Dra. Patricia Montull Vila

Cirugía General y Digestiva. Master en Medicina Estética y del Bienestar (UB).
Clínica Montull. Barcelona.
E-mail: dra.patriciamontull@clinicamontull.com

Valoración del resultado de la aplicación de ácido hialurónico en pacientes intervenidas de labioplastia. Estudio clínico controlado aleatorio retrospectivo

RESUMEN

Introducción. La cicatrización postoperatoria de labioplastia puede conllevar retraso en su curación, dehiscencia de suturas, infección y/o formación de queloides.

El objetivo del presente estudio es verificar si la aplicación mesoterápica de ácido hialurónico no reticulado puede mejorar los resultados estéticos y disminuir las complicaciones postoperatorias.

Material y Método. Estudio retrospectivo aleatorio y controlado sobre 20 pacientes intervenidas de labioplastia: a 10 se les aplicó ácido hialurónico no reticulado al finalizar la intervención de labioplastia y 10 no fueron tratadas. Los controles de evaluación se realizaron 1, 2 semanas, 1 mes y 3 meses después de la intervención.

En cada control se tomaron fotografías y se tuvieron en cuenta: fecha de reabsorción de la sutura; presencia o no de sangrado; presencia o no de escara, fibrina y/o signos de infección; signos de cicatrización hipertrófica o queloide; si existía dehiscencia de la sutura, así como color y lubricación de la mucosa sana adyacente.

Se realizó una encuesta de satisfacción a las pacientes, 3 meses después de la operación, para valorar: días de reposo hasta retomar la rutina normal, días de sangrado postoperatorio, intensidad del dolor postoperatorio, primera penetración sexual, satisfacción estética y mejoría de la autoestima, y si repetiría la cirugía.

El análisis estadístico se realizó mediante T de Student y U de Mann-Whitney, con significación estadística si $p < 0,05$.

Resultados. Las complicaciones de la cirugía fueron escasas. Las pacientes tratadas con ácido hialurónico no reticulado mejoraron la hidratación de la mucosa vaginal en todos los casos, mientras el grupo no tratado solo lo hizo en el 70%; no obstante, la diferencia no fue estadísticamente significativa ((p-valor = 0,211). Las fotografías de control se correlacionaron bien con la evaluación clínica, aunque no hubo resultados estadísticamente significativos ($p > 0,05$).

Todas las pacientes mostraron su satisfacción con el tratamiento, sin diferencias de grupo, y lo repetirían o lo recomendarían. El 95% manifestó mejora de su autoestima.

Conclusiones. La labioplastia es una técnica efectiva con pocas complicaciones y un alto grado de satisfacción.

El estudio realizado evidencia que el tratamiento coadyuvante de ácido hialurónico no reticulado en el postoperatorio inmediato supone una discreta mejoría en la evolución clínica postoperatoria, aunque no significativa estadísticamente.

Palabras clave. Labioplastia, cirugía íntima, cicatrices quirúrgicas genitales, ácido hialurónico, mesoterapia.

ABSTRACT

Introduction. Post-operative healing of labiaplasty can lead to delayed healing, suture dehiscence, infection and / or keloid formation.

The objective of the present study is to verify whether the mesotherapeutic application of uncrosslinked hyaluronic acid can improve aesthetic results and reduce post-operative complications.

Material and method. A randomized, controlled retrospective study of 20 patients undergoing labioplasty: 10 were given uncrosslinked hyaluronic acid at the end of the labiaplasty intervention and 10 were not treated. Evaluation controls were carried out at intervals of 1 week, 2 weeks, 1 month and 3 months after the surgery.

Photographs were taken at each control point and taken into account were: date of resorption of the suture; presence or absence of bleeding; presence or absence of bedsores, fibrin and / or signs of infection; signs of hypertrophic or keloid scarring; if there was dehiscence of the suture, as well as color and lubrication of the adjacent healthy mucosa.

A patient satisfaction survey was carried out 3 months after the operation to assess; rest days until normal routine is resumed, days of postoperative bleeding, intensity of postoperative pain, first sexual penetration, aesthetic satisfaction and improvement of self-esteem and if they would repeat the surgery.

