

Cirugía Estética Masculina y Femenina. Conceptos y Técnicas Básicas

Dr. Juan Monreal ■

Resumen

Cirugía Estética Genital: Conjunto de técnicas quirúrgicas que tienen por objeto la mejoría estética y/o funcional de los genitales externos masculinos y femeninos. En el hombre van enfocadas, principalmente, al aumento de las dimensiones del pene y a la remodelación testicular. En la mujer se centran en la remodelación estética tanto de labios menores y mayores como del pubis.

Indicaciones: Estas técnicas están indicadas en todos aquellos pacientes psicológicamente estables que desean una mejoría estética de este área anatómica en beneficio de su autoestima, entendiendo que no tienen por qué mejorar sus relaciones sexuales.

Descripción: Las técnicas básicas en la cirugía masculina son el alargamiento de pene mediante extensores o sección de ligamento suspensorio asociadas o no a z-plastias; el engrosamiento mediante técnicas de injertos o colgajos regionales y el lifting testicular. En la Mujer podemos realizar labioplastias reductoras de labios menores, aumento de volumen de labios mayores, lipoplastias de pubis y trasplante de pelo.

Complicaciones: alargamiento insuficiente o retracciones, pseudoquistes liponecroticos, asimetrías.

INTRODUCCIÓN

Uno de los beneficios que, tradicionalmente, puede ofrecer la Cirugía Estética a los pacientes es la mejora de la autoestima y la aceptación de uno mismo. Poco tratado en la literatura médica y, particularmente, en las publicaciones sobre Cirugía Plástica, Urología o Ginecología, la Cirugía Estética Genital se incorpora lentamente con autoridad en nuestra Especialidad. Se trata no obstante de procedimientos en desarrollo y algunos de ellos con cuestiones pendientes sobre metodología, resultados y efectividad. Igualmente el uso de técnicas poco probadas o con dudoso peso científico ha hecho que estas técnicas sean

más conocidas por sus secuelas o malos resultados. Aunque un gran porcentaje de pacientes que se interesan por la Cirugía Estética Genital lo hacen únicamente por motivos estéticos, como en otros ámbitos de la especialidad, existe un núcleo de pacientes en los que el defecto estético y, en ocasiones, funcional genera problemas en las relaciones sexuales o sociales. En este artículo nos limitaremos a describir las principales técnicas que, con mayor o menor éxito, están implantadas sólidamente en la estética de los genitales externos y con las cuales el autor tiene experiencia. Otras técnicas como la vaginoplastia, los implantes testiculares o el tratamiento de la impotencia creo que pertenecen a otro ámbito y a otras Especialidades y no serán tratadas en este artículo.

CIRUGÍA GENITAL MASCULINA

Conceptos básicos.

En líneas generales, la cirugía estética de los genitales masculinos está muy centrada en el aumento de las medidas del pene tanto en longitud como en grosor. Existen, no obstante, técnicas accesorias que colaboran en mejorar el tamaño "óptico" del pene. En el momento actual no existe ninguna técnica (al menos conocida por el autor) que sea capaz de aumentar las dimensiones del pene en flacidez y en erección (1). Actualmente las técnicas existentes son capaces de aumentar el perímetro en flacidez o en erección pero no en ambas; hay técnicas que aumentan la longitud en flacidez pero no se ha descrito ninguna que sea capaz de aumentar la longitud del pene en erección. Por estos motivos la mejoría de las dimensiones del pene suele pasar por la realización de varias técnicas quirúrgicas, simultáneamente o en distintos tiempos.

Uno de los factores que es difícil de estandarizar es la medida del pene en flaccidez o en erección. Se postulan varias formas de realizarlo, con un objetivo principal y claro, que es la posibilidad de estimar la ganancia de longitud después de los tratamientos. Las controverti-

das “medidas normales” del pene también son objeto de discusión, tanto más cuando existe gran variabilidad racial. Como norma genérica se establecen como valores normales en flacidez entre 7,2 cm y 11,0 cm de longitud medidos desde el ángulo péneo-púbico hasta la punta del glande, con una media de 9,5 cm. Un perímetro normal oscilaría entre 7,7 cm y 12,0 cm con una media de 9,56 cm.

Técnicas de alargamiento.

Básicamente se agrupan en técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas o una combinación de ambas. En cualquiera de los casos la ganancia en longitud obtenida será evidente únicamente en estado de flacidez siendo nula o prácticamente nula en erección.

