

# Clasificación holística de la hipertrofia de labios menores.



**Autores:** Dr. Carbone Alejandro M.D., Dr. Blugerman Guillermo M.D., Dr. Schavelzon Diego M.D., Dr. Gaspar Adrián M.D., Dra. Araujo María José M.D.

Clinica ByS, Clinica AC, Clinica Espacio Gaspar.  
Zarate, BS AS, Argentina

## *“Holistic classification of labia minora hypertrophy”*

**Palabra Claver:** Hipertrofia labial. Melanosis labial.

**Key Words:** Labia minora hypertrophy, labia minora melanosis

### RESUMEN

La hipertrofia de los labios menores o ninfas es una característica física bien descrita en muchos trabajos quirúrgicos previamente publicados. En muchos casos puede provocar sintomatología clínica o social que motivan la consulta de las pacientes.

Aunque no existe un estándar anatómico establecido con respecto al tamaño de los labios menores para ser considerados “normales” la mayoría de los autores considera que dicha normalidad se basa en el concepto de que los labios mayores deben estar al mismo nivel o por debajo del borde de los labios mayores, y que deben converger superiormente y cubrir parcialmente el clítoris cuando se examina a la paciente en una posición anatómica, es decir, con las piernas levantadas.

Las características anatómicas y el aspecto externo de estas estructuras en muchas pacientes interfieren con la higiene personal las relaciones sexuales e incomodan durante el uso de ropas ajustadas por lo que cada vez mas mujeres llegan a nuestra consulta tratando de encontrar una solución a lo que consideran un problema.

La mayoría de las pacientes manifiestan que el aspecto de sus genitales afecta su autopercepción femenina y ese grado de afectación dependerá en mucho de la comparación entre pares o a través de las revistas o material visual de contenido sexual explícito.

### ABSTRACT

The hypertrophy of the labia minora or nymphs is a physical feature well described in many previously published surgical papers. In many cases it may cause clinical or social symptoms that motivate patient consultation. (1,2)

Although there is not an established anatomical standard with respect to the size of the labia minora to be considered “normal”, most authors believe that this normality is based on the concept that the labia minora should be at the same level or below the edge of the labia majora, and which must converge superiorly and partially cover the clitoris when the patient is examined in an anatomical position, that is, with the legs raised.

The anatomical characteristics and the external appearance of these structures in many patients interfere with personal hygiene, sexual intercourse and bother during the use of tight clothes so that more and more women come to our office trying to find a solution to what they consider a trouble.

Most patients state that the appearance of their genitals affects their female self-perception and that degree of affectation will highly depend on the comparison between peers or through magazines or visual material of explicit sexual content.

Dr. Franco was the first to propose a classification of lip hypertrophy in 1993 using the distance in centimeters from the base of the labia minora in the vaginal introite to its distal edge, indicating four degrees: Grade I (less than 2 cm), Grade II (2 to 4 cm), Grade III (4 to 6 cm) and Grade IV (more than 6 cm). (3)

El Dr. Franco fue el primero en proponer una clasificación de la hipertrofia labial en 1993 utilizando la distancia en centímetros desde la base de los labios menores en el introito vaginal hasta su borde distal, indicando cuatro grados. Grado I (menos de 2 cm), Grado II (2 a 4 cm), Grado III (4 a 6 cm) y Grado IV (mayor de 6 cm).

of hospitalization, with a history of circular continuity solution in the left muscle that causes partial amputation with tendon and muscle observation, as well as evidence of amputation of distal phalanges of fourth and fifth fingers of the right hand, and bilateral equinovarian foot.

