

III Con GIN AU!

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

Septiembre 2024

Año MMXXIV



III Congreso Nacional de
**GINECOLOGÍA ESTÉTICA,
FUNCIONAL Y REGENERATIVA**
VALENCIA
Del 26 al 28 de septiembre de 2024





Revista de Formación
Continuada. Fundada en 1936
por el Sr. F. García Sicilia y el
Dr. F. Luque Beltrán.
Es propiedad de los
profesores Bajo Arenas
y Cruz y Hermida.

editorial
SELENE

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD
TOKO-GINECOLOGÍA
PRÁCTICA

DIRIGIDA A:
Especialistas en Ginecología y Obstetricia

EDICIÓN PUBLICIDAD
91 639 59 65

INDEXADA EN:
IME, EMBASE/Excerpta Medica, Bibliomed,
Embase Alerts, Sedbase

SUSCRIPCIONES
91 639 59 65

CORRESPONDENCIA CIENTÍFICA:
Calle Jérez, 21
28231 Las Rozas
Madrid

TARIFAS DE SUSCRIPCIÓN ANUAL

Profesionales	52,75€
Instituciones	81,49€
MIR y estudiantes	41,55€
IVA incluido. Precios validos para España	
Extranjero (sin IVA)	91,39€

Correl electrónico:
mpazle@tokoginecologiapractica.com

PUBLICACIÓN AUTORIZADA
como soporte válido:
Ref. SVR núm 117-R-CM

Periodicidad:
6 números al año

ISSNO: 0040-8867

Disponible en Internet:
www.tokoginepractica.com

DEPÓSITO LEGAL: M. 3.873-1958





REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD
TOKO-GINECOLOGÍA
PRÁCTICA

DIRECTOR HONORÍFICO

Cruz y Hermida, J

DIRECTOR

Bajo Arenas, J.M

DIRECTOR CIENTÍFICO

Huertas Fernández, M.A

EDITORES

Palacios Gil-Antuñano, S

Mendoza Ladrón de Guevara, N

SECRETARIOS DE REDACCIÓN

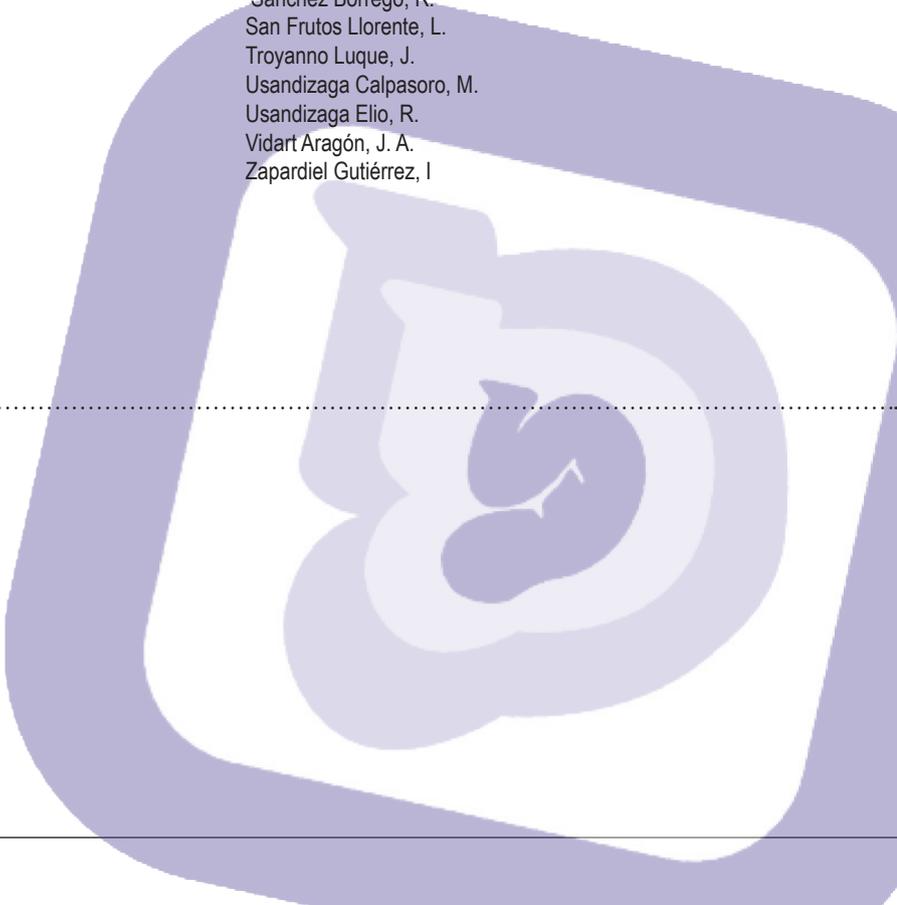
Escribano Tórtola, J.J

Marcos Fernández, M

COMITE CIENTÍFICO

Acién Álvarez, P.
Álvarez de los Heros, J.I.
Álvaro Navidad, P
Barri Ragué, P. N.
Barrio Fernández, P. del
Bonilla Musoles, F.
Bruna Catalan, I.
Calleja Abu-Amshah, J.
Castelo-Branco, C.
Carrasco Rico, S.
Cortés Bordoy, J.
Criado Enciso, F.
Cristóbal García, I.
Díaz Recasens, J.
España Pons, M.
Ferrer Barriendos, J.
Fuente Pérez, P. de la
Fuente Ciruela, P. de la
Fuente Valero, J. de la
Galindo Izquierdo, A

García Benasach, F
González González, A.
Hernández Aguado, J.J.
Laila Vicens, J. M.
López García, G.
Martínez Pérez, O.
Martínez-Astorquiza, T.
Miguel Sesmero, J. R. de
Pérez-Medina, T.
Pingarron Santofimia, MC
Plaza Arranz, J
Ramírez Medina, E
Sánchez Borrego, R.
San Frutos Llorente, L.
Troyanno Luque, J.
Usandizaga Calpasoro, M.
Usandizaga Elio, R.
Vidart Aragón, J. A.
Zapardiel Gutiérrez, I



BeNuren

INTIMATE SOLUTIONS

Innovación y Tecnología Láser de Diodo para Ginecología

NO ABLATIVO



MODEL
360°

EGF

Factores de Crecimiento Epiteliales

Compuesto biocósmético con **ácido hialurónico** que combinado con el láser, favorece la **regeneración y revitalización del tejido vaginal** sin necesidad de inyectar.



EN CONSULTA

Sérum EGF



EN CASA

Crema Intimate Repair

Láser de Diodo



REGENERATIVA
+10 TRATAMIENTOS

FUNCIONAL
+10 TRATAMIENTOS

ESTÉTICO
+5 TRATAMIENTOS

Incontinencia

Sequedad

Atrofia

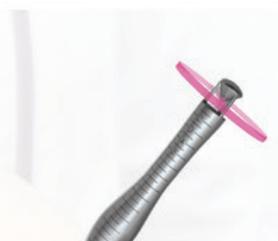
Liquen

Vulvodinia

Condilomas

Labioplastia

EL LÁSER MÁS VERSÁTIL DEL MERCADO



CABEZAL LADYLIFT

Tratamiento del canal vaginal cuyo efecto térmico produce una regeneración del tejido gracias a la neocolágenesis, regenerando el epitelio y el tejido conectivo.



CABEZAL MINITHERAPY

Tratamiento externo vulvar con emisión bioestimulante sobre el tejido. Estimula la microcirculación, facilita la angiogénesis y la cicatrización.



CABEZAL SURGICAL

Tratamientos quirúrgicos mediante tecnología láser de contacto cuyas microfibras ópticas guiadas permiten la ablación de tejidos, vaporizaciones y corte.



CABEZAL LIGHTSCAN

Tratamiento fraccional no ablativo que concentra el haz de luz láser, calentando microfracciones de la piel para que el efecto regenerativo sea más efectivo, dejando intacta la piel suprayacente.

Confían ya en el Método BeNuren

+300 de ginecólogos

+60 de Clínicas

+10.000 de pacientes

HLA Grupo Hospitalario

vithas

hm hospitales

QUIRÓN GRUPO HOSPITALARIO

CENTRO MÉDICO TEKNON

Hospitalice Molina

HOSPITAL DEL CASTELLO

Hospital viamed

Orden Hospitalaria de San Juan de Dios Provincia de España

CIRUGÍA GINESTÉTICA: Cirugía genital con intención funcional y estética. STATE OF ART

López Freire

*Hospital Ribera Povisa. Vigo,
Grupo de Jóvenes expertos de la AEEM*

La cirugía ginestética es una disciplina relativamente reciente. Su historia se remonta a principios del siglo XX, con los primeros procedimientos centrados en la reconstrucción genital después de un traumatismo o anomalías congénitas. Desde entonces, ha evolucionado para abarcar una gama más amplia de procedimientos destinados a mejorar la estética y la función de los genitales externos.

El verdadero impulso se produce en los años 80 con el auge de la labioplastia que marcó un punto de inflexión.

Los avances en las técnicas quirúrgicas, la irrupción de tecnologías como el láser y la demanda de los pacientes, han impulsado el campo hasta conseguir unas cifras de record. La labioplastia, por ejemplo, aumentó un 600% en menos de una década en los EEUU y según la encuesta global de la sociedad internacional de cirugía plástica y estética, sólo en 2021 se realizaron 171.088 labioplastias. Hay que añadir que estas cifras subestiman la realidad pues no existe un cómputo global de las realizadas por todas las especialidades.

EL motivo por el cual un mujer toma la decisión de realizarse una cirugía estética genital no sólo depende de la percepción subjetiva que tenga de sus genitales, sino que muchas veces estas pacientes sufren verdaderos malestares físicos y psicológicos que les impide desarrollarse con normalidad; sienten desagrado, incomodidad o vergüenza.

En general, los motivos de consulta más frecuentes podemos dividirlos en:

- Constitucionales: labios menores hipertroficados y/o asimétricos; Labios mayores exuberantes; Adiposidad del monte de venus; Hipertrofia del capuchón del clítoris.
- Relacionados con el parto y postparto: amplitud vaginal sintomática (hiperlaxitud vaginal); Secuelas de cicatrices tras episiotomía o desgarros y prolapsos.

- Relacionados con la edad: disminución de la turgencia ó atrofia de labios mayores; elongación de labios menores y estenosis del introito (SGM severo).

Dependiendo de la complejidad del procedimiento y sus requerimientos, las cirugías podrán realizarse en un consultorio o en quirófano; con Láser ó bisturí frío y anestesia local, loco-regional ó general.

Uno de los aspectos más importantes es la evaluación inicial de la paciente, donde debemos tener en cuenta la motivación, las metas y expectativas de la paciente. Previa a la cirugía tenemos que llegar a un consenso entre lo que la paciente solicita y lo que nosotros podemos ofrecerle. Debemos examinarla en búsqueda de expectativas poco realistas y descartar el trastorno dismórfico corporal. Para ayudarnos, existen cuestionarios validados que proporcionan una medida objetiva de los síntomas y las motivaciones, como el FGPS survey questionnaire de Goodman MD.

En la exploración física es importante tener en cuenta aspectos como:

- Índice de masa corporal: un IMC>30 incrementa el riesgo quirúrgico y puede condicionar el tipo de anestesia y lugar en que debemos realizar la intervención así como incrementar el riesgo postquirúrgico de trombosis venosa profunda o el tromboembolismo pulmonar.
- Paridad y tipo de parto: La multiparidad y el parto instrumentado incrementan riesgo de lesión de complejo muscular del elevador del ano y nervio pudendo, predisponiendo a prolapsos.
- Estado hormonal: paciente postmenopausica con síndrome genitourinario requerirá con frecuencia un tratamiento hormonal previo para mejorar la calidad del tejido previo a la cirugía.

A continuación tenemos que evaluar la totalidad del complejo vulvar: Monte de venus, área del clítoris, el complejo labial-clitoral, los labios menores, los labios mayores, la comisura anterior y posterior y el área perineal.

De todos ellos, ha de ponerse especial atención al complejo capuchón clitoriano-labios menores, pues varía de un modo amplio en cuanto a la apariencia y constituye un área problemática para el cirujano.

Los labios menores varían en el tamaño, la pigmentación, textura (rugosa, lisa), grosor, simetría, forma y grado de protusión sobre labios mayores.

Es recomendable documentar con fotos (de pie y en posición de litotomía) el estado de la anatomía pre y postquirúrgica y establecer un plan quirúrgico.

Un aspecto importante a la hora de planificar la cirugía es la vascularización: los labios menores tienen una arteria central predominante, 2 arterias posteriores y 1 anterior. Por lo tanto, al planificar una labioplastia cuña, debemos recordar que el labio anterior es el menos perfundido; un colgajo de base posterior tiene un suministro de sangre más fiable. Si hay dudas, la transiluminación puede ayudarnos a visualizar la vascularización de nuestra paciente.

PERO...¿Existe una vulva ideal?

Se observa una amplia variación en el tamaño y la forma de los genitales externos femeninos y, por lo tanto, la definición de genitales normales es difícil. Con el fin de estandarizar y documentar los resultados preoperatorios y posoperatorios, la Asociación Internacional de Uroginecología (IUGA) y la Asociación Estadounidense de Ginecología (AUGA) desarrollaron una clasificación para la anatomía labial.

Se han realizado encuestas para conocer las preferencias de las mujeres y unos labios menores pequeños que no protuyan más allá de los labios mayores (relación ancho labios mayores /menores de 3:1) representa el objetivo deseado en la mayoría de las pacientes.

Procedimientos más frecuentes:

Labioplastia de reducción:

Lo que la paciente desea: labios más pequeños, simétricos y sin cicatrices.

Para ello debemos tener en cuenta dos aspectos importantes: los bordes (si desea conservarlos o no) y la vascularización.

Las técnicas más frecuentes son la de Trim (o lineal, supone una mayor resección y no conserva los bordes) y la Wedge o cuña. Siempre deberemos evitar una sobrerresección (recordar el aforismo: pensar 3 y cortar 1) y en ese sentido están cobrando gran popularidad las técnicas de Desepitelización (resección sólo de piel conservando la dermis con el aporte nervioso y vascular).

La tasa de complicaciones es baja (2-10%) pero generalmente se debe a una mala elección del procedimiento y/o a una mala técnica quirúrgica.

Pueden ser complicaciones inmediatas como la hemorragia, dehiscencia de la sutura o más tardías como la amputación de labios, dolor en cicatriz, dispareunia, alteración de la sensibilidad, deformidad y pérdida de autoestima.

Nunca debemos olvidar que el objetivo es conseguir la armonización vulvar y para ello, hay que individualizar, cada paciente requerirá la técnica que más se ajuste a su variante anatómica.

Plastia del Capuchón del clítoris o Hoodoplastia: clave para la armonización vulvar, sólo se realiza resección de piel y generalmente va asociada a labioplastia o clitoroplastia.

Cirugía de la hipertrofia de la comisura posterior o Fouchette posterior:

La comisura posterior se encuentra en la fusión posterior de los labios menores y es la estructura más superficial del perine. La morfología está relacionada con edad, estatus hormonal y paridad.

Puede ser redundante, laxa o constrictiva. La técnica quirúrgica a utilizar dependerá de dichas variantes. Con frecuencia también es una técnica que asociamos a labioplastia de reducción.

Labios Mayores:

Reducción de labios Mayores (caídos e hiperplásicos): se elimina exceso de piel (>90% de los casos) y/o tejido graso. Una resección excesiva puede dar lugar a un introito ampliado, sequedad e irritación.

Liposucción y Plastia del monte de Venus: La candidata suele ser una paciente obesa, en estos casos, la cirugía mejora disfunción urinaria y la higiene. Es importante realizar suturas de anclaje a la fascia del músculo recto abdominal para evitar el descenso.

