



## LABIOPLASTIA CON LÁSER CO<sub>2</sub>: BENEFICIOS Y COMPLICACIONES

CO<sub>2</sub> LASER LABIAPLASTY: BENEFITS AND COMPLICATIONS

<sup>1,2,3</sup>Maribi Azuaje Ponce, <sup>1,2,3</sup>Nataly Cedillo Delysqui, <sup>1,2,3</sup>Ajakaida Renaud

<sup>1</sup>Universidad Nororiental Privada Gran Mariscal de Ayacucho, Barquisimeto, Venezuela.

<sup>2</sup>Diplomado Superior de Medicina Fotónica en Ginecología, Barquisimeto, Venezuela.

<sup>3</sup>Universidad Yacambú, Cabudare, Venezuela. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.8196684>

Autor de correspondencia: Ajakaida Renaud, Email: [maribiazuaje2@gmail.com](mailto:maribiazuaje2@gmail.com)

Recibido: 20 mayo 2023. Aceptado: 25 junio 2023.

### RESUMEN

La labioplastia es un procedimiento quirúrgico que se emplea para mejorar el aspecto funcional, estético y psicosocial de la vulva, cada día aumenta su demanda debido a los múltiples beneficios que conlleva. Han sido descritas diversas técnicas, con el objetivo de obtener mejores resultados, así como disminuir las complicaciones intra y postoperatorias. **Objetivo:** evaluar los beneficios del uso del Láser CO<sub>2</sub> en las labioplastias. **Método:** se realizó un estudio observacional, longitudinal y retrospectivo en 50 pacientes quienes acudieron a consulta privada, en el periodo comprendido entre los años 2014-2016, con diagnóstico de hipertrofia de labios menores grado II - III según la clasificación de Motakef. Se les realizó labioplastia en consultorio con Láser CO<sub>2</sub> y seguimiento a dos años, donde fue evaluada la evolución de las mismas y la presencia o no de complicaciones. **Resultados:** la edad promedio de solicitud de la intervención fue de 30 años, donde el 80% de las pacientes tenía entre 20 y 39 años. En el 86% de los casos el grado de hipertrofia de labios fue Grado III y el motivo de consulta más frecuente el Discomfort, con un 44 % de prevalencia. El 4% presentó complicaciones a causa del procedimiento. **Conclusiones:** La labioplastia con Láser CO<sub>2</sub> es un procedimiento seguro, realizado por manos expertas con amplios conocimientos de la tecnología Láser, con una baja tasa de complicaciones y una alta tasa de satisfacción.

**Palabras clave:** labioplastia, hipertrofia de labios menores, labioplastia láser, cirugía cosmética genital femenina

### ABSTRACT

Labioplasty is a surgical procedure that is used to improve the functional, aesthetic and psychosocial aspect of the vulva, each day increases its demand due to the multiple benefits that it entails. Several techniques have been described, with the aim of obtaining better results, as well as reducing intra and postoperative complications. **Objective:** To evaluate the benefits of the use of the CO<sub>2</sub> Laser in the Labioplasty. **Method:** an observational, longitudinal and retrospective study was carried out in 50 patients who attended private consultation, in the period between 2014-2016, with a diagnosis of lip hypertrophy grade II - III according to the Motakef classification. They underwent labioplasty in a CO<sub>2</sub> laser office, with a follow-up of two years, where the evolution of them and the presence or absence of complications were evaluated. **Results:** It was found that the average age of application for the intervention was 30 years, where 80% of the patients were between 20 and 39 years old. In 86% of the cases, the degree of lip hypertrophy was Grade III and the most frequent reason for consultation was Discomfort with a 44% prevalence. Of these 50 patients, only 4% had complications due to the procedure. **Conclusions:** Laser CO<sub>2</sub> labioplasty is a safe procedure, performed by expert hands with extensive knowledge of Laser technology, with a low rate of complications and a high satisfaction rate.

**Keywords:** Labioplasty, labia minora hypertrophy, Female genital cosmetic surgery, laser labioplasty



## INTRODUCCIÓN

La labioplastia o reducción quirúrgica de labios menores, que puede incluir parte del capuchón del clítoris, es un procedimiento quirúrgico que se emplea para mejorar el aspecto estético, psicosocial y funcional de la vulva, cada día aumenta la demanda de este procedimiento, el cual, a pesar que su práctica tiene más de 35 años, no cuenta con suficientes publicaciones científicas <sup>(1-5)</sup>.

