

Artículo de Revisión

Mutilación genital femenina: situación global, disfunción sexual asociada y manejo de la misma

Enrique Sánchez Achiaga ^{1,*}, Beatriz Vera Puente ¹ y Miguel Ángel López-Nevot ¹

¹ Estudiantes de Medicina de la Universidad de Alcalá

* **Autor correspondencia:** quique.sancheza@gmail.com

Recibido: 30/10/2017; Aceptado: 20/11/2017; Publicado: 30/11/2017

Resumen: En este trabajo se hace una revisión bibliográfica acerca de la mutilación genital femenina (MGF) y una de sus complicaciones: la disfunción sexual. El objetivo es refrescar los conocimientos en este tema y poner de manifiesto que es necesaria la realización de estudios de mejor calidad en este campo. A pesar de ser una práctica anecdótica en Occidente, la mutilación genital femenina es una violación de los derechos humanos que tiene una prevalencia altísima a nivel mundial. Además, presenta ciertas complicaciones médicas (infecciosas, obstétricas, urinarias, etc.) que no han de ser desdeñadas por los profesionales sanitarios que atienden a mujeres procedentes de países donde esta práctica es común. El énfasis en la disfunción sexual derivada de esta práctica pretende destacar que también hay que prestar atención a esta complicación, puesto que están demostradas las secuelas que la MGF provoca a nivel de la función sexual femenina, las cuales se miden mediante el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI). Por último, se proponen técnicas de desinfibulación y reconstrucción clitoriana.

Palabras Clave: Mutilación Genital Femenina; Disfunción Sexual; Reconstrucción Clitoriana; FSFI.

Abstract: This paper is a review of female genital mutilation (FGM) and one of its complications: sexual dysfunction. The aim is to update the knowledge on this topic and to bring up the fact that further investigation is needed. Although its practice is anecdotal in developed countries, female genital mutilation is a human rights violation and its prevalence is extremely high worldwide. Moreover, FGM is related to several medical complications, such as obstetric, infectious or urinary complications, that clinicians must be aware of when they assist women who come from countries where this practice is common. Our emphasis on sexual dysfunction related to FGM tries to highlight the fact that we must also take care of this complication, which has been proved in several papers and it is usually measured by the Female Sexual Function Index (FSFI). Finally, we present several deinfibulation and clitoral reconstruction techniques.

Key words: Female Genital Mutilation; Sexual Dysfunction; Clitoral Reconstruction; FSFI.

1. Introducción

Según la OMS, la mutilación genital femenina (MGF) es cualquier proceso que incluya la extirpación total o parcial de los genitales femeninos externos u otros daños en los mismos por razones no médicas. Además, se considera una violación de los derechos humanos, una forma de abuso de menores y una forma de violencia grave contra mujeres y niñas [1].

A su vez, la OMS realiza una clasificación de los diferentes tipos de MGF, a saber:

- MGF tipo I: extirpación parcial o total del clítoris y/o prepucio.
- MGF tipo II: extirpación parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin excisión de los labios mayores.

- MGF tipo III: infibulación con o sin clitoridectomía o *circuncisión faraónica*. Cierre vaginal mediante sutura que deja un pequeño orificio para la emisión de orina y sangre menstrual [2].
- MGF tipo IV: cualquier otro proceso perjudicial para los genitales externos femeninos por razones no médicas (ej: piercings) [3].

Para quienes llevan a cabo esta práctica, la MGF es una forma de ayudar a las mujeres a evitar la realización de actos sexuales culturalmente ilícitos. De esta manera, por ejemplo (MGF tipo III), el temor al dolor que provocará la apertura del introito estrechado o a que se sepa que ha sido abierto alejará a la mujer de dichas prácticas consideradas ilícitas [4].

Actualmente, los estudios existentes acerca de este tema son de baja calidad, pero a continuación se presenta una revisión de los mismos con la finalidad de actualizar los conocimientos y ayudar a sentar nuevas líneas de investigación futura.

2. Material y Métodos

Para la realización de esta revisión se utilizó como guía la Green-top Guideline nº53 del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, publicada en 2015 con el título de *Female Genital Mutilation and its Management*. A partir de ahí se realizó una búsqueda en PubMed de todo tipo de artículos publicados en los últimos 15 años con las palabras clave “Female genital mutilacion”, “Female genital mutilation AND sexual disfunction” y “Sexual disfunction”. La búsqueda se realizó en abril de 2017 como parte de un trabajo que se presentó en la asignatura de Ginecología, cursada en 5º curso en la Universidad de Alcalá.

