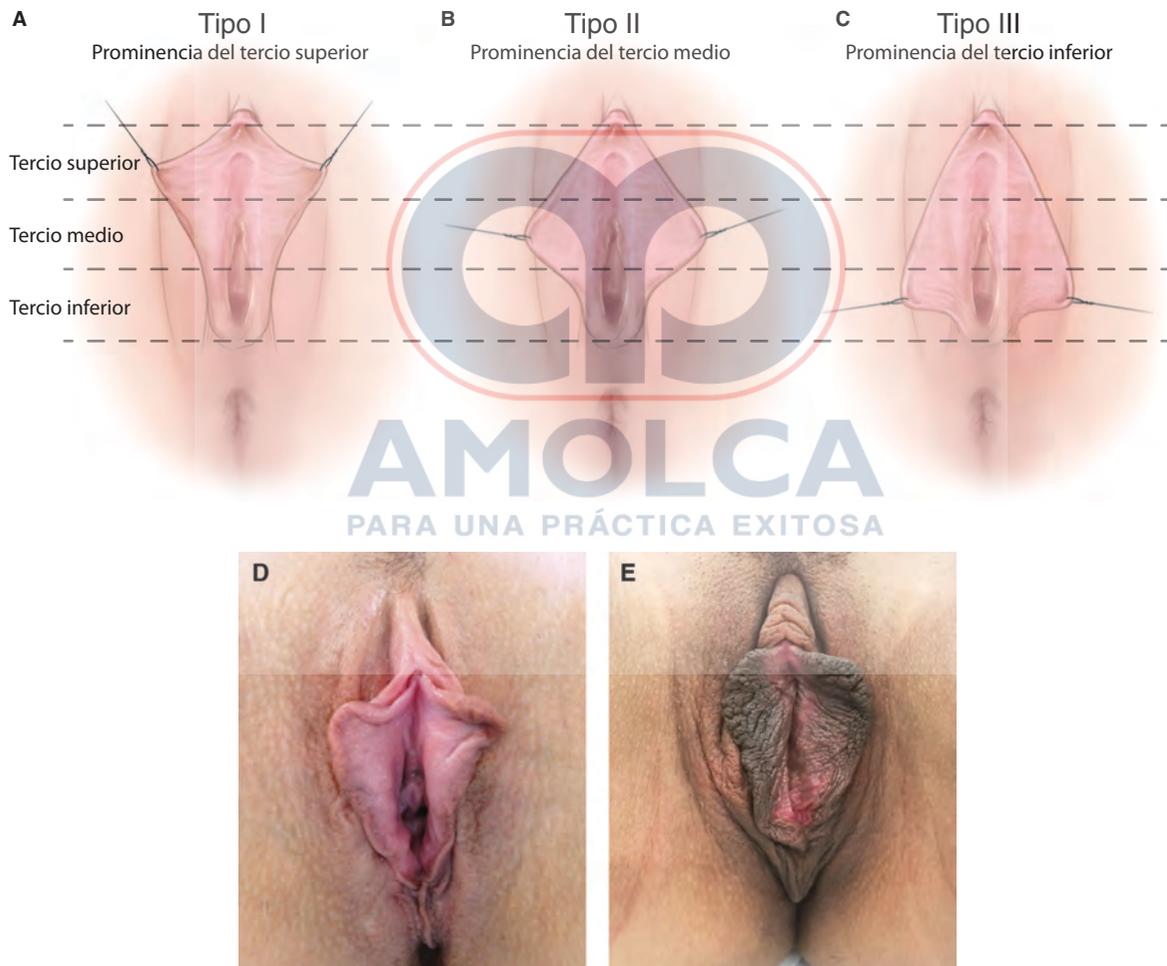


Fig. 1-13 Clasificación de Banwell para la morfología de los labios menores. **A**, Tipo I: aumento de tamaño del tercio superior (como alas). **B**, Tipo II: aumento de tamaño del tercio medio. **C**, Tipo III: aumento de tamaño del tercio inferior. **D** La disposición más común es la tipo I, con prominencia del tercio superior. **E**, Tipo I: aumento de tamaño del tercio superior. Se debe notar y señalar a las pacientes la pigmentación de los labios, porque tiene implicaciones en la compaginación de los bordes cuando se usa la técnica de cuña (Ver Capítulo 4: Reducción labial: técnica quirúrgica en cuña).