Statistical analysis was performed using Sudent's T and Mann-Whitney's U, with statistical significance if $p < 0.05$.

Results. The complications of the surgery were scarce. Patients treated with uncrosslinked hyaluronic acid improved vaginal mucosal hydration in all cases, while the untreated group only did so in 70%; however, the difference was not statistically significant ((p-value = 0.211). Control photographs correlated well with the clinical evaluation, although there were no statistically significant results ($p > 0.05$).

All patients showed their satisfaction with the treatment, without group differences and would repeat or recommend it. 95% expressed improvement in their self-esteem.

Conclusions. Labiaplasty is an effective technique with few complications and a high degree of satisfaction. The study shows that the adjunctive treatment of uncrosslinked hyaluronic acid in the immediate postoperative period represents a slight improvement in postoperative clinical evolution, although not statistically significant.

Keywords. Labiaplasty, intimate surgery, genital surgical scars, hyaluronic acid, mesotherapy.

INTRODUCCIÓN

Una sexualidad sana requiere que la mujer se sienta cómoda con su aspecto más íntimo; sin esa premisa es muy difícil disfrutar de unas relaciones sexuales placenteras y plenas. El aspecto de la zona genital toma especial importancia en la mujer para sentirse libre y cómoda, ya que puede sufrir cambios importantes [1]. Por ello, unos labios menores demasiado largos y oscuros generan complejos y vergüenza con frecuencia, además de la inevitable incomodidad que produce la ropa interior; que puede acompañarse de cierta inseguridad si el monte de Venus presenta un depósito extra de grasa. Igualmente, un introito vaginal, que ha perdido el tono muscular y presenta una lubricación escasa sea por partos múltiples, edad o determinados tratamientos hormonales, predispone a un rechazo al acto sexual. La autoestima en la sexualidad juega un papel importantísimo, sin la cual las mujeres se sienten más desprotegidas y vulnerables [2]. Las preocupaciones que se generan por culpa de algún aspecto que no gusta de los genitales femeninos son muchas veces la causa de una insatisfacción sexual; en esta situación se encuentran todas aquellas personas que, por distintos motivos, deciden someterse a intervenciones de cirugía íntima. El placer sexual requiere liberación, y una persona no puede sentirse libre si ha de ocultar o avergonzarse de una parte de su anatomía.

La hipertrofia de labios menores, descrita como tejido protuberante que sobresale más allá de los labios mayores, sigue siendo un criterio clínico; mal definido y sin un consenso claro respecto a otros criterios objetivos necesarios para alcanzar el diagnóstico correcto. En 1983, Friedrich definió la hipertrofia de labios menores si la anchura máxima, entre la línea media y el borde libre lateral de los labios menores, medía más de 5 cm [3]. Otros han sugerido que la anchura normal de los labios menores debía ser inferior a 3-4 cm [4].

En la actualidad, un número creciente de preadolescentes y adolescentes solicitan atención médica debido a la preocupación que tienen sobre la apariencia de sus genitales externos; en particular, los labios menores hipertróficos [4]. Lo cual constituye un hecho relevante que va más lejos de potenciales problemas anatómicos. Debe tenerse en cuenta el impacto emocional y psicológico en esta particular etapa de la vida, que se ve agudizado durante el ejercicio. Esta creciente demanda debe ser muy bien valorada antes de incluirla de modo habitual dentro de la cartera de servicios de los especialistas en cirugía genital; en ese sentido, sería recomendable una valoración psicológica adicional para no caer en una conducta simplista cuyo significado pudiera escaparse en la historia clínica inicial [5, 6].

Técnica de resección lineal de los bordes libres labiales.

Así llamada porque permite realizar la labioplastia mediante la resección simple con bisturí del borde libre de los labios menores. No obstante, existen variaciones de la técnica, tanto en el modo de resecar los labios menores como en la asistencia de bisturí eléctrico o diversos láseres. Su empleo tiene como finalidad procurar una mejor hemostasia al tiempo que se realiza la resección de los tejidos. Posteriormente se lleva a cabo la sutura, que podrá ser continua o discontinua con material absorbible [7].

