



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Mutilación genital y reconstrucción del clítoris



J. López-Olmos

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

Recibido el 1 de octubre de 2014; aceptado el 23 de marzo de 2015
Disponible en Internet el 6 de junio de 2015

PALABRAS CLAVE

Mutilación genital;
Clitoridectomía;
Reconstrucción del
clítoris;
Técnica de Foldes

KEYWORDS

Genital mutilation;
Clitoridectomy;
Clitoral
reconstruction;
Foldes operation

Resumen Presentamos un caso de mutilación genital, tipo I, clitoridectomía, en una mujer de 26 años que consulta por anorgasmia. Se procedió a la reconstrucción del clítoris. Revisamos la solución quirúrgica de este problema y la técnica de Foldes.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Genital mutilation and clitoris reconstruction

Abstract We present a case of genital mutilation, type I, clitoridectomy, in a 26-years-old woman, which consult for anorgasmia. We performed clitoral reconstruction. We review the surgical solution of this problem and the Foldes operation.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La mutilación genital (MG) es una operación ritual con escisión del clítoris y labios menores o con infibulación (fusión labial)¹. La MG afecta a más de 125 millones de mujeres de todo el mundo y ocurren 4-5 millones de casos nuevos por año. Se da en 26 países de África, la practican entre los 4-10 años o antes del matrimonio, y sin anestesia.

Según la clasificación de Toubia (de la OMS), existen 4 tipos:

- Tipo I, clitoridectomía, circuncisión o «sunna». Se extirpa el capuchón del clítoris y el glande.
- Tipo II, clitoridectomía y escisión parcial de los labios menores. Se da en el 80%.
- Tipo III, infibulación o gran circuncisión, faraónica: exéresis de clítoris, labios menores y sutura de labios mayores (infibulación). Se obstruye la vagina para el coito y el parto. Queda un pequeño orificio para la salida de la orina y la sangre menstrual. Se da en el 15%.
- Tipo IV, sería la infibulación parcial, o cualquier otro tipo de MG, incluyendo: incisión, punción, quemadura o abrasión química.

En los casos de MG, la sexualidad se encuentra muy afecta, más a más mutilación², con la pérdida de clítoris

Correo electrónico: jlopezo@sego.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2015.03.003>

0210-573X/© 2015 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.



Figura 1 Mutilación genital, clitoridectomía. Tipo I.



Figura 2 Reconstrucción del clítoris. Resultado.

y labios, se afectan el deseo sexual, excitación y orgasmo. Se producen quistes del clítoris, de material sebáceo o esmegma y adherencias. Dan sensación de desfiguramiento (82,5%), síntomas urinarios (40,4%), sexuales (38,6%) y leucorrea (17,1%).

El clítoris y los labios son esenciales para el sexo normal. La cirugía devuelve el sexo normal y la satisfacción sexual.

Los riesgos de la MG son: hemorragia masiva, shock, sepsis, tétanos, y muerte. También se puede dar dispareunia, esterilidad, vergüenza y sentimientos de culpa. La MG priva a la mujer de la satisfacción sexual. La practican para evitar el coito antes del matrimonio, como cinturón de castidad permanente, o incluso como tratamiento de la ninfomanía (como se practicó en Inglaterra en el siglo XIX).

En nuestro trabajo anterior presentamos un caso de MG como problema obstétrico³ en una mujer de 29 años, de Etiopía. Se le practicó clitoridectomía e infibulación (tipo III) a los 10 años. Quedó gestante y se practicó una cesárea por sufrimiento fetal agudo. La paciente se negaba a la cesárea y hubo que tomar medidas legales. Ya dijimos que con el aumento de la inmigración sería más frecuente ver mujeres con MG, y así ocurre.

En este trabajo presentamos otro caso de MG como problema ginecológico y sexual, pues consultó por anorgasmia. Para la resolución de este problema se reconstruyó el clítoris. Este es el tema que ahora revisamos.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 26 años, originaria de Mali, a la que se le practicó MG con clitoridectomía a los 7 años. Bien reglada, 4/28, G1P1. Consultó para revisión ginecológica. Se queja de problema sexual: anorgasmia. A la exploración se aprecia la cicatriz de la clitoridectomía (fig. 1) y una carúncula himeneal superior. Remitimos a la paciente al hospital para la reconstrucción del clítoris. Existía un vestigio de clítoris sobre área fibrótica, finos labios menores, la vagina era normal y la uretra estaba íntegra. Se reconstruyó el clítoris (fig. 2) y la paciente se encuentra satisfecha.

