

Ninfoplastia o Labioplastia: Técnica quirúrgica y tratamiento de sus complicaciones

Nymphoplasty or Labioplasty: Surgical Technique and Treatment of its Complications

Soria, José Héctor^{1,2}; Sosa, Eduardo Javier²; Milani, Carlos Martín²; Losardo, Ricardo Jorge¹.

¹Facultad de Medicina, Universidad del Salvador (USAL), Buenos Aires, Argentina; ²Práctica privada..

Correspondencia: Dr. José H. Soria soriajose29@gmail.com

ABSTRACT

The surgical technique called nymphoplasty or labioplasty is described. It is the reduction in the size of the hypertrophic labia minora of the vulva, furthermore, required for aesthetic reasons. A review is made of their surgical techniques and the detail that we carry out in the resection, in order to respect the clitoral area. The complications presented and how to resolve them are also pointed out.

Keywords: Labioplasty; Nymphoplasty; Plastic surgery; Female external genitalia; Vulva.

INTRODUCCIÓN

La consulta médica por la disminución de los labios menores de la vulva y su intervención quirúrgica denominada ninfoplastia o labioplastia, ha tenido en los últimos años un constante crecimiento.

Las exigencias socioculturales actuales llevan a la necesidad de mejorar la apariencia física que se ha instalado como una “moda” y los genitales externos femeninos no están ajenos a ello. En este caso, además se procura mejorar la satisfacción sexual.

Con este propósito se realiza una reseña de sus técnicas quirúrgicas, la variante que nosotros empleamos y una descripción de sus posibles complicaciones y su tratamiento.

Terminología

El término “ninfoplastia” resulta de la convergencia de “ninfa” y “plastia”.

“Ninfa” deriva del griego *numphe* y del latín *nympha* que hace alusión a las divinidades de las aguas, bosques y selvas llamadas Driades, Nereida y Náyade y hacen referencia a los labios menores femeninos.

En tanto, el término “plastia” del griego *plastikós* y del latín *plasticus* que significan plasmar,

modelar, reparar. Se emplea para referirse al modelado de los labios menores de la vulva⁽¹⁾.

Trascendencia cultural y religiosa

A lo largo de la historia de la humanidad se ha prestado mucha atención a los genitales externos de ambos sexos, por lo que simbolizan en varios aspectos de la vida social. Esa consideración ha sido expresada a través del arte en muchas de sus disciplinas (pinturas, esculturas, escritos, etc.).

Los usos y costumbres con fines religiosos se manifiestan en una práctica milenaria sobre los genitales externos de ambos sexos, conocida como circuncisión.

Con respecto a la circuncisión femenina, en el Génesis se relata que Sara, esposa de Abraham, desairada expulsa a la esclava egipcia Agar y a su hijo, Ismael, fruto de la unión entre Abraham y su concubina Agar. Por este acto de celos, Dios castiga a Sara ordenándole que se realice ella misma una circuncisión⁽²⁾.

Esta costumbre no ha perdido vigencia en la actualidad y se observa en países de una profunda impronta de índole religioso, donde se la denomina *Khafid* (reducción) o *Tahara* (purificación). Según Assad está categorizada en grados, según la magnitud de la extirpación⁽³⁾.

En la circuncisión de **primer grado**, se resecan los labios menores, así como el glande y el prepucio del clítoris. En la de **segundo grado**, los labios menores y parte del cuerpo del clítoris. En la de **tercer grado**, los labios menores y todo el clítoris. En la de **cuarto grado**, se extirpa por completo toda la vulva, labios mayores, labios menores y clítoris. Las circuncisiones de primer y segundo grado se denominan “tradicionales o *Sunna*”; mientras que las de tercer y cuarto grado son conocidas como “circuncisiones faraónicas”^(3,4).