Perineoplastia ó Vaginoplastia Vertical:

El objetivo es estrechar el hiato genital (introital gap) y aumentar el cuerpo perineal. La paciente se queja de Hiperlaxitud vaginal tras parto y afectación de la sexualidad y estética.

La técnica consiste en la exéresis de mucosa redundante hasta anillo himeneal y plicatura muscular. Más comúnmente, la pared vaginal posterior se cierra mediante plicatura de la fascia rectovaginal y aproximación de los elevadores proximal al anillo del himen. La mejoría en las tasas de satisfacción sexual ronda el 90%.

Contraindicaciones relativas para la técnica serían una historia de vulvodinia, dispareunia o DPC.

Perineoplastia ó Vaginoplastia horizontal:

- Técnica de Fenton: la utilizamos para resección de fisuras pequeñas en introito, estenosis leves de introito o resección de granuloma fissuratum cuando son de pequeño tamaño.
- Perineoplastia horizontal con colgajo de avance vaginal: para resección de fisuras de mayor tamaño, o necesidad de mayor grado de ampliación vulvar (requiere cierto grado de rectocele).

Himenoplastia:

Involucra muchos problemas éticos. Es conocida como revirginización en países occidentales y tiene una implicación sociocultural, especialmente en países musulmanes. La operación en sí es el procedimiento genital femenino menos estudiado. Algunos lo clasifican como un procedimiento puramente reconstructivo y lo excluyen del conjunto de procedimientos estéticos.

También podríamos considerar como procedimiento reconstructivo, y no meramente estético, el abordaje de los cambios vulvares debidos a la evolución de liquen escleroatrófico severo, donde vemos fimosis ó desaparición del clitoris, borramiento de labios menores y sinequias ó cierre del introito vaginal. Las técnicas de desbridamiento quirúrgico junto con terapias regenerativas, sin olvidar la aplicación precoz de fisioterapia pueden conseguir resultados muy aceptables.

La literatura confirma que la cirugía íntima femenina brinda un alto grado de satisfacción psicológica y sexual

en el postoperatorio (90- 97%), con mejoras con los cuestionarios de satisfacción sexual y de calidad de vida percibida por las mujeres.

Sin embargo, como toda nueva disciplina tiene sus detractores. En 2019, la ACOG publica ———los considera procedimientos “insostenibles” debido a la ausencia de seguridad y eficacia establecidas. En 2020, vuelve a publicar “la cirugía vulvovaginal por razones de apariencia y función sexual no está indicada desde el punto de vista médico y presenta riesgos importantes; las mujeres interesadas en la cirugía deben ser tranquilizadas de la normalidad de su anatomía. Los médicos que las realizan están patologizando la vulva y vagina normales; y contribuyen a la disfunción sexual y el sufrimiento de la mujeres”.

Ante los datos objetivos de las altas tasas de satisfacción de las mujeres, afirma que “los estudios que demuestran la satisfacción del paciente con estos procedimientos no deben servir como evidencia de que estos procedimientos son clínicamente eficaces”. Evidentemente, están ignorando el impacto negativo de no realizar tales procedimientos en las pacientes que lo precisan.

CONCLUSION

Aunque se pueda pensar que el interés por la cirugía genital es una moda actual, siempre ha existido un ideal de belleza de la mujer que incluye también los genitales externos.

La cirugía estética genital ofrece unas grandes expectativas pero deben analizarse con el mismo rigor científico que exigimos a cualquier otro ámbito de la medicina. Es obligado tener un conocimiento profundo de la anatomía y los cambios fisiológicos que experimentan a lo largo de la vida.

Es absolutamente necesario regular la formación y capacitación de los profesionales para realizar las técnicas quirúrgicas de forma correcta. y publicar los datos sobre los resultados a largo plazo en el ámbito físico y psicosexual, porque cuando se practica de manera segura, la cirugía estética y funcional genital mejora la calidad de vida de las mujeres.

HILOS TENSORES EN PATOLOGÍA DE SUELO PELVIANO

Pages C

La medicina regenerativa es un regalo para la disciplina médica. La capacidad que nos da la naturaleza de poder regenerar nuestros propios tejidos y la mano humana que avanza modulando esa regeneración, hace que esta modalidad médica sea abrazada por múltiples especialidades.

La ginecología y como subespecialidad, el estudio y tratamiento de las patologías que acontecen al suelo pélvico, pueden ser grandes beneficiarias de la medicina regenerativa.

Los biomateriales son sustancias diseñadas que interactúan con los sistemas biológicos con un fin terapéutico. La biología molecular y la ingeniería de tejidos nos ha permitido materializarlos en forma de hilos, con unos resultados muy interesantes y beneficiosos en diversas patologías del suelo pélvico.

La importancia tanto de la microarquitectura y biomaterial utilizado, como de la macroarquitectura del hilo, es crucial en la regeneración de los tejidos y en la recuperación de su función. (1)

Los más utilizados son la polidoxanona (PDO), el ácido poliláctico (PLA) y la policaprolactona (PCL). Estos dos últimos mejorando sus beneficios en términos de regeneración de colágeno tipo I y III, elastina, maleabilidad, termorresistencia, durabilidad, cuando se implanta en forma de copolímero. (2,3,4)

Buscando la mejoría de la modulación de la respuesta inmune para un mayor beneficio, se sabe que la combinación de los biomateriales con otros tratamientos regenerativos como el ácido hialurónico, los hemoderivados, las células madre, exosomas autólogos, terapias basadas en energía, mejoran las características de la regeneración tisular. (5, 6)

La forma de presentación de los hilos puede ser muy diversa, ya que la macroarquitectura define también sus características a nivel de regeneración.

Existen hilos, lineales espiculados, lineales barbados (bidireccionales o multidireccionales), lineales con o sin conos, en espiral, etc.

Es importante considerar cual será la fisiopatología de la enfermedad a tratar para poder adecuar el hilo a lo que queremos conseguir con este tratamiento.

Dos de las principales patologías que hoy en día acontecen más frecuentemente en el suelo pélvico, son la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) en un 40% de mujeres en edad media de la vida, y el prolapso de los órganos pélvicos (POP) con una frecuencia anatómica del 50% de mujeres, aunque sintomáticamente es mucho menor. (7,8)

Este número tan importante de pacientes que tienen mermada su calidad de vida pueden ser candidatas a una solución o mejoría con hilos tensores.

La fisiopatología más frecuente de la IUE leve, moderada es la hipermovilidad uretral, motivo por el cual, la uretra sufre un déficit en el sostén y como bien definía Petros y Ulmsten y más tarde Delancey con su teoría de la hamaca, esto explicaba por qué la continencia no era la adecuada. (9,10)

El gold estándar en el tratamiento de la IUE son las bandas de incontinencia (los cabestrillos de uretra media libres de tensión) (11), y a nivel de corrección quirúrgica de los prolapsos las mallas han formado parte importante del tratamiento de estos. La problemática se establece cuando los materiales protésicos provocan efectos secundarios graves y de difícil resolución como puede ser dolor local y perpetuarse con un dolor pélvico crónico, ya que en ocasiones el pronóstico puede ser nefasto. (12, 13)

El diagnóstico correcto, la consideración de la gravedad de la incontinencia y la visión integral de esta patología (integridad de los esfínteres urinarios externo e interno, sistema nervioso autónomo y somático, estructuras fasciales y ligamentarias, musculares, mucosa uretral y submucosa ...) hacen que el tratamiento de la incontinencia urinaria cada vez pueda realizarse de una manera menos invasiva y con menos complicaciones asociadas, al contar con esta posibilidad de tratamiento

con hilos tensores y su combinación con más terapias regenerativas.

Existen varias técnicas y diferentes biomateriales en la inserción de hilos. La que hemos descrito como técnica Shore-up, es una técnica en andamiaje, donde se intenta estabilizar la uretra con inserción de hilos de PLA, PCL y envoltura de ácido hialurónico de bajo peso molecular.

Se disponen 4 hilos lineales con barbas bidireccionales, calibre de 2/0 y una longitud de 12cm, montados en una cánula de calibre 20G de una manera suburetral, previa hidrodissección de la zona con una dilución anestesia con lidocaína al 2% y epinefrina (dilución 1:1000) y 2 ml de bicarbonato. Son insertados cuatro hilos en espiral de, 4.7 cm y 4.4 cm a nivel parauretral derecho e izquierdo (dos a dos), montados en cánulas de 1.1 x 100 mm y 0.9 x 90 mm, respectivamente, lo que proporciona mayor resistencia estructural.

Finalmente, se insertan seis suturas lineales en el espesor de la mucosa vaginal anterior, dispuestas en abanico, partiendo del mismo punto de entrada. El orificio de entrada se cierra con una sutura trenzada multifilamento de rápida absorción de calibre 0 para minimizar el riesgo de extrusión temprana de las suturas. (14)

Los resultados de mejora, valorados en términos de Sandvick e ICIQ-SF son superiores a un 95% ya desde el primer mes. Los efectos secundarios son mínimos, el más frecuente es la extrusión de los hilos, que se resuelve de una manera sencilla con el corte del extremo del hilo extruido.

A nivel de POP, solo es adecuado por sus resultados en grados I según sistema de clasificación del POP-Q (15).

En el denominado Síndrome de Relajación Vaginal, fue definido por la Asociación

Internacional de Urología en el 2010 como una queja de flacidez vaginal excesiva. (16,17,18)

El paso del tiempo y factores de riesgo como los partos, índices de masa corporal elevados, aumentos de la presión abdominal de manera mantenida, pueden hacer que el colágeno pierda resistencia y provoque esta sintomatología.

Hoy en día no existe ningún instrumento ni escala estandarizada para diagnosticar, medir o clasificar con precisión el SRV.

Se han utilizado en los estudios publicados varias maneras de definir la laxitud vaginal, mediante cuestionarios tipo VLQ (19) y exploraciones digitales con valoración de los dedos que somos capaces de introducir en la exploración, o las medidas del hiato genital... (20).

Esta patología es una de las que más pueden

beneficiarse con los hilos tensores como tratamiento, ya que la histología de la vagina es una diana perfecta para establecer su regeneración en las 3 capas que la forman:

- Externa (tejido conjuntivo y fibras elásticas) regeneración del colágeno tipo I, III y elastina.
- Media muscular lisa (regeneración de miocitos)
- Interna o mucosa (epitelio poliestratificado muy sensible a la acción hormonal) (regeneración vascular y neurocitos) (21)

La disposición de los hilos tensores en la corrección de esta patología es en abanico con un solo punto de entrada a 1-2cm del meato uretral en cara anterior vaginal y en espejo en cara posterior. Se insertan en abanico hilos lineales barbados bidireccionales y en espiral para dar más resistencia al colágeno creado.

La apertura del hiato genital, muchas veces consta en la exploración de este síndrome, con debilidad, disminución en el volumen de los músculos o interrupción de su continuidad anatómica, ocasionando una disminución en el pronunciamiento de la parte fibrosa del cuerpo perineal. Su corrección con hilos tensores da un efecto inmediato de cierre de la hendidura genital y estrechamiento de la abertura vaginal.

Con la ayuda de las tecnologías de hilos, podemos acercar los músculos bulboesponjosos, bulbo cavernoso y el músculo perineal transverso. El hilo más óptimo utilizado para la corrección perineal es un hilo lineal barbado multidireccional de 50 cm, unidos en sus dos extremos a unas agujas bidireccionales, con las cuales se consigue restablecer la solución de continuidad de la musculatura perineal, con pases en pajarita en el cuerpo perineal y en zig-zag a nivel de unión de transverso con bulbo cavernoso y a través de un solo punto de entrada.

La mejoría de la sintomatología es referida de una manera inmediata.

Los procedimientos con hilos tensores pueden ser realizados con anestesia local, con una rápida recuperación e incorporación de la paciente a su vida habitual.

CONCLUSIÓN

La tecnología de hilos tensores como terapia regenerativa en diferentes patologías del suelo pélvico, pueden ser una opción para mejorar o solucionar la sintomatología que provocan estos defectos y que en muchas ocasiones deterioran la calidad de vida de nuestras pacientes. Procedimientos poco invasivos, con anestesia local, con rápida recuperación y con una incorporación inmediata a la vida cotidiana. Terapia regenerativa para valorar en IUE, POP y SRV.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zambon JP, Williams KJ, Bennington J, Badlani GH. Applicability of regenerative medicine and tissue engineering for the treatment of stress urinary incontinence in female patients. *Neurourol Urodyn.* 2019 Aug;38 Suppl 4:S76-S83. doi: 10.1002/nau.24033. Epub 2019 May 16. PMID: 31099087
2. Conde G, de Carvalho JRG, Dias PDP, Moranza HG, Montanhim GL, Ribeiro JO, Chinelatto MA, Moraes PC, Taboga SR, Bertolo PHL, Gonçalves Funnicelli MI, Pinheiro DG, Ferraz GC. In vivobiocompatibility and biodegradability of poly(lactic acid)/poly(ε-caprolactone) blend compatibilized with poly(ε-caprolactone-b-tetrahydrofuran) in Wistar rats. *Biomed Phys Eng Express.* 2021 Mar 15;7(3). doi: 10.1088/2057-1976/abeb5a. PMID:
3. Fitzgerald R, Bass LM, Goldberg DJ, Graivier MH, Lorenc ZP. Physiochemical Characteristics of Poly-L-Lactic Acid (PLLA). *Aesthet Surg J.* 2018 Apr 6;38(suppl_1):S13-S17. doi: 10.1093/asj/sjy012. PMID: 29897517
4. Jendrysik B, et al. Comparison of the Influence of New Generation Threads P(LA/ CL) HA And P(LA/CL) on Convalescence and Clinical Effects Patients Undergoing Minimally
5. Nikishin DV, Sulamanidze GM and Kajaia AA. Effectiveness of using Poly Lac-tide and Caprolactone Acid with Hyaluronic Acid Material. *AdvPlast Recon-str Surg,* 2019
6. Ju Y, Hu Y, Yang P, Xie X, Fang B. Extracellular vesicle-loaded hydrogels for tissue repair and regeneration. *Mater Today Bio.* 2022 Dec 21;18:100522. doi: 10.1016/j.mtbio.2022.100522. PMID: 36593913; PMCID: PMC9803958
7. J. Salinas Casado, A. Díaz Rodríguez, F. Brenes Bermudez, M.J. Cancelo Hidalgo, A. Cuenllas Díaz, C. Verdejo Bravo, Grupo Observatorio Nacional de Incontinencia (ONI). Prevalencia de la incontinencia urinaria en España. *URO A,* 23 (2010), pp. 52-66
8. Weintraub AY, Gliner H, Marcus-Braun N. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. *Int Braz J Urol.* 2020 Jan-Feb;46(1):5-14. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2018.0581. PMID: 31851453; PMCID: PMC6968909.
9. Petros PE, Ulmsten UI. An integral theory of female urinary incontinence. Experimental and clinical considerations. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl.* 1990;153:7-31. doi: 10.1111/j.1600-0412.1990.tb08027.x. PMID: 2093278
10. DeLancey JO. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: The hammock hypothesis. *Am J Obstet Gyne-col* 1994;170(6):1713-20.
11. Magon N, Chopra SV. Transobturator Tape in Treatment of Stress Urinary Incontinence: It is Time for a New Gold Standard. *N Am J Med Sci.* 2012 May;4(5):226-30. doi: 10.4103/1947-2714.95905. PMID: 22655282; PMCID: PMC3359434.
12. Ianosi NG, Calbureanu-Popescu MX, Ianosi SL, Tutunaru C, Mogos G, Dragusin L, Gingeoveanu G, Ifrim-Predoi AM, Paun I. Impact of hysterectomy on urethral suspension with transobturator sling for treatment of stress urinary incontinence in women. *Curr Health Sci J.* 2019;45:59–65
13. Seifalian A, Basma Z, Digesu A, Khullar V. Polypropylene Pelvic Mesh: What Went Wrong and What Will Be of the Future? *Biomedicines.* 2023 Mar 1;11(3):741. doi: 10.3390/biomedicines11030741. PMID: 36979721; PMCID: PMC10045074.
14. Clinical relevancy of improvement of stress urinary incontinence after simple gynecosthetic intervention. (IUGA 2023) Pages, Cristina - Unidad de Suelo Pelvico, Hospitales de Madrid HM, IMI, Toledo. Pellicer, Begonya - Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Valencia Fuentes-Aparicio, Laura - PTinMOTION research group, Department of Physiotherapy, University of Valencia
15. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:10–7.
16. B.T. Haylen, D. de Ridder, R.M. Freeman, S.E. Swift, B. Berghmans, J. Lee, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn.,* 29 (2010), pp. 4-20
17. H.P. Dietz, M. Stankiewicz, I.K. Atan, C.W. Ferreira, M. Socha. Vaginal laxity: what does this

- symptom mean?. *Int Urogynecol.*, 29 (2018), pp. 723-728
18. L.S. Millheiser, S. Kingsberg, S. Lukes, R. Pauls, K. Pope. Cross-sectional survey of sexual health and vaginal laxity following vaginal delivery. *J Sex Med.*, 7 (2010), pp. 239
 19. Sekiguchi Y, Utsugisawa Y, Azekosi Y, Kinjo M, Song M, Kubota Y, Kingsberg SA, Krychman ML. Laxity of the vaginal introitus after childbirth: nonsurgical outpatient procedure for vaginal tissue restoration and improved sexual satisfaction using low-energy radiofrequency thermal therapy. *J Womens Health (Larchmt)*. 2013;22(9 September):775–81
 20. Aulia I, Valeria M. Current Perspectives in Vaginal Laxity Measurement: A Scoping Review. *Arch Plast Surg*. 2023 Aug 31;50(5):452-462. doi: 10.1055/a-2113-3202. PMID: 37808327; PMCID: PMC10556325
 21. Mazloomdoost D, Westermann LB, Mutema G, Crisp CC, Kleeman SD, Pauls RN. Histologic Anatomy of the Anterior Vagina and Urethra. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2017 Sep/Oct;23(5):329-335. doi: 10.1097/SPV.0000000000000387. PMID: 28118170.

