

ORIGINAL

Hipertrofia de labios menores y/o asimetría: petición de resección, ¿casualidad o moda? Estudio de dos períodos, 1994-2007 y 2008-2010

J. López-Olmos

Unidad de Ginecología, Centro de Especialidades Monteolivete, Valencia, España

Recibido el 8 de julio de 2011; aceptado el 16 de septiembre de 2011

Disponible en Internet el 20 de enero de 2012

PALABRAS CLAVE

Hipertrofia;
Asimetría;
Labios menores;
Resección;
Moda

Resumen Presentamos 5 casos de hipertrofia y/o asimetría de labios menores en 14 años (1994-2007) (0,009%) y 6 casos en 3 años (2008-2010) (0,031%), que pidieron solución quirúrgica por sus molestias. Hay diferencias significativas ($p < 0,05$).

No hubo diferencias significativas ni en la edad, ni en la edad a la menarquia. Varios casos no llegaron a intervenirse por su propia decisión.

Pensamos que el aumento de petición de resección en los últimos años podría deberse a una moda.

© 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEY WORDS

Hypertrophy;
Asymmetry;
Labia minora;
Resection;
Fashion

Hypertrophy and/or asymmetry of the labia minora. Requests for resection: coincidence or fashion? A study of two periods, 1994-2007 and 2008-2010

Abstract We report the cases of five patients with hypertrophy and/or asymmetry of the labia minora presenting in a 14-year period (1994-2007) (0.009%), and 6 patients presenting in a 3-year period (2008-2010) (0.031%). All the patients sought surgical treatment due to discomfort. There were significant differences ($p < 0.05$).

There were no significant differences in age or age at menarche. Several patients decided not to undergo surgery. We believe that the increased demand for resection in the last few years could be due to fashion.

© 2011 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Los labios menores de la vulva son dos pliegues delgados de piel cornificada, desprovista de vello que todavía posee

glándulas sebáceas y ecrinas¹. En la parte superior se unen al clítoris en un pliegue cutáneo que sobresale por el grande para formar el prepucio del clítoris. En la parte inferior, se fusionan para formar un pliegue transversal detrás de la abertura vaginal, la comisura posterior.

Hay gran variación en el tamaño y la morfología de los labios menores. La hipertrofia y/o asimetría marcada de

Correo electrónico: jlopezo@segovia.es

los labios menores puede ocurrir sin ningún problema subyacente. No es una malformación congénita, como decía Capraro en su clasificación de anomalías congénitas de las adolescentes² en la vulva. Es una anomalía del desarrollo, una variante anatómica normal.

La etiología es desconocida. Pero se han señalado factores^{2,3}:

- Infecciones, por *Filaria sanguinis hominis*, que da linfedema de los labios por bloqueo del retorno linfático
- Componente genético
- Andrógenos en la infancia
- Relaciones sexuales frecuentes, tempranas, o masturbación frecuente, prostitución o excesivo coito
- Vejiga neurógena, inflamación crónica por la orina y los pañales, con dermatitis secundaria
- Enfermedad mielodisplásica
- Falta de limpieza
- Tras piercing
- Predisposición racial a hipertrofia de la piel
- Esfuerzos, manipulación manual o con pesos (hotentotes)

El tejido protuberante se extiende más allá de los labios mayores. Se considera cuando es mayor de 4-5 cm la distancia de la base del labio al borde superior. Las pacientes consultan por síntomas persistentes: funcionales, psicológicos y estéticos^{3,4}. La depilación puede hacer que aparezca diferente y más prominente.

Hay irritación, infecciones crónicas, dolor, problemas de higiene sobre todo durante la menstruación. Hay interferencia con la actividad sexual, y dispareunia. Hay molestias al hacer deporte: carrera, atletismo, al ir en bicicleta o montar a caballo, incluso en la natación o estando sentada. Y hay trastornos psicológicos, en la vida personal y social. Falta de autoestima y de confianza, pérdida de libido y depresión.

En la serie de Rouzier et al.⁵, de 163 casos en 9 años, los motivos para la intervención fueron: problema estético en 87%; desconfort con la ropa, 64%; desconfort con el ejercicio, 26%, y dispareunia superficial, 43%.