Reseña anátomo-funcional

La vulva está ubicada en el triángulo urogenital del periné femenino, siendo el órgano más sobresaliente de dicho triángulo. Está compuesta por el monte del pubis, los labios mayores, los labios menores, el clítoris, el meato urinario (ostium uretral externo), el orificio vaginal, vestíbulo con sus glándulas vestibulares menores y mayores, además del himen (en las vírgenes). Sus tejidos están ricamente inervados, principalmente por ramos del nervio *pudendo* y muy vascularizados, por ramas de la arteria *pudenda interna*, irrigando a los órganos eréctiles y proporcionando una gran sensibilidad. Participan además para dirigir el chorro miccional y para evitar la ascensión retrógrada de material extraño al tracto genital.

Los labios de la vulva son repliegues dérmicos ubicados alrededor del vestíbulo vaginal que contiene el ostium u orificio vaginal.

Los **labios mayores** son generalmente voluminosos y carnosos, rellenos de tejido graso y por su cara externa están cubiertos de vello púbico. Desde el monte del pubis, se dirigen hacia atrás y se van afinando hasta unirse en el rafe medio, formando la comisura y horquilla posterior. Tienen 8 cm de largo y 2,5 cm de ancho como dimensión media, están cubiertos de glándulas sebáceas y sudoríparas. Su cara interna carece de folículos pilosos. Son formaciones análogas al escroto, encontrándose vestigios musculares equivalente al *dartos* masculino.

Los **labios menores** están compuestos por tejido conectivo denso y eréctil, revestidos por epitelio pavimentoso queratinizado, con escaso o nulo tejido adiposo. El epitelio no contiene folículos pilosos ni glándulas sudoríparas, pero

sí abundantes glándulas sebáceas. Miden alrededor de 5 cm de largo y de 0,75 cm de ancho. Se extienden desde la comisura anterior, confundiendo con la piel que cubre el clítoris (prepucio del clítoris), y se dirigen hacia atrás y afuera rodeando el ostium u orificio vaginal, hasta unirse en la línea media dando forma a la comisura posterior (Figuras 1 y 2).

Figura 1: Se muestra la disposición y las relaciones de los labios menores en la vulva⁽⁶⁾.



Figura 2: Fotografía de la vulva perteneciente a mujer adulta joven múltipara, coincidente con lo expuesto en el dibujo de la figura 1.



Los labios menores en la mayoría de las mujeres adultas se encuentran cubiertos por los labios mayores. Los labios menores son los equivalentes femeninos de la uretra y la piel ventral del pene^(4,5).

La anatomía de los labios menores depende de la edad, de los partos o de la presencia de

obesidad, entre otras. Su tamaño y prominencia varían mucho entre las mujeres. En algunas de ellas, los labios menores son de mayor tamaño que los labios mayores a los que sobrepasa, adoptando diferentes disposiciones.

Los labios vulvares pueden ser cortos o largos, arrugados o lisos. A menudo, un labio de un lado es más largo que el del otro lado. También varían en el color: desde el rosa hasta un negro amarronado. Su color cambia durante el embarazo y a medida que se envejece.

Ambos pares de labios tienen una gran sensibilidad y aumentan durante la excitación sexual, proveyendo calor y lubricación, necesarios para favorecer el coito, siendo los labios mayores los más activos.

Cuando los labios menores están hipertrofiados, adoptan variadas formas y tamaños (Figuras 3, 4, 5, 6 y 7) ^(5,6).

Figuras 3, 4, 5, 6 y 7: Distintas vistas de variadas formas y tamaños de labios menores y su relación con los labios mayores, en mujeres adultas. Se observan los labios menores sobresalientes.