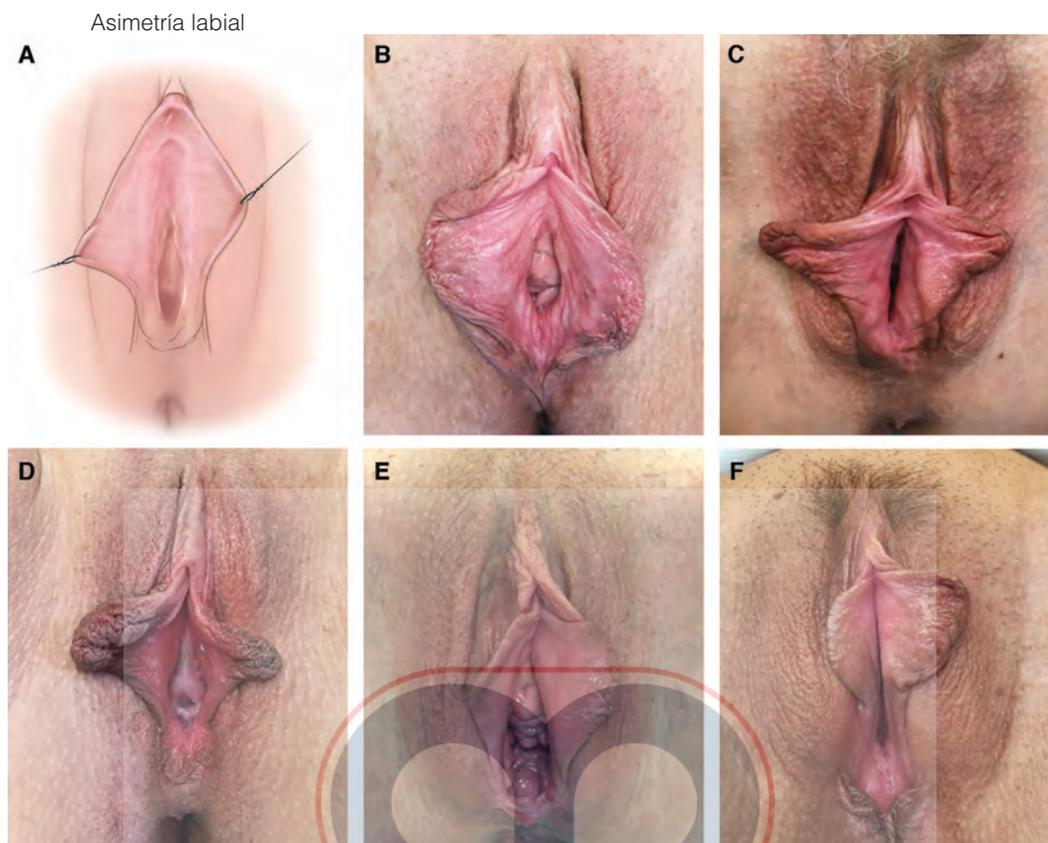


Fig. 1-14 A, Clasificación de Banwell para la simetría y asimetría labial. **B**, Tipo II (tercio medio en la derecha) y tipo III (tercio inferior) en la izquierda, asociados con pigmentación. **C**, Tipo I (tercio superior) ensanchamiento con asimetría (derecha mayor que la izquierda). **D**, Asimetría en el tipo I, izquierda; asimetría en el tipo II, derecha (derecha mayor que la izquierda). **E**, Asimetría labial tipo II (tercio medio bilateralmente), pero en la izquierda es mayor que en la derecha. **F**, Asimetría tipo II (izquierda mayor que la derecha).

ANTOLCA
PARA UNA PRÁCTICA EXITOSA

Simetría y asimetría labial

La asimetría labial resulta en extremo común y, como con las otras cirugías cosméticas (por ejemplo, de mamas y orejas), debe ser cuidadosamente documentada y señalada a las pacientes (Fig. 1-14). Las asimetrías pueden ocurrir en cuanto a las dimensiones absolutas de una misma variación anatómica, o bien pueden involucrar diferentes variaciones anatómicas.

Despegue labial desde el periné

Las inserciones posteriores de los labios menores también varían, y esto es denominado como “despegue perineal de los labios”. Igual que con la morfología labial, este factor también tiene implicaciones en la planificación quirúrgica (Figs. 1-15 y 1-16). Se ha dividido convenientemente en despegue bajo (más cerca del periné), medio y alto. A continuación, se muestran ejemplos de cada uno de ellos. Algunas pacientes que tienen un despegue perineal bajo pueden tener asimismo una horquilla posterior conectada, lo cual es particularmente pertinente en el caso de las técnicas en cuña (Ver Capítulo 4: Reducción labial: técnica quirúrgica en cuña).