Para obtener información acerca del índice de valoración de la función sexual femenina (FSFI), se decidió incluir un artículo de los creadores de este índice, que fue publicado en el año 2000, por lo que se modificó el criterio de búsqueda y se permitió cualquier artículo que incluyese la palabra clave “FSFI”.

3. Resultados

3.1 Epidemiología y situación global

UNICEF estima que unos 125 millones de mujeres se han sometido a la MGF. Se trata de una práctica cultural habitual en 29 países africanos, aunque también se ven casos en Oriente Medio, Sudeste Asiático, Oceanía y América del Sur.

El tipo de MGF también varía en función de la zona en la que se practique. De esta manera, la infibulación es prácticamente exclusiva de países del nordeste de África. Además, aproximadamente la mitad de casos se dan antes de los 5 años de edad. En algunas zonas, la práctica está tan arraigada que muchas mujeres se someten a la reinfibulación tras cada parto.

Cabe mencionar que las prácticas de MGF se realizan, mayoritariamente, sin garantías sanitarias, aunque existe una creciente tendencia a la medicalización del proceso. Tanto es así que en países como Egipto, Sudán o Kenia la mayoría de las mutilaciones son llevadas a cabo por personal sanitario.

A continuación, mostramos una figura (Figura 1) en la que se ve reflejada la prevalencia de la MGF a nivel mundial [1].

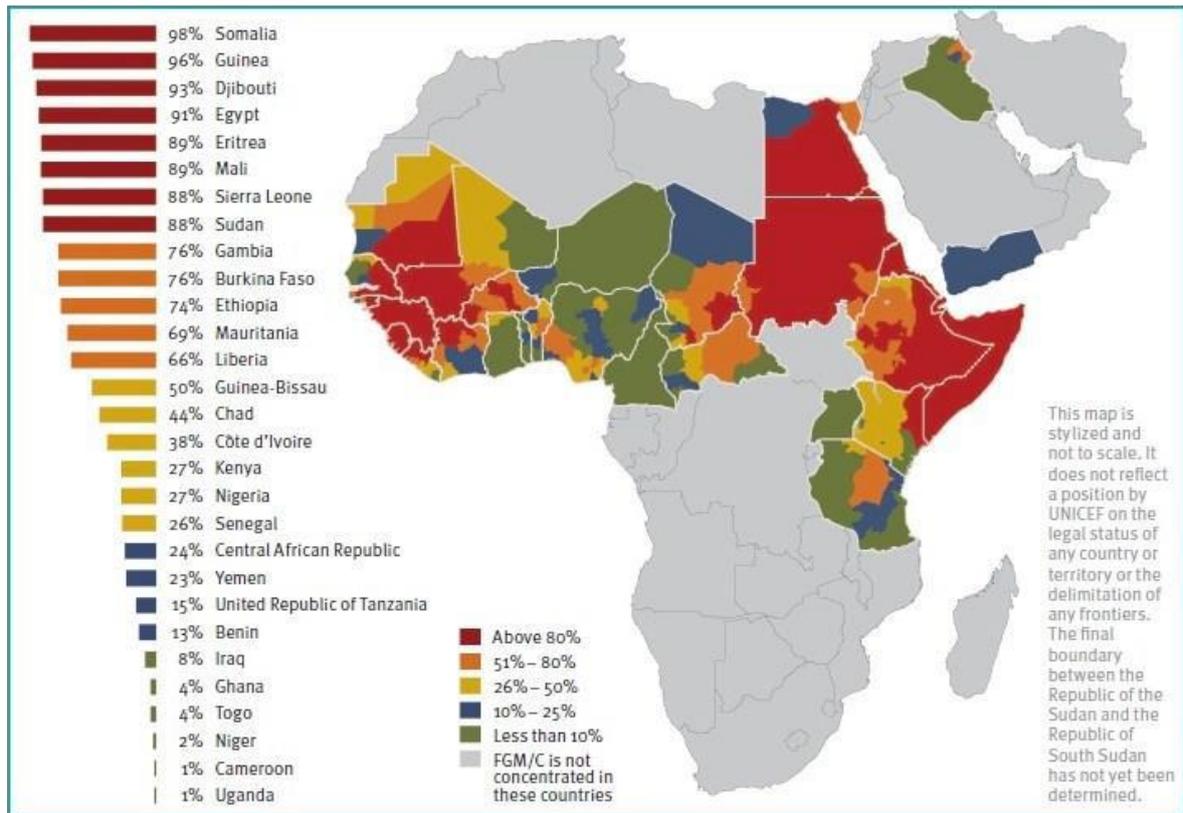


Figura 1 Prevalencia de la MGF a nivel mundial [1].