Table 1: Franco classification of labial hypertrophy	
Type	Labial width (cm)
I	<2
II	2-4
III	4-6
IV	>6
Franco and Franco (1993)	

## INTRODUCCIÓN

Más tarde el Dr. Motakef propuso un sistema de clasificación simplificado basado en el grado de protrusión de los labios menores en referencia al borde de los labios mayores en lugar de medirlo desde el introito indicando tres grados. Grado I (0 a 2 cm), Grado II (2 a 4 cm) y Grado III (más de 4 cm). Agregando la presencia de una “A” para cuando hay asimetría y una “C” para la presencia de un capuchón de clítoris hipertrófico.

El Dr. Stephane Smarrito propone una clasificación basada en la morfología de los labios menores clasificándolos en Tipo I) en forma de bandera por hipertrofia del tercio anterior, Tipo II) llamado Oblicuo por que la hipertrofia incluye primordialmente el tercio medio y el Tipo III) o Completo cuando la hipertrofia incluye los tres tercios.



Una clasificación para resultar de utilidad debe encarar tanto los aspectos anatómicos como los aspectos morfológicos y los deseos de la paciente. No siempre hemos notado relación directa entre al largo del labio y la sintomatología manifestada por la paciente en el interrogatorio, tampoco encontramos que el solo hecho de la longitud sea un parámetro indicador de la conducta quirúrgica a seguir. Es por eso que proponemos

utilizar los principios descritos por Aristóteles en sus escritos sobre metafísica, (después o más allá de la física) que señala que: «el todo es mayor que la suma de sus partes». Este concepto se puede definir como el tratamiento de un tema o de un problema de tal forma que se consideren todos sus componentes, incluyendo sus relaciones invisibles, pero igualmente evidentes o existentes lo que constituye el principio general del holismo cuando se usa como una tercera vía o un nuevo enfoque a un determinado problema o cuestión.

Queremos enfatizar a través del holismo la importancia del todo considerado en su globalidad, lo que es mayor que la suma de las partes y sus interacciones (propiedad de sinergia), y que por lo tanto brinda gran importancia a la interdependencia de éstas y a sus variadas interrelaciones. Como adjetivo, la palabra holística utilizada en nuestro título significa una concepción basada en la integración total y global frente a un problema o situación.

Siempre se deben tener en cuenta que cualquier cirugía puede dejar un estigma físico y psicológico por lo cual el diagnóstico basado en las evidencias debe primar al momento de decidir la elección de técnicas no invasivas, mínimamente invasivas o invasivas para disminuir los riesgos de una reducción de la sensibilidad y la dispareunia.

Por ello, la cirugía de los labios menores hipertróficos o pseudohipertróficos no debe reducirse a una mutilación o amputación de los mismos sin conocer previamente las características anatómicas de cada individuo y sus deseos personalísimos sobre el cambio que desea lograr para diseñar un procedimiento quirúrgico personalizado.

Este trabajo tiene como objetivo proponer una clasificación holística de las variaciones anatómicas, anatomoclínicas y cosméticas más comunes de los labios menores, para así poder determinar las conductas de tratamiento más adecuadas para lograr la satisfacción del paciente basadas en sus expectativas realistas.

Este sistema de clasificación está directamente relacionado con el Algoritmo de tratamiento que complementa a esta clasificación.

## RESEÑA ANATOMICA

Los labios menores o Ninfas se encuentran entre los labios mayores, con los cuales se fusionan por detrás, y están separados en dos repliegues al aproximarse hacia el clítoris por delante. Los pliegues anteriores de los labios menores se unen para formar el prepucio o capucha junto con los pilares del clítoris. Los pliegues posteriores forman el frenillo del clítoris en el sitio en que se insertan con su superficie inferior. La zona que se encuentra en la parte posterior de los labios menores concluye en el vestíbulo de la vagina.

Estudiada y basados en la anatomía normal y descriptiva de los Labios Menores o Ninfas proponemos una clasificación nueva y abarcativa de la Hipertrofia de la misma, teniendo en cuenta no solo el tamaño y la morfología anatómica si no que incluimos también los dimorfismos de los pilares paraclitoridianos junto al frenillo y la capucha o capuchón clitoridiano tal cual se describe en la anatomía normal de la constitución de las ninfas, además consideramos evaluar la pigmentación que actualmente podemos ver debido a que la mujer actual se rasura o depila su zona íntima y también es hoy un motivo de consulta.