Este procedimiento es utilizado por la mayoría de los cirujanos, por la sencillez de su diseño. Las ventajas incluyen la eliminación de los bordes labiales irregulares con una cicatriz lineal. Otra ventaja es que es posible escindir tejidos redundantes del capuchón del clítoris, cuando

están presentes, pudiendo abordar el descolgamiento y la proyección del clítoris en el mismo acto quirúrgico. Aunque, no es infrecuente que se produzcan deformidades del capuchón del clítoris con este enfoque, lo que podría requerir cirugía correctiva adicional Sin embargo, la técnica presenta algunas desventajas, ya que la resección de los bordes labiales se asocia a la pérdida de la rugosidad (arrugas) que presentan habitualmente los bordes de los labios menores. Esto produce un aspecto menos natural a la vulva, y también se asocia a un mayor riesgo de dehiscencia de las suturas. Por otra parte, existe la posibilidad de eversión del revestimiento interior de los labios mayores que, a su vez, dejaría visible el tejido normalmente oculto de su cara interna [8].

Se ha descrito otras técnicas quirúrgicas, aunque se emplean menos frecuentemente, como la técnica de resección en cuña central que, si bien permite conservar buen aparte de la rugosidad de los labios, complica la intervención sobre el tejido alrededor del clítoris. También se han descrito la denominada técnica de desepitelización con o sin ayuda de láser, la técnica de Trim, y algunas otras, que no son utilizadas en el presente estudio [9].

MATERIAL Y MÉTODO

Es un estudio retrospectivo en el que se revisaron las historias clínicas de 20 pacientes intervenidas por presentar hipertrofia de labios menores e intervenidas entre enero de 2018 y agosto de 2019, con un promedio de edad de 37 años (rango 17- 57). A todas las pacientes se les realizó una labioplastia mediante la técnica de resección lineal de los bordes libres labiales (resección de edge). Todas las pacientes habían consultado por causas diversas, tales que: insatisfacción estética con sus labios menores; molestias en las relaciones sexuales; incomodidad o dolor en algunas prácticas deportivas (ciclismo, gimnasio, hípica, natación, etc.). Estos motivos fueron los más frecuentemente plasmados y coincidentes en otros estudios clínicos revisados en la literatura disponible [10]. Las pacientes fueron examinadas, evaluadas y asesoradas, en orden a que todas cumplieran los criterios previos de inclusión para la indicación quirúrgica: hipertrofia de labios menores, definida como labios menores con medidas mayores de 4 cm desde la base al borde libre del labio; presencia de sintomatología asociada, dolor, molestias con la ropa o incomodidad manifiesta con la práctica de ejercicios. El criterio fundamental para la indicación quirúrgica fue la presencia de sintomatología; solo en este caso se les ofrecía la cirugía para corregir la hipertrofia labial.

A todas las pacientes se les pidió que 2 días antes rasuraran o depilaran los labios mayores, no siendo preciso hacerlo sobre la zona púbica. También se les aconsejó proveerse de bragas tipo "culotte", que se pondrán para sujetar la compresa que se colocará en el postoperatorio. El sangrado puede prolongarse hasta 5 días después.

El procedimiento quirúrgico requiere que las pacientes se colocaran en posición ginecológica, inmediatamente después de la inducción anestésica para la sedación. Se realizó preparación estéril de la zona quirúrgica y en ningún caso fue necesario el sondaje vesical. Se trazaron marcas lineales coincidentes en el borde interno y externo de los labios menores, utilizando un diseño personalizado en cada caso, procurando que en ambos labios fuera simétrico. Se procuró mantener una longitud en cada labio menor no inferior a 10 mm. (Figura 1).

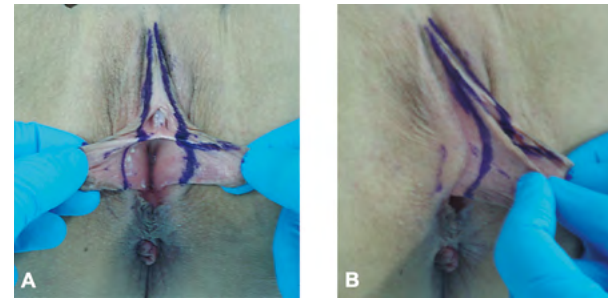

Figura 1. A. Diseño preoperatorio de las incisiones en visión frontal. **B.** La misma paciente mostrando el diseño lateral.