Este problema ha de ser conocido y reconocido por los profesionales sanitarios occidentales, debido al incremento de la inmigración. Sin ir más lejos, se estima que en Inglaterra y Gales viven unas 137.000 mujeres que se han sometido a este proceso en sus países de origen [5].

3.2 Complicaciones

Podemos dividir las complicaciones en complicaciones a corto y largo plazo. A su vez, podemos clasificar estas últimas en función del órgano o función a los que afecten.

Las complicaciones a corto plazo de la MGF son la hemorragia (5-62%), la retención urinaria (8-53%) y la hinchazón genital (2-27%) [6].

En cuanto a las complicaciones a largo plazo destacan las urinarias, infecciosas, obstétricas, menstruales, reproductivas, psicológicas y de la función sexual. En este trabajo nos centraremos en las últimas.

3.2.1 Complicaciones en la función sexual

La función sexual representa una compleja interacción de los sistemas nerviosos central y periférico, modulada por ciertos factores físicos y psicológicos. La respuesta sexual humana comprende cuatro fases: deseo, excitación, orgasmo y resolución. Según el DSM-5, la disfunción sexual femenina incluye trastornos en el deseo y/o excitación, trastornos orgásmicos y dolor o trastorno genitopélvico en relación con la penetración [7].

Existen numerosas herramientas para medir la función sexual femenina. Una de las más populares es la escala FSFI (Female Sexual Function Index), desarrollada en el año 2000, que por medio de 19 preguntas valora los siguientes 6 ítems: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Después, se realiza una puntuación global cuyo mínimo es 2 y máximo 36 [8]. Sin embargo, una de las limitaciones de este índice es que no hay consenso a la hora de establecer qué se considera disfunción sexual femenina: no es raro encontrar discrepancias entre unos estudios y otros acerca de dónde está el punto de corte que marca la disfunción sexual.

Para tratar de vincular la MGF con la disfunción sexual femenina nos basamos en ciertos estudios. Uno de ellos nos sugiere que, como resultado del estrechamiento vaginal y del tejido cicatricial doloroso, existe una mayor predisposición a la dispareunia en mujeres que han sufrido una MGF (RR 1.53, 95% CI 1,20-1,97). Además, debido a la extirpación de los genitales internos y/o clítoris existe una pérdida de sensibilidad sexual que lleva a la apareunia. Por otro lado, se han demostrado otras consecuencias de la MGF en la función sexual como disminución de la libido, anorgasmia, lubricación escasa y bajo índice de satisfacción [9].

Además, contamos con un estudio realizado en la región de Kurdistán que compara los resultados del cuestionario FSFI de 140 mujeres que han sufrido la MGF y otras 140 que no. Esta investigación, a pesar de sus limitaciones, nos aporta cierta evidencia que relaciona directamente la MGF y la disfunción sexual femenina, además de confirmar, reforzar y complementar los conocimientos con respecto a este tema ya obtenidos previamente en otros estudios realizados en Sudán, Arabia Saudí, Egipto y Nigeria. Mostramos la tabla comparativa (Tala I) a continuación [10].

Tabla I Comparativa de FSFI en mujeres con MGF y sin MGF [10]

Variable	Circumcised women (n= 140)	Non-circumcised women (n= 140)	p-value
Sexual desire Mean ± SD	2.49 ± 1.13	4.20 ± 1.24	0.000 *
Sexual arousal Mean ± SD	2.61 ± 1.34	4.47 ± 1.25	0.000 *
Lubrication Mean ± SD	3.16 ± 1.18	3.58 ± 0.35	0.000 *
Orgasm Mean ± SD	2.38 ± 1.13	3.84 ± 0.91	0.000 *
Satisfaction Mean ± SD	3.25 ± 1.64	4.95 ± 1.19	0.000 *
Pain Mean ± SD	3.99 ± 1.62	4.32 ± 1.14	0.001 *
Total score Mean ± SD	17.9 ± 5.39	25.3 ± 4.34	0.000 *

*p-Value is significant at less than 0.05 levels.