En principio, tranquiliza que no es anomalía, es variante anatómica normal. Más en adolescentes, que están inseguras con la propia imagen de su cuerpo y que aún pueden estar terminando su desarrollo. Habría que esperar mínimo hasta los 16-18 años, para evitar un 2.º procedimiento más adelante. Pero si hay síntomas persistentes y según la afectación, se decide la cirugía.

La cirugía es la resección del labio, puede ser completa, subtotal o de reducción⁶. Hay diferentes técnicas: la excisión del extremo, la resección en cuña inferior, la plastia en V, la técnica de la desepitelización de Choi y Kim⁷, la plastia en W de Maas y Hage⁸, la ninfectomía en cuña central con plastia en Z de 90° de Giraldo et al.⁹, etc.

Ellsworth et al.¹⁰, a partir de 12 casos, han hecho un algoritmo para elegir la técnica quirúrgica para optimizarla según la paciente. Hay que saber la idea que tiene la paciente, los motivos de la resección, y lo que espera conseguir para escoger la técnica. Los riesgos son: contractura de la herida, dolor crónico y dispareunia. Necrosis de la punta, fibrosis y distorsión labial. Otros problemas son: hematoma y dehiscencia de los puntos de la herida.

En este trabajo no vamos a hablar de técnica quirúrgica, sino de que hemos notado un aumento relativo de peticiones de resección a lo largo del tiempo. Y esta sorpresa puede corresponder a una casualidad o bien a una moda. Esto es lo que vamos a analizar.

Material y métodos

Hemos recogido todos los casos vistos por el autor de hipertrofia y/o asimetría de labios menores en su consulta de Ginecología en dos períodos de tiempo. En el 1.º desde 1994 a 2007, 14 años, en las consultas ambulatorias de Burjasot y Liria, dependientes del Hospital Arnau de Vilanova de Valencia. Sobre 51.793 consultas, se encontraron 5 casos (0,009%). En el 2.º desde 2008 a 2010, 3 años, en la consulta ambulatoria de Monteolivete de Valencia. Sobre 19.000 consultas, se encontraron 6 casos (0,031%).

Estudiamos la edad, edad a la menarquia, fórmula menstrual, paridad, antecedentes médico-quirúrgicos, la queja principal, la petición de resección y la operación.

Presentamos iconografía de diferentes casos.

Resultados

En la tabla 1, se presentan los casos clínicos del periodo 1994-2007. En 14 años, hubo 51.793 consultas y se encontraron 5 casos (0,009%). La edad media de las pacientes fue 18,6 años (entre 10 y 25 años). La edad media a la menarquia fue 13 años (entre 10 y 14 años). Todas eran nuligestas.

En el caso 1 (figs. 1 y 2), tenía asimetría a favor del labio menor derecho. No pidió resección. La figura 2 corresponde a revisión 3 años después. Los casos 2,3 y 5 sí pidieron resección por molestias. Dos de ellos (casos 2 y 5) se intervinieron. El caso 3, pendiente de intervención, se retiró de la lista de espera. El caso 4, en una niña de 10 años, decidió esperar.

En la tabla 2, se presentan los casos clínicos del periodo 2008-2010. En 3 años hubo 19.000 consultas. Se encontraron 6 casos (0,031%). La edad media de las pacientes fue 31,16 años (entre 13 y 46 años). No hubo diferencias significativas entre ambos grupos. La edad media a la menarquia fue 12,83 años (entre 12 y 14 años). No hubo diferencias significativas entre ambos grupos. Respecto a la paridad, el caso 1 tenía



Figura 1 CASO 1-A. Asimetría labio menor derecho.

Tabla 1 Casos clínicos periodo 1994-2007, n=5 (0,009%)

Caso n.º	Año	Edad	Edad menarquia	FM	Antecedentes	Queja	Petición resección	Operación	Figura
1	1997	15	14	7/2-3 meses	Oído, 6 operaciones	No Asimetría labio	No	No	1 y 2
2	2003	23	13	4/30	Amigdalectomía	Molestias	Sí	Sí	3
3	2003	25	14	4/27	Operada muelas Hirsutismo	Molestias	Sí	No Se retira lista	
4	2004	10	10	7/30	Amigdalectomía Operada muñeca	No	no	No	4
5	2006	20	14	4/30	Retraso mental	Molestias	Sí	Sí	
Rango					10-25				10-14
Media					18,6				13
Desvío					3,05				0,69

FM: fórmula menstrual.