Tecnología basada en la Electroporación en GinEstética

Sánchez-Prieto M (1), Escribano Tórtola JJ (2), Riola Verges A (3), Mendoza Ladrón de Guevara N (4),
Sánchez-Borrego R (1)

1 DIATROS, Clínica de Atención a la Mujer. Barcelona.

2 Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.

2 Instituto Universitario Dexeus. Barcelona.

3 Medicalio. Barcelona. 4Universidad de Granada. Granada.

La electroporación es un fenómeno que resulta de la aplicación de un pulso eléctrico de alto voltaje a la membrana celular, generando pequeños nanoporos temporales en la membrana plasmática. Esta técnica permite el paso de macromoléculas e iones a través de la membrana en ambas direcciones, lo que ha llevado a su uso en diversas aplicaciones médicas, incluidas las áreas de ginecología estética y funcional. En particular, se ha mostrado promesa en el tratamiento del síndrome de hiperlaxitud vaginal (SHV), una condición caracterizada por la pérdida de la estructura óptima de la vagina y que puede impactar negativamente en la calidad de vida de las pacientes.

El SHV puede ser tratado mediante diversas estrategias, que van desde ejercicios de Kegel y agentes farmacológicos hasta enfoques quirúrgicos invasivos. Sin embargo, la electroporación se presenta como una opción no invasiva que busca restaurar la calidad de los músculos vaginales y tensar las estructuras que soportan el área vulvovaginal. La terapia se basa en la utilización de microdescargas eléctricas que aumentan localmente la intensidad eléctrica, provocando electroporación en el tejido, lo que contribuye a la reducción de la atrofia de la mucosa vaginal y mejora la cohesión entre el tejido mucoso y submucoso.

En un estudio que incluyó a 91 participantes con una edad promedio de 48.69 ± 10.89 años, se evaluaron los efectos de la electroporación sobre la laxitud vaginal. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes tratadas activamente y el grupo placebo en varios cuestionarios de evaluación, incluyendo el cuestionario de laxitud vaginal (VLQ) y el índice de función sexual femenina (FSFI). En el VLQ, se encontró un valor de F de 46.91 ($p < 0.001$), y en el FSFI, un valor de F de 7.97 ($p = 0.005$), indicando que la electroporación no solo mejora la laxitud vaginal,

sino que también tiene un efecto positivo en la función sexual.

Además, el cuestionario de impacto de incontinencia-7 (IIQ-7) también mostró una mejora significativa ($F = 15.51$; $p < 0.001$), sugiriendo que la mejora en la laxitud vaginal se asocia con beneficios en los síntomas de incontinencia urinaria. La biopsia realizada tras el tratamiento evidenció un aumento promedio del 100.04% en el grosor de la mucosa vaginal en el grupo de tratamiento activo, reflejando una regeneración significativa del tejido. Este tratamiento fue bien tolerado por las pacientes, sin reportes de eventos adversos y sin necesidad de anestésicos tópicos, lo que refuerza su perfil de seguridad.

La electroporación podría, por tanto, ofrecer una alternativa efectiva y segura para el manejo del SHV y sus síntomas asociados. Este enfoque es especialmente relevante en la práctica clínica, donde es esencial considerar las expectativas de las pacientes y proporcionar tratamientos que mejoren su calidad de vida. La capacidad de la electroporación para inducir cambios positivos en la mucosa vaginal y en la función sexual puede contribuir a un mayor bienestar psicológico y físico, afectando de manera significativa la autoestima y la vida sexual de las mujeres.

En conclusión, la electroporación representa una innovadora y prometedora opción en la ginecología estética y regenerativa, particularmente en el tratamiento del síndrome de hiperlaxitud vaginal. Los datos preliminares de estudios actuales sugieren que la terapia puede mejorar de manera significativa la laxitud vaginal, la función sexual y los síntomas de incontinencia, destacando su potencial en la atención ginecológica. Se requiere más investigación para consolidar estos hallazgos y establecer protocolos clínicos estandarizados que optimicen su aplicación en la práctica cotidiana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Łapińska Z, Szwedowicz U, Choromańska A, et al. Electroporation and Electrochemotherapy in Gynecological and Breast Cancer Treatment. *Molecules*. 2022 Apr 12;27(8):2476. doi: 10.3390/molecules27082476.
2. Palacios S. Vaginal hyperlaxity syndrome: a new concept and challenge. *Gynecol Endocrinol*. 2018 May;34(5):360-362. doi: 10.1080/09513590.2017.1418312.
3. Escribano JJ, González-Isaza P, Tserotas K, et al. In response to the FDA warning about the use of photomedicine in gynecology. *Lasers Med Sci*. 2019 Sep;34(7):1509-1511. doi: 10.1007/s10103-019-02744-1.
4. Polland A, Duong V, Furuya R, et al. Description of Vaginal Laxity and Prolapse and Correlation With Sexual Function (DeVeLoPS). *Sex Med*. 2021 Dec;9(6):100443. doi: 10.1016/j.esxm.2021.100443.
5. Xu X, Zhang H, Yan Y, et al. Effects of electrical stimulation on skin surface. *Acta Mech Sin*. 2021;37(12):1843-1871. doi: 10.1007/s10409-020-01026-2.
6. Sánchez-Prieto M, Escribano JJ, Lugo F, et al. Treating vaginal laxity using direct current: a prospective study – preliminary results. *Maturitas*. 2023 Jul;173:84.
7. Fait T, Baltazar T, Bubenickova L, et al. Treatment of Vulvovaginal Laxity by Electroporation: The Jett Plasma Medical for Her II Study. *J Clin Med*. 2023 Sep 27;12(19):6234. doi: 10.3390/jcm12196234.

Láser vulvovaginal para el tratamiento de síndrome genitourinario de la menopausia en mujeres supervivientes de cáncer ginecológico

Alemany Carro J *(1), Ortega Expósito C (1), Martínez García JM (1), García Tejedor A (1), Ponce Sebastià J (1)

(1) Servicio de Ginecología, Hospital Universitari de Bellvitge (IDIBELL), Universitat de Barcelona, Barcelona, España.

*Correspondencia: Judit Alemany Carro. Calle Marmellà 10, SATC 2a, 08023, Barcelona, Barcelona, España.

juditcalemany@gmail.com

Palabras clave / Términos relevantes

Láser vaginal, Menopausia, Síndrome genitourinario (SGM), Cáncer ginecológico

INTRODUCCIÓN

Las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama y/o cáncer ginecológico a menudo se someten a múltiples tratamientos, como cirugías que incluyen anexeomías bilaterales, quimioterapia, hormonoterapia, etc. Estos tratamientos oncológicos desencadenarán una privación de estrógenos y otras hormonas sexuales que puede condicionarles una situación de atrofia vulvovaginal sintomática. En mujeres premenopáusicas, además, este escenario llevará a las pacientes a una menopausia iatrogénica que será muchas veces prematura. La radioterapia pélvica, otro tratamiento muy frecuente en algunos tipos de cáncer ginecológico, dañará el tejido vaginal y vulvar, empeorando aún más la calidad de dichos tejidos. Todo ello puede hacer aparecer o empeorar, si ya existía, un síndrome genitourinario de la menopausia.

El síndrome genitourinario de la menopausia (SGM) es una entidad que engloba una serie de signos y síntomas asociados a un descenso en el nivel de estrógenos y otras hormonas sexuales en la mujer. Se incluyen cambios tanto en la vagina y los genitales externos como en la uretra y la vejiga. Entre estos, podemos encontrar sequedad vaginal, quemazón, irritación, sangrado postcoital, disminución del deseo sexual, dispareunia, y también síntomas urinarios, como la urgencia miccional. Este término fue definido en 2013 por la International Society for the Study of Women's Health y por la North American Menopause Society.

La primera línea de tratamiento recomendada en casos de afectación leve es el uso de terapias no hormonales, como lubricantes y geles hidratantes. En los casos de síndrome genitourinario moderado o grave, se recomienda la terapia estrogénica local o el ospemifeno

oral, que son considerados los "gold standard". En mujeres con antecedentes de cáncer ginecológico, sin embargo, a menudo hay limitaciones para el uso de estos tratamientos, ya sea por contraindicación/ uso controvertido, por rechazo de uso por parte de las pacientes, o por ineficacia (sobre todo en los casos asociados a radioterapia).

En los últimos años, no obstante, han ido surgiendo nuevas opciones terapéuticas, como la prasterona o los dispositivos basados en energía, destacando entre ellos el láser vaginal, que podrían ser alternativas útiles en estas mujeres.

La literatura médica actual sugiere el láser fraccionado de CO2 vaginal como una terapia efectiva para tratar la sintomatología del SGM. No obstante, muchas de estas publicaciones son estudios piloto observacionales con un tamaño muestral reducido y, además, con cortos períodos de seguimiento de las pacientes. Por ello, todavía existen dudas respecto a su uso y es necesaria la realización y publicación de más ensayos clínicos.

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia del láser vaginal como tratamiento para el síndrome genitourinario de la menopausia. Demostrar que la eficacia es similar en mujeres con y sin antecedentes de cáncer ginecológico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo observacional unicéntrico. Se incluyen 32 pacientes, de las cuáles 11 eran supervivientes de algún cáncer ginecológico (mama o pélvico), con SGM sometidas a tratamiento con láser vulvovaginal fraccionado de CO2 desde diciembre del 2021 hasta junio del 2023.

Todas las pacientes recibieron tres sesiones de láser vaginal en intervalos de 2 meses entre sesiones. Posteriormente a la realización de cada sesión, las mujeres siguieron un tratamiento pautado de gel niosomal

hidratante y reparador para potenciar los beneficios del láser, aprovechando el fenómeno de tunelización de la epidermis que sucede con el láser fraccionado de CO2.

Para evaluar los efectos, las mujeres rellenaron el cuestionario Vulvovaginal Symptoms Questionnaire (VSQ) (Figura 1), su versión traducida al español, previamente al tratamiento con láser y 6 meses después.

En cuanto al análisis estadístico, para evaluar eficacia se han comparado los resultados pre VS post tratamiento de la totalidad de la muestra con el test estadístico de McNemar. Para evaluar no inferioridad de pacientes oncológicas respecto a no oncológicas, se ha comparado ambos grupos mediante el test de Chi Cuadrado. Hemos establecido un p valor <0.05 para determinar la significación estadística.

RESULTADOS

Se trataron un total de 32 pacientes, de las cuáles 11 tenían antecedentes de cáncer ginecológico. De entre

El Cuestionario de Síntomas Vulvovaginales

Las siguientes preguntas fueron desarrolladas para evaluar los síntomas cutáneos de las mujeres. La piel de alrededor de la vagina es lo que llamamos vulva. Justo cómo la piel de otras partes del cuerpo, la vulva puede irritarse a veces. Muchas mujeres sufren incomodidad y disconfort en la región vulvar. Estos síntomas pueden ser leves, pero algunas veces pueden ser graves. Las siguientes cuestiones tiene el fin de investigar sobre tus síntomas vulvares durante la semana pasada.

Durante la semana pasada, has estado molesta por:

Síntomas

1. ¿Pícor vulvar?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ
2. ¿Quemazón o pinchazos en la vulva?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ
3. ¿Dolor vulvar?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ
4. ¿Irritación vulvar?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ
5. ¿Sequedad vulvar?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ
6. ¿Secreción de tu vulva o vagina?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ
7. ¿Hedor de tu vulva o vagina?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ

Emociones

8. ¿Preocupación sobre tus síntomas vulvares? (por ejemplo, que empeore, que deje cicatriz, que se extienda...)	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ
9. ¿La apariencia de tu vulvar?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ
10. ¿Frustración sobre tus síntomas vulvares?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ
11. ¿Vergüenza sobre tus síntomas vulvares?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ

Impacto en la vida diaria

12. ¿Los efectos de tus síntomas en la interacción con otras/os?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ
13. ¿Los efectos de tus síntomas vulvares en tu deseo de estar con otra gente?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ
14. ¿Tus síntomas te dificultan mostrar afecto?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ
15. ¿Afectan tus síntomas vulvares en tus actividades diarias?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ
16. ¿Tus síntomas vulvares afectan tu deseo de tener intimidad?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ

Impacto sexual

17. ¿Eres en el momento actual, sexualmente activa con una pareja?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ
○ NO ----- Gracias. Has finalizado este cuestionario.		
○ SÍ ----- Por favor, continúa con las siguientes 4 preguntas.		
18. ¿Los síntomas vulvares interfieren en tus relaciones sexuales?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ
19. ¿Los síntomas vulvares le ocasionan dolor en el sexo?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ
20. ¿Padece sequedad en las relaciones sexuales?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ
21. ¿Los síntomas vulvares le ocasionan sangrado en el sexo?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ

Figura 1: Versión traducida al español del Vulvovaginal Symptoms Questionnaire (VSQ)

estas 11 mujeres, 8 habían recibido tratamiento con quimioterapia, 1 había recibido radioterapia en campo pélvico, y 4 tuvieron una menopausia inducida por los tratamientos recibidos. La edad media fue de 62 años.

