

# Hipertrofia de labios menores en la pubertad

S. Sanjuán Rodríguez, A. Torres de Aguirre, E. Enríquez Zarabozo, R. Ayuso Velasco, J.I. Santamaría Ossorio

*Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno-Infantil. Badajoz*

## RESUMEN

La hipertrofia de los labios menores es una patología muy poco frecuente, que puede aparecer a cualquier edad, aunque se ha observado con mayor incidencia durante la pubertad.

En algunos casos, la hipertrofia es tan grande que, no solamente va a originar trastornos locales, sino que puede dificultar las relaciones sexuales, desencadenando problemas serios de comportamiento.

Presentamos 2 casos a los que se les realizó una labioplastia, no teniendo ninguna complicación inmediata; desde el punto de vista estético, a largo plazo, ha sido excelente el grado de satisfacción de nuestras pacientes y de los cirujanos.

**PALABRAS CLAVE:** Hipertrofia de labios menores; Labioplastia; Pubertad.

## LABIA MINORA HYPERTROPHY IN THE PUBERTY

### ABSTRACT

The labia minora hypertrophy is a very low frequent entity, being probably at any age, but with more incidence in puberty.

In some cases, the labia hypertrophy is so big to provoke urinary and sexual-relationship problems, with their behaviour consequences.

We present two cases in which a labioplasty was done, without any complications. Also from the aesthetic point of view the long term results have been excellent for our patients.

**KEY WORDS:** Labia minora hypertrophy; Labioplasty; Puberty.

## INTRODUCCIÓN

La patología de los labios menores de la vulva es muy poco conocida, llamando la atención lo escueto de los libros clásicos de ginecología; además, se asocia que esta patología aparece con mayor incidencia durante la pubertad, lo cual ori-

gina que muchas pacientes no lo comuniquen a la familia ni al médico<sup>(1-5)</sup>; no obstante, debido a los cambios sociales actuales: relaciones sexuales más tempranas y mayor libertad sexual, hace que este tipo de problema sea cada vez más habitual, por lo que debemos familiarizarnos con esta patología<sup>(6-8)</sup>.

## CASOS CLÍNICOS

Presentamos a 2 mujeres de 12 y 13 años, respectivamente, que acuden por presentar un crecimiento excesivo de los labios menores de la vulva, que originan molestias locales.

A la exploración, una de nuestras pacientes presentaba una hipertrofia unilateral de unos 4 cm (Fig. 1), mientras que la otra mostraba una hipertrofia bilateral, simétrica, de 6 cm que simulaban bolsas escrotales (Fig. 2).

No existían antecedentes familiares ni personales de interés, teniendo la menarquia a los 12 años y siendo la menstruación normal.

En ambos casos, el estudio genético fue cariotipo femenino normal, así como el estudio ginecológico y endocrinológico, ecografía de abdomen y ginecológica.

Se practica una labioplastia, uni y bilateral respectivamente, suturando los bordes con hilo reabsorbible, colocando previamente una sonda de Foley que se mantuvo durante 3-4 días, aplicación de frío local y separación de los labios mediante una grasa impregnada en crema vaginal.

No hemos observado ninguna complicación en el postoperatorio inmediato y la evolución a largo plazo es muy satisfactoria, presentando un excelente aspecto estético.

## DISCUSIÓN

Se considera que existe una hipertrofia de los labios menores cuando la distancia desde la base del labio hasta el borde es superior a 4-5 cm, pudiendo alcanzar en algunos casos un tamaño superior a 10 cm, y se aconseja realizar el tratamiento quirúrgico cuando la hipertrofia es superior a 4 cm<sup>(1,5,6,9)</sup>.

**Correspondencia:** Dr. Santiago Sanjuán Rodríguez. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno-Infantil. C/ La Violeta s/n. 06010 Badajoz  
E-mail: s.sanjuan.terra.es

Recibido: Junio 2008

Aceptado: Marzo 2009



**Figura 1.** Hipertrofia unilateral.

La hipertrofia de los labios puede ser uni o bilateral, simétrica o asimétrica, siendo ésta la más frecuente<sup>(1,3,5,10)</sup>.

En ninguna de nuestras pacientes pudimos saber cuál era la causa de la hipertrofia, siendo habitualmente la etiología desconocida. Sin embargo, en algunos casos se ha observado después de administración de andrógenos durante la infancia, así como, en mujeres que tienen relaciones sexuales en edad temprana o que se masturban con frecuencia. También se ha visto en mujeres ciclistas y, excepcionalmente, puede existir un componente genético<sup>(3,5,6)</sup>.

En la literatura revisada llama la atención que casi todos los estudios realizados han sido normales y que en el estudio histológico de los labios no se han observado alteraciones significativas<sup>(2,8)</sup>.

Excepcionalmente, la hipertrofia puede ser secundaria a infección por *filaria sanguinis hominis* que origina un bloqueo de los conductos linfáticos, provocando un linfedema labial<sup>(1,7,9)</sup>.

Esta patología se ha observado también en pacientes con vejiga neurógena, considerándose que la inflamación crónica de los genitales por la orina, así como el contacto con los pañales, puede provocar la hipertrofia de los labios<sup>(4,8)</sup>.