Han sido descritas diversas técnicas de labioplastia, además de la implementación del uso de tecnología innovadora en su práctica, basado en la búsqueda de mejores resultados, con una mejor tolerancia por parte de las mujeres y con menos complicaciones intra y postoperatorias <sup>(1-5)</sup>.

Según la Sociedad Estadounidense de Cirugía Plástica Estética, las cifras de labioplastia aumentaron un 23% entre 2015 y 2016 <sup>(1)</sup>.

Estos procedimientos de reducción sirven tanto para preservar la estética y confort de las pacientes como mantener el delicado suministro neurovascular de los labios.

Los labios menores, o ninfas, son un par de pliegues fibrosos recubiertos de piel, que contiene glándulas sebáceas y sudoríparas, en la parte superior se dividen a su vez en dos repliegues, uno anterior y otro posterior, que se unen entre sí con su contralateral, el pliegue anterior forma el capuchón del clítoris y el pliegue posterior forma el frenillo del clítoris.

En su parte inferior se unen para formar la comisura posterior de los labios menores u Horquilla, que delimita con la comisura posterior de los labios mayores, la fosa Navicular.

No hay una medida estándar de normalidad de los labios menores, pero se dice que estos no deben sobresalir 1 cm más allá del introito <sup>(2-4)</sup>, cuando esto ocurre hablamos de hipertrofia.

En 1983 Friedrich definió la hipertrofia de labios menores cuando la máxima anchura entre

la línea media y el borde libre lateral de los labios menores media más de 5 cm <sup>(5)</sup>.

Otros autores han sugerido que la anchura normal de los labios menores debía ser inferior a 3 - 4 cm <sup>(6)</sup>.

La etiología de la hipertrofia de labios, es desconocida, aunque encontramos factores predisponentes como: inicio temprano y frecuente de las relaciones sexuales, masturbación, uso de andrógenos en la infancia, la práctica de algunos deportes (ciclismo, equitación o atletismo) que producen microtraumatismos locales, la predisposición genética y racial, el uso de piercing, falta de higiene, infecciones urinarias frecuentes como en el caso de la vejiga neurógena o uso crónico de pañales, así como también en infecciones por *Filaria sanguinis hominis*, ya que produce bloqueo en el drenaje linfático local, produciendo linfedema <sup>(7,8)</sup>.

En 1983 Hodgkinson publica uno de los primeros artículos de labioplastia, a partir de allí han surgido diversas clasificaciones de hipertrofia, entre las que encontramos: la clasificación para la hipertrofia labial de Ricci y Pardo, que divide en: ausencia de hipertrofia verdadera: labio menor con una medida menor a 2 cm o de tamaño normal, pero con un defecto morfológico como la asimetría.

Hipertrofia verdadera moderada: labios menores con medidas de entre 2-3 cm con zonas de mucho crecimiento.

Hipertrofia verdadera severa: labios menores de 4 cm o más con o sin zonas de mucho crecimiento <sup>(3)</sup>.

La clasificación de Yhelda Felicio que en 1992 publicó la primera clasificación de la hipertrofia de labios menores, en la revista francesa *La Revue de Chirurgie Esthétique de Langue Française* <sup>(9)</sup>.

Esta clasificación en algunas publicaciones se asigna erróneamente y es publicado como calificación Franco <sup>(10,11,12)</sup>.



La clasificación tiene en cuenta la distancia entre la base del labio menor, cerca del introito vaginal, y el borde más lejano.

Grado 1: hasta 2 cm (< 2 cm), Grado 2: 2 a 4 cm (> 2 y < 4 cm), Grado 3: 4 a 6 cm (> 4 y < 6 cm), Grado 4: mayor de 6 cm (> 6 cm).

La clasificación de Cunha, 2011 <sup>(9)</sup>, describe lo siguiente:

Tipo 1: exceso de piel en región posterior/inferior, adyacente al intro vaginal, Tipo 2: exceso de piel que se extiende lateralmente superior al clitoris, Tipo 3: exceso de piel en toda área, incluyendo el prepucio del clitoris.

