

Revista Cubana de Urología

ARTÍCULO ORIGINAL

Urología Pediátrica

Hipertrofia de labios menores en la pubertad

Labia minora hypertrophy at puberty

Yarumi Ochoa Gibert, Martha Rodríguez Pérez, José Pérez Rodríguez

Hospital Pediátrico Docente Cerro. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: La hipertrofia de labios menores es una entidad de incidencia desconocida que puede atribuirse a varios factores, reportada con mayor frecuencia en la pubertad. La técnica quirúrgica más utilizada es la resección simple del borde distal. **Objetivo:** Describir los resultados del tratamiento quirúrgico en pacientes con diagnóstico de hipertrofia de labios menores tratadas por el Servicio de Urología del Hospital Pediátrico Docente Cerro en el período 2012-2017. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de 21 pacientes con diagnóstico de hipertrofia de labios menores, operadas de labioplastia de reducción por la técnica de resección simple del borde distal. Se tuvo en cuenta la edad, color de la piel, edad de la menarquia, formas de presentación clínica, lateralidad, tamaño de los labios menores y complicaciones del tratamiento quirúrgico. El seguimiento fue durante un año. **Resultados:** La edad promedio fue de 13 años. Predominaron las pacientes de piel blanca (66,7 %). Se encontró una paciente (4,8 %) con antecedentes familiares de hipertrofia de labios menores. El 52,4 % asistieron a consulta por aumento de volumen de los labios, y el 19 % por molestias. Los síntomas aparecieron después de la menarquia en 17 pacientes (81 %). Fue más frecuente bilateral (76,2 %) con un tamaño promedio de los labios de 5,7 cm. Requirieron cirugía del capuchón del clítoris el 14,3 %. Se reportó una complicación (4,8 %). **Conclusiones:** Consideramos que puede existir una relación directa entre la menarquia y la aparición de los síntomas. Los resultados de la técnica quirúrgica empleada fueron satisfactorios estéticamente y funcionalmente, con un bajo porcentaje de complicaciones.

Palabras clave: Hipertrofia; labios menores; labioplastia; pubertad; adolescencia.

Introduction: Labia Minora Hypertrophy of unknown incidence is most common during puberty and its origins is multi-factorial. One of the most practiced interventions is the Edge resection technique.

Objective: To describe the outcomes of surgical treatment of patients treated by labia minora hypertrophy at Hospital Pediátrico Docente Cerro by Urology's Service. **Methods:** Descriptive study from 21 patients treated with labiaplasty by edge resection technique. Were evaluated age, skin color, first menstruation, clinical manifestation, labia minora length, laterality and surgical complications. Follow-up time was a year. **Results:** Median age of 13 years. Majority had white skin (66.7 %). One patient (4.8 %) had familiar antecedents of LH. 52.4 % complain of abnormal protruding and 19 % of irritation and discomfort. 17 (81 %) adolescents referred symptoms after first menstruation. Bilateral 76.2 % with median length of labia minora of 5.7 cm. 14.3 % required surgery for clitoral hood. Is reported one (4.8 %) complication. **Conclusions:** We considered that could be a relationship between first menstruation and first symptoms appeared. Outcomes of edge resection techniques were goods with a high degree of satisfaction and with few complications

Key words: Hypertrophy; Labia minora; Labiaplasty; Puberty; Adolescence.

INTRODUCCIÓN

La hipertrofia de labios menores (HLM) es una variante anatómica de los genitales externos femeninos. Consiste en una desproporción en su tamaño, ancho y longitud, en relación con el de los labios mayores.¹

Es una enfermedad de incidencia desconocida² y poco descrita en la literatura científica. Se ha reportado con mayor frecuencia en la pubertad,³ lo cual origina que muchas pacientes no lo comuniquen a la familia ni al médico, aunque, los cambios actuales en la conducta sexual y en la valoración estética han hecho que esta entidad sea cada vez más habitual.²⁻⁴

La labioplastia o reducción quirúrgica de los labios menores, está indicada cuando estos miden más de 4 cm en extensión y ante molestias funcionales y estéticas.⁵ Aunque se han descrito múltiples técnicas quirúrgicas, la más utilizada es la resección simple del borde distal con tijeras, bisturí, electrocauterio o láser.²

Teniendo en cuenta lo anteriormente expresado se decide presentar los resultados del tratamiento quirúrgico empleado en 21 adolescentes con hipertrofia de labios menores.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de 21 pacientes con diagnóstico de hipertrofia de labios menores, operadas mediante resección simple del borde distal entre los años 2012 y 2017 en el Hospital Pediátrico Docente Cerro.