Para apoyar más la hipótesis, comentaremos un estudio realizado recientemente en Sudán y publicado en el *American Journal of Obstetrics and Gynecology* que, aplicando el test FSFI y poniendo el punto de corte de la disfunción sexual en una puntuación de 28,1, vuelve a demostrar la fuerte relación entre este problema y la mutilación. Como novedad, este estudio compara las puntuaciones

obtenidas en el FSFI en mujeres con diferentes tipos de MGF, evidenciando que a mayor cantidad de tejido extirpado, mayor es el grado de disfunción (puntuaciones medias de 26,8 para mujeres con MGF tipo I y de 14,9 para mujeres con MGF tipo III). Además, correlaciona el tipo de MGF con el nivel socioeconómico y cultural de las mujeres estudiadas. De esta manera, se observó que dichos niveles están inversamente relacionados con la cantidad de tejido extirpado, es decir, a mayor nivel educativo, menor tasa de MGF tipo III [11].

Este estudio también sugiere que la cirugía reconstructiva, concretamente la reconstrucción clitoriana, puede ser apropiada para algunas mujeres. Sin embargo, existen otras revisiones que indican que la reconstrucción no puede reemplazar el tejido clitoriano ya extirpado y que la exploración quirúrgica de la zona puede dañar ciertas estructuras nerviosas y vasculares, perjudicando aún más el órgano. Pero, aunque la recuperación de la función clitoriana no esté clara y sea controvertida, sí se admite que la mejora de la imagen de los genitales externos femeninos puede tener efectos muy beneficiosos sobre la función sexual femenina [12].

3.3 Manejo de la disfunción sexual asociada a MGF

3.3.1 Reconstrucción clitoriana. Nueva técnica de reconstrucción [13, 14].

Esta nueva cirugía se basa en la técnica de reconstrucción de Foldès, siguiéndose las mismas fases hasta la reimplantación del clitoris.

- Región que ha sufrido una ablación: La región donde ha sido practicada la ablación se muestra como una pared lisa sin prominencias, pero con cicatrices producto de una intervención realizada sin condiciones de asepsia ni hemostasia.
- Incisión prepúbica: Para abordar el cuerpo del clitoris respetando la inervación, es necesario realizar una incisión más grande a lo largo del arco púbico para liberar el triángulo vulvar anterior lejos de la cicatriz residual. De esta forma, dejamos expuesto el borde superior de la rodilla del clitoris, manteniéndolo cerca del periostio y aislamos el ligamento suspensorio.
- Sección del ligamento suspensorio: El pedículo vásculo-nervioso está unido a la albugínea de la parte dorsal del órgano y se aleja de la línea media del ligamento. La sección se realiza tan a ras del hueso como sea necesario. Así se produce un descenso y anteversión de la rodilla.
- Liberación de la rodilla del clitoris: También se realiza muy cerca del periostio y sigue una unión divergente que conduce al cuerpo del clitoris que desciende siguiendo las ramas isquiopúbicas. Este triángulo de disección es avascular y está alejado de las ramas nerviosas. Esta maniobra nos permite liberar por completo el órgano, ganando una longitud suficiente para la reconstrucción.
- Liberación del cuerpo del clitoris: En casos de resección mayor o si ha habido una mayor pérdida de sustancia, puede ser necesaria una liberación aún más amplia. Se realiza continuando la resección a lo largo de la rama isquiopúbica liberando el cuerpo progresivamente.
- Resección de la cicatriz: Se debe eliminar el tejido cicatricial y encontrar cortes sanos de los cuerpos cavernosos que deberían estar vascularizados e inervados para poder formar una neoglándula que sea funcional. Esta nueva incisión se encuentra en una zona en buen estado en la que se hacen visibles los cuerpos cavernosos apoyados en el rafe medio. Es frecuente que el tejido alveolar sangre.
- Reconstrucción de la glándula: Se puede comenzar retomando la sección inicial, para obtener dos bridas exteriores de túnica flexible y una sección central en forma de cuña. Las piezas obtenidas están vascularizadas e inervadas por el pedículo dorsal, que está intacto.

Reconstruimos la neoglándula con puntos sueltos de sutura de absorción rápida (4/0- 5/0) uniendo las dos albugíneas de manera estanca.

- Reimplantación: Fijación del clítoris con una sutura semi-continua anterior (Vycril 3/0) enfrentando la piel y el revestimiento superficial del clítoris (Figura 2). A diferencia de la técnica princeps, en esta reimplantación prescindiremos del punto U transfixiante anterior (lado ventral) y del punto U transfixiante posterior (dorsal).