En la evaluación de eficacia, existen diferencias significativas en los siguientes síntomas: prurito, irritación, sequedad, preocupación por los síntomas, frustración, efectos en la interacción con los demás, efectos en el deseo de estar con otras personas, dificultad por mostrar afecto, afectación en las actividades de la vida diaria y efectos en el deseo de intimidad. (Tabla 2)

Respecto a la comparación entre grupo de oncológicas VS no oncológicas, no se han encontrado diferencias significativas en ningún ítem del cuestionario. (Tabla 3)

CONCLUSIONES

El láser vaginal de CO2 juntamente con gel niosomal hidratante y reparador es un tratamiento eficaz para el síndrome genitourinario de la menopausia. Además, este tratamiento no resulta inferior en mujeres con antecedentes de cáncer ginecológico (de mama y/o pélvico), por lo que sería una alternativa terapéutica válida para estas pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Gaspar A, Addamo G, Brandi H, et al. Vaginal fractional CO2 laser: a minimally invasive option for vaginal rejuvenation, Am. J. Cosm. Surg. 28. 2011. 156–162
2. Di Stanislao M, Coadá CA, De Terlizzi F, Di Costanzo S, Fiuzzi E, et al. Laser Therapy in Heavily Treated Oncological Patients Improves Vaginal Health Parameters. Cancers. 2024. 16(15), 2722.
3. Portman DJ, Gass ML, et al. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the international society for the study of women's sexual health and the North American Menopause Society, Climacteric 17. 2014. 557–563.
4. Mension E, Alonso I, et al. Vaginal laser therapy for genitourinary syndrome of menopause – systematic review. Maturitas, 2022. 156, 37 – 59
5. Salvatore S, Ruffolo AF, Phillips C, et al; EUGA Working Group. Vaginal laser therapy for GSM/VVA: where we stand now - a review by the EUGA Working Group on Laser. Climacteric. 2023. 26(4):336-352.

	Preláser (n=32)		Postláser (n=32)		p
	n	%	n	%	
1. Your vulva itching?	13	40,60%	5	15,60%	0,021
2. Your vulva burning or stinging?	8	25%	3	9,40%	0,125
3. Your vulva hurting?	4	12,50%	3	9,40%	1
4. Your vulva being irritated?	15	46,90%	6	18,80%	0,022
5. Your vulva being dry?	27	84,40%	13	40,60%	0,001
6. Discharge from your vulva or vagina?	2	6,30%	5	15,60%	0,453
7. Odor from your vulva or vagina?	4	12,50%	5	15,60%	1
8. Worry about your vulvar symptoms?	23	71,90%	9	28,10%	0,0001
9. The appearance of your vulva?	7	21,90%	5	15,60%	0,5
10. Frustration about your vulvar symptoms?	21	65,60%	9	28,10%	0,0001
11. Embarrassment about your vulvar symptoms?	7	21,90%	3	9,40%	0,125
12. The effects of your vulvar symptoms on your interactions with others?	11	34,40%	4	12,50%	0,025
13. The effects of your vulvar symptoms on your desire to be with people?	10	31,30%	4	12,50%	0,031
14. Your vulvar symptoms making it hard to show affection?	9	28,10%	3	9,40%	0,031
15. The effects of your vulvar symptoms on your daily activities?	16	50,00%	6	18,80%	0,002
16. Your vulvar symptoms affecting your desire to be intimate?	22	68,80%	12	37,50%	0,006
If the answer to 17 is Yes: Please proceed with the next 4 questions					
18. The effects of your vulvar symptoms on your sexual relationships?	10	71,40%	4	28,60%	0,083
19. Your vulvar symptoms causing pain during sexual activity?	9	64,30%	3	21,40%	0,083
20. Your vulvar symptoms causing dryness during sexual activity?	11	78,60%	3	21,40%	0,025
21. Your vulvar symptoms causing bleeding during sexual activity?	3	21,40%	0	0,00%	-

.Tabla 2. Resultados eficacia del láser vaginal



.Tabla 3. Resultados no inferioridad oncológicas VS no oncológicas

Save the date

13^a Reunión científica



GINEP
ginecología
privada

www.ginep.es

Málaga 2024

Hotel NH Málaga
24 y 25 de octubre



Organizado por:
CLÍNICA PALACIOS
SALUD DE LA MUJER

Labioplastia: Abordaje quirúrgico de la Hipertrofia de Labios Menores

Escribano Tórtola JJ (1), Sánchez-Prieto M (2), Rodea Gaspar G (3), Lugo Salcedo F (4), Sánchez-Borrego R (5)

1 Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.

2 Instituto Universitario Dexeus. Barcelona.

3 Instituto Médico Láser. Madrid.

4 Clínica Corachan. Barcelona.

5 DIATROS, Clínica de Atención a la Mujer. Barcelona.

La labioplastia, definida como la reducción quirúrgica de los labios menores, es un procedimiento cada vez más solicitado por pacientes que presentan hipertrofia de estos labios [1]. Esta condición puede influir significativamente en la calidad de vida de las mujeres, afectando tanto su bienestar físico como psicológico. La etiología de la hipertrofia labial es multifactorial, incluyendo causas congénitas, hormonales, traumáticas y procesos infecciosos [1,2]. Por ello, es fundamental un enfoque integral en el manejo quirúrgico, que contemple tanto las características anatómicas de la paciente como su contexto personal y social.

La hipertrofia de los labios menores es un tema relevante en ginecología estética, cuya definición y clasificación aún carecen de consenso claro [2]. Este fenómeno anatómico presenta variaciones significativas, lo que plantea desafíos en la identificación de criterios adecuados para la intervención. Es esencial, durante la consulta clínica, proporcionar a las pacientes información precisa sobre la normalidad anatómica y ayudar a ajustar sus expectativas en relación con los resultados esperados de la cirugía.

Los datos recientes indican un aumento exponencial en la demanda de labioplastias, con un incremento reportado del 217.2% en los últimos años según la American Society of Aesthetic Plastic Surgeons [2,3]. Este procedimiento no solo busca una mejora estética, sino que también se centra en la funcionalidad, asegurando que la sexualidad de la paciente no se vea comprometida. No obstante, se ha observado un aumento en los casos de labioplastias de revisión, frecuentemente atribuible a la falta de experiencia en los cirujanos [3].

Existen diversas técnicas para la realización de la labioplastia, entre las cuales destacan la resección lineal, que se realiza a través de una incisión que sigue la curvatura del labio, y la resección en cuña, que busca preservar tanto la anatomía como la vascularización del labio [3]. Asimismo, las técnicas menos invasivas, como

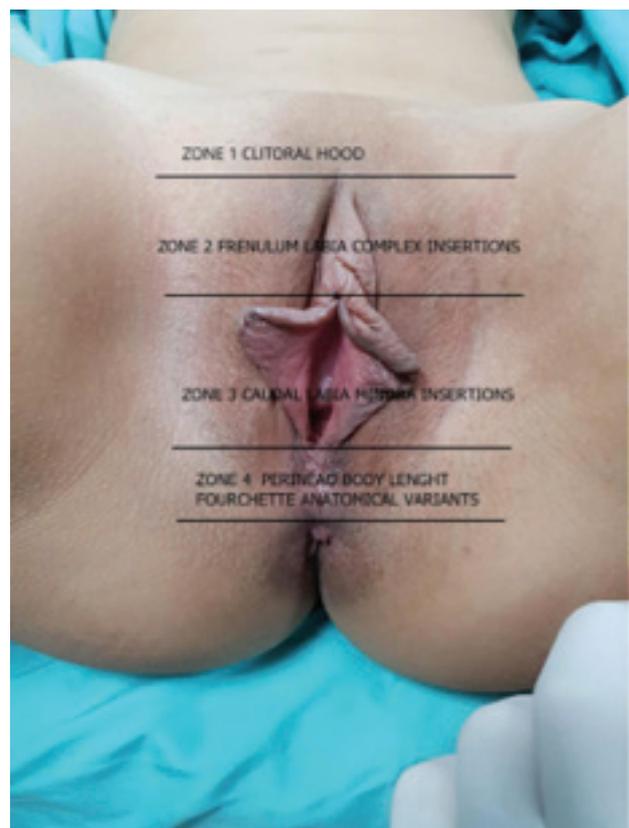


Figura 1. Niveles de división de los componentes anatómicos
Modificado de: González-Isaza P, Sánchez Borrego R. Topographic labioplasty a new concept to improve aesthetic and functional results. *Aesthetic Medicine*. April-June 2021; 7 (2):11-18

la desepitelización, se están incorporando gradualmente en la práctica clínica, ofreciendo opciones que minimizan el daño a las estructuras labiales [3]. La selección de la técnica más adecuada debe basarse en la morfología de los labios menores, la experiencia del cirujano y las expectativas de la paciente. La literatura indica que la

labioplastia es un procedimiento seguro, con tasas de complicaciones que varían entre el 2% y el 5%, y una satisfacción del paciente que supera el 90% [3-6]. Sin embargo, la falta de unificación en la clasificación de la hipertrofia labial y el limitado tamaño muestral en muchos estudios representan obstáculos para la realización de revisiones sistemáticas robustas. González Isaza propuso en 2021 un concepto novedoso de labioplastia topográfica (Figura 1), que clasifica las variantes anatómicas de los labios menores y el capuchón del clítoris en cuatro niveles, con el fin de estandarizar la identificación y desarrollar un plan quirúrgico adecuado para cada tipo [7].

En conclusión, la labioplastia, cuando se lleva a cabo con la adecuada evaluación preoperatoria y una técnica quirúrgica metódica, puede proporcionar mejoras significativas en la calidad de vida de las pacientes. Es imperativo que el cirujano no solo evalúe las características anatómicas de la paciente, sino también sus expectativas y el contexto psicosocial en el que se inserta. La formación continua y la experiencia acumulada son determinantes para garantizar resultados óptimos y minimizar el riesgo de complicaciones. Se requiere más investigación con criterios unificados para establecer guías clínicas que orienten la práctica en este campo de la ginecología estética.

BIBLIOGRAFÍA

- Özer M, Mortimore I, Jansma EP, et al. Labiaplasty: motivation, techniques, and ethics. *Nat Rev Urol*. 2018 Mar;15(3):175-189. doi: 10.1038/nrurol.2018.1.
- González PI. Classification of Hypertrophy of Labia Minora: Consideration of a Multiple Component Approach. *Surg Technol Int*. 2015 Nov;27:191-4.
- Escribano J.J, Rodea G. Técnicas quirúrgicas de labioplastia. En: *Labioplastia topográfica. De la teoría a la práctica clínica*. Ed: Amolca, 2024.
- González-Isaza P, Lotti T, França K, et al. Carbon Dioxide with a New Pulse Profile and Shape: A Perfect Tool to Perform Labiaplasty for Functional and Cosmetic Purpose. *Open Access Maced J Med Sci*. 2018 Jan 5;6(1):25-27. doi: 10.3889/oamjms.2018.043.
- Escribano JJ, González-Isaza P, Tserotas K, et al. In response to the FDA warning about the use of photomedicine in gynecology. *Lasers Med Sci*. 2019 Sep;34(7):1509-1511. doi: 10.1007/s10103-019-02744-1.
- Géczi AM, Varga T, Vajna R, et al. Comprehensive Assessment of Labiaplasty Techniques and Tools, Satisfaction Rates, and Risk Factors: A Systematic Review and Meta-analysis. *Aesthet Surg J*. 2024 Jul 3:sjae143. doi: 10.1093/asj/sjae143. Epub ahead of print.
- González-Isaza P, Sánchez Borrego R. Topographic labiaplasty a new concept to improve aesthetic and functional results. *Aesthetic Medicine*. April-June 2021; 7 (2):11-18

MANEJO DE LA VAGINITIS RECURRENTE/RESISTENTE

Romero Duarte P

Las vulvovaginitis crónicas recurrentes o resistentes (VVC) se definen como la inflamación de la mucosa vaginal y de la piel vulvar. No siempre se van a afectar ambas áreas anatómicas de forma simultánea, según la SEGO (1). Tienen una presentación de 3 episodios o más al año según el CDC norteamericano y la ACOG o 2 episodios en 6 meses (2).

La vulvovaginitis candidiásica (VVC) es la más prevalente en Europa (1) y la segunda en USA, solo superada por la vaginosis bacteriana (VB) (2).

En ocasiones, la inflamación vulvar y/o vaginal no son de ecología infecciosa, pudiendo tener un origen irritativo o alérgico.

Aunque ningún signo o síntoma son patognomónicos en su mayoría presenta como signos: eritema, edema, inflamación, aumento de las secreciones vaginales con alteraciones organolépticas y color anómalo y como síntomas: prurito, ardor-quemazón, vulvodinia, aumento secreción vaginal.

La salud vaginal no puede entenderse sin la presencia de un microbioma adecuado, definido como “una comunidad de diferentes microorganismos que ocupa un entorno particular, por lo que también se refiere a la manera en que estos interactúan entre sí y con las condiciones ambientales circundantes” (3).

Un microbioma vaginal dominado por especies de *Lactobacillus* beneficia al huésped, mientras que un microbioma vaginal disbiótico (anaerobias) está vinculado a numerosas condiciones ginecológicas y obstétricas, incluido el cáncer ginecológico (3).

La vagina va a modificar su microambiente notablemente según la edad de la mujer, dependiendo de las variaciones en los niveles de estrógeno, influyendo en el pH y la metabolización del glucógeno. Existen además diferentes tipos de *Lactobacillus* predominantes que constituirán 5 microbiomas diferentes (4).

Dentro de los factores que influyen en la salud vaginal se pueden subdividir en: no modificable y modificables.

Factores de riesgo no modificables: La edad, la raza y la vía del parto serían los más destacados. Existen diversos trabajos donde se ha observado que la vía el

parto condiciona el microbiota existente en el tracto genitourinario e intestinal (5)(6). Factores de riesgo modificables: (mucho más interesantes desde el punto de vista de la intervención sanitaria) están: Ejercicio físico diario, relaciones sexuales, sueño, estrés, dieta, uso de antibióticos, higiene, tóxicos, (1).

La disbiosis vaginal puede generar alteraciones en aparatos y sistemas adyacentes como el urinario y el intestinal, a su vez predisponer tanto la transmisión como para la adquisición de infecciones de transmisión sexual (ITS), estando relacionadas con el microbioma predominante, siendo el microbioma en el que predomina, el *L. crispatus* el más seguro desde el punto de vista de la inmunidad y menor probabilidad de contagio y transmisión de ITS (7).

El microbioma intestinal puede a su vez modular los niveles de estrógenos y, por lo tanto, afectar la carcinogénesis de los cánceres mediados por estrógeno, podría determinar la eficacia terapéutica y la toxicidad para el cáncer ginecológico (3).

Dentro un punto de vista académico podemos clasificar las VCR en Infecciosas: micóticas, vaginosis bacterianas, tricomoniasis, infección por *Mycoplasma* y *Ureaplasma* y vaginitis aeróbica. VCR No Infecciosas: síndrome genitourinario (SGM), vaginitis postradioterapia, vaginitis como manifestación de enfermedades sistémicas (Crohn, diabetes, ...), vaginitis alérgicas (látex, medicamentos), vaginitis inflamatoria descamativa (otro término reservado para la vaginosis aeróbica dada la ecología desconocida de la misma).

VAGINITIS CRÓNICAS INFECCIOSAS

Vaginitis candidiásica

Es la causa sintomática de vaginitis más frecuente. Suelen cursar con: prurito, inflamación, leucorrea, lesiones (fisuras), ... El 75% de las mujeres tendrá algún episodio a lo largo de su vida, un 45% 2 o más episodios; y un 5-10% ≥ 3 .

Ante una paciente con micosis de repetición siempre

deberemos tomar un culCvo para descartar Cándidas no albicans, un 10 % son cándida NO albicans (8). Las VCR micóCcas podrían ser consideradas como una ITS.

El hallazgo casual de cándida albicans en una citología no debe ser moCvo de tratamiento si la paciente está asintomáCca (9).