En el estudio que se presenta, en todas las pacientes se utilizó la combinación de sedación y anestesia local (administración de un solución de 20 ml de mepivacaína al 2% + 0,2 ml de adrenalina). La infiltración se realizó en los labios menores para lograr la tumescencia de los tejidos y la constricción del sistema circulatorio labial pertinente, a fin de limitar el sangrado peroperatorio.

La resección del tejido redundante de los labios menores se realizó por la parte más externa de las marcas trazadas, según la técnica simple lineal de extirpar los bordes labiales. Se tuvo en cuenta practicar una hemostasia cuidadosa antes de proceder al cierre de ambos bordes con sutura discontinua reabsorbible Vicryl® Rapid de 4/0 (Ethicon; Malmö, Suecia). La pieza quirúrgica obtenida

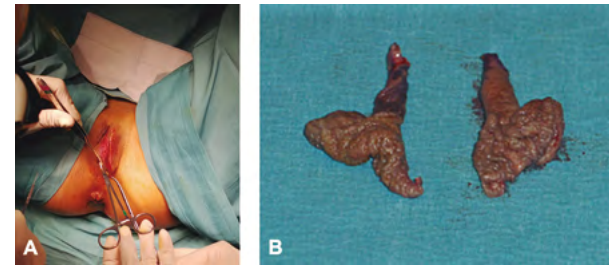

Figura 2. A. Técnica de resección quirúrgica del borde libre de los labios menores de Edge. **B.** Aspecto de los labios menores inmediatmanete después de resecados.

está más queratinizada y pigmentada que la parte más interna de los labios menores (Figura 2).

Inmediatamente después, en 10 de las 20 pacientes, de forma aleatoria y sin que ellas conocieran a qué grupo pertenecían, se aplicó el tratamiento de ácido hialurónico realizando 10 inyecciones en la submucosa sana adyacente a las cicatrices de ambos labios menores en su cara interna, dejando pequeños depósitos de 0,1 ml cada uno. Se inyectaron 0,5 ml en cada labio, utilizando la aguja de 30G facilitada en el envase (Desirial®, Isdin, Barcelona, España). El resultado estético inmediato no se vió modificado por el tratamiento con ácido hialurónico. Los depósitos del producto no se perciben a la exploración visual (Figura 3).

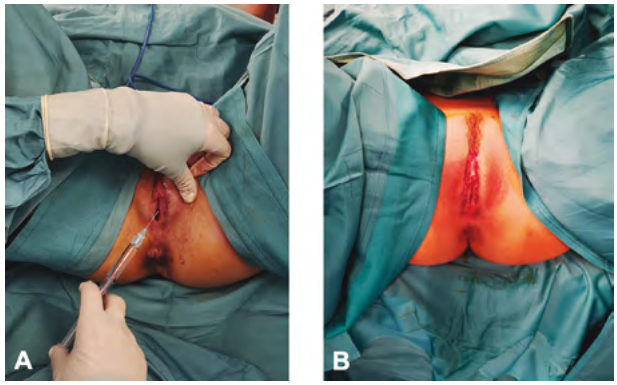

Figura 3. A. Técnica de infiltración del ácido hialurónico no reticulado. **B.** Resultado postoperatorio inmediato.

Aunque la labioplastia realizada con esta técnica quirúrgica es ambulatorias, se requiere una baja médica a consecuencia del dolor y la necesidad de cuidados postoperatorios. Es recomendable no tener relaciones sexuales hasta 30 días después de la intervención, así como evitar las ropas ajustadas y los tampones. Para el dolor postoperatorio se pautó la combinación de paracetamol 1 gr más Ibuprofeno 600 mg alternos cada 4h durante una semana. El sangrado postoperatorio es frecuente durante las primeras 48 horas, aunque no es abundante. Se requiere del uso de una compresa durante los primeros días. Todas las pacientes se revisaron a los 7 y 15 días, 1 y 3 meses después de la intervención. Se recomendó una limpieza adecuada de la zona de las heridas quirúrgicas, y a todas las pacientes se les entregó una hoja con las siguientes pautas a seguir:

- El vendaje aplicado en el hospital puede retirarlo en el momento que precise orinar, después colocar una compresa normal.
- Esperar 48 horas para ducharse. Emplee un jabón neutro y aplíquelo suavemente, sin frotar. Tras la ducha debe secarse la zona con secador templado. No precisa aplicar Betadine ni otros antisépticos, a no ser que su médico así lo indique.
- Se aconseja reposo relativo, puede realizar paseos cortos, pero debe evitar esfuerzos los primeros 4 días.
- No debe bañarse en piscina y/o playa durante el primer mes.
- Debe esperar al menos un mes para tener la primera relación sexual vaginal.
- No debe practicar deportes de alto impacto en la zona como spinning, hípica, etc., durante el primer mes.
- Los puntos se caerán solos a las 2-3 semanas.
- Recuerde acudir a las visitas postoperatorias programadas: 7 y 15 días, al mes y a los 3 meses de la intervención para su alta médica.

Análisis estadístico

Para realizar el análisis comparativo de la evaluación clínica entre los dos grupos se utilizó el test t de Student sobre las puntuaciones asignadas a cada grupo: con o sin empleo de ácido hialurónico. Para la valoración estadística del cuestionario de satisfacción se empleó el test no paramétrico de Mann-Whitney.

RESULTADOS

Se realizaron 18 procedimientos quirúrgicos bilateralmente (90%) y en 2 pacientes el tratamiento fue unilateral (10%) por hipertrofia asimétrica de labios menores. La mediana de estancia hospitalaria postoperatoria fue de 2 horas (rango 1-3). La mediana en el tiempo de seguimiento fue de 3 meses (rango 2,5-3,5).

En una paciente del grupo de las no tratadas con ácido hialurónico tuvo como complicación inmediata sangrado de la cicatriz, que requirió compresión y una sutura adicional. Hubo dos complicaciones tardías, una debida a infección por cándidas, paciente que pertenecía al grupo tratado con ácido hialurónico; otra se debió a dehiscencia de la sutura, 11 días después de la intervención; la paciente era del grupo de las no tratadas con ácido hialurónico.

De todos los parámetros estudiados en relación a la evolución clínica de la herida quirúrgica, comparativamente con el empleo o no de ácido hialurónico, únicamente se observó diferencia en cuanto a la recuperación de la lubricación vaginal. Se evidenció que todas las pacientes (100%) tratadas con ácido hialurónico presentaron un aumento de la lubricación de la zona quirúrgica adyacente, frente al 70% de las no tratadas; aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (p-valor = 0,211) (Tabla 1). Un aumento de la lubricación se interpreta como una recuperación funcional más rápida de la mucosa pericicatricial. Macroscópicamente una mucosa sana presenta un

Tabla 1. Evaluación clínica de la evolución de las heridas postquirúrgicas en pacientes tratadas con y sin Ácido Hialurónico.

Evolución clínica	Con ácido hialurónico	Sin ácido hialurónico	p-valor
Días de reabsorción completa 15 días 21 días 1 mes	90% 10% 0%	70% 20% 10%	0,372
Duración hematoma/sangrado activo 48 horas 5 días 10 días	50% 40% 10%	40% 50% 10%	0,895
Intensidad dolor postoperatorio 48h Sin dolor / poco dolor Dolor moderado Dolor intenso	10% 80% 10%	30% 50% 20%	0,353
Presencia de escara, costra, o fibrina a los 15 días	10%	20%	1,000
Signos de cicatrización hipertrófica o queloide a los 30 días	0%	0%	-
Dehiscencia de sutura al mes	0%	10%	1,000
Presencia de mucosidad y coloración rosada de la mucosa	100%	70%	0,210
Tiempo hasta retomar rutina normal Menos de 48 horas Entre 2 y 4 días Más de 4 días	0% 80% 20%	0% 90% 10%	1,000

color rosado y se recubre con una película de moco superficial que lubrica la cara interna de los labios menores.