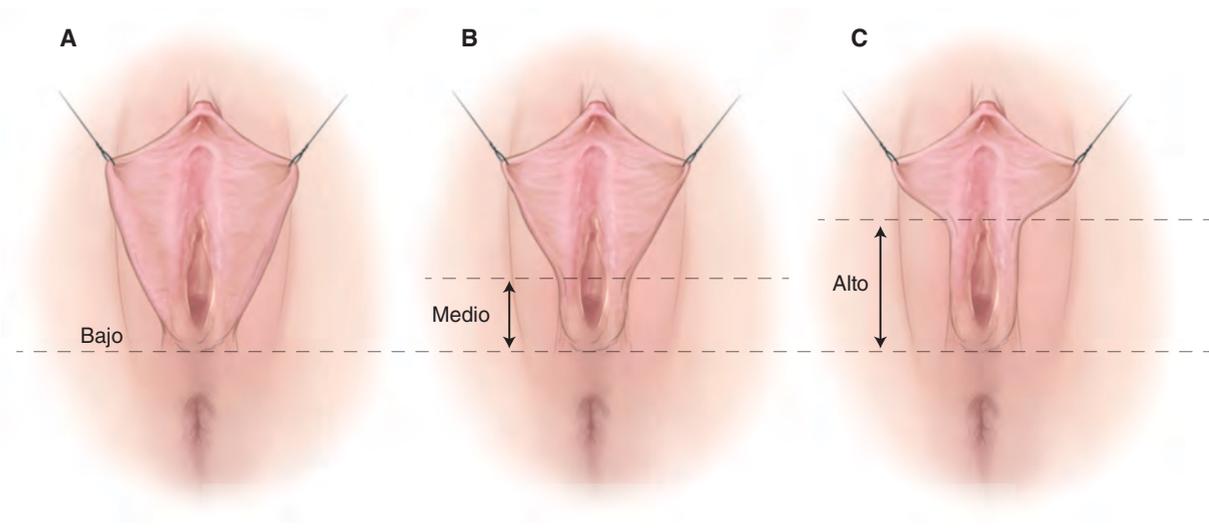


Fig. 1-15 Despegue perineal de los labios menores. **A**, Despegue bajo. **B**, Despegue medio. **C**, Despegue alto.

AMOLCA
PARA UNA PRÁCTICA EXITOSA

Despegue perineal asimétrico

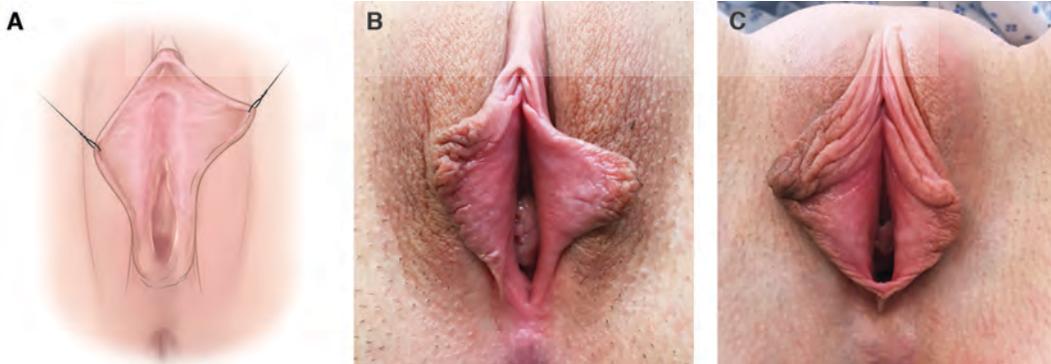


Fig. 1-16 A, Despegue perineal asimétrico. La mujer puede tener tanto un ensanchamiento labial asimétrico como un despegue perineal asimétrico. **B**, Asimetría labial relacionada con la dimensión, la morfología y el despegue perineal: tipo I (tercio superior) en la derecha y tipo II (tercio medio) en la izquierda. El despegue perineal también es asimétrico. **C**, Ensanchamiento tipo II (tercio medio) en la derecha, ensanchamiento tipo III (tercio inferior) en la izquierda y pliegue clitoriano triple. Esta paciente también tenía una horquilla posterior conectada, lo cual es importante notar para las técnicas de cuña.

