



# Procedimientos cosméticos en ginecología

Raúl Rodrigo Arredondo Merino,\* Julio Mateos Vizcaíno,‡  
Daniel Zúñiga Lara,§ Daniel Alatriste Flores<sup>II</sup>

## Resumen

La inquietud por los procedimientos estéticos en ginecología está incrementando entre las mujeres, quienes acuden a consulta con dudas sobre este tema cada vez más publicitado. Es responsabilidad del médico estar informado sobre las distintas técnicas que existen, con el fin de poder brindar a la paciente la información suficiente y real de las indicaciones y complicaciones de estos procedimientos. Es de esta aseveración que partimos para realizar una revisión de los principales procedimientos estéticos en ginecología como son la labioplastia, el rejuvenecimiento vaginal, la himenoplastia, la ampliación del punto G y la reducción de la piel en el capuchón del clítoris. Hoy por hoy, un número cada vez mayor de ginecólogos ha empezado a ofrecer estos procedimientos como parte de su práctica, dependerá de su responsabilidad moral y profesional el mantener esta nueva práctica dentro de los límites de lo médicamente correcto.

**Palabras clave:** Labioplastia, rejuvenecimiento vaginal, himenoplastia, ampliación del punto G, reducción de la piel en el capuchón del clítoris.

## Summary

The aesthetic procedures in gynecology are causing increasingly expectations between women, who come for consultation with doubts about this topic. It's a doctor's responsibility to be informed about the different techniques that already exist in order to be able to offer plenty of information about the indications and complications for each of this procedures. We realize a review of the principal aesthetic procedures in gynecology (labioplasty, vaginal rejuvenation, hymenoplasty, G-spot amplification and clitoral hood reduction). Today a lot of gynecologist's has started offering these procedures as part of their practice. It will be professional's responsibility to do the right.

**Key words:** Labioplasty, vaginal rejuvenation, hymenoplasty, G-spot amplification, clitoral hood reduction.

## INTRODUCCIÓN

\* Ginecología y Obstetricia del Hospital Ángeles Pedregal.

† Ginecoobstetra del Hospital Ángeles Pedregal.

§ Coordinador del Curso de Ginecología y Obstetricia de la Universidad La Salle en el Hospital Ángeles Pedregal.

II Residente de Ginecología y Obstetricia del Hospital Ángeles Pedregal.

Correspondencia:

Dr. Raúl Rodrigo Arredondo Merino  
Hospital Ángeles Pedregal. Camino a Santa Teresa Núm. 1055,  
Col. Héroes de Padierna.  
01070, México, D.F.  
Correo electrónico: drarredondomerino@hotmail.com

Aceptado: 12-04-2012.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medicgraphic.com/actamedica>

Si hoy en día se realiza una búsqueda en Internet de procedimientos estéticos vaginales por medio de un buscador popular como lo es Google, se encontrarán alrededor de 490,000 resultados a nivel mundial cuando se introducen estas palabras. En una búsqueda más específica en páginas mexicanas, se encuentra un promedio de 11,300 resultados, de éstos 2,930 son videos de las técnicas quirúrgicas y sus resultados y 6,900 son portales de médicos ginecólogos y cirujanos plásticos en toda la República que ofrecen realizar este tipo de procedimientos. No cabe duda que los procedimientos estéticos en ginecología están causando cada vez más inquietud en las pacientes, quienes acuden a consulta con dudas sobre este tema cada vez más publicitado. Es de esta aseveración que partimos los autores para realizar una revisión de los procedimientos estéticos en ginecología, sus indicaciones y complicaciones.

## PROCEDIMIENTOS COSMÉTICOS GINECOLÓGICOS

### Labioplastia y rejuvenecimiento vaginal (vaginoplastia/colpoplastia)

Desde los años sesenta, la labioplastia y vaginoplastia han sido practicadas. No fue sino hasta 1983, que Hodgkinson publicó uno de los primeros procedimientos vaginales cosméticos.<sup>1</sup> Posterior a esto, los reportes de desarrollo y mejoras a las técnicas han sido muchos.<sup>2-6</sup> Tanto la labioplastia como el rejuvenecimiento vaginal son dos procedimientos que generalmente son confundidos entre sí y que son distintos.