- **Técnicas de tracción (2,3):** Las técnicas de tracción mediante pesos han sido empleadas por motivos estéticos o religiosos por muchas culturas durante siglos. A parte de intentos anecdóticos y poco documentados mediante el uso de bombas de vacío, la edad moderna de estos tratamientos se inicia a finales de los años 90 con la aparición de JES Extender (Fig. 1). Estas técnicas aprovechan la capacidad del los tejidos para responder mediante hiperplasia y reproducción celular frente a estímulos físicos como la tracción o la expansión. Como en cualquier técnica que use expansores o distractores, durante el uso de los extensores de pene se aplicará una fuerza de tracción de una determinada intensidad que ha de ser lo más continua posible



Fig. 1.
Modelo de extensor de pene (JESpic): La Práctica totalidad de los modelos tienen un diseño y eficacia similares.

y durante un lapso de tiempo mínimo, de forma que los fenómenos biológicos responsables de la ganancia tisular se pongan en marcha. Obviamente la duración del tratamiento también debe tener una duración mínima, de forma que el resultado obtenido no se pierda una vez suspendido el tratamiento. La fórmula básica de tratamiento consiste en usar el extensor durante un mínimo de ocho horas diarias (discontinuas) y durante un período mínimo de cuatro meses con una tracción media de unos 1200 gr. de peso. Bien es cierto que hay otras fórmulas que combinan más o menos horas y/o meses de uso y que es muy influyente, como es lógico, la disponibilidad que el paciente puede tener para realizar de forma aceptable y continua el tratamiento. Considerando que el tratamiento se ha realizado de forma correcta la ganancia en longitud se estima entre 1 cm y 4 cm en tres meses, con una media de incremento de un centímetro al mes. Las incurvaciones del pene también se ven mejoradas por el uso del extensor, aunque para obtener resultados puede ser necesario su uso durante un mínimo de seis a ocho meses.

El empleo de estos dispositivos suele exigir una gran dosis de diligencia por parte de los pacientes para conseguir resultados mínimamente satisfactorios. Las erosiones que, en ocasiones, produce la cinta de tracción, la falta de tiempo o la irregularidad en su uso son algunos de los factores que afectan negativamente a los resultados, que pueden llegar a ser nulos.

- **Técnicas quirúrgicas (4,5):** Únicamente el tratamiento mediante tracción es capaz de conseguir aumentar la longitud efectiva del pene produciendo un aumento tisular y “ablandando” en alguna medida los anclajes óseos. Los tratamientos quirúrgicos que hasta ahora se emplean no tienen por objeto aumentar realmente el tamaño sino exteriorizar la porción que se oculta bajo el pubis. Es de suponer que el uso combinado de ambos tipos de tratamientos es el que produciría los mejores resultados. Las técnicas del, mal llamado, alargamiento quirúrgico de pene tienen por objeto liberarlo de los anclajes naturales y fisiológicos que los unen a la sínfisis del pubis y a las expansiones aponeuróticas abdomina-

les (Fig.2). De forma accesoria se pueden realizar o no plastias cutáneas locales que faciliten con mayor efectividad esa liberación e impidan su recidiva. Con referencia a estas últimas se han publicado varias técnicas como M-plastia (popularizada en China y comunicada por Reed en 1994), Avances V-Y (Roos H, Lissoos I, 1994), z-plastia (Horton, 1994) o doble z-plastia (Hoffman, 1994).

Independientemente de la incisión elegida (que puede ser una incisión lineal de unos 3,5 cm próxima al pliegue peneopúbico o alguna de las plastias descritas anteriormente), la técnica básica consiste en seccionar y liberar todas las uniones del pene con las expansiones fasciales provenientes de la línea arcuata, línea alba y fascia de los rectos abdominales y la sínfisis púbica (en ocasiones conocido como ligamento fundiforme o superficial). Más en profundidad se localiza el ligamento suspensorio propiamente dicho que deberá ser liberado en su porción central directamente de su unión al periostio, para evitar dañar los vasos y nervios dorsales del pene, y también en sus porciones laterales. Inicialmente no hay necesidad de liberar la porción fija de los cuerpos cavernosos de su unión a los ramos isquiopúbicos. Una vez completada toda la liberación se comprobará que la parte móvil del pene habrá caído hacia adelante, "elongando" el pene una determinada longitud y dejando un espacio muerto entre éste y el pubis. El relleno de este espacio es especialmente importante ya que, además de asegurar que no hay colecciones