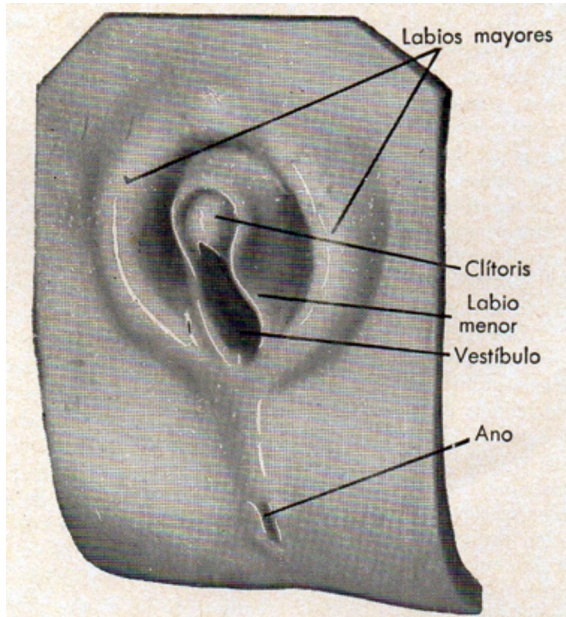


Reseña embriológica

En el embrión de 5° a 7° semanas los genitales externos son indiferentes. Atraviesan por un período bisexual antes que aparezca la diferenciación. A partir de la 8° semana (embrión 50 mm), la evolución de los genitales externos varía en ambos sexos (Figura 8).

En este proceso de diferenciación, intervienen: a) el tubérculo genital o falo, b) el surco uretral y los dos pliegues o eminencias uretrales

Figura 8: Genitales externos femeninos en el embrión del segundo mes ⁽⁷⁾.



y c) las eminencias genitales o escroto-labiales, a cada lado del fallo.

El surco uretral permanece abierto y se transforma en vulva. Los pliegues uretrales no se fusionan, como lo hacen en el hombre, y forman los labios menores. Las eminencias genitales se alargan, flanquean al clítoris y constituyen los labios mayores. El tubérculo genital crece, mucho menos en el hombre, para formar un fallo que evoluciona al clítoris. En un feto de 3 meses, los genitales externos son de carácter netamente femeninos.

Remarcamos que, en la diferenciación sexual somática o morfológica, los pliegues uretrales formarán los labios menores y las eminencias genitales darán origen a los labios mayores ^(5,7).

Clínica

Durante la consulta, las pacientes que solicitan la reducción de los labios menores hipertrofiados, refieren una serie de síntomas y signos. Entre ellos manifiestan irritación crónica, especialmente cuando se usa ropa ajustada, por andar en bicicleta o montar a caballo.

Además, se sienten imposibilitadas para usar determinado tipo de atuendo y perciben que los labios menores hipertrofiados se intro-

ducen en el canal vaginal durante el coito. Esto puede generar un problema psicológico. El diagnóstico de este cuadro clínico-quirúrgico se hace con la anamnesis y el examen físico.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde enero de 2015 a diciembre de 2022 fueron intervenidas 36 pacientes de entre 22 y 58 años de edad, a las que se les redujo el tamaño de sus labios menores.

Tratamiento quirúrgico

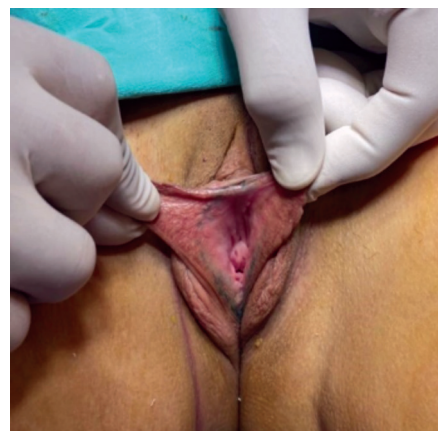
Anestesia:

En 24 casos que fue realizada como práctica única, se empleó anestesia local. En 12 casos, la reducción de los labios menores hipertrofiados estuvo asociada a otras intervenciones y se utilizó anestesia general.

Técnica quirúrgica:

Se coloca a la paciente en decúbito dorsal y en posición ginecológica. Se realiza la antisepsia y la colocación de los campos estériles según técnica. Se repite la marcación con tinta indeleble, sobre ambas caras de los labios menores, poniendo de manifiesto el excedente de los mismos, que determinará la magnitud de tejidos a resear, que es coincidente con la porción que sobrepasa los límites de los labios mayores. Durante la marcación previa, nosotros cuidamos de no invadir la zona cercana al clítoris (Figuras 9, 10 y 11).