**El rejuvenecimiento vaginal** comprende una o la combinación de los siguientes procedimientos que son practicados según lo amerite cada caso:

**Colporrafia anterior** (plegamiento de la línea media). El tejido conjuntivo adelgazado entre vejiga y vagina se une y refuerza utilizando suturas de plegamiento, este reforzamiento pretende elevar la vejiga y la uretra hasta una posición más anterior.

**Colporrafia posterior.** Se usa, por lo general, para reparar el prolalpo de la pared vaginal posterior en casos de rectocele. Específicamente, se pretende reforzar las capas de tejido fibromuscular.

**Perinorrafia.** Reforzamiento de la estructura del cuerpo perineal mediante suturas.<sup>7,8</sup>

**Vaginoplastia.** Comprende la escisión de porciones de mucosa de los fondos del saco vaginal, esto puede ser por medio de bisturí, electrodo o láser con una colporrafia

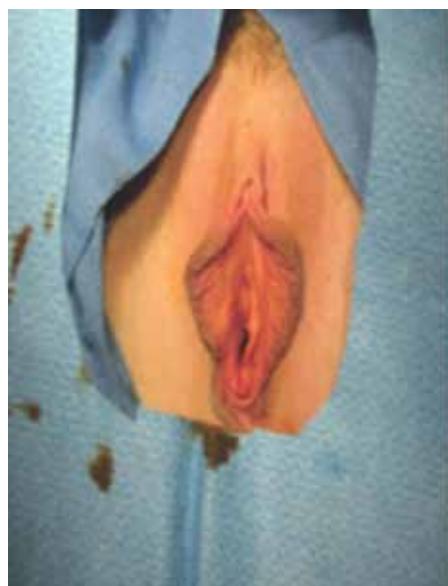
anterior y/o posterior con o sin escisión de mucosa lateral. Todo esto, con el fin de conseguir una vagina más estrecha.<sup>7</sup>

Quienes se beneficiarán de esos procedimientos son las pacientes con defectos congénitos, multíparas o con lesiones deformantes.

**Labioplastia** (Figuras 1 y 2). La labioplastia, en contraste con los procedimientos que incluyen el rejuvenecimiento vaginal, se enfoca en la vulva y labios. En esta técnica se remueve una porción de los labios menores hipertróficos y, ocasionalmente, se realiza un aumento en labios mayores.<sup>7,8</sup> Hasta 1999, la labioplastia se llevaba a cabo mediante la remoción del exceso en el tejido labial con el cierre de la herida mediante sutura absorbible; esta técnica traía consigo dolor e incomodidad en las pacientes que se sometían a este procedimiento,<sup>9</sup> es debido a esto que los procedimientos han ido evolucionando con el paso de los años.

En la actualidad, distintas técnicas son implementadas<sup>10-16</sup> y se diferencian entre sí por el tipo de incisión en el labio. Dentro de éstas se encuentran: la Z-plastia,<sup>6</sup> la técnica de Wedge también llamada en "V",<sup>13</sup> la de Trim, de desepitelización,<sup>12</sup> y más recientemente, una nueva técnica realizada por el Dr. David Matlock aún sin publicar, la cual es realizada en el Instituto de Rejuvenecimiento Vaginal con Láser de los Ángeles, California. Dicha técnica garantiza un mejor resultado estético y una menor tasa de complicaciones postoperatorias.<sup>17-21</sup> Como sea, más estudios son requeridos para confirmar dichas hipótesis. A continuación se describen las técnicas más usadas:

**Técnica de Zeta-plastia** (Figura 3). Esta técnica se puede realizar bajo anestesia general, local o regional. Se toma y



Imágenes proporcionadas por el Dr. Julio Mateos Vizcaíno.