La clasificación Motakef, 2015 <sup>(10)</sup>, tiene en cuenta la parte de los labios menores que sobresalen, es decir, la distancia entre los labios mayores y el extremo más alejado de los labios menores.

Clase 1: cero a 2 cm (<2 cm), Clase 2: 2 a 4 cm ( $\geq 2$  y < 4 cm), Clase 3: mayor que 4 cm (> 4 cm). A la clasificación numérica se añade "A" en caso de asimetría y "C" en el caso de aumento del capuchón del clitoris y prepucio.

La labioplastia es un procedimiento que se puede realizar con distintas técnicas, se han descrito en diversas publicaciones y con distintos materiales a utilizar, desde el bisturí en frío, el bisturí electrónico, hasta incorporar el uso del Láser.

Dentro de estas técnicas se encuentran: la Z-plastia <sup>(11)</sup>, la técnica de Wedge también llamada en "V" <sup>(12)</sup>, la técnica de Trim, la técnica de desepitelización <sup>(13)</sup>, una técnica recientemente realizada por el Dr. David Matlock y finalmente la Hoodectomia en Herradura descrita por el Dr. Jorge Gaviria.

A continuación, se describen las técnicas más usadas:

Técnica de Zeta-plastia. Esta técnica se puede realizar bajo anestesia general, local o regional.

Se toma y fija cada labio con pinzas de Allis, se trazan dos zetas de 90° en la porción medial de

cada labio, los bordes de las zetas deberán de confluir en el meato urinario, se infiltra el labio con lidocaína y epinefrina para garantizar una hemostasia intraoperatoria; posteriormente se incide haciendo hemostasia, se aproximan los bordes de cada extremo y finalmente se unen mediante sutura Vicryl 4-0 con puntos simples o continuos.

La ventaja es que reduce la tensión de la sutura, limitando así el riesgo de dehiscencia sin alterar la morfología o coloración del borde libre <sup>(14)</sup>. En la actualidad se emplea sutura Vicryl 5.0 como es descrito en el trabajo de Pardo y colaboradores en la revista chilena de ginecología del 2015 <sup>(3)</sup>.

Técnica de Trim. Esta técnica es la más simple y, por ende, la más realizada por los cirujanos.

Se realiza mediante un corte longitudinal del labio con la extracción de la porción hipercrómica redundante y la aproximación de la herida mediante sutura absorbible.

Técnica de Wedge o en "V". Esta técnica reduce tamaño y longitud del labio menor no deseado mediante una incisión en V del tejido labial, con la siguiente unión de los bordes mediante sutura absorbible.

Esta técnica se puede realizar mediante anestesia local, regional o general y brinda la ventaja de que la cicatriz pasa inadvertida, conservando así la textura del borde longitudinal del labio menor y su apariencia.

La desventaja de esta técnica es que no logra la extracción del borde labial hipercrómico y puede presentarse dehiscencia de la herida por la tensión.

Técnica de desepitelización. Fue descrita por primera vez en el 2000 por el Dr. Choi, se puede realizar bajo anestesia local, regional o general, previa incisión se infiltra el labio con lidocaína y epinefrina, posteriormente, se traza y realiza una desepitelización del área central en los lados mediales y laterales de ambos labios; la remoción de la porción epitelial podrá realizarse con bisturí o láser y finalmente, se afrontarán los bordes con sutura absorbible.



Esta técnica tiene la ventaja de reducir el exceso de tejido vertical permitiendo la conservación del colgajo labial, además preservará las características sensitivas y eréctiles del labio <sup>(12)</sup>.

El uso del Láser en la práctica médica llegó para quedarse, debido a los múltiples beneficios que se han encontrado.

LÁSER, su nombre es un acrónimo que se formó con las iniciales de las palabras inglesas "*Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation*". Los láseres son aparatos que amplifican la luz y producen haces de luz coherente, su frecuencia va desde el infrarrojo, pasando por luz visible, luz ultravioleta hasta los rayos X más suaves.

Las longitudes de onda a través del espectro electromagnético son absorbidas por diferentes cromóforos tisulares, incluyendo la hemoglobina, la melanina, el tejido conjuntivo y el agua <sup>(15)</sup>.