Aplicando la Clasificación Holística, se logra una evaluación quirúrgico - cosmética completa desde todo punto de vista logrando una cirugía con resultado más armónico, estético y con mayor satisfacción por parte de las pacientes.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Entre enero de 2009 y enero de 2019 se examinaron 760 pacientes que consultaron por diferentes tipos de hipertrofia de labios menores. En la gran mayoría de los casos nos fue difícil definir a estas pacientes con las clasificaciones de hipertrofia labial existentes que solo consideran tipo y grado de hipertrofia. Razón por la cual basados en un minucioso análisis semiológico anatómico y funcional propusimos una nueva estandarización que engloba de manera holística el labio menor, el complejo clítoris-capuchón y la sintomatología asociada.

## RESULTADOS

Tras el análisis detallado de las pacientes incluidas en este estudio, habiendo evaluado múltiples variantes anatómicas

y sintomatología asociada, basándonos en clasificaciones preexistentes, logramos confeccionar una nueva clasificación que de manera efectiva nos permitió incluir la totalidad de casos estudiados con un criterio práctico y al mismo tiempo basados en ella, planificar posible estrategia quirúrgica en la primera consulta, respetando la funcionalidad del área genital.

## DISCUSIÓN

Como en todo procedimiento quirúrgico de reparación, es más importante lo que dejamos en la paciente que lo que resecamos por lo que desaconsejamos la resección excesiva o la resección total pues brinda un resultado muy poco natural y difícil de corregir en forma secundaria. Por eso es que recalcamos que al momento de realizar la marcación preoperatoria se debe prestar atención al colgajo remanente que conformará los nuevos labios menores y no a la porción que será resecada.

En los casos en que se observa una deflación o hipotonía de los labios mayores se deberá proceder a su corrección simultánea con rellenos o lipotransferencia o en algunos casos como único gesto quirúrgico.

En nuestra experiencia, cada labioplastia es diferente y requiere una selección de técnica quirúrgica individual para cada caso particular.

## CONCLUSIÓN

Un sistema de clasificación de la hipertrofia labial (ninfas) debe englobar todos los aspectos anatomofuncionales del área vulvar. El sistema de clasificación propuesto nos ha permitido arribar al 100% de satisfacción de las pacientes tanto en casos de dispareunia, molestias con la ropa, hiperpigmentación, asimetrías, hipertrofia real y pseudohipertrofia, porque se basa fundamentalmente en los hallazgos de la exploración durante la consulta y los deseos de cambio manifestados por las pacientes.

Debido al aumento actual de la exposición del cuerpo femenino en revistas, películas, internet, etc., las mujeres son más conscientes de las diferencias naturales en la anatomía genital externa y pueden hacer comparaciones con el modelo estético más agradable de las ninfas y labios mayores.

Esto ha motivado que la edad promedio de las pacientes que consultan por la corrección quirúrgica de la hipertrofia labial ha aumentado en los últimos años. Ahora tenemos pacientes más maduras sexualmente, con mayor y mejor información y expectativas más realistas. Por eso la cirugía estética de los genitales externos femeninos debe abordarse con seriedad y cuidado, ya que es un área asociada a un fuerte impacto emocional.

Esta nueva forma de clasificar una patología nos ha permitido la diagramación de un algoritmo de tratamiento que será publicado en nuestro próximo trabajo.