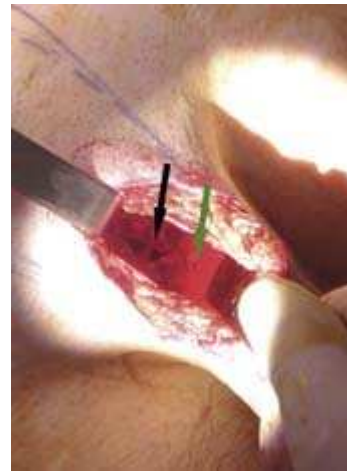


Fig. 2. Anatomía del ligamento suspensorio. La flecha negra señala el ligamento y la verde señala la inserción en el pene.

hemática o serosas, trata de impedir la recidiva y el acortamiento de la longitud ganada. Para el citado relleno se emplean colgajos grasos locales, la grasa funicular que rodea los cordones espermáticos o diversos materiales de implante como láminas de Gore-Tex® o prótesis de silicona. La piel se cierra directamente en las incisiones simples o mediante las plastias cutáneas referidas con anterioridad. Yo personalmente suelo dejar un drenaje aspirativo durante 24 horas. Pasado un tiempo no inferior a los siete días puede iniciarse la tracción con alguno de los extensores que se comercializan en el mercado. Mediante cualquiera de estos métodos la longitud ganada suele oscilar entre uno y tres centímetros (considerado como un éxito absoluto) colaborando ópticamente en este aumento de longitud la mayor convexidad del dorso y el descenso en su posición. Existen comunicaciones de ganancias mayores, incluso en erección pero no están documentadas suficientemente y se dan como anecdóticas. En cualquier caso, es extremadamente importante no solo no asegurar al paciente ningún tipo de resultado en cuanto a ganancia, si no comunicarle que puede que incluso no se gane nada o que lo ganado se pierda por la retracción cicatricial...

- **Técnicas accesorias (5,6):** Se utilizan bien como complemento para aumentar la longitud óptica o bien para mejorar o evitar situaciones como la escrotalización del pene. Existen técnicas accesorias como la realización de z-plastias en membranas peneoes-



Fig. 3. Preoperatorio y postoperatorio de sección de ligamento y extensor postoperatorio.

crotales de grandes dimensiones o la realización de z-plastias en las regiones laterales altas de la bolsa escrotal para reducir o eliminar la escrotalización de la base del pene, situación que se genera con determinadas plastias cutáneas de alargamiento.

Los pacientes que presentan un acumulo graso considerable, acompañado con frecuencia de ptosis, se benefician de algún tipo de liposucción o lipectomía de la grasa suprapúbica asociada a la cirugía de alargamiento. Los casos más severos y los penes enterrados deben tratarse además mediante el reanclaje de la cobertura cutánea del ángulo peneopúbico.

Debido a que ninguna técnica de las descritas va a producir un aumento proporcional del glande, puede darse una desproporción entre el tamaño de éste y del pene. No tengo ninguna experiencia con las técnicas de aumento de glande pero la tendencia parece pasar por realizar los aumentos mediante técnicas de infiltración de ácido hialurónico en la base del mismo.

- **Reducción escrotal:** La dilatación del saco escrotal, hecho que suele ocurrir como parte del proceso de envejecimiento, genera un descenso más o menos llamativo de sus contenidos. La reducción y/o elevación del saco se debe realizar en la porción anterior de la piel testicular, de manera que la cicatriz final quedará más o menos oculta en el surco peneoescrotal. En función del exceso tisular puede o no ser



Fig. 4. Preoperatorio y postoperatorio inmediatos de sección de ligamento suspensorio y engrosamiento simultáneo mediante injerto de grasa.

necesario profundizar más allá del músculo cremáster. Con mayor o menor evidencia, se genera siempre una desproporción en cuanto a los dos lados del cierre de manera que suele ser necesario distribuir con eficacia la piel de forma que los festones que casi siempre se forman puedan desaparecer con el tiempo. La técnica de suspensión debe ser especialmente cuidadosa para evitar el ensanchamiento excesivo de la cicatriz, su visualización a los lados del pene o su migración caudal.

Técnicas de engrosamiento.