La fototermólisis selectiva describe el efecto clínico deseable de las longitudes de onda del láser absorbidas selectivamente por un cromóforo en el tejido objetivo <sup>(16)</sup>.

Un haz de luz es coherente cuando sus ondas, o fotones, se propagan de forma acompasada, o en fase y en todo punto es idéntica en todo sentido.

Esto hace que la luz láser pueda ser extremadamente intensa y con una gran pureza de color (frecuencia), es condición indispensable que la luz sea monocromática (igual longitud de onda) en todo momento.

Actualmente existen láser que cubren desde el infrarrojo al ultravioleta, con una gran variedad en potencia de salida y grado de monocromaticidad.

Algunos tienen la posibilidad de generar impulsos de duración inferior al picosegundo. Otros, como los de colorantes y los de centros de color, permiten obtener una luz cuya longitud de onda puede variarse a voluntad del experimentador.

Esta diversidad de prestaciones ofrece la posibilidad de seleccionar el equipo adecuado a cada uso, quirúrgico y no quirúrgico.

Existen varios tipos de láser entre los que tenemos, el Láser de Alta Potencia. El efecto térmico de la radiación láser de elevada potencia, del orden de vatios, sobre los tejidos es la base del denominado «láser quirúrgico».

Los requerimientos básicos de un láser quirúrgico son: potencia elevada, emisión continua o alta tasa de impulsos y una longitud de onda que facilite una buena absorción tisular.

Las ventajas del láser quirúrgico sobre otras técnicas quirúrgicas convencionales consisten en la obtención de un mayor grado de hemostasia y asepsia, así como la tendencia a la curación y cicatrización de las heridas de forma más rápida y estética, con reducción, por lo tanto, del riesgo de trombosis vasculares.

A su vez, el láser acelera la resolución de los edemas y cataliza reacciones químicas, que intervienen en la transmisión de calor y en la liberación de determinadas sustancias.

Los principales tipos de láser empleados en cirugía son: el láser de rubí, el de dióxido de carbono, el de argón y el de neodimio-YAG.

El láser de dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) es muy eficiente, son láser de onda continua potentes y son los que más se han usados en ginecología hasta el presente.

Los equipos de Láser CO<sub>2</sub> emiten radiaciones infrarrojas, que está constituida por ondas electromagnéticas cuya longitud de onda es superior a 10000 nm, que es absorbida por el agua de los tejidos.

El láser CO<sub>2</sub> se indica habitualmente para cirugía de tejidos blandos. Estos son ricos en agua, la cual ofrece una gran absorción de la radiación infrarroja emitida por esta clase de láser.

El Láser CO<sub>2</sub> fue desarrollado por Patel en 1964. Como lo dice su nombre, se trata de un láser que utiliza gas como medio activo, con transiciones vibratorias en una molécula neutral



de dióxido de carbono, responsable de la emisión en el rango infrarrojo.

Si bien las moléculas de dióxido de carbono son las máximas responsables de la emisión, el medio de ganancia del láser también consiste en nitrógeno y helio <sup>(17)</sup>.

La transferencia de energía inicial es a una molécula de nitrógeno intermediario, el cual transfiere subsecuentemente su energía a la molécula de CO<sub>2</sub>.

Esta vuelve a su estado basal de energía, primero a través de la emisión de radiación infrarroja y posteriormente a través de colisiones con átomos de helio <sup>(17)</sup>.

El Láser de Rubí tiene una longitud de onda de 694 nm, lo que le confiere el color rojo característico a su radiación. En los primeros estudios sobre el láser como fotocoagulador oftalmológico, se utilizaron Láser de Rubí, con resultados muy satisfactorios en el tratamiento del desprendimiento de retina.

Más tarde fue sustituido por el Láser de Argón, pues su radiación de color verde, 414 nm de longitud de onda, presenta mayor absorción intravascular, de forma que en la actualidad el uso del Láser Rubí es muy reducido.

El Láser de Neodimio-YAG (Ytrio-Aluminio-Granate), presenta una menor absorción tisular que los anteriores, pero posee una potencia de salida mucho mayor, 20-120W. Emite en el infrarrojo proximal, con una longitud de onda de 1.060nm.