Complejo clitoriano-labial

No sorprendentemente, el complejo clítoris-labios también es sujeto de variaciones en el tamaño y la anatomía. En los textos anatómicos tradicionales, el cuerpo del clítoris y el capuchón son pequeños, pero pueden observarse hiperplásicos e inclusive desproporcionados con respecto a los labios. Por lo general, el frenillo bilateral se irradia desde un capuchón clitoriano pequeño y se inserta en el aspecto posterior de los labios menores (Fig. 1-17).

En otras pacientes, los autores han notado que el capuchón clitoriano en sí representa casi un vestigio y puede haber presente una disposición *lateral* de doble pliegue en el clítoris. En tales situaciones, la piel lateral del clítoris creará una disposición de doble pliegue más significativa y se fundirá en forma variable con los labios menores. Esto usualmente produce un patrón de labio-dominante o de clítoris-dominante (Fig. 1-18). En la Figura 1-19 se muestran las variaciones de este tópico, las cuales deben ser observadas cuidadosamente porque pueden influir en la selección de la técnica quirúrgica.



Fig. 1-17 Disposición tradicionalmente conocida, con un capuchón pequeño y el frenillo insertado en el aspecto posterior del labio menor.

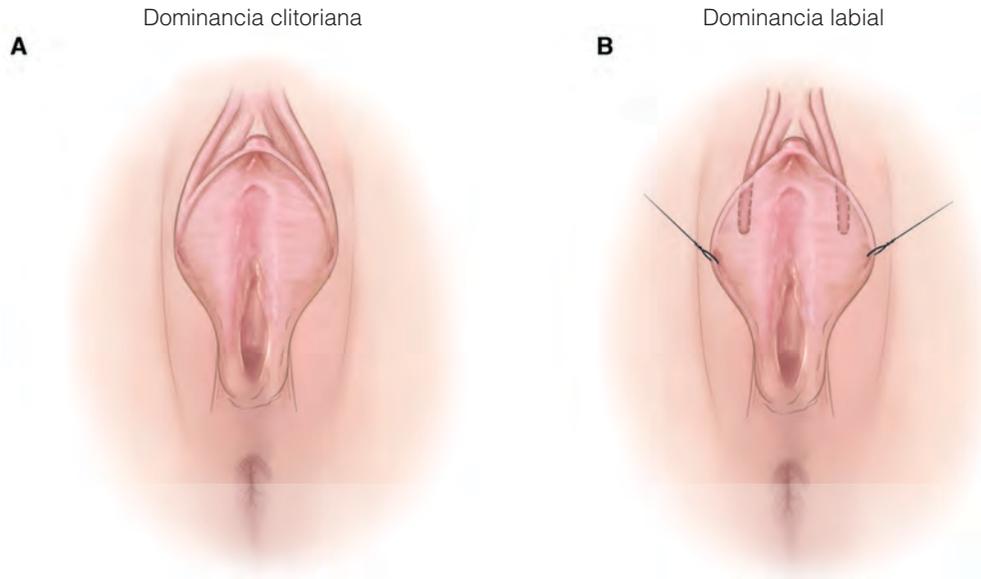


Fig. 1-18 Anatomía del doble pliegue clitoriano. Es decisivo resaltar y documentar dichas disposiciones anatómicas. **A**, Clítoris dominante. La apariencia es la que aparece en los textos anatómicos tradicionales. El frenillo del clítoris se fusiona con el labio menor para crear un pliegue doble. **B**, Dominancia labial con pliegue doble que es el clítoris-capuchón dominante. Los labios menores tienen un origen vestigial.