Revisión del problema

La anatomía del clítoris

El clítoris es una estructura multiplanar pegada al arco púbico y con tejido hacia el Monte de Venus y los labios⁴. Está pegado a la uretra y a la vagina. Tiene cuerpos eréctiles, el bulbo y cuerpos pares, el tallo y el glánde, que es la manifestación externa. Hay un paquete neurovascular procedente del nervio pudendo. El clítoris y el pene son semejantes. El clítoris en la mujer es para la función sexual y el orgasmo.

La resonancia magnética nuclear (RMN) ayuda a entender la representación de la anatomía en vivo. El glánde del clítoris no es eréctil, pero es densamente neural y está pegado a los cuerpos eréctiles. Tiene receptores sensibles, los corpúsculos de Paccini, para la sensación y la vibración.

Los labios menores contribuyen a la estructura del frenillo del clítoris⁵. Luego están los cuerpos cavernosos del clítoris, el bulbo del vestíbulo, y el cuerpo del clítoris. La arteria y nervio pudendo irrigan labios mayores, menores y clítoris.

Al hacer la disección de 14 especímenes de clítoris de fetos de 8-24 semanas⁶ y estudiar con el tricrómico de Masson, actina músculo liso, y marcadores neuronales: PGP 9,5 y S-100; vieron 2 cuerpos con septo en la línea media y al final el glánde. Los nervios van por los cuerpos dorsalmente, como una red o malla, y en el glánde igual. A las 12 horas no hay nervio (esto interesa para la cirugía). Del nervio pudendo surgen los nervios cavernosos y el nervio dorsal del clítoris.

Al hacer la disección de 18 cadáveres femeninos⁷ para estudiar las ramas del nervio pudendo, el nervio pudendo tiene origen en S2, S3, S4, cursa debajo del ligamento sacroespinal, pasa por la región glútea al músculo obturador interno y por el canal pudendo llega a la tuberosidad isquiática. El nervio dorsal del clítoris sale del canal pudendo, pasa por el músculo isquiocavernoso en medio de la rama isquiopúbica y llega al cuerpo del clítoris.

En otro estudio de 11 fetos femeninos de 10-27 semanas de gestación⁸ hacen reconstrucción tridimensional de la neuroanatomía del clítoris. Las injurias a la inervación somática o autonómica alteran la función sexual. Y así, en los cabestrillos vaginales para la incontinencia urinaria,

pueden lesionar con el paso de la aguja y producir daño vascular o neural, con alteración de la función sexual, por respuesta de menor lubricación.

La cirugía estética vulvovaginal

Esta cirugía tiene complicaciones menores y resultados beneficiosos, satisfacción de la paciente en el 90-95%, con satisfacción sexual en el 80-85%⁹. Mejora la satisfacción sexual y la autoimagen. Mejoría cosmética y funcional.

La cirugía es multidisciplinaria en diagnóstico y tratamiento en caso de malformaciones congénitas¹⁰. Lo primero es salvar la vida y obtener anatomía normal. Luego se pasa a la reconstrucción funcional y al resultado cosmético.

En reasignación de género, de hombre a mujer, hay que construir un neoclitoris y hacer la configuración del monte de Venus¹¹. En una serie de 26 casos en 2004-2007 de media de edad de 31 años (entre 21-60) se practicó una técnica nueva en los últimos 15 casos, fácil, sin complicaciones mayores, y con apariencia satisfactoria, un neoclitoris sensible. En 7 casos tenían orgasmo y en 11/15 estaban contentas con la apariencia del Monte de Venus.

En la resección abdominoperineal para el tratamiento del cáncer de colon y recto, se deja colostomía permanente, y existen problemas de suelo pélvico, con disfunción sexual. Con alteración del eje vaginal con apareunia tras resección abdominoperineal¹² en una mujer de 60 años, que tenía 3 cesáreas e histerectomía con doble anexectomía, se reconstruyó por vía vaginal con éxito.