Su radiación puede transmitirse por fibra óptica con escasa pérdida de potencia, lo que lo hace idóneo para cirugía endoscópica. Sus aplicaciones, por tanto, se desarrollan en cirugía endobronquial, gastroenterología, urología y neurocirugía.

Se tiene también los Láser de Baja Potencia, estos trabajan a potencias inferiores a las de los quirúrgicos, del orden de miliwatios, y no elevan la temperatura tisular, sino que su acción se basa, principalmente, en efectos fotoquímicos.

La interacción de la radiación láser de baja potencia con los tejidos produce numerosos fenómenos bioquímicos. Localmente, tienen lugar algunos, como la liberación de sustancias autacoides (histamina, serotonina y bradicinina), así como el aumento de producción de ATP intracelular y el estímulo de la síntesis de ADN, síntesis proteica y enzimática.

La radiación láser, debido a su efecto fotoquímico, tiene una acción directa sobre el esfínter precapilar. Las sustancias vasoactivas lo paralizan y producen vasodilatación capilar y arteriolar, con dos consecuencias: el aumento de nutrientes y oxígeno, que, junto a la eliminación de catabolitos, contribuye a mejorar el trofismo de la zona. El incremento de aporte de elementos defensivos, tanto humorales como celulares.

El estímulo de la microcirculación, junto a otros fenómenos producidos en las células, favorece que se produzcan los procesos de reparación, lo que contribuye a la regeneración y cicatrización de pérdidas de sustancia.

Por otra parte, otros fenómenos celulares, como el aumento de la producción de ATP celular, la síntesis proteica y la modulación de la síntesis enzimática, junto a la activación de la multiplicación celular, favorecen la velocidad y calidad de los fenómenos reparativos.

Los principales láseres de este tipo son: el láser de helio-neón (He-Ne), el láser de arseniuro de galio (As-Ga) y el láser de CO<sub>2</sub> desfocalizado.

### Problema a estudiar

En los últimos años se ha incrementado el uso de nuevas tecnologías en la solución de problemas ginecológicos disminuyendo las intervenciones quirúrgicas invasivas, así como la demanda de mejores resultados estéticos y funcionales.

En este estudio se evalúan los beneficios en el uso de Láser CO<sub>2</sub> para la realización de Labioplastia.



## Objetivo

Evaluar la eficacia del uso del Láser CO<sub>2</sub> en labioplastia en consultorio.

## Criterios de inclusión

Posterior a la aceptación del consentimiento informado, se incluyeron pacientes entre 17 y 58 años, que se les realizó Labioplastia en consultorio en el Centro Médico Spinetti entre los años 2014-2016.

## Criterios de exclusión

Infecciones ginecológicas, patologías médicas crónicas no controladas, síndrome dismórfico corporal, hipertrofia de labios menor a grado II.

## MÉTODOLÓGÍA

Luego de obtenido los consentimientos informados, se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo a 50 pacientes que acudieron, en solicitud de labioplastia, a la consulta privada de la Dra. Ajakaida Renaud, en el Centro Médico Spinetti, en el periodo comprendido entre los años 2014-2016, con diagnóstico de hipertrofia de labios menores grado II - III según la clasificación de Motakef.

A las pacientes incluidas en este estudio se les realizó Labioplastia en consultorio, en posición de litotomía previa asepsia y antisepsia vulvoperineal y colocación de anestesia local, utilizando 1cc a 2 cc de Lidocaína al 2% en cada labio, posteriormente la Labioplastia con Láser CO<sub>2</sub>, previa demarcación de la zona de exéresis y colocación de clamp de anastomosis curvo en la línea Hart, empleando la técnica apropiada a cada caso, dependiendo del grado de hipertrofia, siguiendo las normas de bioseguridad adecuadas para uso de Láser.

En algunos procedimientos y según el requerimiento, se afrontaron los bordes de los labios con Vicryl Rapid 5.0.

A todas las pacientes se les hizo seguimiento en consultas posteriores a los 7, 15 y 21 días,

para evaluar el proceso de cicatrización, con evaluaciones posteriores a los 6 meses, al año y a los 2 años.

Todas las pacientes recibieron información detallada acerca del procedimiento y posibles complicaciones, en la consulta previa a la cirugía, y firmaron un consentimiento informado específico.

## RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 50 pacientes con diagnóstico de hipertrofia de labios menores, cuya edad promedio fue de 30 años, donde el 80% tenía entre 20-39 años, el 8% menos de 19 años y el 12% más de 40 años. El grado de hipertrofia de labios menores fue en un 86% grado III, sólo el 14% tenía hipertrofia grado II.

El motivo de consulta más frecuente fue el discomfort con una de prevalencia 44%, las infecciones recurrentes, la masturbación y la estética se encontraron con un 6% cada una, luego otros motivos de consulta como la dispareunia, los traumatismo e infección del rafe medio.

Respecto a la técnica quirúrgica empleada para las labioplastias, en un 72% se utilizó la técnica de Trin. En seis pacientes se realizó labioplastia compuesta, en cuatro pacientes se realizó lifting del clitoris y en las cuatro restantes Hoodectomía en Herradura.

En el 72% de los casos se utilizó sutura Vicryl Rapid 5.0 para afrontar los tejidos. Del total de las labioplastias se complicaron solo 2 pacientes, representando el 4%, una con dehiscencia de los bordes, la cual se resolvió con el uso de Plasma Rico en Plaquetas (PRP) y estricto seguimiento y otra paciente quien a los cinco días presentó un granuloma a cuerpo extraño, a la cual también se le resolvió con PRP.

Todas las pacientes presentaron un índice de satisfacción mayor a 9.



RANGO DE EDAD	Nº DE PACIENTES
MENOS DE 19	4
20 – 29	22
30 – 39	18
40 – 49	5
50 – 59	1
MAYOR DE 60	0
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>

**Cuadro 1.** Rango de edad de las pacientes que acudieron para Labioplastia.

MOTIVO DE CONSULTA	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE
DISCONFORT	22	44%
INFECCIONES RECURRENTES	3	6%
DISPAREUNIA	1	2%
TRAUMATISMO	1	2%
INFECCIÓN DEL RAPE MEDIO	1	2%
ESTÉTICA	3	6%
MASTURBACION	3	6%

**Cuadro 2.** Motivos de consulta de las pacientes que acudieron para Labioplastia

GRADO DE HIPERTROFIA	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE
GRADO I	0	-
GRADO II	7	14%
GRADO III	43	83%
GRADO IV	0	-

**Cuadro 3.** Grado de Hipertrofia de las pacientes que acudieron para Labioplastia

TECNICA DE LABIPLASTIA	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE
TÉCNICA DE TRIM	36	72%
LIFTING DE CLITORIS	4	8%
REDUCCIÓN DEL PREPUCIO EN U	4	8%
LABIPLASTIA COMPUESTA	6	12%

**Cuadro 4.** Técnica de Labioplastia aplicada de las pacientes que acudieron para Labioplastia.

COMPLICACIONES	Nº DE PACIENTES	PORCENTAJE
SI	48	96%
NO	2	4%
DEHISCENCIA	1	
GRANULOMA	1	

**Cuadro 5.** Complicaciones de las pacientes que acudieron para Labioplastia

## DISCUSIÓN

De los avances en procedimientos médicos, no escapa la ginecología, con la divulgación de información por parte de los diferentes medios de comunicación y redes sociales, las mujeres hoy en día, se interesan y preocupan más por el aspecto y funcionalidad de sus genitales, siendo la ginecología cosmética la respuesta adecuada, certera, lo menos invasiva con la menor cantidad de complicaciones en manos expertas y por ende resultando en la mayor satisfacción tanto de las paciente como de su pareja <sup>(5-10)</sup>.

En un artículo publicado en la editorial de la Revista de la International Urogynecological Association (IUGA) en el año 2007, se concluyó que la ginecología cosmética vino para quedarse, las distintas sociedades y grupos serios de la especialidad ya no debían oponerse, sino estudiarlo y estandarizar su aplicación. Citado por Jack Pardo en el 2015 <sup>(18,19)</sup>.

Los grupos de edad que mayoritariamente solicitaron la intervención, fueron los más jóvenes, de 20 a 39 años, con una Mediana de 20 a 22 años, resultado que no concuerda con el estudio realizado por Pardo <sup>(20)</sup>, donde la edad promedio fue de 40 años, la cirugía se solicitó en pacientes con un rango de edad de 16 a 72 años y en nuestro estudio el rango de edad fue menor, entre 17 a 57 años.