Se realizó una encuesta sobre el grado de satisfacción a todas las pacientes a los 3 meses de la intervención. Respondieron a la encuesta el 100% de las pacientes operadas. La mediana de tiempo de molestias durante el postoperatorio hasta recuperar su rutina habitual fue de 2 a 4 días en ambos grupos. Presentaron dolor moderado y tirantez el 95% sin diferencias entre ambos grupos. El 100% de las pacientes respondieron estar satisfechas o muy satisfechas. El 95% sintieron una mejora de la autoestima y el 5% restante no eran conscientes de que tuvieran una alteración de su autoestima; no hubo diferencias entre ambos grupos. El 100% de las pacientes entrevistadas repetirían la cirugía (Tabla 2). El total de los resultados de satisfacción son muy similares en ambos grupos en todos los parámetros preguntados, siendo la mediana de 1,5 en ambos grupos. Por tanto, no existen diferencias significativas en los resultados, entre el grupo tratado con ácido hialurónico y el grupo no tratado.

Tabla 2. Muestra los parámetros de satisfacción y mejora de la autoestima.

Evolución clínica	Con ácido hialurónico	Sin ácido hialurónico	p-valor
Primera relación sexual placentera Al mes A los dos meses Más de 3 meses	100% 0% 0%	90% 10% 0%	1,000
Satisfacción con el resultado estético Muy satisfecha Satisfecha Poco satisfecha	90% 10% 0%	80% 20% 0%	1,000
Mejora de la autoestima Sí No No presentaba alteración previa	100% 0% 0%	90% 0% 10%	1,000
Repetiría la cirugía	1000%	100%	-

El resultado estético inmediatamente después de la cirugía y de la infiltración con ácido hialurónico se muestra en la Figura 3. En las Figuras 4 y 5 pueden apreciarse los resultados obtenidos 3 meses después de la intervención y con o sin infiltración posterior de ácido hialurónico, respectivamente.

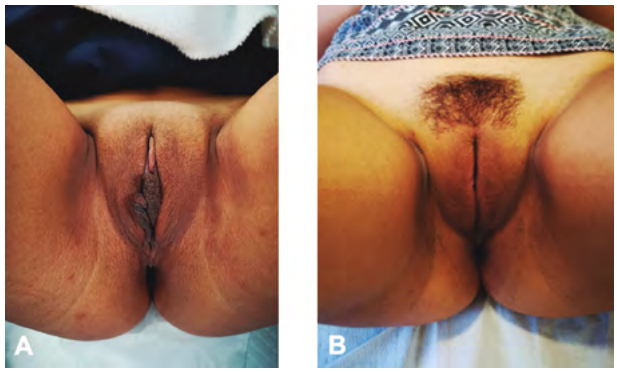

Figura 4. A. Paciente que muestra hipertrofia de labios menores antes de la cirugía. **B.** Resultado alcanzado 3 meses después de la intervención y de la infiltración de ácido hialurónico

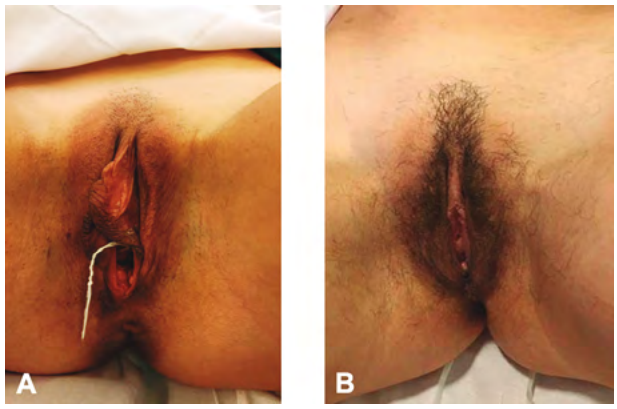

Figura 5. A. Paciente que muestra hipertrofia de labios menores antes de la cirugía. **B.** Resultado alcanzado 3 meses después de la intervención y de la infiltración de ácido hialurónico