**Figuras 1 y 2.**

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 xilocaína y epinefrina para garantizar una hemostasia intraoperatoria; posteriormente se incide haciendo hemostasia con electrocauterio, se aproximan los bordes de cada extremo y finalmente se unen mediante sutura vicryl 4-0 con puntos simples o continuos. La ventaja de esta técnica es que reduce la tensión de la sutura, limitando así el riesgo de dehiscencia sin alterar la morfología o coloración del borde libre.<sup>22</sup>

**Técnica de desepitelización** (Figura 4). Técnica que 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>

**Técnica de Trim** (Figura 5). Esta técnica es la más simple y, por ende, la más realizada por los cirujanos. Desafortunadamente, deja resultados poco naturales ya que la cicatriz de la herida tiene un color y textura distinta.<sup>23</sup> Se realiza mediante un corte longitudinal del labio con la extracción de la porción hipercrómica redundante y la aproximación de la herida mediante sutura no absorbible.

**Técnica de Wedge o en "V"** (Figura 6). 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 vicryl 4-0. 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 pue-de presentarse dehiscencia de la herida por la tensión.<sup>23</sup>

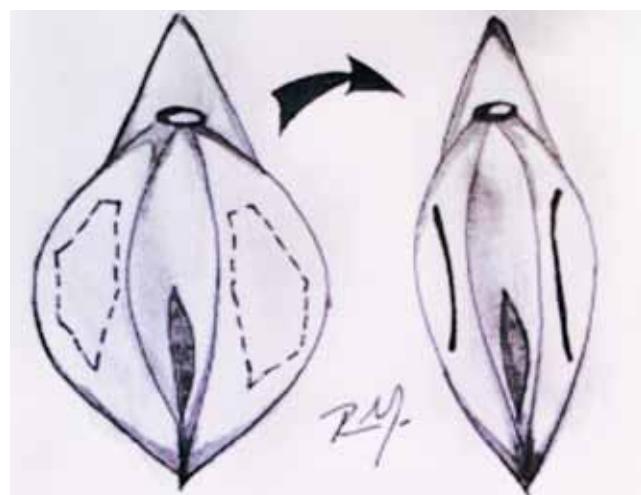


Imagen proporcionada por el Dr. Rodrigo Arredondo Merino.

**Figura 4.**

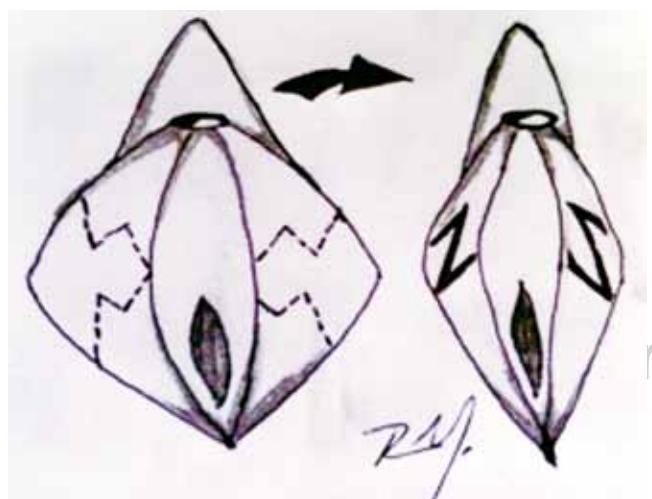


Imagen proporcionada por el Dr. Rodrigo Arredondo Merino.

**Figura 3.**

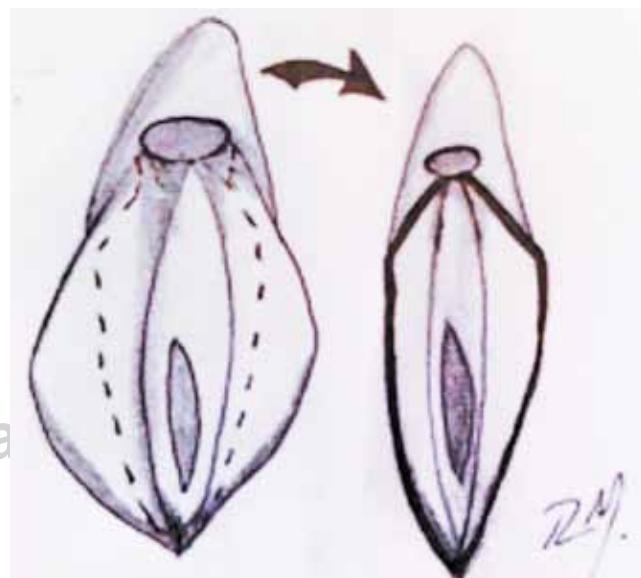


Imagen proporcionada por el Dr. Rodrigo Arredondo Merino.