Al igual que ocurre en el caso del alargamiento no existe una única solución quirúrgica para aumentar el grosor o perímetro del pene (1,5,6). Las técnicas pericavernosas proporcionan aumentos de grosor en flaccidez pero poco o ningún aumento en erección. Todas ellas consisten en implantar alrededor del perímetro del pene, por fuera de la albugínea y bajo el dartos, algún tipo de injerto o material biológico. Las técnicas albugíneas producen incrementos en erección pero no en flaccidez. La inyección de materiales de relleno (7) con el fin de proporcionar mayor grosor es, probablemente, una de las medidas que desgraciadamente más se realizan y probablemente también la principal causa de deformidades y complicaciones.

- **Injerto autólogo de grasa:** Se trata, probablemente, de la técnica menos agresiva pero que precisa de mayor control en su realización. Se introdujo como técnica de aumento de grosor a mediados de los años 80 y continúa siendo utilizada debido a su versatilidad. Sin entrar en detalle sobre como obtener grasa para realizar injertos libres(8) diremos que, una vez obtenida y lista, la grasa se inyecta bajo el dartos y/o la fascia de Buck, esto último más complicado y traumático. La implantación debe ser, como en otras localizaciones, especialmente minuciosa para asegurar el mayor prendimiento y por tanto para evitar la formación de pseudoquistes. El injerto graso se distribuye alrededor de todo el perímetro peneano en función de las necesidades de cada paciente y abarcando desde la raíz del pene hasta el surco balanoprepucial (si el paciente está circuncidado) o hasta la misma piel prepucial (si no está circuncidado). Es importante la distribución distal de

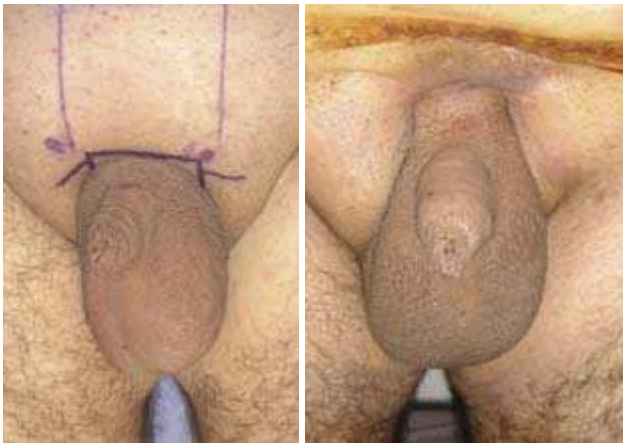


Fig. 5. Preoperatorio y postoperatorio inmediato de tratamiento de pene enterrado.



Fig. 6. Preoperatorio y postoperatorio a los 13 meses de un engrosamiento mediante injerto de grasa.

...continuación

la grasa de forma que se eviten nódulos poco estéticos o la presencia de un decalaje carente de grasa cuando el paciente retira la piel prepucial. Esta técnica es perfectamente compatible con la sección del ligamento suspensorio pero hay que tener en cuenta que en caso de necesitar extensión postoperatoria ésta se debe demorar alrededor de mes y medio.

El comportamiento de los injertos de grasa en el pene es prácticamente igual que en otras zonas. Aunque la inflamación postoperatoria puede durar hasta mes y medio, la pérdida de volumen en los injertos no se debe demorar más de tres o cuatro meses; a partir de este momento el aumento del pe-

rímetro debe ser estable. La abstinencia sexual debe ser completa durante al menos un mes. El incremento medio del perímetro mediante esta técnica oscila entre 1,5 y 2 cm, de forma que si el paciente desea un incremento mayor se le deberá advertir que necesitará más de una intervención. Aunque no es muy habitual, la formación de pseudoquistes puede necesitar un segundo tiempo quirúrgico para su extirpación.

- **Injerto dermograso y dermis acelular:** El aumento del grosor del pene también se puede conseguir mediante el uso de injertos dermograsos o de dermis acelular colocados también en posición pericavernosa. Aunque el injerto dermograso es probablemente una de las técnicas con las que se tiene más experiencia está siendo desbancada progresivamente por el uso de dermis acelular debido a la menor morbilidad asociada ya que se limita, no solo el tiempo quirúrgico sino también las cicatrices.

Entre 1992 y 1994 Horton utiliza injertos dermograsos primero en forma de tiras y luego envolviendo todo el perímetro con grandes láminas. En 1997 Hinderer publica su técnica de engrosamiento mediante colgajos tallados en la grasa supapubica.