Se incluyeron aquellas pacientes con aumento de volumen de los labios de más de 4 cm, con molestias locales o síntomas irritativos. Todas fueron evaluadas por Endocrinología, descartándose la presencia de trastornos hormonales o del desarrollo sexual.

Se tuvo en cuenta la edad, color de la piel, antecedentes patológicos personales y familiares, edad de la menarquia, formas de presentación clínica, lateralidad, tamaño de los labios menores y el tratamiento quirúrgico.

La técnica de labioplastia de reducción empleada se describe a continuación:

Se coloca a la paciente en posición de litotomía, se evalúa la anatomía de ambos labios y se deciden las líneas de corte buscando la mayor simetría posible. Se reseca el borde distal del o los labios menores con tijeras o electrocauterio. Se realiza hemostasia cuidadosa del lecho y posteriormente se cierra con puntos continuos utilizando sutura reabsorbible cromado 4-0 o 5-0.

La cirugía se realizó de forma ambulatoria con anestesia general o máscara laríngea; previo consentimiento informado de los padres y las pacientes.

En el postoperatorio se indicó aseo con agua yodada, tratamiento antibiótico con Cefalexina oral y antiinflamatorios no esteroideos por un máximo de siete días. Se realizó seguimiento en consulta externa a las 24 horas, a la semana, al mes, tres meses, seis meses y al año.

Los datos fueron recolectados de las historias clínicas e informes operatorios y se realizó, además, una revisión bibliográfica del tema.

RESULTADOS

Se diagnosticaron 21 pacientes con hipertrofia de labios menores con criterios de tratamiento

quirúrgico. La edad promedio fue de 13 años (rango: 11-14 años). El color de la piel predominante fue la blanca, con 14 (66,7 %) adolescentes y se reportó solo una paciente con antecedentes familiares de HLM, representando el 4,8 %.

El principal motivo de consulta fue el aumento de volumen de los labios menores (52,4 %) y asociado a molestias el 28,6 % ([tabla 1](#)).

Tabla 1. Motivo de consulta

Motivo de consulta	Número	%
Aumento de volumen	11	52,4
Molestias	4	19
Aumento de volumen y molestias	6	28,6
Total	21	100

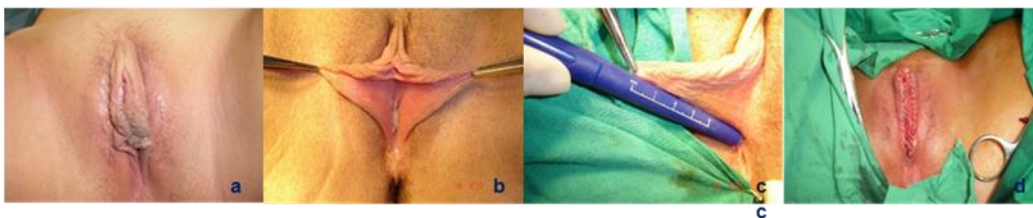
La mayoría de las pacientes (81 %) refieren el inicio de los síntomas de seis meses a un año después de la aparición de la menarquia, solo el 19 % lo reporta antes de la pubertad ([tabla 2](#)).

Tabla 2. Relación de la menarquia con el inicio de los síntomas

Relación de la menarquia con el inicio de los síntomas	Número	%
Premenarquia	4	19
Posmenarquia	17	81
Total	21	100

Al examen físico, el tamaño de los labios menores, osciló entre 5 y 7 cm para un promedio de 5,7 cm. Bilateral en 16 pacientes (76,2 %) siendo simétrica en el 56,3 % ([Fig. 1](#)) y asimétrica

Figura 1: Hipertrofia de labios menores bilateral simétrica. Pre y postoperatorio.



a, b y c: preoperatorio; d postoperatorio

Figura 2: Hipertrofia de labios menores bilateral asimétrica. Pre y postoperatorio.



a y b: preoperatorio; c postoperatorio

en el 43,7 % (Fig. 2); unilateral derecha en 4 (19 %) e izquierda en 1 (4,8 %) (tablas 3 y 4).