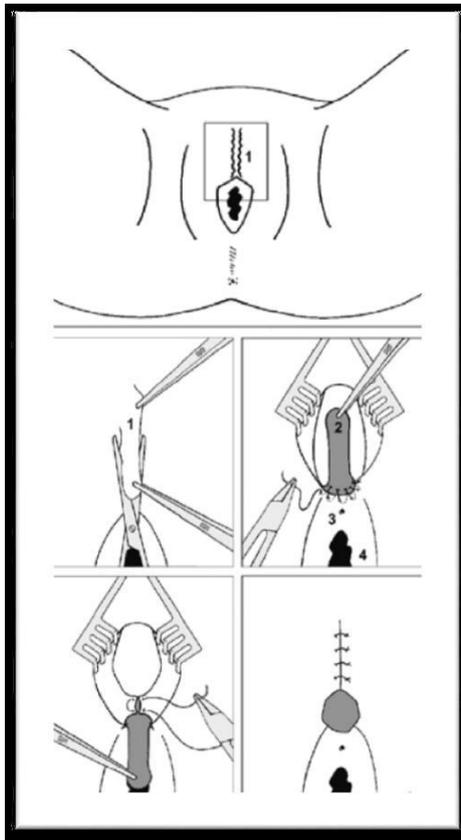


Figura 2 Reimplantación del clítoris en la cirugía reconstructiva [14]

- Cierre: Para evitar la aparición de un hematoma pre-púbico, en el área de resección del ligamento suspensorio del clítoris daremos puntos únicos de aproximación (Vycril 2/0). Hay que tener en cuenta que los últimos puntos de aproximación subcutáneos, deben estar alineados con la cara posterior del clítoris para formar un callo que evite que se recline. Se cierra la piel con una sutura interrumpida simple (Vycril 2/0).
- Seguimiento post-operatorio [13]: Esta nueva técnica parece dar resultados satisfactorios en términos de dolor postoperatorio y de complicaciones postoperatorias (hematoma pre-pubiano, necrosis del clítoris). Debe hacerse un seguimiento de estas mujeres a largo plazo y, sobre todo de aquellas que tendrán un embarazo en el futuro para así evaluar el pronóstico de parto después de la reconstrucción del clítoris, y también para conocer si la mujer con un clítoris reconstruido puede, después de parto, disfrutar de la sexualidad, con la esperanza de disminuir la morbilidad obstétrica.

- Repercusión en la función sexual: Contamos con un estudio pionero que se publicó en Francia en 2016 que trata de demostrar los beneficios que produce la reconstrucción clitoriana en la función sexual femenina. Doce mujeres se sometieron a una reconstrucción y se les hizo un test FSFI justo antes de la cirugía (M0), tres meses después (M3) y seis meses después de la misma (M6). La puntuación media del FSFI en M0 era de 17 y en M6 ascendió hasta 29 ($p=0,009$). Si bien es cierto que el test FSFI no cuenta con apartados específicos para la función y sensibilidad clitoriana, que el punto de corte de la disfunción no está claramente definido y que no conocemos los factores no clitorianos que han influido en esta mejora, sí que podemos afirmar que existió una clara mejoría de la función sexual en estas mujeres, que este estudio es pionero por ser el primero en medir la función sexual femenina post cirugía reconstructiva mediante FSFI y que seguir investigando en esta línea podría ser interesante. Adjuntamos un gráfico (Figura 3) que muestra visualmente los progresos demostrados en el estudio [15].

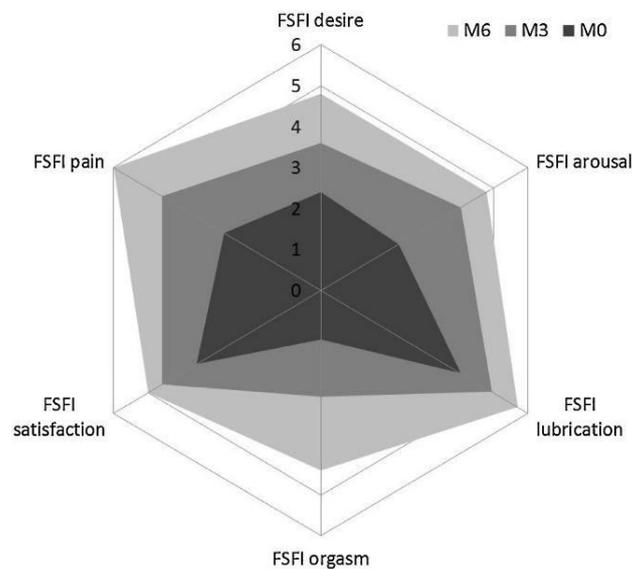


Figura 3 Puntuación media del test FSFI en las mujeres estudiadas [16]

3.3.2 Desinfibulación

Entre las complicaciones de la MGF tipo III se encuentran, entre otras, las relacionadas con la función sexual femenina (destaca la dispareunia) [2]. Paralelamente, tanto la OMS como el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) recomiendan la desinfibulación de todas las pacientes (especialmente durante el embarazo, debido a las gravísimas complicaciones obstétricas que tienen lugar en mujeres con infibulación).