Diferentes clasificaciones han surgido para los grados de hipertrofia de labios menores, en este estudio se empleó la clasificación de Motakef, donde más del 80% correspondió a hipertrofias grado III, en similitud con diversos autores, donde la labioplastia está indicada cuando los labios menores miden más de 4 cm.

Respecto al motivo de consulta, mayoritariamente fue el discomfort de las pacientes, es bien sabido que unos labios menores hipertróficos producen dolor con la ropa ajustada, con las relaciones sexuales, con ciertas prácticas deportivas, además de que las mismas se cohiben de ciertas prácticas sexuales por vergüenza a mostrar sus labios hipertrofiados <sup>(21)</sup>.

En el presente estudio, a diferencia de las referencias encontradas, la estética tuvo un bajo porcentaje, tomando en cuenta que las pacientes que consultaron por este motivo no se quejaron de ningún tipo de molestia ginecológica referente al tamaño de sus labios, únicamente se referían a su aspecto físico.

La elección de las técnicas empleadas, se basó en la anatomía de la paciente y los objetivos del cirujano, individualizando cada caso.

Realizando la Técnica de Trim en la mayoría de las intervenciones y coincidiendo con las publicaciones que refieren la resección lineal del exceso labial <sup>(4,11,12)</sup>, fue la primera en describirse y es una de las más utilizadas. Es una técnica factible, con una cicatrización rápida y con resultados estéticos adecuados <sup>(22,23)</sup>.

Las complicaciones más comunes descritas en la literatura por Motakef son dehiscencia, hematoma, cicatrización insatisfactoria e infecciones superficiales.

Además, se ha notificado necrosis del colgajo con resección en cuña <sup>(10)</sup>.

En el presente estudio las complicaciones fueron bajas al igual que la literatura, sólo una paciente presentó una complicación como el granuloma que no es tan frecuente y pudo estar relacionado con el tipo de sutura empleada, estos cambios se observaron en dos casos (figura 1 y 2).



**Figura 1, Caso 1.** Paciente de 27 años quien consultó por presentar, con hipertrofia grado II a quien se le realizó Labioplastia con Técnica de Trims, utilizando sutura Vicryl rapid 5.0, quien presentó a los 4 días Dehiscencia de la herida, Se le colocó PRP en la lesión, mejorando en su totalidad.



**Figura 2, Caso 2.** Paciente de 27 años quien consultó por presentar, con hipertrofia grado II a quien se le realizó Labioplastia con Técnica de Trims, utilizando sutura Vicryl rapid 5.0, quien presentó a los 4 días Granuloma a secundario a la sutura, Se le colocó PRP en la lesión, mejorando en su totalidad.





## CONCLUSIONES

La labioplastia es una cirugía de mediano riesgo, dependiendo del instrumento empleado que puede ser bisturí frío, electrocauterio o Láser, en sus diferentes modalidades de corte.

En este estudio se evaluó la eficacia del uso del Láser CO<sub>2</sub> en labioplastia para hacer un procedimiento en el consultorio, cuyos resultados fueron seguros, teniendo así una baja tasa de complicaciones y una alta tasa de satisfacción; procedimientos siempre realizados por manos expertas con amplios conocimientos de la tecnología Láser.