**Figura 5.**

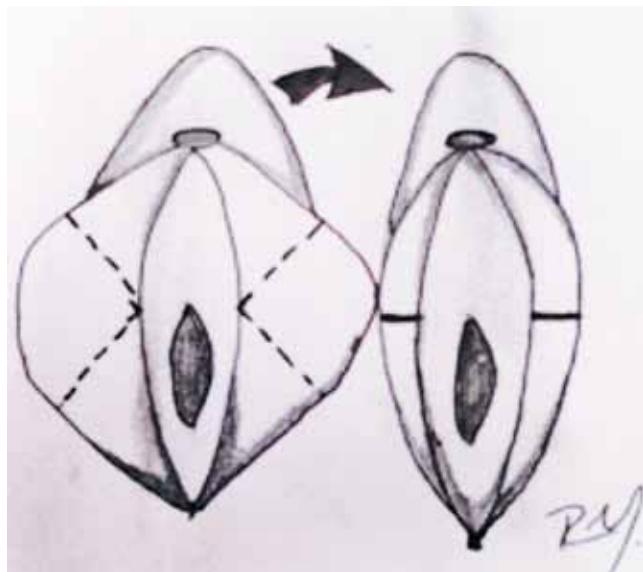


Imagen proporcionada por el Dr. Rodrigo Arredondo Merino.

**Figura 6.**

#### Clasificación e indicaciones para la labioplastia

Estos procedimientos estarán indicados en aquellas pacientes que tengan un labio hipertrófico secundario a condiciones congénitas, irritación crónica o estímulo androgénico excesivo; el labio menor deberá medir más de 4 cm y tener asimetría de sus bordes.<sup>24</sup>

**La clasificación para la hipertrofia labial de Ricci and Pardo se divide en:**<sup>25</sup>

- **Ausencia de hipertrofia verdadera.** Labio menor con una medida mayor a 2 cm o de tamaño normal pero con un defecto morfológico como 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.

#### Reducción efectiva del exceso de la piel en el capuchón del clítoris

Esta técnica se basa en la reducción del tamaño en el capuchón y pliegues hipertróficos que se encuentren en el clítoris con fines cosméticos, y menos comúnmente en los casos que se busque más exposición de la glándulas que se encuentran en el clítoris, las cuales brindarán teóricamente una mejora en la gratificación sexual. También se realiza en

la mayoría de los casos después de una labioplastia durante el mismo tiempo quirúrgico. Su indicación precisa es en el caso de hipertrofia del capuchón del clítoris y en pacientes que refieren desconfort en esta zona.<sup>26</sup>

#### Himenoplastia

Procedimiento donde se reconstruye la membrana de la piel que parcialmente cubre la apertura vaginal (himen), puede ser con la misma piel o inclusive con membranas artificiales. La cirugía se lleva a cabo bajo anestesia local y sutura absorbible fina, esta técnica es ideal para pacientes en quienes no han tenido parto vaginal o embarazos previos.<sup>27</sup> Inclusive, existen reportes de su uso en pacientes con cistitis postcoital recurrente.<sup>28</sup> Este procedimiento, aunque sencillo, envuelve dilemas sociales y culturales. Para algunas religiones en donde se le da mucha importancia a la virginidad, esta técnica ha sido rechazada y hasta satanizada ya que refieren: "puede borrar la evidencia de la historia sexual de la mujer".<sup>29</sup>

#### Ampliación del punto "G"

Se define a la próstata femenina como las glándulas uretrales, periuretrales y sus conductos.<sup>30</sup> El punto G forma parte de este conjunto de glándulas, nombrado así, en honor del ginecólogo alemán Ernest Gräfenberg. Este punto se encuentra situado en la cara anterior del canal vaginal, a tres centímetros del exterior de la vagina entre el hueso del pubis y el cuello del útero.