En el caso contrario al nuestro, la clitoromegalia, en casos de pseudohermafroditismo femenino y genitales ambiguos, se practica la clitoroplastia para obtener una morfología normal y que no haya compromiso de la función sexual¹³. Se aplicó una variante técnica en 7 casos de hipertrofia de clitoris¹⁴, la movilización del glande con el paquete neurovascular, y reducción del volumen del glande. La vascularización e inervación del glande es por 2 paquetes que pasan a 11 y 1 horas. Se preserva la sensibilidad y el aspecto cosmético. En la clitoroplastia de reducción se hace exéresis de parte de los cuerpos eréctiles¹⁵. Esto se discute, porque para algunos no es necesaria, hay que preservar la sensibilidad clitoral.

En una serie de 23 casos con genitales ambiguos de hiperplasia suprarrenal congénita o hipertrofia de clitoris¹⁶ en la reconstrucción, se hace clitoroplastia y vaginoplastia con colgajo. Se recupera la sensación táctil en el glande en 15 casos para la respuesta sexual. Siempre es mejor escisión parcial que amputación.

La reconstrucción del clitoris

La MG es una práctica criminal favorecida por la inmersión cultural. Produce dispareunia, distocias y complicaciones obstétrico-ginecológicas, problemas de identidad femenina, y de orgasmo, en la sexualidad de la mujer.

Foldes presenta 20 casos (4 con infibulación) de 18-36 años, media de 22 años¹⁷. Describe su intervención, la reconstrucción del clitoris tras MG. Se hace resección de la cicatriz, liberación del cuerpo del clitoris preservando la inervación, reconstrucción del glande, y reimplantación en la situación anatómica. Es restaurar la anatomía y obtener

un órgano inervado y funcional. Técnica simple y reproducible, con anestesia general. Da de alta al día siguiente. El edema desaparece en una semana. La sensibilidad se recupera en 4-8 semanas. Resultados: 16 se veían normales; 17 con sensibilidad y 12 con orgasmo.

En otro trabajo¹⁸, Foldes, en 1998-2009, presenta su gran estadística, con mayores de 18 años, y tipos de MG: II (60%) y III. Consta de 2.938 casos con media de edad de 29,2 años. La media de edad de la escisión del clitoris fue de 6,1 años (entre 5-9 años). En Francia fueron operados 564 casos (el resto en África). Las complicaciones de la cirugía fueron: hematomas, fallo de la sutura y fiebre. Se dieron en 5,3% (155/2.938). Hubo readmisión hospitalaria en 4% (108 casos). Se dio de alta al 2.º día y revisión a los 15 días. La epitelización es en 2 meses, luego ya pueden practicar el coito.

Con seguimiento de 866 casos (29%) a un año: en 363 (42%) había glande con capuchón, en 239 (28%) clitoris normal, y en 210 (24%) proyección visible del clitoris. Placer clitoriano obtenían 815/834 y en 430/841 (51%) había orgasmo. En algunos países la cirugía reconstructiva no es prioridad como urgencia sanitaria. Pero con ella es posible evitar el dolor, la mejoría del placer, recuperar su identidad, y la liberación entre el deseo propio y los valores familiares y tradicionales.

Desde 2004 la seguridad social francesa paga la reconstrucción del clitoris¹⁹.

En resumen, la técnica de Foldes es la siguiente:

- resección de la piel clitorídea, incisión prepúbica,
- sección del ligamento suspensorio, para movilizar el muñón,
- liberación del tallo y cuerpo clitorídeo,
- exéresis o resección del tejido cicatricial o granuloma,
- reconstrucción del glande,
- reimplantación en su posición normal,
- cubrición con la piel y cierre cutáneo.

La sexualidad de la mujer depende de los siguientes factores: anatómicos, hormonales, psicosexuales, culturales, de contexto, de los factores de la pareja, y de la experiencia personal²⁰. La razón de la cirugía es restaurar la identidad femenina.

Madzou et al.²¹ tienen 100 casos desde 2006 en Angers (Francia) y en Burkina Faso con la técnica de Foldes. Practican revisiones a 10 días, un mes, 3 meses, 6 meses y un año. Las complicaciones fueron: hematomas, dolor persistente, neuralgias, infección y supuración, y dehiscencias de suturas.