Figuras 9, 10 y 11: Vista preoperatoria y marcación previa de la porción excedente de los labios menores colgantes.





Recomendamos infiltrar la zona a intervenir con una solución de lidocaína con el agregado de adrenalina, ello nos brinda analgesia y disminuye el sangrado. Si se emplea anestesia general, la infiltración mencionada tiene la ventaja que nos aporta mayor confort por la analgesia en el post operatorio inmediato, además del mencionado beneficio hemostático.

Luego de esperar unos minutos para que actúe la adrenalina, se incide la piel de los labios menores con bisturí hoja n° 15 (siguiendo la marcación previa), en ambas caras del labio. A continuación, se completa la resección, utilizando el electrobisturí, empezando desde ventral hacia dorsal (Figuras 12, 13, 14 y 15).

Figuras 12, 13, 14 y 15: Resección de los tejidos excedentes de los labios menores patológicos.



Terminada la resección se esperan unos minutos y se repasa el lecho quirúrgico con el fin de lograr una minuciosa hemostasia.

Luego de repetir la maniobra en el otro lado, se realiza la síntesis en un plano de sutura intradérmica, con material reabsorbible, utilizando de preferencia Monocryl® 3/0 (Figura 16).

Figura 16: Sutura intradérmica con material reabsorbible.



Como curativo, dejamos un apósito estéril en el periné. Las intervenciones demandaron entre 90 y 120 minutos de duración. Las operaciones únicas donde se empleó anestesia local fueron ambulatorias.

Debemos señalar que, con nuestra técnica, las incisiones las mantenemos alejadas del clítoris. Este pequeño detalle permite salvaguardar su integridad anátomo-funcional y evitar posibles secuelas no deseables, brindando mayor seguridad al procedimiento.

Complicaciones

En nuestros casos hemos tenido dos tipos de complicaciones: hematomas y dehiscencias de heridas. No tuvimos infección, pero hemos observado flujo vaginal, en dos casos (Figuras 17 y 18).

Figura 17: Presentación de un hematoma en el postoperatorio inmediato.



Figura 18: Dehiscencia de las heridas secundarias a los hematomas. Se observa una herida abierta y profunda en la piel, con bordes desorganizados y exposición de tejido rojo subyacente, resultado de la ruptura de una herida secundaria a un hematoma.



Ambas complicaciones sucedieron en las mismas pacientes. Las dehiscencias de las heridas fueron secundarias a los hematomas. La etiología del sangrado tuvo un origen traumático similar. El desprendimiento de la costra hemostática en el postoperatorio inmediato, causada por tos importante en la primera paciente y después de un esfuerzo desmedido en la segunda.

Resultados

Anestesia general el 33% (n=12 casos) y local infiltrativa el 66% (n=24 casos).

Operación única 66% (n=24 casos) y asociada 33% (n=12 casos).

Ambulatoria 66% (n=24 casos) y con internación 33% (n=12 casos).

Duración de la cirugía: entre 90 y 120 minutos.

Hematoma: 5% (n=2 casos).

Dehiscencia de heridas 5% (n=2 casos).

Flujo vaginal 5% (n=2 casos).

DISCUSIÓN

El concepto de salud fue ampliando sus horizontes y cambiando su actitud. Con un fin superior, la OMS involucró aspectos físicos, psíquicos y sociales. La pretensión es lograr una mayor calidad de vida y un mayor bienestar que se traduzcan en una vida digna con "salud plena". Esto también incluye a las pacientes con problemas en los genitales externos femeninos⁽⁸⁾.

En la actualidad existe una constante demanda en la solicitud de la resección parcial de los labios menores hipertrofiados. A los síntomas y signos que tiene este cuadro clínico se agrega, además una necesidad psicológica (menoscabo de su imagen corporal) y la convierte en una cirugía con fines también estéticos.