La existencia de este punto ha estado teñida por la polémica, existen grupos que niegan su existencia, y otros que la afirman. Se ha demostrado mediante biopsias de la zona, un tejido que es similar al de la próstata masculina y lo han denominado "próstata femenina", lo cual es en realidad una colección de glándulas que rodean la uretra y, de igual manera que la próstata masculina, puede verse afectada por diversos procesos como carcinoma o prostatitis.<sup>31</sup>

La secreción de estas glándulas contiene antígeno prostático específico y se presenta durante el orgasmo femenino en el vestíbulo vaginal a través del meato uretral y de los orificios del ducto parauretral.<sup>32</sup> El primer estudio realmente científico realizado que profundizó en el misterio de la eyaculación femenina, fue proporcionado por el ginecólogo Reinier De Graaf (1641-1673 A.D.), quien describió a los genitales femeninos y la ovulación en su trabajo *Tractatus de Virorum Organis Generationi Inservientibus*. En éste, define a la próstata femenina como la uretra rodeada por una sustancia membranosa, que produce un líquido expulsado desde el ducto ubicado en la salida de la uretra.<sup>33</sup> Años más tarde, muchos otros científicos como William Smellie y William E. Horner se refieren a la expulsión de fluido a través de la próstata femenina y de su

probable etiología glandular.<sup>34,35</sup> No fue sino hasta el siglo XIX que Rudolf Virchow describió a la próstata femenina como las glándulas parauretrales,<sup>36</sup> siendo Alexander Skene quien obtiene el crédito por su descripción.<sup>37</sup>

Ya durante el siglo XX, en Nueva York, es en donde el Doctor Gräfenberg basado en las observaciones de mujeres durante el orgasmo, publicó en 1953 un importante artículo titulado "El rol de la uretra en el orgasmo femenino".<sup>38</sup> Fueron los hallazgos reportados en este artículo los que guiaron a los Doctores John Perry y Whipple a nombrar a esta área "punto-G" en honor al Dr. Gräfenberg.<sup>33</sup>

La ampliación del punto G es una técnica que se realiza mediante la inyección de submucosa en la pared anterior del canal vaginal, específicamente en el punto medio, entre el borde posterior del pubis y el labio anterior del cuello uterino (en caso de no existir cuello uterino, de 2 a 3 cm detrás del pubis). Esta técnica ha sido practicada con distintos productos como son: tejido celular subcutáneo, el ácido hialurónico de baja densidad y colágenos. Actualmente, la inyección de ácido hialurónico de alto peso molecular (apGshot<sup>MR</sup>) es la mejor opción para procedimientos realizados en esta zona y no es una técnica nueva, ya que este componente también es usado en la cirugía urológica con el fin de tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo.<sup>39-42</sup>

### PROS Y CONTRAS DE LA CIRUGÍA VAGINAL COSMÉTICA

Es difícil comparar el grado de riesgo que se asocia entre una vulvoplastia electiva y otros procedimientos cosméticos, los cuales son practicados con mayor frecuencia como es el caso de la rinoplastia, y esto es comprensible debido a que se tienen más estudios al respecto a diferencia de los procedimientos vaginales cosméticos que son relativamente nuevos.<sup>43</sup>

Las complicaciones que se pueden presentar en este tipo de cirugías son el sangrado excesivo, mala cicatrización, dehiscencia de la herida, retención urinaria e infección de la herida. Dichas complicaciones no son distintas a las que se pueden presentar en otras cirugías. Dos series largas de casos reportan tasas de reintervenciones quirúrgicas que oscilan entre 2.9 y 7%, teniendo como causas más frecuentes a la dehiscencia de la herida y la inconformidad ante el resultado estético.<sup>4,27,45</sup>

Las complicaciones inherentes a estos procedimientos suelen estar relacionadas con las cicatrices y la sensibilidad, a pesar de que son pocas las terminales nerviosas que se lesionan durante los procedimientos pueden llegar a reflejarse en un cambio transitorio o permanente en la sensibilidad; en cuanto a la cicatrización, puede presentarse mucho tejido cicatrizal, el cual en lugar de ayudar a la sensibilidad la disminuirá. Quizás, la complicación

más frecuente en estos procedimientos se centra en la insatisfacción con los resultados y las altas expectativas que tienen las pacientes en cuanto a la gratificación sexual que obtendrán posterior al procedimiento.<sup>45</sup> La mayoría de los estudios en la literatura reportan tasas que oscilan entre un 93-96% de conformidad con los resultados en las pacientes que se realizaron algún tipo de procedimiento cosmético ginecológico después de un seguimiento de 6-42 meses.<sup>7,28,46,47</sup> Otro estudio reporta que de 151 casos, sólo el 4% no se volvería a someter a esta cirugía.<sup>10</sup>