Figura 2 CASO 1-A. La misma paciente 3 años después.

2 abortos; el caso 4 tenía 2 hijos y el caso 6 tenía un aborto. Las demás eran nuligestas.

El caso 1 tenía una carúncula himeneal. Los casos 3 y 5 (niña de 13 años) tenían asimetría. En este grupo, todas pidieron resección, pero solo se la realizaron 4 casos (uno de ellos, caso 2, extraclínica). Los otros dos, casos 3 y 5, no



Figura 4 CASO 4-A.
Niña de 10 años.



Figura 3 CASO 2-A.

se la realizaron. El caso 5, en una niña de 13 años, decidió esperar.

En las [figuras 1 a 4](#), presentamos los casos 1, 2 y 4 de la serie A.

En las [figuras 5 a 8](#), presentamos los casos 2, 4, 5 y 6 de la serie B.

Discusión

Hay descritos casos de hipertrofia de labios menores y asimetría.

Bernal Bastidas¹¹ tiene un caso de una niña de 13 años como nosotros (caso 5 B).

Sakamoto et al.¹² tienen un caso de una mujer de 19 años, con hipertrofia extrema, que comenzó a los 12 años. Más que el tamaño lo que importa es el grado de confort.

Honore y O'Hara¹³ tienen 2 casos, uno de 19 años, sin relaciones sexuales, y otro de 26 años, G5P3A2. En la anatoma patológica de la pieza había: hiperplasia, acantosis, queratosis, hiperpigmentación epitelial, grados variables de neoangiogénesis y fibrosis de la dermis superior.

Tabla 2 Casos clínicos periodo 2008-2010, n=6 (0,031%)

Caso, n. ^o	Año	Edad	Edad menarquia	FM	Paridad	Antecedentes	Queja	Petición resección	Operación	Figura
1	2008	28	13	4/30	G2P0A2	Condilomas vulva VPH, AR + VPH, BR +	Molestias Carúncula himeneal	Sí	Sí	
2	2009	34	12	6/30	no	Apendicectomía Perforación Peritonitis	Molestias	Sí	Sí (extraclínica)	5
3	2009	36	13	5/30-35	no	Depresión Hiperprolactinemia	Molestias Asimetría	Sí	No	
4	2010	46	12	6/26-28	G2P2	I. quiste mejilla Pólipo endometrial	Molestias	Sí	Sí	6
5	2010	13	13	Amenorrea	no	Déficit de atención	Molestias	Sí	No	7
6	2010	30	14	5/30	G1P0A1	No	Molestias	Sí	Sí	8
Rango						13-46				12-14
Media						31.16 m				31.16
Desvío						98.9				0.84

A: abortos; AR: alto riesgo; BR: bajo riesgo; FM: fórmula menstrual; G: gestaciones; P: partos; VPH: virus del papiloma humano.

Heller y Kuye¹⁴ tienen un caso de 54 años, con hipertrofia recurrente del labio menor, 2 veces. Postulan lesión hormonal como pólipo fibroepitelial del estroma. Era una mujer obesa, posmenopáusica. Sería por la estimulación estrogénica.

Pardo et al.¹⁵, en 2003-2004, tienen 55 casos de 10 a 55 años, a los que tratan con labioplastia con láser. Hay alto grado de satisfacción con el láser y cuando se combina con otras intervenciones, no aumentan las complicaciones. Con láser no hay pérdida de sangre. Las complicaciones fueron 3 casos (5,4%), con mínima dehiscencia. La media de intervención es 35 minutos.