Independientemente del tipo de injerto empleado, la técnica consiste en realizar un deguantamiento completo del pene desde el surco balanoprepucial hasta el ángulo peneopúbico. El injerto dermograso o las láminas de dermis acelular son entonces aco-



Fig. 7. Preoperatorio y postoperatorio a los tres años de un engrosamiento mediante dos sesiones de injertos de grasa.

pladas alrededor del perímetro del pene y fijadas con suturas. La piel peneana es devuelta a su lugar y, en caso de no existir, se realiza una circuncisión. Personalmente, siempre dejo un dreno aspirativo durante 24 horas. La realización de una circuncisión suele evitar edemas intensos y situaciones de parafimosis. Con estas técnicas las posibles complicaciones aumentan en número y severidad. La posibilidad de retracciones o curvaturas peneanas debe evitarse utilizando sistemas de tracción (más frecuente con el uso de dermis acelular); el prendimiento irregular primario o la aparición de seromas puede ser causa también de distorsiones. La abstinencia sexual también debe prolongarse un mínimo de mes y medio.

Resultados.

No existen muchas comunicaciones en las que se realicen estudios prospectivos o retrospectivos en relación con las técnicas descritas. Por otra parte, la falta de estandarización también supone que no todas las medidas o "ganancias" puedan compararse.

Como norma general la ganancia en longitud obtenida mediante la sección del ligamento suspensorio suele oscilar entre uno y tres centímetros. Conocer la anatomía regional de la zona ayuda a evitar complicaciones serias o menores. De los 45 casos operados las únicas complicaciones acaecidas fueron la presencia de 3 seromas púbicos y un hematoma, todos ellos relacionados con cirugía accesoria en la región (liposucción o colgajos suprapúbicos (9)). Con diferencia, la cicatriz que mejor evoluciona es la longitudinal, no necesitando tratamientos accesorios. Todas las demás suelen sufrir con relativa regularidad retrasos en la curación, particularmente en la unión de los colgajos. Salvo en los casos en los que se realiza un reanclaje del ligamento en posición más avanzada, en los demás casos no es infrecuente que el paciente presente un déficit de unos 20° o 30° en la angulación horizontal del pene erecto; esto no debe considerarse como complicación en ningún caso. El uso de extensores de forma aislada o posterior a la sección del ligamento suspensorio presenta habitualmente la incógnita de cuán cumplidor será el paciente con el programa de tratamiento. La falta de confianza en el programa o la presencia de erosiones causadas por el anillo de tracción son causa habitual de abandonos.

En cuanto a la cirugía de engrosamiento el índice de complicaciones tanto menores como mayores es muy inferior en los casos de injerto de grasa si lo comparamos con el resto de opciones. En los injertos las complicaciones suelen limitarse a un prendimiento escaso o a la aparición de pseudoquistes. La violación temprana del período de abstinencia sexual es causa segura de la pérdida de cualquier injerto y debe ser avisado al paciente con contundencia. Los incrementos de perímetro suelen rondar entre 1,5 y 2 cm en la mayoría de los casos independientemente de la técnica empleada. Mi experiencia con los injertos dermograsos y la dermis acelular es limitada y por tanto no puedo asegurar que se puedan conseguir incrementos mayores.

En general, desde mi punto de vista, la opción más satisfactoria, cuando está indicada, para aumentar las dimensiones del pene suele ser una combinación de sección del ligamento suspensorio e injerto de grasa simultáneo. A la ganancia producida por la sección del ligamento se une el alargamiento óptico inducido por la grasa que, además, obliga a una mayor convexidad y avance del pene. Todo esto unido a una incidencia de complicaciones relativamente baja y fácilmente solucionables. En un prototipo de paciente donde el porcentaje de satisfacción no es extremadamente alto hay que considerar con bastante cuidado otro tipo de técnicas que, al ser más agresivas y con mayor índice de complicaciones, pueden generar mayor desilusión y menor satisfacción.