Las pacientes que por lo general solicitan algún tipo de procedimiento cosmético ginecológico, acuden a consulta por razones meramente estéticas, comúnmente refieren molestia al usar ropa ajustada o simplemente tienen vergüenza al estar desnudas, esta percepción pudiera reflejar una confusión entre lo que es normal y lo que es idealizado, influido probablemente por su entorno social en el cual los medios publicitarios presentan una idea de la imagen corporal perfecta de un modo alterado y no natural.<sup>48</sup>

### QUIÉNES ESTÁN CAPACITADOS PARA LLEVARLA A CABO

¿Quién debe realizar esta cirugía? Es un tema controvertido, ya que la mayoría de los médicos que realizan estos procedimientos son los ginecoobstetras, la razón de esto es simplemente la predilección que tiene la paciente por su médico y un argumento que lo sustenta es la empatía y confianza que le tienen, ya que ante su ginecólogo se encuentran vulnerables y desarrollan una relación médico-paciente basada en la confianza íntima mutua y no así con un cirujano plástico a quien consideran juega un rol como técnico de procedimientos estéticos. Es por esto por lo que es importante que el ginecólogo actúe con ética profesional cuando una paciente acuda con dudas de su estética genital y pueda hablarle con franqueza sobre los parámetros de normalidad en la anatomía vaginal.

Es claro que el programa de residentado en ginecología y obstetricia actual no contempla la formación cognoscitiva de los procedimientos estéticos,<sup>49,50</sup> pero también es cierto que además de ser una especialidad quirúrgica, el conocimiento de la anatomía pélvica y perineal es mayor en los ginecólogos, mismos que serán capaces de diferenciar en un momento dado entre lo normal y anormal, pudiendo así llevar a cabo una mejor selección de la paciente. El ginecoobstetra tiene conocimientos suficientes en procedimientos reconstructivos como es el caso de la neovagina en los casos de pacientes con síndrome de Rokitansky-Küster-Hauser.<sup>51</sup> El ginecólogo deberá tener un conocimiento concreto de las técnicas de dichos procedimientos, los cuales se obtendrán por medio de cursos de actualización en las nuevas técnicas.

Actualmente el *American Congress of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) no aprueba los procedimientos estéticos vaginales en mujeres que no tengan las indicaciones precisas, además sostiene que no existe suficiente evidencia de su seguridad y efectividad, ya que los reportes hasta ahora publicados carecen de la suficiente validez estadística.<sup>52</sup>

## CONCLUSIONES

En los últimos años, el interés de las mujeres en estos procedimientos ha crecido y los ginecoobstetras se encuentran cada día con más pacientes que preguntan sobre estas técnicas. Un número de ginecólogos cada vez mayor ha comenzado a ofrecer estos procedimientos como parte de su práctica.<sup>53</sup> Dependerá de su responsabilidad moral y profesional el mantener esta nueva práctica dentro de los límites de lo médicamente indicado y correcto.<sup>54</sup>