Los tratamientos recomendados por SEGO y CDC/ACOG son (1-2):

Tratamiento de la vulvovaginitis candidiásica recidivante

Tratamiento inicial (doble tratamiento)			
Tópico vaginal	Clotrimazol	100 mg/día 500 mg/semana	12 días 2 semanas
	Sertaconazol	500 mg/semana	2 semanas
	Fenticonazol	600 mg/día	3 días
Oral	Fluconazol	150 mg/3 días	3 dosis
	Itraconazol	200 mg/día	10 días
Tratamiento inicial (triple tratamiento)			
Oral	Itraconazol	200 mg/día	10 días
Tópico vaginal	Clotrimazol	500 mg/semana	2 semanas
Tópico cutáneo	Clotrimazol	Una aplicación/día	2 semanas
Tratamiento de mantenimiento			
Tópico vaginal	Clotrimazol	500 mg/semana	6-12 meses
	Sertaconazol	500 mg/semana	6-12 meses
	Fenticonazol	600 mg/semana	5-12 meses
Oral	Fluconazol	150 mg/semana	6-12 meses
	Itraconazol	100 mg/día 200 mg/posmenstrual	6-12 meses
	Ketoconazol	100 mg/día	6-12 meses

Recurrent, fluconazole sensitive
CDC guidelines recommendation

- Oral fluconazole 150 or 200 mg weekly for 6 mo

Alternative

- Vaginal azole twice weekly for 6 mo
- Oral oteseconazole 600 mg day 1, 450 mg day 2, then 150 mg weekly starting day 7 for 11 wk (not for use in people with reproductive potential)

Fluconazole-resistant or non-albicans species

- Vaginal boric acid 600 mg daily for 14 d
- Oral ibrexafungerp 300 mg twice in a single day
- Oral itraconazole 200 mg solution daily for 7 d (capsules not recommended)
- Vaginal terconazole 0.4% cream 5 g daily for 17 d
- Vaginal butoconazole 2% cream 5 g once weekly for 2-3 wk
- Vaginal compounded 14% flucytosine/4% amphotericin, 4 g daily for 14 d (*Candida glabrata*)
- Vaginal compounded nystatin suppository 100,000 international units, nightly for 7-14 d
- Vaginal gentian violet 0.25-0.5% aqueous solution for 7 d

Probiotics

- Not recommended or beneficial for treatment or prevention of vulvovaginal candidiasis

Partners

- Treatment of partners is unlikely to be of benefit, unless they are symptomatic

OTC, over-the-counter; CDC, Centers for Disease Control and Prevention.

aunque no todas presentan síntomas, solo hay que tratar a las pacientes sintomáCcas.

No se considera una ITS, pero puede favorecer el contagio y transmisión de ITS: VIH, VPH, Chlamydia... En el embarazo puede provocar: ruptura prematura de membranas, amenaza de parto pretérmino, corioamnioniCs...

Los tratamientos recomendados por SEGO y CDC/ACOG son (1-2):

Vagini-s por tricomonas

Se trata de una infección de transmisión sexual. Lossíntomas mayoritarios son: leucorrea o exceso de flujo: maloliente, amarillento o verdoso, homogéneo y, a menudo, espumoso, vagina inflamada y cérvix enrojecido (colpiCs en fresa), alteración del pH y prurito vulvar. La mayoría de los casos la presentación es asintomáCca.

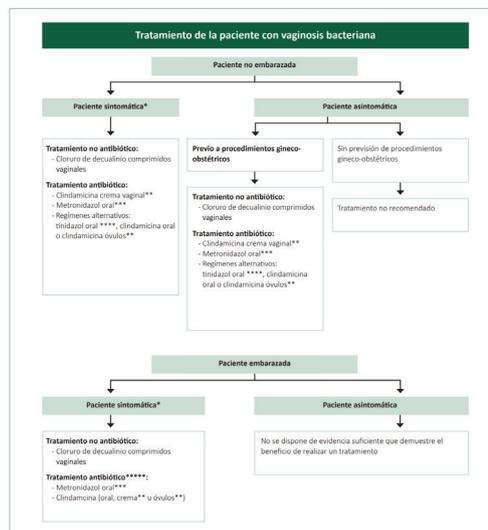
Los casos de recidiva suelen estar relacionados con el mal cumplimiento de la paciente o, más frecuentemente, de la pareja, al tratarse en este caso de una infección de transmisión sexual. No volver a repeCr los test diagnósCcos hasta 3 semanas después de los tratamientos, por posibles

Vaginosis Bacteriana

Es la infección vaginal más frecuente. Los signos y síntomas más habituales son: leucorrea maloliente, abundante, homogéneo y de color blanco o grisáceo, aumento del pH vaginal. No existe inflamación. Se trata de un síndrome clínico, con ausencia de especies de Lactobacillus vaginales y una gran canCdad y número de especies anaerobias y microaerófilas presentes, siendo Gardnerella vaginalis el más destacado.

Se esCma una prevalencia de 25-30% en el mundo,

falsos posiCvos.



Recurrent

- CDC guidelines recommendation
- Vaginal metronidazole gel 0.75%, twice weekly for 3 mo

Alternative, not FDA-approved

- Vaginal boric acid 600 mg daily for 14 d (may be followed by twice weekly for 3 mo)
- Vaginal compounded 750 mg metronidazole daily for 7 d
- Combination of oral and vaginal agent, given for 14 d (could be oral metronidazole+vaginal clindamycin, oral metronidazole+vaginal boric acid, oral tinidazole or secnidazole+vaginal boric acid)

Probiotics

- CDC guidelines recommendation
- Neither oral nor vaginal probiotics are recommended

Alternative, not FDA-approved

- Vaginally delivered, containing *Lactobacillus crispatus*, daily for 5 d and then twice weekly for 11 more wk
- OR daily for 14 d and then daily for the week after menses each month
- Can be used concurrently with metronidazole

Partners

- Use of condoms while a patient is being treated may be reasonable.
- Treatment of male partners is not recommended, although topical clindamycin for the penis may have promise.
- Treatment of female partners, if symptomatic, is very reasonable.

CDC, Centers for Disease Control and Prevention; FDA, U.S. Food and Drug Administration.

Los tratamientos recomendados por SEGO y CDC/ACOG son (1-2):

Producto - situación	Posología - circunstancias
Metronidazol	2 g vía oral, en toma única o 500 mg cada 12 horas durante siete días
Tinidazol	2 g vía oral, en toma única
Compañeros sexuales	Posología - circunstancias
Mismas pautas	Abstinencia de alcohol durante el tratamiento
Alergia a nitroimidazoles	Posología - circunstancias
Otros antibióticos	Vía tópica (curaciones < 50%)
Embarazo	Posología - circunstancias
Metronidazol	2 g vía oral, en toma única o 500 mg cada 12 horas durante siete días
Lactancia materna	Posología - circunstancias
Mismas pautas que en no embarazo	Mismas dosis (interrumpir tomas 12-24 horas)

Recurrent
1st-line
<ul style="list-style-type: none"> Retreat with oral metronidazole 500 mg twice daily for 7 d
2nd-line
<ul style="list-style-type: none"> Oral tinidazole 2 g daily for 7 d Oral metronidazole 2 g daily for 7 d
3rd-line
<ul style="list-style-type: none"> Oral secnidazole 2 g daily for 14 d concurrently with vaginal boric acid 600 mg daily for 14 d Oral tinidazole 1 g three times daily for 14 d plus vaginal boric acid 600 mg twice daily for 28 d Oral tinidazole 1 g three times daily for 14 d concurrently with vaginal paramomycin cream 6.25%, 5 g nightly for 14 d
Partners
<ul style="list-style-type: none"> Male partners with a penis should receive oral metronidazole 2 g once. Partners with a vagina should receive oral metronidazole 500 mg twice daily for 7 d. Condoms should be used until all partners have completed treatment.

CDC, Centers for Disease Control and Prevention.

Los síntomas derivados Cenen un alto impacto sobre la calidad de vida de la mujer: Disfunción sexual, alteraciones funciones del suelo pélvico, inconCnencia de orina, infecciones de orina de repeCción, aislamiento social, dificultades laborales, alteraciones emocionales, depresión, cáncer (13).

Las opciones de tratamiento que ofrece la AEEM son avalados además, por los criterios de elegibilidad de la AEEM de terapias hormonales (14):

La suplementación profiláCca con probióCcos vaginales o en combinación

con probióCcos orales ha demostrado eficacia en la prevención de episodios sintomáCcos recurrentes de ITU (15). Destacando el papel protector de *L.crispatus* (16-17). El uso de tratamientos adyuvantes como los preparados con D-manosa y el extracto de arándanos rojos ayudan a controlar los síntomas y disminuir las recurrencias de ITUs (16-17).

Nuevas terapias y tratamientos

Estarán basadas en la modulación del microbioma vaginal a través de probióCcos, nuevos anCmicrobianos y/o trasplante de microbiota vaginal podría ser un enfoque novedoso para la prevención de cánceres ginecológicos y/o la reducción de las toxicidades vaginales relacionadas con el tratamiento del cáncer.

El trasplante de microbioma vaginal; consiguió en un ensayo clínico la curación de dos mujeres con VCR con un primer trasplante, otras dos con un segundo trasplante y no mejoría en una quinta mujer (18).

Tratamientos como: extractos de Cmól, nuevas moléculas como TOL-463 e ibrexafungerp (ambos aprobados por la FDA), terconazol, oseteconazol, DNA-asa, retrociclina, ozono y derivados y la inmunomodulación mediante vacunas serán muy probablemente tratamientos coCdianos en los próximos años (16-19).

CONCLUSIONES

Vagini-s aerobia /inflamatoria descama-va
Se trata de una alteración del microbiota (menos *Lactobacillus* y mayores canCdades de bacterias aerobias entéricas) sin agente eCológico idenCficado.

Entre las e-ologías propuestas estarían: deficiencia de estrógenos, reacción tóxica a bacterias como *S. aureus*, *E. coli*, *E. faecalis*, SGB. Anomalía inmunológica.

La vaginiCs inflamatoria descamaCva se ha relacionado con un mayor riesgo de ITS, ruptura prematura de la membrana, APP, corioamnioniCs y aborto espontáneo (10-11).

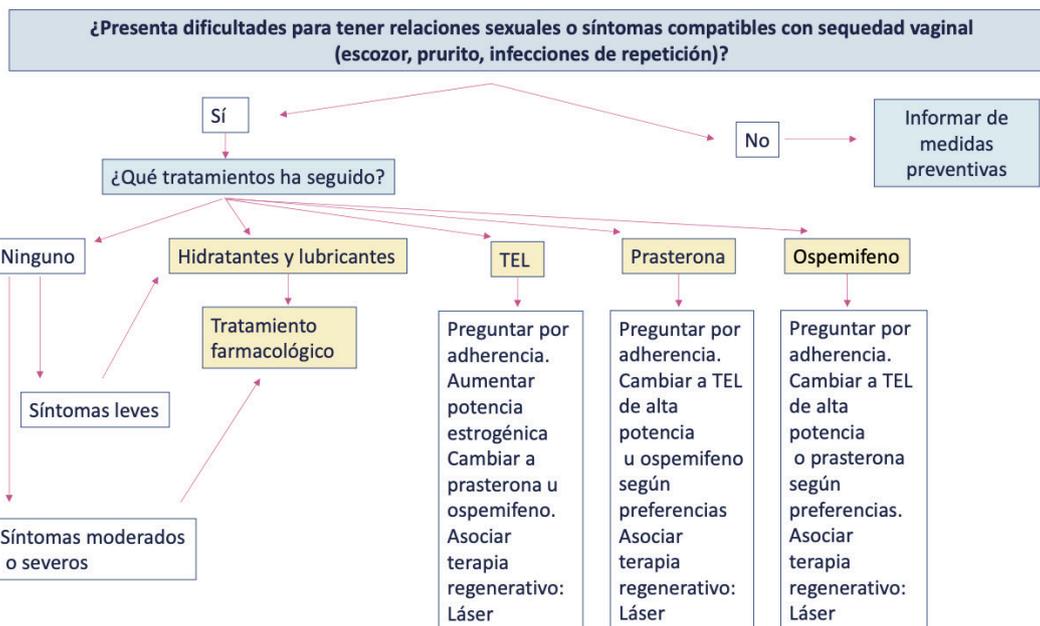
Los tratamientos recomendados serían (10-11)

Clindamycin 2% vaginal cream daily at hs x1-3 weeks, then 1-2 times weekly x2-6 mo	OR	Not commonly seen in pregnancy
Vaginal hydrocortisone 300-500 mg daily at hs x3 weeks, then 1-2 times weekly x2-6 months	OR	Clindamycin 2% cream intravaginally daily at hs x1-3 weeks, then 1-2 times weekly x2-6 mo
OR	OR	Hydrocortisone 300-500 mg intravaginally daily at hs x3 weeks, then 1-2 times weekly x2-6 mo
Clobetasol 0.05% vaginal cream daily at hs x1 week, longer use not evidence based	OR	OR
Additional recommendations with above:	OR	Clobetasol intravaginally daily at hs x1 week, longer use not evidence based
Fluconazole 150 mg 1 tablet by mouth weekly	OR	Vaginal estrogen 2 times weekly
Vaginal estrogen 2 times weekly		

VAGINITIS CRÓNICAS NO INFECCIOSAS:

Síndrome genitourinario de la menopausia (SGM)

Signos y síntomas asociados con la disminución de estrógenos y otros esteroides sexuales como andrógenos, que son responsables de cambios anatómicos, fisiológicos y funcionales en el área vulvovaginal (labios mayores, menores, clitoris, veslbulo, introito, vagina) y sistema urinario (uretra y vejiga) (12).



- Las vaginits crónicas recurrentes se definen a parCr de 3 infecciones o más al año o 2 en 6 meses.
- Es muy importante tomar culCvo para descartar Cándidas no albicans.
- Informar sobre esClos de vida adecuados.
- Tratar a la pareja, si existe.
- Evitar automedicación o tratamientos empíricos.
- Suplementación con probióCcos si se indica anCbioterapia.
- En el síndrome genitourinario (SGM) realizar un abordaje lo más integral posible.
- Los estudios sobre el microbioma urinario están modificando la visión y tratamiento de las enfermedades urinarias y van a permitiCr la predicción de riesgos y desarrollar estrategias basadas en el uso de probióCcos en estas patologías.
- En los casos de VB recurrente tener presente la terapia “limpiar-reponer”. -

BIBLIOGRAFIA

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. DiagnósCco y tratamiento de las infecciones vulvovaginales. Prog Obstet Ginecol 2022;65:61-75.
2. Mitchell CM. Assessment and Treatment of Vaginitis. Obstet Gynecol. 2024 Jul 11. doi: 10.1097/AOG.0000000000005673. Epub ahead of print. PMID: 38991218.
3. Łaniewski, P., Ilhan, Z. E., & Herbst-Kralovetz, M. M. (2020). The microbiome and gynaecological cancer development, prevenCon and therapy. Nature Reviews Urology, 17(4), 232-250.
4. Ravel J. Vaginal microbiome of reproducCve-age women. Proc Natl Acad Sci USA 108 Suppl 1, 4680–4687. 2011
5. Romero R, Hassan SS, Gajer P, Tarca AL, Fadrosch DW, Nikita L, et al. The composiCon and stability of the vaginal microbiota of normal pregnant women is different from that of non-pregnant women. Microbiome 2014;2:4.
6. Hausmann B, Farr A. The maternal microbiome in pregnancy, delivery, and early- stage development of neonatal microbiome axer cesarean secCon: A prospecCve longitudinal study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2024 May;103(5):832-841. doi: 10.1111/aogs.14773. Epub 2024 Jan 24. PMID: 38268221; PMCID: PMC11019516.
7. Witkin SS, Mendes-Soares H, Linhares IM, Jayaram A, LedgerWJ, Forney LJ. Influence of vaginal bacteria and D- and L-lacCc acid isomers on vaginal extracellular matrix metalloproteinase inducer: implicaCons for protecCon against upper genital tract infecCons. MBio 2013 Aug 6;4. pii: e00460-13. DOI: 10.1128/mBio.00460-13. Lewis. Vaginal Microbiome, Behavior, and STDs. Obstet Gynecol 2017
8. Satora, M.; Grunwald, A.; Zaremba, B.; Frankowska, K.; Żak, K.; Tarkowski, R.; Kułak, K. Treatment of Vulvovaginal Candidiasis—An Overview of Guidelines and the Latest Treatment Methods. J. Clin. Med.2023, 12, 5376. https://doi.org/10.3390/jcm12165376