Como en cualquier procedimiento de cirugía estética la comunicación con el paciente es extremadamente importante para conseguir un grado de satisfacción adecuado. El análisis del caso y la comunicación al paciente de los posibles resultados y complicaciones debe ser exquisito. Los pacientes con expectativas poco realistas deben ser descartados inmediatamente por que su nivel de satisfacción postoperatorio será muy bajo con toda probabilidad. Existen dos grupos de pacientes relativamente diferenciados. Los que se presentan como auténticos casos de hipoplasia y los casos de dismorfofobia. Los primeros suelen mostrar grados de satisfacción significativos que pueden rondar algo más del 50% y, de hecho, suelen repetir tratamientos o se muestran más colaboradores o más comprensivos con las limitaciones de las técnicas. Los casos de dis-

...continuación

morfofobia o los narcisistas suelen mostrar grados de satisfacción inferiores aún habiéndoles comunicado exhaustivamente toda la información precisa para consentir el tratamiento.

Es evidente que, aunque han pasado ya más de diez años desde que las técnicas de cirugía estética genital masculina se fueron introduciendo en nuestra especialidad, quedan muchas facetas por mejorar y refinar; incluso puede que aparezcan técnicas nuevas (10). Las posibilidades quirúrgicas para mejorar la estética de esta región se están consolidando lentamente, aunque muchas de ellas requieren mayor experiencia para terminar de asentarse como indicaciones preferentes.

CIRUGÍA GENITAL FEMENINA

Conceptos básicos.

Al igual que en el caso de la estética masculina, los genitales externos femeninos también son susceptibles de mejoría. Pero a diferencia de los hombres, los genitales externos femeninos no son dinámicos en su comportamiento (o al menos no tanto) lo que elimina en cierta medida el problema de la adecuación del resultado quirúrgico al estadio fisiológico en el que se encuentren en un momento dado. Las motivaciones que llevan a las mujeres a solicitar esta mejora es muy variada y, aunque el peso de la estética predomina, también hay motivos funcionales. En este apartado no se hablará de las vaginoplastias por tratarse de un ámbito quirúrgico que se escapa de nuestra especialidad.

Labioplastia reductora.

La labioplastia o labioplastias son procedimientos quirúrgicos encaminados a la reestructuración de los labios menores con la intención de reducir un tamaño excesivo o inadecuado. La presencia de unos labios menores hipertrofiados puede tener su origen en causas congénitas o adquiridas. La manipulación excesiva, la irritación crónica debido a causas locales (incontinencia, infecciones, dermatitis, etc.), el linfedema vulvar, el síndrome mielodisplásico o, incluso, los partos. Desde mi experiencia personal la razón principal por la que se solicita esta intervención es la mejora estética aislada con el objetivo de obtener una mayor autoestima; la dificultad en las relaciones sexuales o, de forma más



Fig. 8. Preoperatorio y postoperatorio a los cuatro meses de labioplastia mediante escisión directa.

esporádica, tener una higiene mejor o incluso mejorar la forma de vestir son otras razones menos frecuentes. Desde primeros de los años 70 se vienen publicando pequeñas series de pacientes en las que los autores correspondientes cuentan su experiencia con sus técnicas y variantes. Sin entrar en detalles y análisis exhaustivos, la evolución de las labioplastias ha pasado de tratarse de una mera amputación (11) a buscar, en la medida de lo posible, la reducción del tamaño al mismo tiempo que se conservan sus características principales (12 a 16). La enucleación de su porción central manteniendo el borde o las resecciones en cuña con o sin z-plastias asociadas han sido ejemplos de cómo se intenta mantener, lo más intacto posible, el borde libre del labio pero a expensas de otros inconvenientes como es la situación de las cicatrices o el tamaño del introito. Otras técnicas siguen defendiendo la reducción de los labios incluyendo su borde libre empleando suturas directas o w-plastias asociadas en el cierre. Estas técnicas eliminan cualquier posible reducción del introito.

En mi experiencia personal, yo empleo tanto la escisión directa del borde como la escisión directa mediante w-plastia según describe Hage. Bajo anestesia local y sedación se reduce el tamaño del labio extirpando la porción de labio necesaria, incluyendo su borde, manteniendo una anchura mínima de 1 a 1,5 cm. La extirpación puede realizarse de forma directa en continuidad o no con las zonas laterales del capuchón del clítoris. Según Hage el cierre mediante w-plastia evitaría



Fig. 9. Preoperatorio y postoperatorio a los tres meses de labioplastia mediante w-plastia y engrosamiento de labios mayores.