## REFERENCIAS

1. Hodgkinson DJ, Hait G. Aesthetic vaginal labioplasty. *Plast Reconstr Surg* 1984; 74(3): 414-416.
2. Alter CJ. A new technique for aesthetic labia minora reduction. *Ann Plast Surg* 1998; 40(3): 287-290.
3. Alter CJ. Central wedge nymphectomy with a 90-degree Z-plasty for aesthetic reduction of the labia minora. *Plast Reconstr Surg* 2005; 115(7): 2144-2215.
4. Munhoz AM, Filassi JR, Ricci MD, Aldrighi C, Correia LD, Aldrighi JM et al. Aesthetic labia minora reduction with inferior wedge resection and superior pedicle flap reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2006; 118(5): 1237-1247.
5. Maas SM, Hage JJ. Functional and aesthetic labia minora reduction. *Plast Reconstr Surg* 2000; 105(4): 1453-1456.
6. Giraldo F, González C, de Haro F. Central wedge nymphectomy with a 90-degree Z-plasty for aesthetic reduction of the labia minora. *Plast Reconstr Surg* 2004; 113(6): 1820-1825.
7. Goodman MP, Placik OJ, Benson RH III, Miklos RJ, Moore DR et al. Large multicenter outcome study of female genital plastic surgery. *J Sex Med* 2010; 7(4 Pt. 1): 1566-1577.
8. Schorge, Shaffer, Halvorson, Hoffman, Bradshaw, Cunningham. *Williams Ginecología*. McGraw-Hill; 2010: 881-882.
9. Tepper OS, Matarasso A. Labioplasty: anatomy, etiology, and a new surgical approach. *Aesthetic Surgery Journal* 2011; 31: 511-518.
10. 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.
11. Radman HM. Hypertrophy of the labia minora. *Obstet Gynecol* 1976; 48: 78S-79S.
12. Choi HY, Kim KT. A new method for aesthetic reduction of labia minora (the deepithelialized reduction of labioplasty). *Plast Reconstr Surg* 2000; 105: 419-422.
13. Alter G. A new technique for aesthetic labia minora reduction. *Ann Plast Surg* 1998; 40: 287-290.
14. Maas SM, Hage JJ. Functional and aesthetic labia minora reduction. *Plast Reconstr Surg* 2000; 105: 1453-1456.
15. Giraldo F, González C, de Haro F. Central wedge nymphectomy with a 90-degree Z-plasty for aesthetic reduction of the labia minora. *Plast Reconstr Surg* 2004; 113: 1820-1825.
16. Goldstein AT, Romanzi LJ. Z-plasty reductional labioplasty. *J Sex Med* 2007; 4: 550-553.
17. Chavis WM, La Ferla JJ, Niccolini R. Plastic repair of elongated, hypertrophic labia minora: a case report. *J Reprod Med* 1989; 34: 373-375.
18. 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: 294-299.
19. Gowen RM, Martin VL. Labia minora reduction in an iron lung disabled woman. *Obstet Gynecol* 1988; 71 (3 Pt 2): 488-489.
20. Hodgkinson DJ, Hait G. Aesthetic vaginal labioplasty. *Plast Reconstr Surg* 1984; 74: 414-416.
21. Laub DR. A new method for aesthetic reduction of labia minora (the deepithelialized reduction labioplasty). *Plast Reconstr Surg* 2000; 105: 423-424.
22. Goldstein TA, Romanzi JL. Surgical techniques: Z-plasty reductional labioplasty. *The Journal of Sexual Medicine* 2007; 4(3): 550-553.
23. Ellsworth AW, Rizvi M, Lypka M, Gaon M, Smith B, Cohen B. Techniques for labia minora reduction: an algorithmic approach. *Aesthetic Plastic Surgery* 2010; 34(1): 105-110.
24. Rouzier R, Louis-Sylvestre C, Paniel BJ, Haddad B. Hyper-trophy of labia minora: experience with 163 reductions. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 35-40.
25. Pardo J, Sola V, Ricci P, Guillou E. Laser labioplasty of labia minora. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2006; 93: 38-43.
26. Alter CJ. Labia minora reconstruction using clitoral hood flaps, wedge excisions, and YV advancement flaps. *Plast Reconstr Surg* 2011; 127(6): 2356-2363.
27. Dalaker K, Loennecken K. Operativ rekonstruksjon av jomfruhinner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1820.
28. Reziciner S. Prevention of recurrent post-coital cystitis using hymenoplasty. *Ann Urol (Paris)* 1988; 22(6): 446-451.
29. Wild V, Neuhaus Bühler R, Poulin H, Brockes C, Schmidt-Weitmann S, Biller-Andorno N. Requests for online consultations on the operative reconstruction of the hymen— data from the University Hospital Zurich and the Children's Hospital Zurich. *Praxis* 2010; 99(8): 475-480.
30. Latarjet T. Compendio de anatomía descriptiva. 4<sup>a</sup> Ed. Tomo II. 2004.
31. Burri AV, Cherkas L, Spector TD. Genetic and environmental influences on self-reported G-spots in women: a twin study. *J Sex Med* 2010; 7: 1842-1852.
32. Zaviacic M, Jakubovska V, Belosovic RM, Breza J. Ultrastructure of the normal adult human female prostate gland (Skene's gland). *Anat Embryol* 2000; 201: 51-61.
33. Whipple B. *Ernst Gräfenberg: From Berlin to New York*. Scandinavian Journal 5th Congress of the European Federation of Sexology 2000; 3: 43-49.
34. Smellie W, McClintoc AH. Smellie's treatise on the theory and practice of midwifery. *London New Sydenham Society* 1876; 1: 110.
35. Dhom G. *Geschichte der Histopathologie*. Berlin: Springer; 2001.
36. Virchow RKL. *Archiv für pathologische anatomie und physiologie und für klinische medizin*. Berlin Springer 1853; 5(18): 403-404.
37. Skene AJC. The anatomy and pathology of two important glands of the female urethra. *Amer J Obstetr Diss Women Child* 1880; 13: 265-270.
38. Gräfenberg R. The role of urethra in female orgasm. *Int J Sexol* 1950; 3: 146.
39. Kerrebroeck PV, Meulen FT, Larsson G, Farrelly E et al. Efficacy and safety of a novel system (nasha/dx copolymer using the implacer device) for treatment of stress urinary incontinence. *Urology* 2004; 64: 281.
40. Kobelt G, Jonasson AF. Treatment of stress urinary incontinence with non-animal stabilized hyaluronic acid/dextranomer (NASHA/Dx) gel an analysis of utility and cost. *Clin Drug Invest* 2006; 26(10): 583-591.