9. Microbiota in vaginal health and pathogenesis of recurrent vulvovaginal infections: a critical review. *Annals of*
10. Marnach, M. L., Wygant, J. N., & Casey, P. M. (2022, February). Evaluation and management of vaginosis. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 97, No. 2, pp. 347- 358). Elsevier
11. Maben-Feaster, R. E., Welch, K., Saunders, N., Parker-Featherstone, E., & Haefner, H. K. Vaginitis inflamatoria descamativa.
12. Baquedano L, Sánchez S, Aznar T, Cancelo MJ, Escribano JJ, González S, Iglesias E, Jaimes J, Mallafre A, Manubens M, Puy J, Mendoza N, Sánchez-Borrego R, Palacios S. Síndrome genitourinario de la menopausia, MenoGuía AEE. Primera edición 2020
13. The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of the North American Menopause Society. *Menopause*. 2020;27(9):976-992.
14. RAMÍREZ I., DE LA VIUDA E., CALAF J., BAQUEDANO L., CORONADO P., LLANEZA P., NIETO V., OTERO B., SÁNCHEZ S., MENDOZA N. © UNIVERSIDAD DE GRANADA CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LA TERAPIA HORMONAL DE LA MENOPAUSIA
15. Gupta V, Mastromarino P, Garg R. Effectiveness of ProphyLac Cc Oral and/or Vaginal Probiotic SupplementaCon in the Prevention of Recurrent Urinary Tract Infections: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Clin Infect Dis*. 2024 May 15;78(5):1154-1161. doi: 10.1093/cid/ciad766. PMID: 38084984.
16. Akgül T, et al. The role of probiotics in women with recurrent urinary tract infections. *Turk J Urol*. 2018 Sep;44(5):377-383.
17. Bonkat G, Bartoleç R, et al. EAU Guidelines on Urological Infections. *European Association of Urology* 2023
18. Lev-Sagie, A., Goldman-Wohl, D., Cohen, Y., Dori-Bachash, M., Leshem, A., Mor, U., ... & Elinav, E. (2019). Vaginal microbiome transplants in women with intractable bacterial vaginosis. *Nature medicine*, 25(10), 1500-1504.
19. Abou Chacra L, Fenollar F, Diop K. Bacterial Vaginosis: What Do We Currently Know? *Front Cell Infect Microbiol* [Internet]. 2022 Jan 18 [cited 2024 Jun 14];11:1. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fcimb.2021.672429/full>

MEDICINA REGENERATIVA EN GINECOLOGIA

Rodríguez Ribeiro D

La medicina regenerativa tiene como objetivo aprovechar o mejorar las capacidades curativas innatas del cuerpo para reparar, reemplazar o regenerar tejidos u órganos dañados, restaurando así su funcionalidad normal.

La medicina tradicional se ha centrado predominantemente en controlar los síntomas y detener la progresión de la enfermedad mediante medidas farmacológicas y quirúrgicas, con frecuencia dejando de lado las consideraciones relacionadas con los resultados funcionales o estéticos.

El desarrollo tecnológico y los avances en la biología, junto con la evolución social, están haciendo que se haga cada vez más hincapié en la capacidad funcional de los tejidos, comprometidos no solo por las condiciones patológicas sino también por los procesos degenerativos y asociados con el envejecimiento. Se están produciendo avances notables y muy rápidos en numerosas disciplinas médicas, incluida la ginecología.

La medicina regenerativa dentro de la ginecología busca restaurar la estructura y la funcionalidad de los órganos reproductores femeninos que se han visto afectados por anomalías congénitas, enfermedades o intervenciones médicas. Intenta aprovechar los mecanismos endógenos que mantienen la integridad de los tejidos después de una lesión, enfermedad o cambios relacionados con la edad.

La ginecología estética abarca un subconjunto de la cirugía estética dedicado a mejorar tanto la apariencia como la funcionalidad de los genitales femeninos, por lo que es necesario un examen exhaustivo de sus implicaciones. Si bien la ginecología estética presenta potenciales beneficios, es crucial tener en cuenta las variables psicológicas y sociales que influyen en las decisiones de las mujeres. Las consideraciones éticas y la posibilidad de que existan trastornos psicológicos, como el trastorno dismórfico corporal, deben abordarse para garantizar el bienestar de las pacientes. La evolución de las normas sociales y las directrices médicas, seguirán

influyendo tanto en la práctica clínica, como en la percepción de la ginecología estética.

Actualmente se están explorando numerosos campos de investigación, y la aparición de nuevas tecnologías, junto con su creciente accesibilidad, facilita avances rápidos e interdisciplinarios.

La aplicación de diversas formas de energía tiene como objetivo estimular la regeneración de los tejidos, la restauración del tono muscular, la elasticidad y la lubricación. Ciertas modalidades, como la terapia láser, se llevan utilizado en la práctica médica ginecológica durante cuatro décadas; sin embargo, se ha orientado su uso en nuevas indicaciones. Tecnologías como la radiofrecuencia, la energía electromagnética, la terapia de ondas de choque y la carboxiterapia se están integrando cada vez más en el campo ginecológico.

Los biomateriales se han convertido en herramientas prometedoras, que incluso se están llevando al campo de la reproducción. A este nivel hemos aprendido mucho de las tecnologías de estética facial.

Los hilos tensores, que son suturas biodegradables compuestas de diversos materiales, están diseñados para mejorar la apariencia de los tejidos y mejorar sus funciones sobre todo de sostén, al inducir la neoangiogénesis y promover la síntesis de colágeno y elastina. Empleados inicialmente en la región vulvar para tratar la flacidez atribuida a las fluctuaciones de peso o al envejecimiento, estos hilos se han modificado específicamente para su aplicación en la mucosa vaginal, mejorando así su funcionalidad, que puede verse comprometida por factores como el embarazo, las afecciones oncológicas y el envejecimiento; también se utilizan cada vez más en el tratamiento de afecciones prevalentes, como la incontinencia urinaria.

La toxina botulínica, utilizada especialmente en el campo de la neurología, ha demostrado una eficacia considerable como intervención terapéutica para la vulvodinia, la dispareunia y, en particular, el vaginismo.

El ácido hialurónico inyectable fue uno de los primeros tratamientos estéticos aplicados en ginecología, con el objetivo de mejorar la hidratación y la elasticidad del epitelio vaginal, así como el aspecto de los labios mayores y menores.

Las terapias con células madre y sus factores secretados asociados han demostrado un potencial significativo a la hora de promover vías antiinflamatorias y regenerativas, permitiendo nuevos enfoques en situaciones en las que los tratamientos convencionales resultan inadecuados o insuficientes.

Se están explorando tecnologías de bioingeniería para crear tejidos reproductivos funcionales, algunos de ellos ya empiezan a ser evaluados en modelos animales.

La terapia génica aspira a rectificar las anomalías genéticas o a estimular la regeneración celular mediante la introducción de genes funcionales en las células diana designadas. La administración de exosomas permite el rejuvenecimiento y la revitalización del tejido vaginal, mejorando así su capacidad funcional.

Podría decirse que el ámbito de los suplementos nutracéuticos y farmacológicos es el más amplio, ya que la investigación interdisciplinaria fomenta el desarrollo y la comprensión de los factores estimulantes, antiinflamatorios y regenerativos aplicables a través de modalidades tópicas, ingeridas e inyectable con el objetivo común de restaurar la funcionalidad de los órganos comprometidos.

La ingestión de suplementos orales de colágeno tiene el potencial de mejorar la elasticidad y firmeza de las capas dérmicas genitales. Además, se utiliza en formulaciones inyectables para aumentar la estructura y el soporte de los tejidos.

Como cofactor fundamental para la biosíntesis del colágeno, la vitamina C se emplea para facilitar la

cicatrización y la regeneración de los tejidos, especialmente tras las intervenciones estéticas ginecológicas.

Se ha observado que la administración tópica de prasterona (DHEA) mejora la atrofia vaginal, aumentando así la elasticidad y el grosor de los tejidos vaginales en pacientes postmenopausicas,

El silicio contribuye a mejorar la firmeza y elasticidad de los tejidos y se emplea para fortalecer la piel y los tejidos conectivos en el ámbito ginecológico.

El resveratrol funciona como antioxidante y tiene la capacidad de mejorar la salud y la calidad estética de los tejidos genitales al mitigar la inflamación y fomentar la regeneración celular.

Los ácidos grasos omega-3 contribuyen a la salud de la piel y los tejidos a través de sus propiedades antiinflamatorias y favorecen la regeneración de los tejidos, de manera marcada en recuperación postquirúrgica

La vitamina E de aplicación tópica se utiliza para facilitar la cicatrización y la elasticidad de la piel y, al mismo tiempo, para aliviar la sequedad vaginal.

Los probióticos promueven la salud vaginal al restablecer el equilibrio de la microbiota y mitigar las infecciones, lo que puede mejorar la apariencia y el bienestar general de la región genital.

En definitiva tanto el desarrollo de las técnicas estéticas como el de la medicina regenerativa, convergen en el objetivo fundamental de promover el bienestar de nuestras pacientes. Es imperativo que recopilemos evidencia, ya que somos conscientes de su eficacia; sin embargo, la falta de publicación dificulta nuestro progreso y es el único medio por el que podemos mantenernos actualizados y buscar la excelencia en la asistencia práctica.

V Congreso Nacional de
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
SOCIETAT GINECOLÒGICA I OBSTÈTRICA
NACIONAL I ALTERNATIVA

V Congreso de la Sociedad Madrileña de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



18 y 19 de noviembre • Hotel Riu Plaza España • Madrid

Punto de encuentro de ginecólogos de Madrid:

www.congresosgom.es

Terapia con láser vaginal para afecciones ginecológicas: ¿hacia dónde vamos?

Gómez Frieiro M

Gabinete Médico Ginecológico. Santa Cruz de Tenerife

INTRODUCCIÓN

El láser vaginal, desde su introducción en la práctica clínica habitual, en 2014, ha supuesto una revolución en la mejora de la calidad de vida de muchas mujeres, al tratar de muchas afecciones ginecológicas de una manera más eficaz y menos invasiva, solucionando ambulatoriamente problemas que antes podrían haber requerido cirugías que las pacientes no podían o no querían hacerse.

Pero es necesario pararse a reflexionar que evidencia, y sobre todo, que calidad de evidencia existe para estos tratamientos.

Curiosamente, aunque cada vez hay más publicaciones sobre láser vaginal, el número de estudios de calidad son pocos. Y ¿a qué puede deberse esto? Cuando revisamos la bibliografía sobre el tema, el principal problema que encontramos es que tenemos pocos ensayos clínicos aleatorizados y doble ciego, que además las muestras son de escaso tamaño, que los parámetros que se valoran son mayoritariamente subjetivos (ICOQ, FSFI...) y en muchos estudios existen conflictos de interés económico.

Por si fuera poco, el mercado oferta diferentes aparatos de láseres ginecológicos, cada cual, recomendando diferentes parámetros, intervalos de tratamiento e indicaciones, lo que hace más difícil crear una base de evidencia coherente.

Vamos pues a revisar la bibliografía más destacada sobre las indicaciones más frecuentes de láser vaginal en ginecología.

INCONTINENCIA DE ORINA

La incontinencia de orina es un problema complejo que no tiene una causa única ni un tratamiento único y que además afecta a un número amplio número de mujeres en diferente grado. En una revisión en 2022 de Ranjbar (1) tras valorar 256 estudios publicados finalmente expusieron los resultados de solo 4 estudios aleatorizados que incluían a 431 pacientes. Tres estudios utilizaron

láseres de CO2 y uno utilizó láser de Erbio:YAG. Los parámetros analizados en cada ensayo fueron diferentes, pero incluían el PAD test, ICIQ-SF, SFPISQ-12, UDI16, ICIQ-OAB, I-QOL y la escala de Likert. El tiempo de seguimiento variaba entre 14 semanas y un año. Los resultados de los cuatro estudios revelaron una mejora a corto plazo de la IUE tras la terapia con láser de Erbio:YAG y láser de CO2 concluyendo que ambos tratamientos son un procedimiento rápido, intuitivo y bien tolerado que mejora con éxito los síntomas relacionados con la incontinencia. El impacto a largo plazo de dichas intervenciones no se ha establecido bien, ya que la mayoría de los ensayos se centraron en los efectos a corto plazo.

En un estudio piloto de da Fonseca (2) se comparaba el uso de la terapia láser (3 sesiones separadas un mes) frente a la fisioterapia de suelo pélvico (2 sesiones semanales durante 3 meses) en 40 mujeres postmenopáusicas con IUE. Las conclusiones fueron que ambos tratamientos eran seguros y tenían una influencia positiva en el impacto de la IU en la calidad de vida de las pacientes, aunque el láser procura una mayor reducción de la pérdida urinaria medida por el Pad test, a los 6 y 12 meses del tratamiento.

En un ensayo multicéntrico, aleatorizado, ciego y controlado con placebo dirigido en 2024 por O'Reilly (3) se estudiaron a 110 mujeres divididas en dos grupos. En uno se aplicaba el láser de erbio (73 pacientes) y en el otro se aplicaba un tratamiento sin energía (37 pacientes). Comparando los resultados finales en ambos grupos se objetivó que la terapia laser mejoraba significativamente los síntomas de IUE comparado con el placebo por lo que se puede considerar como una buena opción para el tratamiento no quirúrgico de pacientes con IUE.

Aunque también encontramos datos negativos como en el estudio de Alexander (4), con 101 pacientes, en el que se hizo un estudio multicéntrico, aleatorizado y ciego frente a placebo concluyendo que no encontraron

mejora en la IUE tras la terapia con CO2 frente al placebo.

Okui (5) comparó los resultados de tratar a una mujer con TVT frente al tratamiento con láser de erbio y el control. Frente al control los grupos de TVT y láser tenían una mejora significativa en el Pad tests y en el ICIQ. Ambos tratamientos fueron similares, pero en el grupo del láser se objetivó una mejoría frente al los síntomas de vejiga hiperactiva.

SEQUEDAD VAGINAL

El síndrome genitourinario de la menopausia tiene unos escalones terapéuticos muy bien definidos siendo el gold-standard el tratamiento con estrógenos vaginales. Pero hay mujeres con temor a este tratamiento o que lo consideran engorroso por lo que el láser entra aquí como una alternativa.

En la revisión de Jang (6) se incluyeron 6 ensayos clínicos en los que se valoraron en total a 270 mujeres con síndrome genitourinario de la menopausia y se asignaron a un grupo de tratamiento láser de CO2 y a otro con estrógenos. No se encontraron diferencias en ambos grupos durante el tratamiento y aunque cuestiona la seguridad del láser aconsejan, como siempre, más investigaciones para poder plantearlo como una opción terapéutica en aquellas mujeres que tengan contraindicados los estrógenos.

Mansión (7) hizo una revisión en la que se intentaba valorar la eficacia y seguridad del láser. Analizaron 64 estudios concluyendo que el láser mejora la EVA, el IFSF y el Índice de salud vaginal a corto plazo, considerando que los resultados de seguridad están subnotificados por lo que se necesitan más ensayos clínicos con grupos de control con láser simulado y con variables más objetivas.

Dicho esto, resulta interesante el posicionamiento de la Sociedad Europea de Urología (EUGA) (8) en la que señala que los láseres vaginales son opciones terapéuticas seguras y eficaces para tratar el SGM en mujeres postmenopausia y sobre todo en mujeres sobrevivientes al cáncer de mama.