**Fuentes de financiamiento:** no se tuvieron fuentes de financiamiento para la ejecución del presente manuscrito.

**Conflicto de intereses:** las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

## REFERENCIAS

1. Cosmetic Surgery National Data Bank Statistics, *Aesthetic Surgery Journal*, 2017; 37 (2):1-29. <https://doi.org/10.1093/asj/sjx076>
2. Rouzier R, Louis-Sylvestre C, Paniel BJ, Haddad B Hypertrophy of labia minora: experience with 163 reductions. *Am J Obstet Gynecol*. 2000. 182:35-40
3. Pardo J, Sola V, Ricci P, Guilloff E Laser labioplasty of labia minora. *Int J Gynaecol Obstet*. 2006; 93(1):38-43.
4. Alter GJ. A new technique for aesthetic labia minora reduction. *Ann Plast Surg*. 1998; 40(3):287-290.
5. Friedrich EG. *Vulvar Disease*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders;1983.
6. Reddy J, Laufer MR. Hypertrophic labia minora. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2010; 23: 3-6.
7. San Juan Rodríguez S, Torres Aguirre A, Enríquez Zarabozo E, Ayuso Velasco R, Santamaría Osorio JJ. Hipertrofia de labios menores en la pubertad. *Cir Pediatr*. 2009; 22:109-111.
8. López – Olmos J. Hipertrofia de labios menores y/o asimetría: petición de resección, ¿casualidad o moda? Estudio de dos periodos 1994-2007 y 2008-2010. *Clin. Invest. Gin. Obst*. 2012. doi:10. 1016/ j. Gine.2011-11-001.
9. Felicio Y. *Chirurgie Intime*. *Rev Chir Esth Lang Franc*. 1992; 27 (67): 37-43.
10. Motakef S, Merry-Rodríguez J, Chung MT Ingargiola MJ, VW Wong, A. Patel Labioplastia vaginal: reducción de labios vaginales vaginal: actual las 15 prácticas y la simplificación de la clasificación del sistema para el uso de la protrusión. *Plast Reconstr Surg*. 2015; 135 (3): 774-88. <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0000000000001000>
11. Cunha FI, Silva LM, Costa LA, Vasconcelos FRP, Amaral GT. Ninfoplastia: Clasificación y refinamientos técnicos. *Rev Bras Cir Plást*. 2011; 26 (3): 507-11.
12. Cao Y, Li Q, Li F, Li S, Zhou C, Zhou Y, *et al*. Atistical Labia Minora Reducción con Combined Wedge-edge Resección: A Modified Approach of Labiaplasty. *Aesthetic Plast Surg*. 2015; 39 (1): 36-42. <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-014-0428-x>
13. Choi HY, Kim KT. A new method for aesthetic reduction of labia minora (the deepithelialized reduction of labiaplasty). *Plast Reconstr Surg* 2000; 105: 419-422.
14. Goldstein TA, Romanzi JL. Surgical techniques: Z-plasty reductional labiaplasty. *The Journal of Sexual Medicine* 2007; 4(3): 550-553.
15. Alexiades-Armenakas MR, Dover JS, Arndt KA. The spectrum of laser skin resurfacing: Nonablative, fractional, and ablative laser resurfacing. *J Am Acad Dermatol*. 2008; 58-(5): 719-737.
16. Anderson R, Parrish JA. Selective photothermolysis: Precise microsurgery by selective absorption of pulsed radiation. *Science, New Series*. 1983; 220 (4596): 524-527.



17. Tokuya Omi and Kayoko Numano. The Role of the CO<sub>2</sub> Laser and Fractional CO<sub>2</sub> Laser in Dermatology. *Laser Ther.* 2014; 23(1):49-60.

18. Hexsel D, Pop S, Rusciani A. Rejuvenation of the External Female Genitalia. *Surgery of the Skin.* 13 ed. España: Elsevier; 2015.

19. 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):887-891. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00266-013-0150-0>

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

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262015000500007&lng=en&nrm=iso&tlng=e](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000500007&lng=en&nrm=iso&tlng=e)

21. Saba Motakef, M.D. José Rodríguez-Feliz, M.D. Michael T. Cosmetic Vaginal Labiaplasty: Current Practices and a Simplified Classification System for Labial Protrusion. Chung, M.D. Michael J. Ingargiola, M.D. Victor W. Wong, M.D. Ashit Patel, M.B., Ch.B. Volume 135, Number 3. Systematic Review of Labiaplasty.

22. Hodgkinson DJ, Hait G. Aesthetic vaginal labiaplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1984; 74: 414-6.

23. Radman HM. Hypertrophy of the labia minora. *Obstet Gynecol.* 1976; 48 (1Suppl): 78S-79S. 12. Capraro VJ. Congenital anomalies. *Clin Obstet Gynecol.* 1971; 14: 988-1012.

#### Cómo citar este artículo:

Azuaje Ponce M, Cedillo Delysqui N, Renaud A. Labioplastia con láser co<sub>2</sub>: beneficios y complicaciones. *Rev Latinoam Ginecol Reg..* 2023; 1(1): 25-34. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8196684>