El uso de internet permite hacer comparaciones entre las pacientes que poseen este cuadro clínico. De esta manera, se hace "popular" la hipertrofia de los labios menores, cuando éstos sobresalen sobre los labios mayores. Está la conjetura que el crecimiento de los labios menores es causado por determinadas costumbres o prácticas sexuales, como abiertamente lo expresan Choi & Kim⁽⁴⁾.

La técnica que realizamos está basada en que los tejidos excedentes de los labios menores, que es en definitiva lo que debemos reseca, se manifiesta en el sentido longitudinal, a lo largo de casi la totalidad de la dimensión mayor de su expresión anatómica.

La simpleza de nuestra técnica nos aleja de la propuesta de otros autores, como Hechavarría Jimenez & Rojas Bruzon⁽⁹⁾; y Alter⁽¹⁰⁾, los que aportan interesantes detalles, pero que no se ajustan a nuestras necesidades. Lo mismo podemos decir de Gres⁽¹¹⁾ y de Choi & Kim⁽⁴⁾, quienes proveen maniobras quirúrgicas que podrían ser útiles en casos más complejos, que involucren al clítoris, como así lo adelanta Laub⁽¹²⁾.

La técnica propuesta por Choi & Kim puede provocar retracciones fibrosas de origen cicatricial en el área cercana al clítoris. Creemos que esta zona debe ser preservada de incisiones y disecciones con el fin de no alterar su integridad anatómica y funcional. La técnica propuesta por Choi & Kim, debe ser utilizada en casos muy indicados.

Las mismas reservas las tenemos con el procedimiento propuesto por Gres, por considerarlo que posee similares riesgos que la técnica de Choi & Kim, debido a que realiza las incisiones muy cercanas al clítoris. Ello obedece a que las correcciones pretendidas comprometen al mismo, cuando existe protrusión del clítoris⁽¹¹⁾.

Las incisiones que proponemos con nuestra técnica, las mantenemos alejadas del clítoris para salvaguardar su anatomía y funcionalidad.

Las complicaciones postquirúrgicas inmediatas más frecuentes son: la hemorragia y la infección. Ese sangrado está favorecido por el profuso aporte vascular de la vulva, pero a la vez esa valiosa vascularización actúa como una barrera a la infección.

Consideramos que esta característica anatómica nos obliga a estar alertas y extremar los cuidados para prevenir el sangrado postoperatorio. En nuestra población la causa estuvo determinada por hechos "externos" a esa profusa vascularización: en el primer caso, debido a unos persistentes; y en el segundo caso, por un movimiento brusco e inadecuado al levantarse de la cama.

El tratamiento de la hemorragia debe ser iniciado de inmediato, por lo que resulta de importancia la colaboración de la paciente. La búsqueda del vaso que origina el hematoma, como la evacuación de este último, debe ser realizado en condiciones de asepsia. La incidencia de sangrado del 5% de nuestros casos es similar a los expresados por Gres y por Choi, quienes informan un 6% (4, 11).

Coincidimos con estos autores en la necesidad de realizar una nueva sutura para la síntesis de la dehiscencia de las heridas.

Con respecto a la coexistencia de flujo vaginal, creemos que es un hallazgo producido por la acción indeseable de los antibióticos de amplio espectro, indicados preventivamente en el post-operatorio.

Los resultados anátomo-funcionales y estéticos logrados con nuestra técnica son satisfactorios, tanto para los cirujanos como para las pacientes, como se observa en las fotos comparativas entre el preoperatorio y un postoperatorio alejado de entre 6 y 12 meses (Figuras 19 20, 21 y 22).

Los resultados favorables obtenidos fueron incluso en los casos que cursaron con complicaciones.



Figura 19: Preoperatorio caso A.

Figura 20: Postoperatorio caso A.