Pero en el reciente congreso de la NAMS celebrado en Chicago en septiembre de 2024 se señala un trabajo de Danan (9) en el que tras identificar 32 estudios que cumplían los criterios de selección, analizaron 10 ensayos clínicos, la mayoría con CO2, indicando que los láseres tenían resultados muy inciertos en los que la mayoría solo daban datos de calidad de vida y que el seguimiento era escaso.

LIQUEN ESCLEROSO VULVAR

Esta enfermedad inflamatoria crónica que afecta al área vulvar está adquiriendo especial relevancia por el interés en los últimos años en buscar soluciones alternativas a la terapia con corticoides.

Una de las revisiones más completa es la de Gil-Villalba (10) que analizó 6 ensayos con un total de 177 pacientes en los que se comparaba el uso del láser frente al corticoide encontrando una mejoría en el picor, el dolor y la dispareunia al mes y tres meses con el láser, pero no había diferencias frente al placebo por lo que no consideran que el láser se pueda considerar un tratamiento independiente.

A estas mismas conclusiones se llega en la nueva guía de liquen escleroso de la ISSVD (11) recientemente publicada.

Láser en supervivientes de cáncer de mama.

Uno de los síntomas más referidos por las mujeres que han pasado un tratamiento de cáncer de mama es el SGM. Al encontrar en estos casos limitada la actuación terapéutica de los estrógenos, el láser vaginal se ha propuesto como una alternativa.

En la revisión de D'Oria (12) se incluyeron 9 estudios encontrando una mejoría en el Índice de salud vaginal y en el FSFI sin eventos adversos demostrando ser el láser vaginal una opción válida de tratamiento para las mujeres con cáncer de mama.

A la misma conclusión llegan Cuccinella (13) tras incluir 20 estudios que englobaban a 700 mujeres, aunque indica la necesidad de seguir investigando seguridad a largo plazo.

Okui (14) analiza el efecto del láser no ablativo de erbio y el microablativo de CO2 destacando la escasez de ensayos clínicos, pero extrapolando los resultados de estudios prospectivos y retrospectivos en los que se encuentran efectos beneficiosos en la salud vaginal y la calidad de vida de de estas pacientes.

Laser en lesiones cervicales de bajo grado HPV dependientes.

El láser ya se empleaba para hacer tratamientos de lesiones cervicales hace más de 20 años, tal como demuestra esta revisión de Mitchell (15) en el año 98 donde no encontraron diferencias en los resultados en mujeres con lesiones cervicales tratadas con crioterapia, asa de diatermia o vaporización con láser.

En el estudio de Navarro-Santana (16) se estudió la negativización del HPV en paciente con lesiones de bajo grado y HPV persistente logrando a los 6 meses una tasa de negativización del HPV ese un 60% siendo más altas en el caso de mujeres menores de 45 años, con tipo de HPV no 16 no 18, nulíparas y que usaban preservativo.

Kodama (17) publicó un estudio retrospectivo de 1070 pacientes tratadas con vaporización con láser concluyendo que era un tratamiento eficaz en pacientes con lesiones cervicales que deseen preservar la fertilidad debiendo ser más exquisitos con el seguimiento en aquellas pacientes con afectación glandular, mayor edad y peso corporal.

Y ¿qué ocurre con las mujeres que presentan lesiones de alto grado? ¿Tenía que ver el tratamiento original algo que ver en la posibilidad de recurrencia? Bogani (18) contestó a esto en un estudio retrospectivo de 117 mujeres que habían recibido tratamiento para sus recurrencias con láser o con tratamiento médico demostrando que las que habían recibido solo tratamiento médico tenían más posibilidades de tener una nueva recurrencia que las que llevaban láser.

De todo estos podemos extrapolar que el tratamiento con láser es una opción sencilla y segura ideal para tratar recurrencias y preservar la fertilidad y que debemos ser más cuidadosos en aquellas mujeres con afectación glandular, persistencia debida a HPV 16 y 18, que sean mayores de 45 años y obesas.

LÁSER Y CONDILOMAS

Las modalidades de tratamiento tradicionales para las verrugas requieren un seguimiento a largo plazo y suelen tener altas tasas de recurrencia y efectos secundarios no deseados. Buscar otras opciones era el motivo de varios estudios analizados.

En la revisión de Werner (19) en el 2016 se investigaron diferentes tratamientos en pacientes inmunodeprimidos encontrando una calidad de evidencia muy baja o moderada incluso con algún tratamiento láser.

En el 2020 una revisión de 50 artículos publicada por Iranmanesh (20) analizó diferentes tipos de láser y luz pulsada obteniendo los mejores resultados con el láser de erbio, concluyendo que la combinación de las terapias con dispositivos basados en energía y con diferentes tratamientos inmunomoduladores puede ser útil en pacientes inmunodeprimidos y con lesiones refractarias.

Kore (21) en el 2023 publica un estudio en el que

añaden que la inmunodepresión, la diabetes y el VIH son factores predisponentes a padecer condilomas asociados a HPV y que aún no se ha identificado el mejor tratamiento (médico o excisional mediante bisturí, láser crioterapia o terapia fotodinámica).

LÁSER Y VULVODINIA

La vulvodinia es el dolor en la zona externa de la vulva y no debe confundirse con la dispareunia. Ese dolor puede ser incapacitante y muchas mujeres ni lo consultan. El tratamiento no es fácil y cualquier arma terapéutica que podamos usar será bienvenida. ¿Qué nos dice la ciencia sobre la aplicación del láser en esta patología?

Gambacciani (22) en el 2022 realizó un estudio comparando pacientes tratadas con erbio frente a pacientes tratadas con neodimio. La serie era de 15 pacientes postmenopáusicas con vulvodinia y SGM por grupo, encontrando mejores resultados en la calidad de vida medida mediante EVA en ambos grupos.

Más recientemente Jackman (23) revisó las publicado entre el año 2010 y 2023 investigando la eficacia de diferentes tratamientos usados en el manejo de la vulvodinia superficial localizada. Incluyó 19 estudios que analizaban tratamientos de acupuntura, fisioterapia, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, ondas de choque, estimulación transcraneal de corriente directa y vestibulectomía. Todos los tratamientos, excepto la estimulación transcraneal, cuando se midieron mostraron mejorías en el dolor y en la satisfacción con el tratamiento pero aun así no hay datos que avalen totalmente la eficacia de las distintas modalidades físicas.

LÁSER Y LABIOPLASTIAS

La labioplastia es un tratamiento para problemas funcionales y/o estéticos asociados a la protusión de los labios menores y el capuchón del clítoris. Pero aunque cada vez se realiza más, lo cual sería motivo de otro análisis, no hay muchos datos que nos digan cual es el paradigma del tratamiento.

Solo disponemos del estudio de Motakeff (24) que realizó una revisión sistemática para obtener una clasificación simple y poder resumir las técnicas de labioplastia. Analizó 247 artículos en función de la técnica usada, las complicaciones y la satisfacción de la paciente. En las 7 técnicas diferentes, incluyó el láser, encontrando que la satisfacción fue alta (95-100% en la mayoría de los casos y que la complicación más común fue la dehiscencia de la cicatriz. La anestesia empleada, la técnica usada, el cierre de la herida y el cuidado postoperatorios son áreas claves a considerar.

SEGURIDAD DEL LÁSER

Desde la publicación en el 2018 de la alerta sobre la seguridad del láser, que tuvo mucha difusión en medios, se han realizado estudios para valorar la frecuencia de efectos adversos relacionados con el láser. El más popular y numeroso es el realizado por Gambiacciani (25) sobre la seguridad del láser de erbio. En este estudio se analizaron los resultados de la encuesta a 535 profesionales obteniendo un total de 113174 pacientes tratadas. Todos los efectos adversos reportados fueron de leves a moderados y de carácter transitorio y con una frecuencia baja. Concluyó pues que el láser de erbio es un tratamiento seguro y con escasos efectos adversos.

CONCLUSIONES

A pesar de la gran controversia generada desde su aparición, la terapia con láser vaginal sigue utilizándose para el tratamiento de muchas afecciones ginecológicas y pélvicas, como la atrofia vaginal, la sequedad vaginal, la dispareunia, la incontinencia urinaria y el dolor pélvico.

Zipper (26) va más allá y analiza la controversia en torno al laser vaginal y concluye en la importancia de distinguir entre un láser ablativo y no ablativo, la seguridad de los mismos y sus indicaciones específicas en el síndrome genitourinario de la menopausia.

Hampel (27) señala que tanto el láser de erbio como el de CO2 funcionan en la IUE leve pero siempre tendremos problemas para unificar criterios debido a las diferentes definiciones de incontinencia, de su gravedad y de los parámetros de resultados analizados aunque acaban definiendo la importancia de la selección de la paciente considerando como tal a la que es más joven, con normopeso, niveles estrogénicos en vagina normales y con una pérdida antes, del tratamiento, de menos de 8 gramos /hora.

No podemos negar que el tratamiento o abordaje de determinadas patologías con láser es menos invasiva, ofrece una rápida recuperación, es segura y eficaz y mejora la calidad de vida de nuestras mujeres.

Aunque su dificultad de acceso y el coste más elevado, el estar sometido a normativas y regulaciones diferentes según la zona en la que nos encontremos, el necesitar aún más evidencia y que a veces no hablamos de perspectivas reales puede ensombrecer y enlentecer su implantación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ranjbar A, Mehrnoush V, Darsareh F, Kotb A, Zakaria A, Shekari M, Jahromi MS. Vaginal Laser Therapy for Stress Urinary Incontinence: A
2. da Fonseca LC, Giarreta FBA, Peterson TV, Locali PKM, Baracat EC, Ferreira EAG, Haddad JM. A randomized trial comparing vaginal laser therapy and pelvic floor physical therapy for treating women with stress urinary incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2023 Sep;42(7):1445-1454. doi: 10.1002/nau.25244. Epub 2023 Jul 14. PMID: 37449372.
3. O'Reilly BA, Viereck V, Phillips C, Toozs-Hobson P, Kuhn A, Athanasiou S, Lukanović A, Palmer B, Dahly D, Daykan Y, Cardozo L. Vaginal erbium laser treatment for stress urinary incontinence: A multicenter randomized sham-controlled clinical trial. *Int J Gynaecol Obstet.* 2024 Mar;164(3):1184-1194. doi: 10.1002/ijgo.15222. Epub 2023 Nov 5. PMID: 37927157.
4. Alexander JW, Karjalainen P, Ow LL, Kulkarni M, Lee JK, Karjalainen T, Leitch A, Ryan G, Rosamilia A. CO2 surgical laser for treatment of stress urinary incontinence in women: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2022 Sep;227(3):473.e1-473.e12. doi: 10.1016/j.ajog.2022.05.054. Epub 2022 May 31. PMID: 35662546.
5. Okui N, Miyazaki H, Takahashi W, Miyauchi T, Ito C, Okui M, Shigemori K, Miyazaki Y, Vizintin Z, Lukac M. Comparison of urethral sling surgery and non-ablative vaginal Erbium:YAG laser treatment in 327 patients with stress urinary incontinence: a case-matching analysis. *Lasers Med Sci.* 2022 Feb;37(1):655-663. doi: 10.1007/s10103-021-03317-x. Epub 2021 Apr 22. PMID: 33886071; PMCID: PMC8803680.
6. Jang YC, Leung CY, Huang HL. Comparison of Severity of Genitourinary Syndrome of Menopause Symptoms After Carbon Dioxide Laser vs Vaginal Estrogen Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2022 Sep 1;5(9):e2232563. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.32563. PMID: 36129710; PMCID: PMC9494191.
7. Mension E, Alonso I, Tortajada M, Matas I, Gómez S, Ribera L, Anglès S, Castelo-Branco C. Vaginal laser therapy for genitourinary syndrome of menopause - systematic review. *Maturitas.* 2022 Feb;156:37-59. doi: 10.1016/j.maturitas.2021.06.005. Epub 2021 Jun 20. PMID: 34217581.
8. Salvatore S, Ruffolo AF, Phillips C, Athanasiou S, Cardozo L, Serati M; EUGA Working Group. Vaginal laser therapy for GSM/VVA: where we

- stand now - a review by the EUGA Working Group on Laser. *Climacteric*. 2023 Aug;26(4):336-352. doi: 10.1080/13697137.2023.2225766. Epub 2023 Jul 3. PMID: 37395104.
9. Laser, Radiofrequency Therapies offer Little Benefit for genitorurinary síndrome of Menopause. Tara Haelle. *Medscape medical News* september 16, 2024
 10. Gil-Villalba A, Ayen-Rodriguez A, Naranjo-Diaz MJ, Ruiz-Villaverde R. Laser Therapy for Vulvar Lichen Sclerosus, a Systematic Review. *Life (Basel)*. 2023 Oct 31;13(11):2146. doi: 10.3390/life13112146. PMID: 38004286; PMCID: PMC10672171.
 11. Lichen sclerosus: ISSVD Practical Guide to diagnosis and manegement. Septiembre 2024
 12. D'Oria O, Giannini A, Buzzaccarini G, Tinelli A, Corrado G, Frega A, Vizza E, Caserta D. Fractional Co2 laser for vulvo-vaginal atrophy in gynecologic cancer patients: A valid therapeutic choice? A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2022 Oct;277:84-89. doi: 10.1016/j.ejogrb.2022.08.012. Epub 2022 Aug 24. PMID: 36037664.
 13. Cucinella L, Tiranini L, Cassani C, Martella S, Nappi RE. Genitourinary Syndrome of Menopause in Breast Cancer Survivors: Current Perspectives on the Role of Laser Therapy. *Int J Womens Health*. 2023 Aug 8;15:1261-1282. doi: 10.2147/IJWH.S414509. PMID: 37576184; PMCID: PMC10422970.
 14. Okui N. Vaginal Laser Treatment for the Genitourinary Syndrome of Menopause in Breast Cancer Survivors: A Narrative Review. *Cureus*. 2023 Sep 18;15(9):e45495. doi: 10.7759/cureus.45495. PMID: 37731685; PMCID: PMC10508706.
 15. Mitchell MF, Tortolero-Luna G, Cook E, Whittaker L, Rhodes-Morris H, Silva E. A randomized clinical trial of cryotherapy, laser vaporization, and loop electrosurgical excision for treatment of squamous intraepithelial lesions of the cervix. *Obstet Gynecol*. 1998 Nov;92(5):737-44. PMID: 9794661.
 16. Navarro Santana B, Sanz Baro R, Orozco R, Plaza Arranz J. Cervical vaporization in LSIL and persistent HPV infection. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2018 Aug;57(4):475-478. doi: 10.1016/j.tjog.2018.06.010. PMID: 30122563.
 17. Kodama K, Yahata H, Okugawa K, Tomonobe H, Yasutake N, Yoshida S, Yagi H, Yasunaga M, Ohgami T, Onoyama I, Asanoma K, Hori E, Shimokawa M, Kato K. Prognostic outcomes and risk factors for recurrence after laser vaporization for cervical intraepithelial neoplasia: a single-center retrospective study. *Int J Clin Oncol*. 2021 Apr;26(4):770-776. doi: 10.1007/s10147-020-01848-x. Epub 2021 Jan 4. PMID: 33394202.
 18. Bogani G, Ditto A, Ferla S, Paolini B, Lombardo C, Lorusso D, Raspagliesi F. Treatment modalities for recurrent high-grade vaginal intraepithelial neoplasia. *J Gynecol Oncol*. 2019 Mar;30(2):e20. doi: 10.3802/jgo.2019.30.e20. Epub 2018 Nov 8. PMID: 30740952; PMCID: PMC6393627.
 19. Werner RN, Westfachtel L, Dressler C, Nast A. Anogenital warts and other HPV-associated anogenital lesions in the HIV-positive patient: a systematic review and meta-analysis of the efficacy and safety of interventions assessed in controlled clinical trials. *Sex Transm Infect*. 2017 Dec;93(8):543-550. doi: 10.1136/sextrans-2016-053035. Epub 2017 Jun 21. PMID: 28637906.
 20. Iranmanesh B, Khalili M, Zartab H, Amiri R, Aflatoonian M. Laser therapy in cutaneous and genital warts: A review article. *Dermatol Ther*. 2021 Jan;34(1):e14671. doi: 10.1111/dth.14671. Epub 2020 Dec 29. PMID: 33314577.
 21. Kore VB, Anjankar A. A Comprehensive Review of Treatment Approaches for Cutaneous and Genital Warts. *Cureus*. 2023 Oct 25;15(10):e47685. doi: 10.7759/cureus.47685. PMID: 38022045; PMCID: PMC10673707.
 22. Gambacciani M, Fideicicchi T. Short-term effects of an erbium/neodymium laser combination in superficial dyspareunia: a pilot study. *Climacteric*. 2022 Apr;25(2):208-211. doi: 10.1080/13697137.2021.2014809. Epub 2022 Jan 10. PMID: 35006008.
 23. Jackman VA, Bajzak K, Rains A, Swab M, Miller ME, Logan GS, Gustafson DL. Physical Modalities for the Treatment of Localized Provoked Vulvodynia: A Scoping Review of the Literature from 2010 to 2023. *Int J Womens Health*. 2024 May 6;16:769-781. doi: 10.2147/IJWH.S445167. PMID: 38737495; PMCID: PMC11086396.
 24. 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 Mar;135(3):774-788. doi: 10.1097/PRS.0000000000001000. PMID: 25719696.