## CLASIFICACIÓN HOLÍSTICA HIPERTROFIA DE LABIOS MENORES

### (1) SEGUN SU ORIGEN

#### (A) CONGENITOS

#### (B) ADQUIRIDOS

HEREDITARIOS  
RACIALES  
ANGIOMAS  
LINFANGIOMAS

POST-TRAUMATICOS (POST-EPISIOTOMIAS O QX GIN)  
INFLAMACION E IRRITACION CRONICA  
AUMENTO DE PESO EXTREMO  
POR MANIPULACION, PIRING O VACCUN  
ACCION HNAL ENDOGENA O EXOGENA (ANDROGENOS)  
SECUNDARIO A RELLENOS PERMANENTES

### (2) SEGUN SU DISTRIBUCION

#### (A) UNILATERALES

#### (B) BILATERALES



#### SIMETRICOS



#### ASIMETRICOS



### (3) SEGUN SU TAMAÑO

TOMADA LA NINFA DESDE SU ÁPICE EN ELONGACIÓN Y CONSIDERANDO EL BORDE DE LABIO MAYOR COMO BASE DE LA MEDICIÓN

#### LEVE

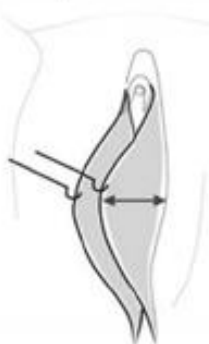
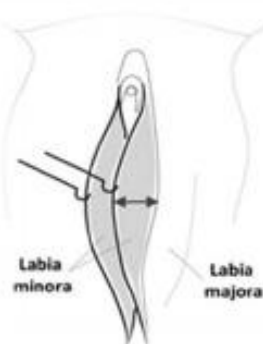
#### MODERADA

#### SEVERA

HASTA 2 CM

2-4 CM








> 4 CM



### (4) SEGUN SU MORFOLOGIA Y DISTRIBUCION ANATOMICA



SUPERIOR	SUPERO-MEDIAL	COMPLETA SUPERIOR, MEDIO, INFERIOR
		
(5) SEGUN SU UNION CON EL CAPUCHON CLITORIDIANO		
SIN HIPERTROFIA DE PILARES PARA CLITORIDIANOS	CON HIPERTROFIA DE PILARES PARA CLITORIDIANOS: UNICA / MULTIPLES	
		
(6) CAPUCHON CLITORIDIANO		
SIN PTOSIS DE CAPUCHON CLITORIDIANO	CON PTOSIS DE CAPUCHON CLITORIDIANO	
		
(7) SEGUN LA PIGMENTACION		
SIN HIPERPIGMENTACION DE BORDE LABIAL	CON HIPERPIGMENTACION DE BORDE LABIAL SOLO CUSPIDE O COMPLETA	