Tabla 3. Lateralidad

Lateralidad	Número	%
Derecho	4	19
Izquierdo	1	4,8
Bilateral	16	76,2
Total	21	100

Presentaron además hipertrofia del capuchón del clítoris 3 (14,3 %) pacientes (Fig. 3).

Se realizó la labioplastia de reducción por técnica de resección simple del borde distal a

Tabla 4. Simetría de la hipertrofia de labios bilateral

Simetría	Número	%
Bilateral simétrica	9	56,3
Bilateral asimétrica	7	43,7
Total	16	100

todas las pacientes sin complicaciones transoperatorias. Reportamos la dehiscencia

parcial de la herida de un labio al cuarto día del postoperatorio en una paciente (4,8 %).

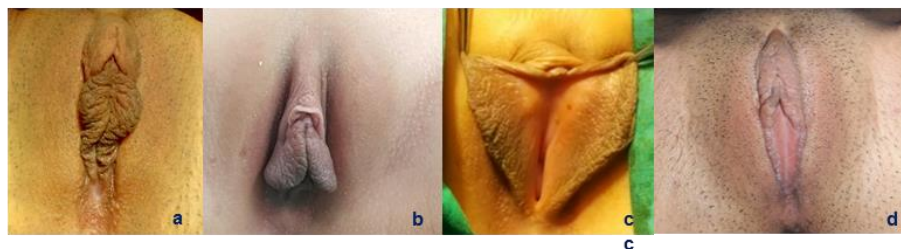
Todas las pacientes refieren desaparición de los síntomas preoperatorios. Los resultados estéticos fueron favorables en el 100 % de los casos, sin evidencias de trastornos psicológicos.

DISCUSIÓN

En la actualidad no existen criterios estandarizados para el diagnóstico de la hipertrofia de labios menores, aunque se considera cuando la distancia desde la base del labio hasta el borde es superior a 4-5 cm.^{1,2,4} La etiología es desconocida, pero se invocan varios factores que favorecen su aparición, tales como: uso de hormonas androgénicas, desbalances hormonales, irritación local crónica y condición congénita o idiopática que corresponde a la mayoría de los casos.⁵

Así como en los resultados obtenidos en este estudio, en la literatura se reporta que las

Figura 3: Hipertrofia de labios menores y de capuchón del clítoris. Pre y postoperatorio.



a, b y c: preoperatorio; d postoperatorio

pacientes consultan por la condición estética (aumento de volumen de los labios) y la presencia de síntomas de irritación local, vulvovaginitis, molestias al sentarse, al caminar o al correr, con el uso de ropas ajustadas, dificultades con la higiene personal, dispareunia; todo lo cual se asocia a trastornos psicológicos.^{1,5-7}

A pesar de ser una entidad de aparición frecuente en la pubertad,^{1,2} no se describe en los reportes revisados relación entre el inicio de los síntomas y la menarquia. No se puede negar la existencia de la HLM antes de los cambios hormonales vinculados con la menarquia, pero estos pudieran ser el detonante que pone de manifiesto el estado patológico.

Existen múltiples técnicas quirúrgicas de labioplastia de reducción, la primera fue descrita por Capraro en 1971, conocida también como "Edge resection" o "Clip and Snip",^{8,9} y es la más utilizada hasta hoy por su sencillez y eficacia en los resultados estéticos y funcionales.^{10,11} Esta resección simple del borde distal de los labios menores se puede realizar con tijera, bisturí, electrocauterio o láser. No hay comunicaciones aleatorias que permitan evidenciar ventajas de uno de estos instrumentos.⁵ En este estudio no encontramos diferencias en cuanto a resultados con el uso de la tijera o el electrobisturí.