Ouedraogo et al.²², en 2007-2010, tienen 94 casos, también en Burkina Faso. La media de edad fue 32,3 años (entre 18-49 años). El motivo de consulta fue la disfunción sexual (frigidez, 40,6%, y dispareunia, 26,6%), y la restauración anatómica 25,8%. Con la técnica de Foldes: a los 6 meses tenían clitoris en el 89,7%, mejoría sexual entre 83,6-89,4%, mayor deseo sexual e igual orgasmo. En general, satisfacción en el 71,3%, por la integridad física y estética.

La restauración anatómica es para la identidad femenina. Tienen vergüenza de su cuerpo mutilado y falta de confianza en ellas. Con la cirugía se recupera el órgano perdido, se recupera su identidad femenina, la libertad

perdida o confiscada, y se tiene acceso a sexualidad más satisfactoria.

Quilichini et al.²³ presentan un caso tipo II, de 35 años, de Burkina Faso, G2P2. No tenía placer sexual y tenía deseo de aspecto normal en la vulva (como en nuestro caso). Hay que conseguir un neoglande suficientemente prominente. El resultado es satisfactorio con la técnica de Foldes (ver la fig. 2 correspondiente a nuestro caso). Falta conocimiento de la operación de Foldes por parte de pacientes y médicos.

En casos de tipo III, con infibulación, hay que practicar desinfibulación²⁴, con incisión vertical, exponer el introito y crear nuevos labios mayores, (en el 50% pueden tener el clítoris bajo la herida). En una serie de 40 casos, en 1995-2003, se llevó seguimiento telefónico de 6 meses a 2 años. El 95% eran somalíes, el 65% estaban casadas, el 73% tenían entre 19-30 años. Las indicaciones de la intervención fueron: conseguir el embarazo en el 30%, dismenorrea en el 30%, apareunia en el 20%, dispareunia en el 15%, y dificultades urinarias en el 12,5%. No hubo complicaciones. En el seguimiento de 32 casos: el 94% recomiendan la operación y el 100% están satisfechas con la apariencia y la sexualidad.

También se puede hacer la reconstrucción de clítoris con un colgajo de tejido libre del dedo gordo del pie²⁵, del primer espacio interdigital, innervado por ramas terminales del nervio peroneo. También puede emplearse esta técnica con ablación por tumor del clítoris. A los 14 meses hubo reinnervación con sensación vibratoria. Se da de alta a los 5 días y no hubo complicaciones.

Como conclusiones:

- La MG es un grave atentado a la integridad de la mujer. Es inaceptable, porque es una violación de un derecho humano. Hay que erradicarla con medidas educativas y sanitarias. Las medidas legales están contempladas en el Código Penal, en el artículo 149: causar grave deformidad (y MG) tiene pena de prisión de 6-12 años. También hay que evitar la impunidad cuando inmigrantes que viven en España van a los países de origen para realizarla a sus hijas^{26,27}.
- Se ha considerado un rito de paso dejar de ser niña para pasar a mujer, con más derechos, más respeto y más beneficios sociales en su comunidad. Si no pasan el rito se las considera impuras²⁸. Se han dado razones para su práctica: pertenencia a una casta, razones religiosas, motivos higiénicos, estéticos, etc. En general, es para evitar la promiscuidad de la mujer, con la finalidad de control de la sexualidad femenina para la subordinación de la mujer al hombre.
- El bien máspreciado es la vida y en segundo lugar la libertad. Por ello es necesario el respeto a la integridad de la persona. Cuando nos llegue la paciente a la consulta quejándose de su problema sexual hay que ofrecerle la solución quirúrgica de la reconstrucción del clítoris, con la técnica de Foldes, que como hemos visto tiene muy buen resultado.