25. Gambacciani M, Cervigni M, Gaspar A, Novakov Mikić A, Gaviria J, Koron N, Vizintin Z. Safety of vaginal erbium laser: A review of 113,000 patients treated in the past 8 years. *Climacteric*. 2020;23(sup1):S28-S32. doi: 10.1080/13697137.2020.1813098. PMID: 33124457.
26. Zipper R, Lamvu G. Vaginal laser therapy for gynecologic conditions: re-examining the controversy and where do we go from here. *J Comp Eff Res*. 2022 Aug;11(11):843-851. doi: 10.2217/cer-2021-0281. Epub 2022 Jun 21. PMID: 35726603.
27. Hampel C. Vaginale Lasertherapie – Mythen und Fakten [Vaginal laser therapy-myths and facts]. *Urologie*. 2023 Feb;62(2):132-140. German. doi: 10.1007/s00120-022-02012-1. Epub 2023 Jan 10. PMID: 36625941.

JUSTIFICACIÓN DE LA TECNOLOGÍA EN EL TRATAMIENTO DE LA ATROFIA UROGENITAL

Prada V

Instituto Gynenova (Castellón)

El tratamiento del síndrome genitourinario de la menopausia consta de los siguientes tipos de intervención:

1. Recomendaciones basadas en el estilo de vida: ejercicio físico, entrenamiento de suelo pélvico, alimentación adecuada, no consumir tabaco ni alcohol, mantener relaciones sexuales
2. Hidratantes y lubricantes
3. Tratamiento hormonal local: estrógenos, prasterona, testosterona
4. Tratamiento hormonal sistémico:
 - Específico para la atrofia urogenital : Ospemifeno
 - Estradiol (preferentemente vía transdérmica), progesterona natural micronizada (vía oral o vaginal), testosterona (vía transdérmica)

La Ginecología Regenerativa y funcional nos ofrece la posibilidad de ofrecer opciones terapéuticas a las mujeres que no notan mejoría con los tratamientos anteriores y a las mujeres que no quieren o no pueden recibir tratamiento hormonal.

En esta ponencia trataré los EBD (“energy based devices”) (dispositivos basados en la energía), de entre los que destacan:

- Láser : los tipos utilizados en Ginecología son láser CO2 (más habitual) y láser Er:Yag
- Radiofrecuencia
- HIFU (Ultrasonidos focalizados de alta intensidad)
- LED
- HIFEM (electromagnetismo focalizado de alta intensidad)

También tenemos la opción de utilizar láser o radiofrecuencia fraccionados para aplicar sustancias a nivel local (exosomas, plasma rico en plaquetas, factores de crecimiento, etc) sin tener que inyectarlas.

El mecanismo de acción del láser se basa en la absorción de la energía lumínica por el tejido (el cromóforo del láser CO2 es el agua) lo cual genera un aumento de temperatura que estimula los fibroblastos induciendo neocolagenogénesis, neoelastogénesis, aumento de vascularización.

La radiofrecuencia asimismo genera aumento de temperatura (40-41 grados) debido a que la corriente alterna aplicada cambia la orientación de las partículas del tejido. La radiofrecuencia monopolar es más intensa y más profunda y la radiofrecuencia bipolar es más superficial y el calentamiento más controlado.

Los ultrasonidos focalizados de alta intensidad actúan más en profundidad, llegando al sistema musculoaponeurótico superficial, sin dañar la epidermis. Forman puntos de coagulación alcanzando temperaturas de 60-70 grados.

Con el magnetismo focalizado de alta intensidad se busca un efecto de hipertrofia e hiperplasia de células musculares (en Ginecología lo aplicamos para fortalecer la musculatura de suelo pélvico y los músculos de cierre uretral) y un efecto neuromodulador (para disfunciones sexuales, vulvodinia, vejiga hiperactiva)

Se menciona en la presentación la luz LED, que destaca por su menor coste, y la posibilidad de uso domiciliario. Es un tipo de luz no coherente, su efecto no es térmico (no se alcanzan temperaturas de 40 grados) sino fotoquímico (estimula la enzima citocromo C oxidasa de la mitocondria y ello lleva a modificación en las reacciones redox, a aumento de óxido nítrico y a mayor producción de ATP, así como a cambios en factores de transcripción a nivel del núcleo celular favorables para la regeneración celular)

Hay que hacer hincapié en la falta de evidencia para el uso de estos dispositivos, debido a la falta de estudios correctamente diseñados, si bien no se pone en duda su eficacia y la falta de efectos adversos siempre y cuando se utilicen de forma adecuada por profesionales formados y sean equipos de calidad y con los permisos en regla.

El abordaje de la atrofia urogenital y del suelo pélvico ha de ser integrativo y multidisciplinar, sin olvidar asesorar a la paciente acerca de hábitos nutricionales, ejercicio físico, necesidad de suplementación con antioxidantes y micronutrientes, no olvidar considerar el tratamiento hormonal de la menopausia y remitir a especialista en sexología o a fisioterapeuta en los casos que se precise)

Mantenimiento de la salud vulvar, vaginal y perineal: Consideraciones clínicas y mejores prácticas.

Cancelo Hidalgo MJ, Retuerta Pría M

Hospital Universitario de Guadalajara
Universidad de Alcalá

INTRODUCCIÓN

La salud vulvovaginal y perineal se refiere al bienestar integral de la vulva, la vagina y el periné, tres estructuras anatómicas distintas pero interrelacionadas entre sí. Implica mantener un equilibrio saludable en la microbiota, los mecanismos fisiológicos de defensa y la integridad de los tejidos de estas áreas, lo cual es crucial para prevenir infecciones y condiciones patológicas. Una salud óptima de estas zonas contribuye significativamente a la salud sexual y reproductiva de la mujer, asegurando comodidad y bienestar en su vida diaria. Factores como la educación sobre anatomía y el cuidado personal informado así como la atención médica regular son esenciales para preservar la salud de estas áreas.

IMPORTANCIA DE LA TERMINOLOGÍA CORRECTA Y LA COMPRENSIÓN ANATÓMICA

A menudo se usan los términos "vulva" y "vagina" de manera intercambiable, lo que lleva a confusión y comunicación ineficaz entre sanitarios y mujeres. La confusión en cuanto al periné es todavía mayor. Esto lleva a que se hayan recogido hasta 317 términos para referirse a estas estructuras. Es esencial fomentar el reconocimiento de estas estructuras anatómicas distintas que tienen diferentes características para el diagnóstico y tratamiento precisos de problemas ginecológicos.

CONSIDERACIONES FISIOLÓGICAS Y ANATÓMICAS

La vulva, la vagina y el periné tienen sistemas fisiológicos complejos que protegen o, si se alteran, predisponen el área a infecciones, irritación u otras condiciones patológicas. Debe considerarse su fisiología de manera integral.

Algunas cuestiones deben tenerse en cuenta para

entender las implicaciones clínicas de estas estructuras como es el origen embriológico. La vulva se desarrolla a partir del seno urogenital, mientras que los dos tercios superiores de la vagina se desarrollan de los conductos de Müller. Esto ayuda a entender las diferencias, por ejemplo, en la inervación de la vagina lo que justifica el uso de tampones o anillos vaginales sin que haya percepción sensitiva cuando estos se encuentran localizados en la parte superior de la vagina resultando molestos si están en el tercio inferior.

Las áreas vulvar, vaginal y perineal tienen microbiomas distintos que juegan papeles cruciales en el mantenimiento de la salud no solo en cuanto a la prevención o desarrollo de infecciones comunes como vaginosis sino también en otras cuestiones de gran relevancia clínica como es el aclaramiento de lesiones producidas por el virus del papiloma humano. Los avances ocurridos en los últimos años en este campo han permitido conocer las diferencias de composición en vagina, vulva o periné y establecer patrones o vaginotipos saludables o de disbiosis. Estos conocimientos están abriendo las puertas a entender las razones de las recidivas y a plantear dianas terapéuticas que restauren patrones de microbiota saludables.

En este campo de la salud, no puede olvidarse el relevante papel que desarrollan las estructuras del suelo pélvico que sirven de apoyo los órganos pélvicos, contribuyen a la continencia y juegan un papel crucial en la función sexual.

PRÁCTICAS DE HIGIENE FEMENINA Y SU IMPORTANCIA

Las prácticas y creencias varían ampliamente entre culturas, lo que requiere por nuestra parte una formación sobre educación y recomendaciones culturalmente sensibles.

Varían ampliamente no solo entre culturas, sino

también entre grupos de edad e individuos habiéndose identificado que ciertas prácticas, como el lavado vaginal o el uso de limpiadores agresivos, pueden aumentar el riesgo de infecciones y otras condiciones patológicas. Sin embargo, se carece de estudios rigurosos que analicen la influencia de las prácticas higiénicas en la salud de la mujer. Por otra parte, se identifica una carencia por parte de las Sociedades Científicas en la elaboración de guías o recomendaciones específicas sobre la higiene general, menstrual o relacionada con la actividad sexual. Pocas organizaciones han desarrollado guías integrales para las prácticas de higiene vulvar y vaginal.

Sin embargo, la higiene genital tiene claras implicaciones en los hábitos de la mujer. Encuestas realizadas a mujeres de diferentes países, indican que la higiene adecuada se asocia con la percepción de buena salud y sentirse atractiva.

Llama la atención en estas encuestas que las generaciones más jóvenes, a pesar de la amplia disponibilidad de información que tienen, refieren sentirse menos cómodas discutiendo los genitales femeninos o su higiene en comparación con las mujeres mayores. Sin embargo, las más jóvenes son las más tendientes a realizar (o les gustaría llevar a cabo) técnicas quirúrgicas que modificarán sus genitales. Los ideales de belleza de la sociedad, particularmente entre las mujeres más jóvenes, pueden afectar la autoimagen genital y llevar a procedimientos estéticos innecesarios.

Uno de los aspectos que se han visto claramente influenciados por la moda es la depilación vulvar sobre lo cual, la evidencia científica de sus implicaciones es muy escasa. El vello púbico antropológicamente es considerado como un referente de madurez sexual, con funciones de "atrapar" feromonas y actuar de barrera natural frente a la posible penetración de cuerpos extraños y agentes infecciosos. Sin embargo, hay muy poca información sobre lo que puede suponer en cuanto a la salud de la mujer su eliminación.

La moda ha llevado a implantar tipos de rasurado de diferentes formas, teñir con colores o el rasurado total. Se han puesto de manifiesto algunos riesgos asociados a la depilación o teñido como irritaciones cutáneas, especialmente si se realiza de manera agresiva o frecuente, alteración de la microbiota vulvar, infecciones cutáneas (foliculitis), lesiones, quemaduras o abrasiones de la piel especialmente con métodos como la depilación láser o con cera caliente, si no se realizan adecuadamente. También se han referido cambios en la sensibilidad cutánea y la termorregulación y la humedad local que puede afectar la función sexual.

Preocupan las tendencias cosméticas vulvares actuales tendentes a la "vulva invisible" que pueden afectar la salud genital ya que los ideales de belleza de la sociedad, especialmente entre las mujeres más jóvenes son amplificados por las redes sociales y se basan en imágenes reales o modificadas que marcan los cánones de belleza y que pueden afectar negativamente la autoimagen genital y aumentar el deseo de procedimientos estéticos genitales como labio o vulvoplastia. Dejando aparte los riesgos inherentes a cualquier cirugía, podrían potencialmente afectar la sensibilidad y función sexual si no son realizados en las condiciones adecuadas.

Se plantea la necesidad de mejorar las prácticas de higiene femenina y los resultados, por lo que los esfuerzos futuros deberían centrarse en áreas como el desarrollo de guías integrales basadas en la evidencia para la higiene femenina así como promover la investigación sobre los efectos a largo plazo de diversas prácticas de higiene. Debe mejorarse la educación tanto en sanitarios como en las mujeres sobre anatomía genital femenina y el cuidado adecuado, abordando las diferencias culturales y relacionar estas recomendaciones con la edad y creencias sobre la higiene, con el fin de promover una autoimagen genital positiva y desalentar procedimientos estéticos innecesarios.

En resumen, mantener la salud vulvar, vaginal y perineal es esencial para el bienestar general y la salud sexual. Los sanitarios tenemos el reto crucial de educar a las mujeres sobre terminología correcta, anatomía y prácticas de higiene basadas en la escasa evidencia disponible. Las prácticas de higiene íntima, incluida la depilación, deben ser consideradas cuidadosamente y realizadas de manera que no comprometan la salud del delicado ecosistema vulvar, vaginal y perineal. Al abordar las necesidades no satisfechas en este campo y promover una comunicación abierta y precisa sobre la higiene femenina, podemos empoderar a las mujeres para que sean defensoras de su propia salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Braun, V., & Kitzinger, C. (2001). "Snatch," "hole," or "honey-pot"? Semantic categories and the problem on nonspecificity in female genital slang. *Journal of Sex Research*, 38(2), 146–158. <https://doi.org/10.1080/0022449010955208>
2. Cancelo Hidalgo MJ. De la Fuente P. Perception and attitude of spanish gynaecologists towards women with integral perineal symptomatology. *Maturitas* 2009. S 109. EMAS 2009
3. Chen R, Peng C, Wang Z, Xiao Y, Tang S. Effects

- of vaginal microbiota on human papillomavirus infection and its related diseases. *Microb Pathog.* 2024 Aug;193:106761. doi: 10.1016/j.micpath.2024.106761. Epub 2024 Jun 25. PMID: 38925345.
4. Murina PF, Graziottin A, Bagot O, Panay N, Thamkhantho M, Shaw SW. Real-World Practices and Attitudes Towards Intimate Self-Care: Results From An International Women's Survey. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2021 Dec;50(10):102192. doi: 10.1016/j.jogoh.2021.102192. Epub 2021 Jun 24. PMID: 34175471
 5. Kalampalikis A, Michala L. Cosmetic labiaplasty on minors: a review of current trends and evidence. *Int J Impot Res.* 2023 May;35(3):192-195. doi: 10.1038/s41443-021-00480-1. Epub 2021 Oct 18. PMID: 34663925; PMCID: PMC8522251.