La incidencia de las complicaciones postquirúrgicas es baja,⁹ Motakef en una revisión de la literatura encontró que la más frecuente es la dehiscencia de la herida,¹² aunque se describen otras como el granuloma, la recurrencia¹¹ y hematomas.¹³

Se reporta que los resultados estéticos y psicológicos son favorables en la mayoría de las pacientes operadas.⁹ Los resultados de este estudio coinciden con lo publicado internacionalmente en este tema, esto se basa en el grado de satisfacción por la desaparición de los síntomas y la remodelación de los labios menores.

A pesar de constatar un aumento de la incidencia de la HLM en las adolescentes en los últimos años, no existen estudios con un número representativo como para estandarizar criterios de tratamiento quirúrgico o el empleo de una técnica determinada en estas pacientes. La HLM continúa siendo una entidad poco conocida, poco diagnosticada y por consiguiente poco tratada.

En conclusión, consideramos que puede existir una relación directa entre la menarquia y la aparición de los síntomas. Los resultados de la técnica quirúrgica empleada fueron satisfactorios, desde el punto de vista estético y funcional, con un bajo porcentaje de complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pozo Sd, Molina MA. Hipertrofia de labios menores. A propósito de un caso. Rev Pediatr Aten Primaria. 2013;15:246e93-e96.
2. Marín JM, Guerra S, Cuesta C, Martínez M, Arina R, Lete I. Hipertrofia de labios menores de vulva: reducción con plastia en Z. Prog Obstet Ginecol. 2013;56(1):35-7.
3. Pentón RJ, Álvarez MC, Roche CS. Hipertrofia de labios menores en una paciente adolescente. Acta Médica del Centro. 2012 [cited 2017 Abr

14];6(1). Available from:
http://www.actamedica.sld.cu/r1_12/hipertrofia.htm

4. Sanjuán S, Torres A, Enríquez E, Ayuso R, Santamaría JI. Hipertrofia de labios menores en la pubertad. *Cir Pediatr*. 2009;22:109-11.

5. Pardo J, Solá V, Galán G, Contreras L. Labioplastia genital, experiencia y resultados en 500 casos consecutivos. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2015;80(5):394-400.

6. González PI. Classification of Hypertrophy of Labia Minora: Consideration of a Multiple Component Approach. *Surg Technol Int*. 2015 [cited 2017 Abr 20];27:191-4. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26680395#>

7. Chang P, Salisbury MA, Narsete T, Buckspan R, Derrick D, Ersek RA. Vaginal Labiaplasty: Defense of the Simple "Clip and Snip" and a New Classification System. *Aesthetic Plast Surg*. 2013;37(5):887-91.

8. Capraro VJ. Congenital anomalies. *Clin Obstet Gynecol*. 1971;14:988-1012.

9. Oranges CM, Sisti A, Sisti G. Labia minora reduction techniques: a comprehensive literature review. *Aesthet Surg J*. 2015;35(4):419-31.

10. Hamori CA. Postoperative clitoral hood deformity after labiaplasty. *Aesthet Surg J*. 2013;33(7):1030-6.

11. Bragagnini P, Álvarez N, González Y, Ruiz M, Escartín R, González N. Hypertrophy of labia minora. A growing problem in adolescence. *Cir Pediatr*. 2015;28(4):196-9.

12. Motakef S, Rodriguez-Feliz J, Chung MT, Ingargiola MJ, Wong VW, Patel A. Vaginal labiaplasty: current practices and a simplified classification system for labial protrusion. *Plast Reconstr Surg*. 2015;135(3):774-88.

13. Ouar N, Guillier D, Moris V, Revol M, Francois C, Cristofari S. [Postoperative complications of labia minora reduction. Comparative study between wedge and edge resection]. *Ann Chir Plast Esthet*. 2017 [cited 2017 May 25]. Available from:
[https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0294-1260\(17\)30022-5](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0294-1260(17)30022-5)

Recibido: 24 de noviembre de 2017.

Aprobado: 25 de enero de 2018.

Yarumi Ochoa Gibert. Hospital Pediátrico Docente Cerro. La Habana, Cuba.

Correo electrónico: varuog@infomed.sld.cu