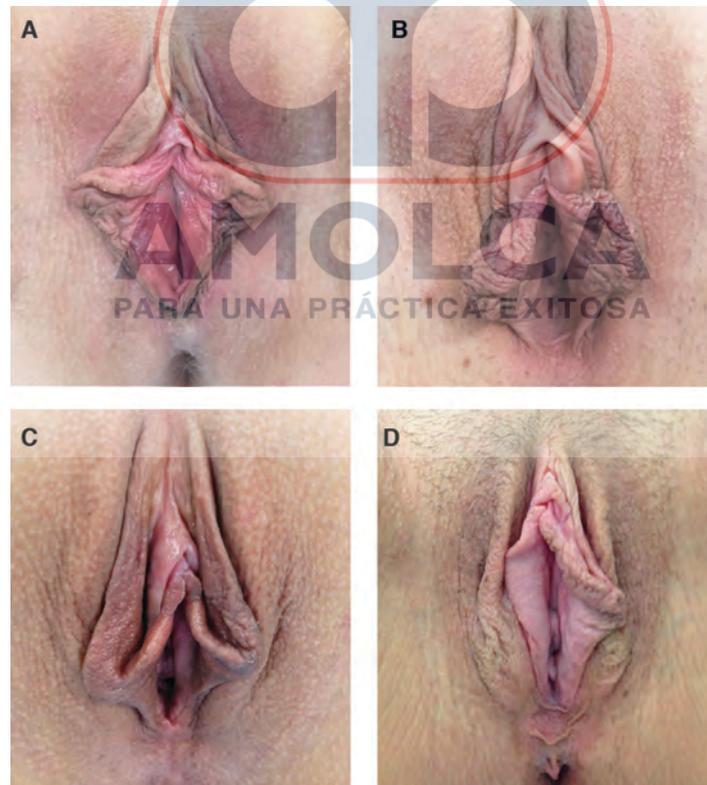


Fig. 1-19 **A**, Ensanchamiento tipo I (tercio superior) con disposición de doble pliegue lateral (dominancia del clítoris). El capuchón clitoriano es casi vestigial. **B**, Ensanchamiento tipo II (tercio medio), doble-pliegue clitoriano lateral con dominancia labial. **C**, Ensanchamiento tipo II (tercio medio). Esta es una disposición muy rara, con un doble-pliegue y dominancia labial y clitoriana por igual. **D**, Asimetría tipo II, izquierda; asimetría tipo I, derecha (izquierda mayor que la derecha). Pliegue doble con dominancia labial.

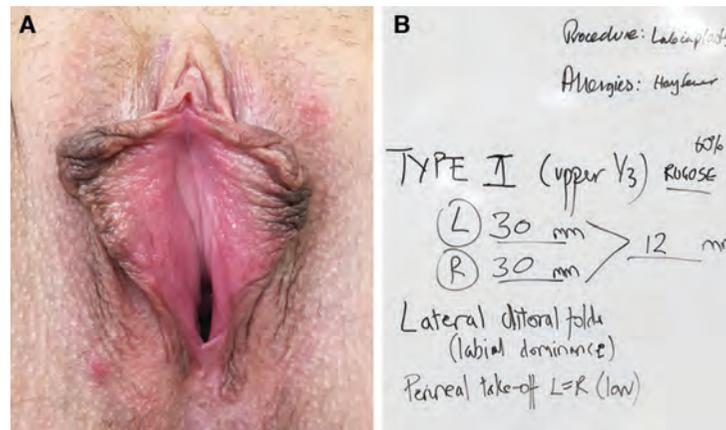


Fig. 1-20 A, Hallazgos anatómicos intraoperatorios. **B**, Los hallazgos son anotados en la sala operatoria por el cirujano.

Documentación de la anatomía

Como parte de la práctica normal de los autores, se anotan los hallazgos clínicos intraoperatoriamente y se documentan en la mesa quirúrgica y en las notas operatorias. Tal como se muestra en la Figura 1-20, se ha confirmado la morfología labial (tipo I), junto con la presencia de un pliegue clitoriano lateral, el despegue perineal y la naturaleza rugosa de los tejidos. Se anotaron las dimensiones de los labios menores (según Motakef) en milímetros. Antes de la operación, la paciente y el cirujano estuvieron de acuerdo en un porcentaje de reducción del 60%, y esto fue medido y marcado de manera acorde.

AMOLCA
PARA UNA PRÁCTICA EXITOSA

Ideales estéticos

El concepto de los *ideales estéticos* ha ganado un creciente empuje recientemente con referencias específicas a la forma ideal de la mama.¹² Se han realizado paralelismos en otras áreas de la cirugía cosmética. En la actualidad no hay un ideal estético establecido en relación con la apariencia de los labios menores, aunque en la primera descripción de la técnica de labioplastia estética, Hodgkinson y Hait,¹ en su documento seminal, sugirieron que los labios menores que protruyen más allá de los labios mayores son, quizás, tanto estética como funcionalmente insatisfactorios.