la posible formación de cicatrices retractiles que dieran problemas. Yo no he tenido problemas de cicatrización con ninguna de las dos técnicas. La desepitelización del núcleo central de los labios por ambas caras tiene el atractivo de reducir el tamaño sin alterar en absoluto el borde libre. Las cicatrices finales son verticales por fuera pero también por dentro del labio con la posibilidad de ser molesta durante las relaciones sexuales. Por otro lado esta técnica no es capaz de reducir el contorno elongado del labio ni modificar suficientemente su forma por lo que la veo más indicada en hipertrofias leves. En cualquiera de los casos la hemostasia debe ser meticulosa y el cierre puede realizarse con suturas reabsorbibles de 5/0 tratando de enterrar todos los nudos. No suele ser necesario ningún vendaje y la paciente puede comenzar la higiene en unas 24 horas. La inflamación suele desaparecer en unos quince días aunque no se verá un resultado final hasta que no hayan pasado un mínimo de tres o cuatro meses.

Técnicas accesorias a las labioplastias: Hay que ser precavido a la hora de realizar una labioplastia ya que las relaciones de los labios menores con las estructuras circundantes (labios mayores y capuchón de clítoris fundamentalmente) pueden verse afectadas produciendo un resultado estético poco satisfactorio. En algunas ocasiones el exceso tisular puede abarcar el capuchón del clítoris por lo que lo ideal será remodelarlo bien en sus porciones laterales o bien en su porción ventral como defiende Laub. El tratamiento de esta área debe



Fig. 10. Preoperatorio y postoperatorio a los cinco meses de labioplastia mediante escisión directa y engrosamiento de labios mayores.

ser muy escrupuloso huyendo en todo momento de resecciones excesivas que puedan dejar expuesto el clítoris a posibles irritaciones.

La presencia de labios mayores finos en el contexto de una hipertrofia de labios menores puede provocar la resección excesiva durante una labioplastia, en un intento por "esconder" los menores. En estos casos yo suelo aconsejar a la paciente un engrosamiento simultáneo de los labios mayores que perseguirá dos objetivos fundamentales. Uno es conseguir un balance estético de la zona más adecuado. El otro es impedir resecciones excesivas de los labios menores. El engrosamiento siempre lo realizo mediante injerto de grasa autóloga según mi técnica personal antes de realizar la labioplastia. La implantación no se diferencia técnicamente de otras localizaciones corporales y la cantidad de grasa que suelo emplear no suele superar los cuatro o seis centímetros cúbicos por labio. El prendimiento en esta área suele ser muy aceptable teniendo en cuenta que es difícil que la paciente mantenga reposo por más de 48 horas.

Los resultados de las labioplastias son buenos en mi experiencia. Se trata de técnicas no muy agresivas y que bien planificadas producen resultados estéticos y funcionales muy satisfactorios. El reinicio de las relaciones sexuales suele producirse sobre las cuatro a ocho semanas según las pacientes y, hasta la fecha, no he tenido casos de hipoestesia duradera (es común en los primeros tres o cuatro meses) o cicatrización hipertrofia o problemática desde el punto de vista funcional. A parte de un episodio de sangrado intenso en las primeras

horas de postoperatorio (solucionado sin secuelas) no se produjeron hematomas o infecciones. En una única ocasión se retocó el borde de un labio por la aparición de dehiscencia de sutura. El uso de las técnicas complementarias, sobre todo del engrosamiento, produjo resultados muy superiores. A diferencia del engrosamiento de pene, en el relleno de labios mayores no se han presentado casos de pseudoquistes. El prendimiento ha sido satisfactorio en todos los casos, no habiendo sido necesario por el momento realizar procedimientos secundarios.

Trasplante de pelo en el área púbica.

Aunque existen determinadas enfermedades como la enfermedad de Addison o el hipopituitarismo que cursan con pérdida de vello púbico, la mayor parte de las pacientes que presentan esta condición se encuentran cercanas a la menopausia. Normalmente se produce como parte del envejecimiento normal pero cuando aparece en pacientes que no han llegado a la menopausia suele ser causa de preocupación. La pérdida puede llegar a ser total o consistir meramente en una pérdida de densidad.

Con el trasplante de unidades foliculares se trata de repoblar el vello perdido en el pubis y parte de los labios mayores. Normalmente el pelo donante es necesario extraerlo de la zona baja de la nuca lo que supone que su crecimiento en el pubis va a ser mayor que el original necesitando, por tanto, cortes periódicos. Sólo se trasplantan unidades de uno a tres pelos, por lo que el

resultado final es estéticamente muy aceptable.