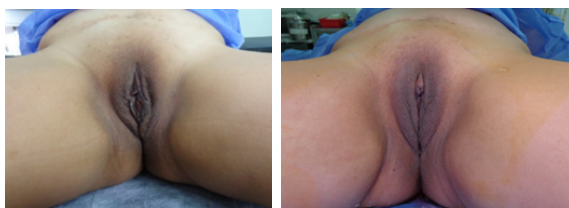


Figura 21: Preoperatorio caso B.

Figura 22: Postoperatorio caso B.

CONCLUSIONES

La ninfoplastia o la labioplastia es la intervención quirúrgica que reduce el tamaño de los labios menores hipertrofiados, cuando estos sobrepasan los límites de los labios mayores.

La técnica propuesta por nosotros, conservadora, con incisiones y disecciones que respetan el área clitoriana, no demanda mayor complejidad que las otras técnicas descritas. Las complicaciones posoperatorias que pueden ocurrir deben resolverse de inmediato con el apoyo de la paciente.

Declaraciones

Los autores declaran no tener conflictos de interés de ninguna clase y no declaran medios de financiación del trabajo realizado. El trabajo ha sido aprobado por el comité de ética responsable en el lugar de trabajo. El artículo fue remitido con el consentimiento de todos los autores para su evaluación y publicación.

Declarations

The authors declare that they have no conflicts of interest and do not declare means of financing of the work carried out. The work has been approved by the ethics committee responsible in the workplace. The article was sent with the consent of all authors for their evaluation and publication.

Referencias

1. Soria, JH; Losardo RJ & Rosales y de Gante, S: Trascendencia de la cirugía plástica y la rinoplastia en la historia y la filosofía de la medicina. *Rev. Asoc. Med. Argent.* 2015, 128 (2):19-26.
2. Soria JH & Losardo RJ: La amputación nasal como motivación de la rinoplastia. *ALMA Cultura y Medicina.* 2022, 8 (2): 213-224.
3. Hodgkinson DJ & Hait G: Aesthetic vaginal labioplasty. *Plast. Reconstr. Surg.* 1984, 74(3):414-416.
4. Choi HY & Kim KT: A new method for aesthetic reduction of labia minora (the deepithelialized reduction labioplasty). *Plast. Reconstr. Surg.* 2000,105(1):419-422.
5. Copeland LJ: Ginecología. 1994. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. Págs. 42-49.
6. Rouvière H & Delmas, A: Anatomía Humana. Descriptiva, topográfica y funcional. Tomo II. 9º edición. 1987, Masson S. A. Barcelona. Pág. 633.
7. Narbaitz R: Embriología. 3º edición, 1973. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. Págs. 102-108.
8. Hurtado Hoyo E, Losardo RJ & Bianchi RI: Salud plena e integral: un concepto más amplio de salud. *Revista de la Asociación Médica Argentina,* 2021; 134 (1): 18-25.
9. Hechavarría Jiménez Y & Rojas Bruzón R: Labioplastia de labios menores con la técnica de Trim. *Correo Científico Médico.* 2017, 21(4):125-130.
10. Alter GJ: A new technique for aesthetic labia minora reduction. *Ann. Plast. Surg.* 1998, 40 (3): 287.
11. Gres S: Composite reduction labioplasty. *Aesth Plast Surg.* 2013, 37: 674-683.
12. Laub D: A new method for aesthetic reduction of labia minora (Discussion). *Plast. Reconstr. Surg.* 2000, 105 (1): 423-424.

RESUMEN

Se describe la técnica quirúrgica denominada ninfoplastia o labioplastia. Es la reducción del tamaño de los labios menores de la vulva hipertróficos, requerida además por razones estéticas. Se realiza una reseña de sus técnicas quirúrgicas y el detalle que nosotros realizamos en la resección, con el fin de respetar la zona clitoriana. Se señalan además las complicaciones presentadas y cómo resolverlas.

Palabras clave: Labioplastia, ninfoplastia, cirugía plástica, genitales externos femeninos, vulva.