En apoyo a esta idea, Hamori^{13,14} y otros han argumentado de manera coherente que las tendencias sociales han influido en nuestros conceptos e ideales estéticos. La ubicuidad del rasurado brasileño, de las modelos apenas vestidas con ropa transparente y la anonimidad de la pornografía mostrada en Internet, pueden contribuir con un nuevo estándar de belleza vulvar. Además de los labios menores, se han escrutado los labios mayores a favor de un perfil más liso y lleno.

Por otra parte, Placik y Arkins⁴⁵ examinaron las fotografías de la portada de la revista Playboy y sugirieron que hay un cambio sutil y una tendencia hacia la visibilidad y prominencia de los genitales femeninos, como punto focal de las fotografías populares de desnudos, en lugar de serlo las mamas.

Aunque un creciente número de pacientes desean estos ideales y características en evolución, los mismos no constituyen las metas anheladas de manera universal. Es esencial garantizar que las pacientes tengan expectativas reales; no se puede prometer que se lograrán estas apariencias en cada paciente, debido a la enorme variación de las presentaciones anatómicas, tal como se observa en este capítulo. De todos modos, en el camino hacia el ajuste del tratamiento a las pacientes está surgiendo el concepto de la *armonía genital* (o proporción) como un objetivo más deseable, dentro del contexto de la anatomía individual. Este término tal vez implica un abordaje más comedido, que involucra discusiones acerca del balance y la armonía (como en la arena de la estética facial), en lugar de tratar de lograr una estética ideal.

Conclusión

Los cirujanos que practican la cirugía estética genital deben comprender que el complejo vulvar tiene amplias variaciones anatómicas. Estas han sido reconocidas e incorporadas en los nuevos sistemas de clasificación. El tamaño y la forma de los genitales deben considerarse muy cuidadosamente cuando se elige la técnica quirúrgica apropiada; los autores recomiendan procedimientos que, de esa manera, se individualizan de acuerdo con la anatomía.

El concepto de los ideales estéticos se encuentra en evolución; no obstante, los resultados quirúrgicos deben dirigirse a una armonía genital dentro del contexto de la anatomía de la paciente. Por último, y quizás lo más importante, los autores proponen que se les debe requerir un abordaje objetivo, con una cuidadosa documentación y medición de los genitales externos, a los cirujanos que practican la cirugía genital cosmética femenina.

Referencias

1. Hodgkinson DJ, Hait G. Aesthetic vaginal labioplasty. *Plast Reconstr Surg* 74:414, 1984.
2. Motakef S, Rodriguez-Feliz J, Chung MT, et al. Vaginal labioplasty: current practices and a simplified classification system for labial protrusion. *Plast Reconstr Surg* 135:774, 2015.
3. Banwell PE. Classification and anatomical variations of the female genitalia: implications for labioplasty surgery. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg* (submitted for publication).
4. Standring S, ed. *Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice*, ed 41. Philadelphia: Elsevier, 2016.
5. Banwell PE. Labioplasty: anatomy, techniques and new classification. *Clinical Cosmetic & Reconstructive Expo, Olympia, London, Oct 2013*.
6. Georgiou CA, Benatar M, Dumas P, et al. A cadaveric study of the arterial blood supply of the labia minora. *Plast Reconstr Surg* 136:167, 2015.

7. Lloyd J, Crouch NS, Minto CL, et al. Female genital appearance: “normality” unfolds. BJOG
8. Franco T, Franco D. Hipertrofia de ninfas. J Bras Ginecol 103:163, 1993.
9. Dobbela JM, Landuyt KV, Monstrey SJ. Aesthetic surgery of the female genitalia. Semin Plast Surg 25:130, 2011.
10. Chang P, Salisbury MA, Narsete T, et al. Vaginal labiaplasty: defense of the simple “clip and snip” and a new classification system. Aesthetic Plast Surg 37:887, 2013.
11. Banwell PE. Latest advances in labiaplasty: ideas and ideals. Keynote address. Cosmetex, Melbourne, Australia, Apr 2013.
12. Mallucci P, Branford OA. Population analysis of the perfect breast: a morphometric analysis. Plast Reconstr Surg 134:436, 2014.
13. Hamori CA. Aesthetic surgery of the female genitalia: labiaplasty and beyond. Plast Reconstr Surg 134:661, 2014.
14. Hamori CA. Discussion: Vaginal labiaplasty: current practices and a simplified classification system for labial protrusion. Plast Reconstr Surg 135:789, 2015.
15. Placik OJ, Arkins JP. Plastic surgery trends parallel Playboy magazine: the pudenda preoccupation. Aesthet Surg J 34:1083, 2014.