			
<b>(8) SEGUN SU RELACION CON TEJIDOS CIRCUNDANTES</b>			
<b>HIPERTROFIA REAL</b> 		<b>HIPERTROFIA FALSA O PSEUDO HIPERTROFIA POR DEFLACION DE LABIOS MAYORES</b> 	
<b>(9) SEGÚN SU ESPESOR</b>			
<b>HIPOTROFICOS 3 MM</b> 	<b>NORMOTROFICOS 3-4 MM</b> 	<b>HIPERTROFICOS &gt; 4 MM</b> 	
<b>(10) SEGÚN SINTOMATOLOGÍA</b>			
<b>SIN DISPAREUNIA</b>	<b>CON DISPAREUNIA</b>	<b>SIN ALTERACION DE LA MICCION</b>	<b>CON ALTERACION EN LA MICCION</b>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hodgkinson DJ, Hait G. Aesthetic vaginal labioplasty. *PlastReconstrSurg*. 1984;74(3):414-6.
2. Alter GJ. A new technique for aesthetic labia minora reduction. *Ann PlastSurg*. 1998;40(3):28790.
3. Alter GJ. Central wedgenymphectomywith a 90-degree Z-plastyforaestheticreduction of the labia minora. *PlastReconstrSurg*. 2005;115(7):2144-5.
4. Rouzier R, Louis-Sylvestre C, Paniel BJ, Haddad B. Hypertrophy of labia minora: experiencewith 163 reductions. *Am J ObstetGynecol*. 2000;182(1 pt 1):35-40.
5. Choi HY, Kim KT. A new methodforaestheticreduction of labia minora (thedeepithelializedreduction of labioplasty). *PlastReconstrSurg*. 2000;105(1):419-22.
6. Munhoz AM, Filassi JR, Ricci MD, Aldrighi C, Correia LD, Aldrighi JM, et al. Aesthetic labia minora reductionwith inferior wedgeresection and superior pedicleflapreconstruction. *PlastReconstrSurg*. 2006;118(5):1237-47.
7. Maas SM, Hage JJ. Functional and aesthetic labia minora reduction. *PlastReconstrSurg*. 2000;105(4):1453-6.
8. Giraldo F, González C, de Haro F. Central wedgenymphectomywith a 90-degree Z-plastyforaestheticreduction of the labia minora. *PlastReconstrSurg*. 2004;113(6):1820-5.
9. Girling VR, Salisbury M, Ersek RA. Vaginal labioplasty. *PlastReconstrSurg*. 2005;115(6):1792-3.
10. Radman HM. Hypertrophy of the labia minora. *ObstetGynecol*. 1976;48(1 Suppl):6S-18S.
11. Kato K, Kondo A, Gotoh M, Tanaka J, Saitoh M, Namiki Y. Hypertrophy of labia minora in myelodysplasticwomen. Labioplastytoeasecleanintermittentcatheterization. *Urology*. 1998;31(4):294-9.
12. Smarrito S. Lambda laser nymphoplasty : retrospectives-tudyabout 231 cases. *PlastReconstrSurg*. 2014 Feb;133(2):231ee232e.
13. MotakefS, Rodriguez FelizJ, ChungT, IngargiolaM], WongV, PatelA. Vaginallabioplasty: currentpracticesandasimplifiedclassificationssystemf or labial protrusion. *PlastReconstrSurg*. 2015 Mar;135(3):789e790.
14. Lynch A, Marulaiah M, Samarakkody U. Reductionlabioplasty in adolescents. *J PediatrAdolescGynecol*. 2008 Jun;21(3): 147e149.
15. Sakamoto H, Ichikawa G, Shimizu Y, Kikuchi A, Yamamoto T. Extreme hypertrophy of the labia minora. *Acta ObstetGynecolScand*. 2004 Dec;83(12):1225e1226.
16. TrianaL, RobledoAM. Refreshinglabioplastytechniquesforplasticsurgeons. *AesthetPlastSurg*. 2012Oct;36(5): 1078 e1086.
17. Mottura AA. Labia majorahypertrophy. *AesthetPlastSurg*. 2009 Nov;33(6):859e863.
18. GiraldoF, GonzalezC, deHaroF. Centralwedgenymphectomywitha90-degreeZ- plastyforaestheticreductionofthelabia minora. *PlastReconstrSurg*. 2004 May;113(6):1820e1825. Discussion 1826e7.
19. Braun V. In search of (better) sexual pleasure: female genital ‘cosmetic’ surgery. *Sexualities*. 2005; 8:407e424.
20. Franco T, Franco D. Hipertrofia de ninfas/Nymphashypertrophy. *J BrasGinecol*. 1993 maio;103(5):163e168.
21. Ellsworth WA, Rizvi M, Lypka M, et al. Techniquesfor labia minora reduction: analgorithmicapproach. *AesthetPlastSurg*. 2010 Feb;34(1):105e110.
22. FábioInácio da CunhaI; Lúcio Marques da Silvall; Laudicély de AraújoCostallI; Flávia Roberta PaesVasconcelosIV; Giuliano Trombetta. Nymphoplasty: classification and technicalrefinements. *AmaralV Rev. Bras. Cir. Plást. (Impr.)* vol.26 no.3 São Paulo July/Sept. 2011.