DISCUSIÓN

El ácido hialurónico inyectado inmediatamente después de la cirugía es transparente, homogéneo y bioabsorbible. Es de origen no animal e incorpora manitol como antioxidante. Su inyección en la submucosa o mucosa vaginal tiene como finalidad iniciar la bioestimulación, potenciar la rehidratación, asi como tratar las hipotrofias de los labios vulvares y de las regiones púbicas. El tratamiento de la atrofia mucosa vulvovaginal, que implica deshidratación y sequedad de la misma previene la irritación que causa malestar y/o dolor. También se ha demostrado útil en el tratamiento de la disfunción sexual relacionada con el hundimiento del "punto de Grafenberg". La duración media esperada de este tipo de producto, según el fabricante, es variable de 6 a 12 meses. Aunque en su duración influyen las características de la zona tratada, la cantidad inyectada, la técnica de inyección utilizada, así como el estilo de vida. Una segunda inyección, de 2 a 3 meses de la primera, permite prolongar y optimizar los resultados; siendo aconsejable no inyectar más de 2 ml de ácido hialurónico reticulado por año y persona. La hipertrofia de labios menores es una alteración anatómica de los genitales externos femeninos y está generalmente descrita como un aumento del tejido labial que sobrepasa los labios mayores; aunque en la actualidad no existen criterios exactos para la decisión de tratamiento quirúrgico [11]. No obstante, el aumento en los últimos años de la preocupación en mujeres de todas las edades sobre el aspecto de sus genitales externos, probablemente impulsados por los cambios sociales y conductuales de la última década, nos obliga a conocer esta patología y a establecer criterios diagnósticos y terapéuticos. A pesar de la abundante información en la literatura mundial sobre la realización de la labioplastia [12], no hay publicados estudios sobre el tratamiento quirúrgico de la hipertrofia de labios asociado al tratamiento con ácido hialurónico genital. Las pacientes se intervinieron quirúrgicamente por la presencia de una hipertrofia de labios. La edad para realizarla debe ser superior a 16 años, partiendo de la base de que solo se intervendrán quirúrgicamente pacientes con sintomatología asociada. En los resultados obtenidos solo se apreció, como complicación inmediata en una de las pacientes del grupo no tratado con ácido hialurónico, un pequeño sangrado-hematoma que requirió de sutura adicional; lo que representa en nuestra casuística un 0,25% de los labios intervenidos, lo que coincide con los resultados publicados en la literatura [13]. En el seguimiento a largo plazo se evidenciaron 2 complicaciones tardías, una infección por cándidas en una paciente del grupo tratado con ácido hialurónico, que se resolvió con tratamiento de monodosis con fluconazol 150 mg; y la presencia de una dehiscencia parcial de la sutura que cerró por segunda intención sin necesidad de cirugía adicional en una paciente del grupo no tratado con ácido hialurónico. Por lo tanto, las complicaciones tardías en nuestro estudio representan solo el 0,5% de los labios intervenidos, un porcentaje menor que en estudios publicados en la literatura.

La evaluación clínica realizada por el cirujano no ha demostrado una mejoría en la calidad y el aspecto estético de las cicatrices quirúrgicas postlabioplastia usando la inyección de ácido hialurónico no reticulado en la mucosa sana adyacente. Aunque es difícil establecer una compa-

rativa fiable con el bajo número de pacientes estudiadas. En cualquier caso, se ha comprobado que el tratamiento suplementario del grupo tratado con ácido hialurónico no ha supuesto ningún aumento de comorbilidad, y sí un discreto aumento de la lubricación de la zona quirúrgica adyacente y recuperación más temprana de la coloración rosada de la mucosa interna de los labios menores. Las pacientes manifestaron menor sensación de prurito y tirantez postoperatoria propios del proceso de cicatrización, de lo que podría deducirse un posible beneficio adicional. Pero las diferencias observadas, desde el punto de vista estadístico, no son significativas (p-valor=0,099).