En general, el ginecólogo tiene poca experiencia porque ha visto pocos casos. La cirugía plástica es infrecuente en los genitales externos¹⁶. Normalmente las mujeres no observan los genitales de otras mujeres y muchas están preocupadas

en silencio por su anormalidad. Si consultan, basta asegurarles la normalidad, pero si hay dificultades, hay obligación de actuar. Chavis et al. tienen un caso en una mujer de 30 años, con disminución de libido y depresión. Hay que hablar de variación normal, pero si hay dismorfofobia, debe remitirse al psiquiatra. Con molestias en higiene y dispareunia, dar lubricantes e indicar resección.

Si la mujer ve sus labios aumentados o no iguales, se siente deformada, y puede tener pérdida de autoestima, de confianza, y es inaceptable estéticamente porque tiene consecuencias sexuales.

Han aumentado las demandas de resección¹⁷ en mujeres < 25 años, sin hijos, por molestias estéticas y físicas funcionales, con el coito, con el deporte o con vestidos ajustados, lo que les produce complejo. Y en mujeres mayores, con hijos, que han aguantado años, y ahora quieren una



Figura 5 CASO 2-B.

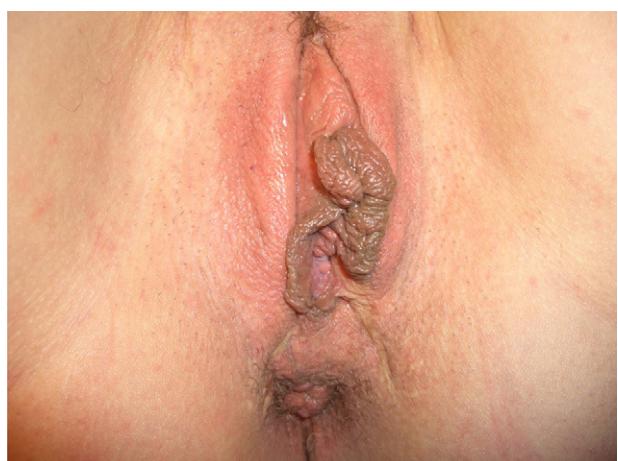


Figura 6 CASO 4-B.



Figura 7 CASO 5-B. Niña de 13 años. Asimetría labio menor derecho.

vulva juvenil como de actrices X; la depilación acentúa más la anormalidad.

El aumento de peticiones es por aumento de exposición de genitales en revistas, en Internet, en televisión, y por la presión social de mujer ideal, lo que afecta a chicas adolescentes, que quieren parecerse a famosas. La edad de actividad sexual también es menor, y miran la apariencia de los genitales externos. Quieren cumplir criterios de aceptación. Lynch et al.¹⁸ tienen 2 casos en adolescentes de 10 años y 12 años (esta con espina bifida y vejiga neurógena con infecciones urinarias de repetición).

En la cirugía, es importante: «ella ha de saber lo que quiere», antes de la resección^{8,19}, consultar el tamaño de la reducción, ya que ella podría pedir la máxima²⁰. No hay que dar puntos muy juntos o apretados para evitar la necrosis. Hay que respetar los planos dermo-dérmicos. Hay que tener cuidados locales una semana, y no tener relaciones sexuales ni baños en 15 días-un mes. Tomar analgésicos.

La técnica debe preservar el contorno natural y la textura y color del borde^{7,21}, y debe ser simple y segura con morbilidad mínima^{9,22}.



Figura 8 CASO 6-B.