41. Faba OR, Blanco ASM, Monzón AJ, Álvarez RCG et al. Tratamiento de la incontinencia urinaria mediante sustancias inyectables: análisis de nuestra serie. *Arch Esp Urol* 2005; 58(3): 227-231.
42. Chapple CR, Weinb AJ, Brubaker L, Dmochowskid R et al. Stress incontinence injection therapy: what is best for our patients? *European Urology* 2005; 48: 552-556.
43. Goetsch MF. Simplified surgical revision of the vulvar vestibule for vulvar vestibulitis. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 1701-1705.
44. Alter CJ. Aesthetic labia minora and clitoral hood reduction using extended central wedge resection. *Plast Reconstr Surg* 2008; 122: 1780-1709.
45. Di Saia JP. Report: An unusual staged labial rejuvenation. *J Sex Med* 2008; 5: 1263-1267.
46. Pardo JS, Solà VD, Ricci PA, Guiloff EF, Freundlich OK. Colpoperineoplasty in women with a sensation of a wide vagina. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85: 1125-1127.
47. Ciro Adamo, Monica Corvi. Cosmetic mucosal vaginal tightening (lateral colporrhaphy): Improving sexual sensitivity in women with a sensation of wide vagina. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2009; 123(6): 212-213e.
48. Liao LM, Creighton SM. Requests for cosmetic genitoplasty: How should healthcare providers respond? *BMJ* 2007; 334: 1090-1092.
49. Drake LA, Goltz RW, Livingood CS, Ammonette R. Guidelines/Outcomes Committee. Recommendations for credentialing and privileging. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39: 765-786.
50. The American Society for Aesthetic Plastic Surgery. *Cosmetic Surgery National Data Bank Statistics* 2006.
51. Pulman KJ, Kives S, Jamieson MA. A case of vaginoplasty without Grafting. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2012; 25(2): e17-19.
52. ACOG Committee. ACOG Committee Opinion No. 378: vaginal "rejuvenation" and cosmetic vaginal procedures. *Obstet Gynecol* 2007; 110: 737-738.
53. Laube DW. Cosmetic therapies in obstetrics and gynecology practice: putting a toe in the water? *The American College of Obstetricians and Gynecologists* 2008; 111(5): 1034-1036.
54. Fogdestam I. "Intimate surgery" of the female: a word of caution. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 1101.