Dedicatoria: en agradecimiento a AS, como representante de todas las mujeres del mundo que han sufrido la MG.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Brisson P, Patel H, Feins N. Female circumcision. *J Pediatr Surg.* 2001;36:1068-9.
2. Thabet SMA, Thabet ASMA. Defective sexuality and female circumcision: The cause and the possible management. *J Obstet Gynecol Res.* 2003;29:12-9.
3. Lopez-Olmos J, Tormos E, Burguete P, Alberio MJ, Ayuso MJ. La mutilación genital como problema obstétrico. Caso clínico y revisión. *Clin Invest Ginecol Obstet.* 1995;22:342-4.
4. O'Connell HE, Sanjeevan KV, Hutson JM. Anatomy of the clitoris. *J Urol.* 2005;174:1189-95.
5. Baggish MS. Vulvar and perineal anatomy; unit 2, section C, pages 530-549. En: de Baggish MS, Karam MM, editores. *Atlas of pelvic anatomy and Gynaecologic Surgery.* Philadelphia: W.B. Saunders & Co; 2001.
6. Baskin LS, Erol A, Li YW, Liu WH, Kurzrock E, Cunha GR. Anatomical studies of the human clitoris. *J Urol.* 1999;162:1015-20.
7. Montoya TI, Calver L, Carrick KS, Prats J, Corton MM. Anatomical relationships of the pudendal nerve branches. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;205, 504, e1-5.
8. Bekker MD, Hogewoning CRC, Wallner C, Elzevier HW, de Ruiter MC. The somatic and autonomic innervation of the clitoris: Preliminary evidence of sexual dysfunction after minimally invasive slings. *J Sex Med.* 2012;9:1566-78.
9. Goodman MP. Female genital cosmetic and plastic surgery: A review. *J Sex Med.* 2011;8:1813-25.
10. Laterza RM, de Gennaro M, Tubaro A, Koelbl H. Female pelvic congenital malformations. Part I: Embriology, anatomy and surgical treatment. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011;159:26-34.
11. Soli M, Brunocilla E, Bertaccini A, Palmieri F, Barbieri B, Martorana G. Male to female gender reassignment: Modified surgical technique for creating the neoclitoris and Mons Veneris. *J Sex Med.* 2008;5:210-6.
12. Lye J, Delpachitra S, Rane A. Successful reconstructive surgery to alter distorted vaginal axis causing apareunia. *Gynecol Case Reports.* 2012;32:494-6.
13. Lean WL, Hutson JM, Deshpande AV, Grover S. Clitoroplasty: Past, present and future. *Pediatr Surg Int.* 2007;23:289-93.
14. Acimi S. Clitoroplasty: A variant of the technique. *Urology.* 2008;72:669-71.
15. Senayli A. Controversies on clitoroplasty. *Ther Adv Urol.* 2011;3:273-7.
16. Barrett TM, Gonzales ET Jr. Reconstruction of the female external genitalia. *Urol Clin NA.* 1980;7:455-63.
17. Foldes P. Chirurgie plastique reconstructrice du clitoris après mutilation sexuelle. *Progrès Urol.* 2004;14:47-50.
18. Foldes P, Cuzin B, Andro A. Reconstructive surgery after female genital mutilation: A prospective cohort study. *Lancet.* 2012;380:134-41.
19. Razzak M. Pain and pleasure- reconstruction after female genital mutilation. *Natur Rev Urol.* 2012;9:477.
20. Abdulcadir J, Boulvain M, Petignat P. Reconstructive surgery for female genital mutilation. *Lancet.* 2012;380:90-2.
21. Madzou S, Ouedraogo CMR, Gillard P, Lafebre-Lacoeuille C, Catala L, Sentilhes L, et al. Chirurgie plastique reconstructrice du clitoris après mutilations sexuelles. *Ann Chir Plast Esthet.* 2011;56:59-64.
22. Ouedraogo CMR, Madzou S, Toure B, Ouedraogo A, Ouedraogo S, Lankoandé J. Pratique de la chirurgie plastique reconstructrice du clitoris après mutilations génitales au Burkina Faso. A propos de 94 cas. *Ann Chir Plast Esthet.* 2013;58:208-15.

23. Quilichini J, Burin Des Roziers B, Daoud G, Cartier S. Chirurgie réparatrice du clitoris après excision rituelle. *Ann Chir Plast Esthet*. 2011;56:74–9.
24. Nour NM, Michels KB, Bryant AE. Defibulation to treat female genital cutting. *Obstet Gynecol*. 2006;108:55–60.
25. Dabernig J, Shelley OP, Schaff J. The innervated free toe web flap for clitoris reconstruction. *J Plast Reconst Aesthet surg*. 2007;60:1352–5.
26. Torres Fernandez ME. La mutilación genital femenina: un delito culturalmente condicionado. *Cuader Electr Filosof Der*. 2008;17:10–31.
27. Perez Vaquero C. La mutilación genital femenina en España y la Unión Europea. *Noticias jurídicas*. 2011, sin nº, 1-15.
28. Urbiola O. Clitoridectomía, pags 148-152, en *Gran Enciclopedia del Sexo*. Barcelona: RBA Integral; 2006.