Finalmente sobre nuestra serie, nos llama la atención la diferente cantidad de peticiones de resección en dos períodos distintos, uno de 14 años con 5 casos (0,009%), y otro de 3 años con 6 casos (0,031%), con diferencias significativas ($p < 0,05$). Es decir, actualmente las peticiones de resección son más frecuentes, lo que significa que en parte corresponden a una moda. La mujer, como hemos visto, se preocupa más por su cuerpo, hay menos inhibiciones, actividad sexual a más temprana edad, y quiere pertenecer a un modelo socializado, donde no se admite la discrepancia. Por ello, niñas de 13 años, como el caso 5 B, con una asimetría de labios e hipertrofia leve, son traídas a la consulta por su madre para una solución quirúrgica. Cirugía estética que está a la orden del día, y que pensamos en el futuro aún será más requerida.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Neill SM, Lewis FM. Fundamentos de la embriología, anatomía y fisiología vulvar, cap 1. en de Neill SM, Lewis FM. Ridley's La vulva. Diagnóstico y tratamiento de las patologías. 3^a ed. Amolca: Caracas; 2011. p. 12-4.
- Radman HM. Hypertrophy of the labia minora. Obstet Gynecol. 1976;48:78 S-80 S.
- Sanjuan Rodriguez S, Torres de Aguirre A, Enriquez Zarabozo E, Ayuso Velasco R, Santamaria Ossorio JI. Hipertrofia de labios menores en la pubertad. Cir Pediatr. 2009;22:109-11.
- Reddy J, Laufer MR. Hypertrophic labia minora. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2010;23:3-6.
- Rouzier R, Louis-Silvestre Ch, Paniel B-J, Haddad B. Hypertrophy of labia minora: experience with 163 reductions. Am J Obstet Gynecol, 2000, 182, 1 part 1, 35-40.
- Paniel B-J, Rouzier R. Procedimientos quirúrgicos en la enfermedad vulvar benigna, cap 10, en de Nelly SM, Lewis FM. Ridley's La vulva. Diagnóstico y tratamiento de las patologías. 3^a ed. Amolca: Caracas; 2011. p. 234-6.
- Choi HY, Kim KT. A new method for aesthetic reduction of labia minora (the deepithelialized reduction labioplasty). Plast Reconstr Surg. 2000;105:419-22.
- Maas SM, Hage JJ. Functional and aesthetic labia minora reduction. Plast Reconstr Surg. 2000;105:1453-6.
- Giraldo F, Gonzalez C, de Haro F. Central wedge nymphectomy with a 90-degree Z-plasty for aesthetic reduction of the labia minora. Plast Reconstr Surg. 2004;113:1820-5.
- Ellsworth WA, Rizvi M, Lypka M, Gaon M, Smith B, Cohen B, Dinh T. Techniques for labia minora reduction: an algorithmic approach. Aesth Plast Surg. 2010;34:105-10.
- Bernal Bastidas S. Hipertrofia de labios menores: Informe de un caso. Ginec Obstet Mex. 1981;48:55-8.
- Sakamoto H, Ichikawa G, Shimizu Y, Kikuchi A, Yamamoto T. Extreme hypertrophy of the labia minora. Acta Obstet Gynecol Scand. 2004;83:1225-6.
- Honore LH, O'Hara KE. Benign enlargement of the labia minora: report of two cases. Europ J Obstet Gynec Reprod Biol. 1978;8:61-4.
- Heller DS, Kuye DD. Recurrent hypertrophy of the labia minora: a hormonally related lesion possibly related to fibroepithelial stromal polyps of the vulva. J Low Genit Tract Dis. 2011;15:69-70.
- Pardo J, SOLA V, Ricci P, Guillot E. Laser labioplasty of labia minora. Int J Gynecol Obstet. 2006;93:38-43.

16. Chavis WM, La Ferla JJ, Niccolini R. Plastic repair of elongated hypertrophic labia minora. A case report. *J Reprod Med.* 1989;34:373-5.
17. Benadiba L. Nymphoplastie (labioplastie): chirurgie réparatrice ou esthétique? Indications, techniques, résultats, complications. *Ann Chir Plast Esthet.* 2010;55:147-52.
18. Lynch A, Marulaiah M, Samarakkody U. Reduction labioplasty in adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2008;21: 147-9.
19. Solanki NS, Tejero-Trujeque R, Stevens-King A, Malata CM. Aesthetic and functional reduction of the labia minora using the Maas and Hage technique. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2010;63:1181-5.
20. Deffieux X, Leonard F, Fernandez H. Nymphoplastie de réduction: note technique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2010;39:679-81.
21. Laub DR. A new method for aesthetic reduction of labia minora (the deepithelialized reduction labioplasty)- discussion. *Plast Reconstr Surg.* 2000;105:423-4.
22. Hanna MK, Nahai F. Central wedge nymphectomy with a 90-degree Z-plasty for aesthetic reduction of the labia minora-discussion. *Plast Reconstr Surg.* 2004;113:1826-7.