Si la falta de vello es muy acusada será necesario realizar dos sesiones espaciadas unos tres o cuatro meses. Una vez preparados los microinjertos, se procede a su distribución según el patrón femenino realizando incisiones de uno a dos milímetros. La distribución y orientación de las unidades foliculares es especialmente importante para reproducir un patrón estéticamente correcto tratando de implantar en la medida de lo posible la porción superior de los labios mayores y el área que rodea al capuchón del clítoris. El crecimiento del pelo trasplantado suele demorarse unas 8 a 14 semanas.

Resultados.

Los procedimientos de cirugía estética genital femeninos suelen ser, al contrario que en los hombres, de más sencilla realización, con menor incidencia de complicaciones y un mayor grado de satisfacción final. Una hemostasia cuidadosa y un cuidado postoperatorio adecuado evitarán sangrados molestos o complicaciones infecciosas. La aparición de pequeñas dehiscencias no suele empeorar el resultado final o suelen necesitar mínimos retoques ■



Fig. 11. Preoperatorio y postoperatorio de sesión de 850 unidades foliculares en pubis y labios mayores.

Dr. Juan Monreal

Médico Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora

Londres, 54 - 1ºD
 28850 Torrejón de Ardoz - Madrid
 Tlf.: 916 560 549
 E-mail: drmonreal@drmonreal.info



autor

BIBLIOGRAFÍA

1. Austoni E, Guarneri A, Cazzaniga A. A new technique for augmentation phalloplasty: Albugineal surgery with bilateral saphenous grafts. Three years of experience. *European Urology* 42 (2002) 245-253.
2. Colpi GM, Martini P, Scropo FI, etc. Micropenis and small penis: diagnosis and treatment. *International Journal of Impotence Research*. Vol 14, suppl 4, Dic 2002.
3. Colpi GM, Martini P, Scropo FI, etc. Efficacy of the daily penis-stretching technique to elongate the small penis. *International Journal of Impotence Research*, Vol 14, suppl 4, Dic 2002.
4. Chi-Ying Li, Kayes O, Kell PD, etc. Penile suspensory ligament division for penile augmentation: indications and results. *European Urology*, 49, (2006) 729-733.
5. Alter GJ, Augmentation phalloplasty. *Urologic Clinics of North America*. Vol 22, Number 4, Nov 1995.
6. Panfilov DE. Augmentative phalloplasty. *Aesthetic Plast Surg*. 2006 Mar-Apr; 30(2):183-97. Epub 2006 Mar 17.
7. Parodi PC, Dominici M, Moro U. Penis invalidating cicatricial outcomes in an enlargement phalloplasty case with polyacrylamide gel (Formacryl). *Int J Impot Res*. 2006 May-Jun; 18(3):318-21.
8. Monreal J. Instrumental alternativo en los injertos de grasa autóloga. *Cir. Plast. Iberlatinamer*. Vol 31- nº 2. Abril-Mayo-Junio 2005, 137-146
9. Hinderer UT, Espinosa JF. Nueva técnica de alargamiento con aumento del volumen en la hipoplasia del pene, constitucional o en el hipospadias. *Cir. Plast. Iberlatinamer*. Vol 23, nº 2, (151-160) Abril-Mayo-Junio 1997,.
10. Shaeer O, Shaeer K. Penile girth augmentation using flaps "Shaeer's augmentation phalloplasty": a case report. *J Sex Med*. 2006 Jan;3(1):164-9.
11. Girling R, Salisbury M, Ersek RA. Vaginal labioplasty. *Plast. Reconstr. Surg*. 115: 1792, 2005.
12. Alter, G.J. A new technique for aesthetic labia minora reduction. *Ann. Plast. Surg*. 40: 287, 1998.
13. Choi Hee Youn, Kim Kyung Tai. A New Method for Aesthetic Reduction of Labia Minora (the Deepithelialized Reduction Labioplasty). *Plast. Reconstr. Surg*. 105(1): 419-422, January 2000.
14. Laub DR. A New Method for Aesthetic Reduction of Labia Minora (the Deepithelialized Reduction Labioplasty). *Plast. Reconstr. Surg*. 105(1): 423-424, January 2000.
15. 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*. 113(6):1820-1825, May 2004.
16. Maas S, Hage JJ. Functional and Aesthetic Labia Minora Reduction. *Plast. Reconstr. Surg*. 105(4):1453-1456, April 2000.