Se ha criticado que la técnica quirúrgica empleada en este estudio, al cambiar el borde natural del labio delgado y pigmentado por una sutura rígida, se puede asociar en algunas pacientes con irritación local y molestias durante la penetración sexual [14]. Sin embargo, solo una paciente, del grupo no tratado con ácido hialurónico, refirió molestias a los 2 meses tras la intervención, aunque en su siguiente control a los 3 meses habían desaparecido. El tiempo medio de molestias postoperatorias inmediatas fue de 2 a 4 días en ambos grupos de pacientes. A pesar de que en nuestra encuesta de seguimiento no se realizaron preguntas relacionadas con el placer durante la actividad sexual, por privacidad de las pacientes, el grado de satisfacción de la cirugía fue del 95% sin existir diferencias significativas entre ambos grupos. El 100% de las pacientes encuestadas de ambos grupos repetirían la cirugía, y este dato es comparable al resultado que otros autores han obtenido en estudios con pacientes adolescentes [15, 16].

CONCLUSIONES

La resección simple de labios menores es una técnica efectiva, con pocas complicaciones y con un alto grado de satisfacción por parte de las pacientes.

El tratamiento coadyuvante con ácido hialurónico no reticulado en el postoperatorio inmediato supone una discreta mejoría en el proceso postoperatorio, aunque no se ha comprobado que sea significativa en el estudio presentado.

Nuevos estudios, con un grupo más numeroso de pacientes, serán precisos para establecer el beneficio adicional del empleo de ácido hialurónico.

AGRADECIMIENTOS

La autora agradece al Dr. Justo M. Alcolea su participación en la revisión del manuscrito y las correcciones de estilo en el artículo, así como en las figuras y tablas que lo acompañan.

Conflicto de intereses: La autora manifiesta no tener ningún tipo de conflicto de intereses con los productos o las técnicas mencionadas en el presente estudio.

BIBLIOGRAFÍA

(1). Lloyd, Jillian et al. Apariencia genital femenina. British J Obstet Gynecol. 2005; 112(5):643-6.

(2). Hodgkinson DJ, Hait G. Aesthetic vaginal labiaplasty. Plast Reconstr Surg. 1984; 74:414-6.

(3). Friedrich EG. Vulvar Disease. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1983.

(4). Hailparn TR. What Is a Girl to Do?: The Problem of Adolescent Labial Hypertrophy. Obstetrics and Gynecology. 2014; 123:124S-5S.

(5). Sanjuán Rodríguez S, Torres de Aguirre A, Enríquez Zarabozo E, Ayuso Velasco R, Santamaría Ossorio JI. Hipertrofia de labios menores en la pubertad. Cirugía Pediátrica. 2009; 22:109-11.

(6). Bragagnini N, Álvarez Y, González M, et al. Hipertrofia de labios menores. Un problema creciente en la adolescencia. Cirugía Pediátrica. 2015:196-9.

(7). Ellsworth WA, Rizvi M, Lypka M, Gaon M, Smith B, Cohen B, et al. Techniques for labia minora reduction: an algorithmic approach. Aesthet Plast Surg. 2010; 34:105-10.

(8). Kelishadi SS, Elston JB, Rao AJ, Tutela JP, Mizuguchi NN. Posterior wedge resection: a more aesthetic labiaplasty. Aesthet Surg J. 2013; 33:847-53.

(9). Oranges CM, Sisti A, Sisti G. Labia minora reduction techniques: a comprehensive literature review. Aesthet Surg J. 2015; 35:419-31.

(10). Miklos JR y Moore RD. Labioplastia de labios menores: Indicaciones de los pacientes para la consecución de la cirugía. J Sex Med. 2008; 5 (6):1492-1495.

(11). Goodman MP. Cosmética genital y cirugía plástica en la mujer: una revisión. J Sexual Med. 2011; 8 (6):1813-1825.

(12). Radman HM. Hypertrophy of the labia minora. Obstetrics and Gynecology 1976; 48 (1 Suppl):78S-79S.

(13). Capraro VJ. Congenital anomalies. Clinical Obstetrics and Gynecology. 1971; 14:988-1012.

(14). Pozo Arribas SD, Molina Gutiérrez MA. Hipertrofia de labios menores: a propósito de un caso. Revista de Pediatría de Atención Primaria. 2013; 15: 246.e93-e96.

(15). Runacres SA, Wood PL. Cosmetic Labiaplasty in an Adolescent Population. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016; 29:218-22.

(16). Reddy J, Laufer MR. Hypertrophic labia minora. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2010; 23:3-6.