En algunas tribus de Africa se provoca la hipertrofia voluntaria mediante estiramiento mantenido de los labios, y en Euro-



**Figura 2.** Hipertrofia bilateral.

pa también se ha observado después de la colocación de *piercing*<sup>(1,7)</sup>.

Si bien esta patología puede aparecer a cualquier edad, se ha observado una mayor incidencia en mujeres menores de 20 años, como nuestros 2 pacientes, y en mujeres multíparas<sup>(5,7)</sup>.

La clínica de presentación es muy variada, suele manifestarse por problemas de irritación local, incomodidad al caminar o al sentarse, así como problemas con la higiene personal durante la menstruación<sup>(2,4,6)</sup>.

Los trastornos locales pueden aumentar de intensidad en actividades en que se comprime la vulva: caminar, correr, montar en bicicleta o a caballo, etc.<sup>(2,3,6)</sup>.

En algunas mujeres, provoca que no tengan relaciones sexuales debido al miedo a mostrar su vulva, mientras que en otras puede originar dispareunia por entrada de los labios en la vagina durante el coito<sup>(2,4)</sup>.

En los casos aparecidos en mujeres afectas de vejiga neurógena, a las molestias habituales observadas en todas las mujeres, se suma la dificultad para realizar los cateterismos intermitentes<sup>(2,4)</sup>.

Como consecuencia de todo lo anterior, se originan trastornos psicológicos importantes que repercuten negativamente en la vida personal y social de estas pacientes<sup>(1,2,4,5)</sup>.

Aunque el tratamiento debe ser individualizado, existen diferentes técnicas quirúrgicas, todas ellas con buenos resultados estéticos, si bien se han publicado casos de dehiscencia de la anastomosis, necesitando una segunda intervención<sup>(2,6,9)</sup>.

Durante la labioplastia, antes de realizar la sutura, es necesario comprobar el tamaño del prepucio del clítoris, por si fuera necesario realizar una extirpación parcial<sup>(9,10)</sup>.

La mayoría de las complicaciones están relacionadas con la infección o dehiscencia de la anastomosis, para lo cual aconsejamos colocar una sonda de Foley y crema vaginal.

El grado de satisfacción de nuestras pacientes a largo plazo es excelente, así como, el de los cirujanos, pero algunas

pacientes se quejan del tamaño de sus nuevos labios: demasiado pequeños o demasiado grandes<sup>(2,6,7,10)</sup>.

Ninguna de nuestras pacientes ha mantenido relaciones sexuales después de la intervención pero, excepcionalmente, puede aparecer dispareunia como consecuencia de fibrosis de la cicatriz<sup>(5,6,8,10)</sup>.

Esta intervención la hemos realizado con anestesia general, si bien, hay autores que en mujeres adultas la realizan con anestesia local, siendo aconsejable colocar una sonda de Foley y aplicar hielo local, durante varios días, para disminuir el edema local y evitar las retenciones de orina.

Consideramos que esta patología es poco conocida, siendo cada vez más habitual debido a cambios sociales; origina molestias genitales que pueden provocar trastornos emocionales, siendo solucionados mediante una labioplastia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sakamoto H, Ichikawa G, Shimizu Y, Kikuchi A, Yamamoto Y. Extreme hypertrophy of the labia minora. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 1225-1226.
2. Rouzier R, Louis-Sylvestre C, Paniel B, Haddad B. Hypertrophy of labia minora: experience with 163 reductions. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 35-40.
3. Humphries D. Unilateral vulvar hypertrophy in competitive female cyclists. *Br J Sports Med* 2002; 36: 464-464.
4. Kato K, Kondo A, Gotoh M, Tanaka J, Saitoh M, Namiki Y. Hypertrophy of labia minora in myelodysplastic women. Labioplasty to ease clean intermittent catheterization. *Urology* 1988; 31: 294-296.
5. Schroeder B. Vulvar disorders in adolescents. *Obst Gynecol Clin North Am* 2000; 27: 35-48.
6. Pardo J, Solá V, Ricci P, Guilloff E. Laser labioplasty of labia minora. *Int J Gynaecol Obstet* 2006; 93: 38-43.
7. Youn Choi H, Tai Kim K. A new method for aesthetic reduction of labia minora (the deepithelialized reduction labioplasty). *Plast Reconstr Surg* 2000; 105: 419-422.
8. Mendoca A, Filassi JR, Ricci M, Aldrighi C, Correia LD, Ferreira MC. Aesthetic labia minora reduction with inferior wedge resection and superior pedicle flap reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2006; 118: 1237-1247.
9. Filassi JA, Mendoca A, Ricci MD, Roberto de Melo N. Aplicação do retalho labial superior para a correção cirúrgica da hipertrofia de pequenos lábios. *Brás Ginecol Obstet* 2004; 26: 735-739.
10. Giraldo F, González C, de Haro F. Central wedge nympectomy with a 90-degree z-plasty for aesthetic reduction of the labia minora. *Plast Reconstr Surg* 2004; 13: 1820-1825.