Sin embargo, aún no se ha realizado ningún estudio que vincule sólidamente la desinfibulación con la mejora de la función sexual femenina, aunque los resultados sean esperables. A continuación, mostramos una propuesta de manejo quirúrgico de la infibulación (Figura 4) [12].

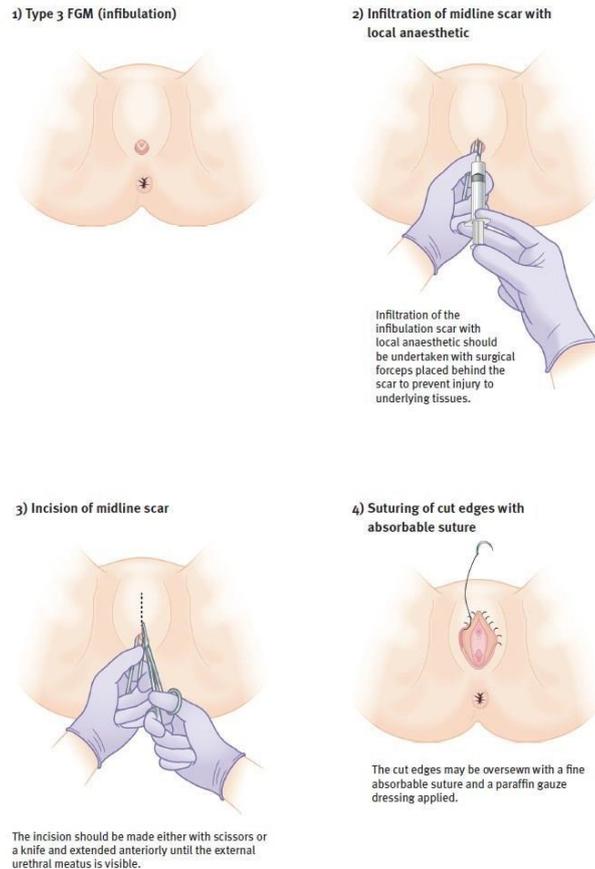


Figura 4 Propuesta de manejo quirúrgico de la infibulación

3.3.3 Psicoterapia y asesoramiento sexual

A pesar de que el RCOG recomienda esta vía de tratamiento como apoyo a toda costa y a todas las pacientes que han sufrido la MGF e incluso a sus parejas (si procede), aún no se han realizado estudios que aporten una evidencia contundente que demuestre los beneficios de este tipo de terapia [7].

4. Discusión

La mutilación genital femenina es una violación de los derechos humanos y una forma de violencia contra la mujer que cuenta con una altísima prevalencia a nivel mundial, siendo endémica en países como Egipto o Sudán. La OMS contempla cuatro tipos de MGF. Esta práctica repercute negativamente y de manera relevante en la función sexual femenina, que se mide de manera estandarizada mediante el cuestionario FSFI, aunque no haya consenso acerca de cuál es la puntuación del test que marca el punto de corte de la disfunción sexual femenina.

Se han propuesto varias estrategias de manejo de la MGF en función de a qué tipo nos enfrentemos, como la reconstrucción clitoriana o la desinfibulación, siempre acompañadas de psicoterapia y asesoramiento sexual para la paciente y su pareja (si procede).

5. Conclusiones

A pesar de que los estudios revisados coincidan en que la mutilación genital femenina perjudica la función sexual femenina, actualmente no disponemos de estudios de calidad que nos den un manejo basado en evidencias sólidas claramente beneficioso para la función sexual de las pacientes. Debido a la alta prevalencia de esta práctica a nivel mundial, sería conveniente promover la investigación en este campo.

Conflictos de Intereses: Los autores no declaran conflicto de intereses.

Abreviaturas

Las siguientes abreviaturas son usadas en este manuscrito:

MGF: mutilación genital femenina

FSFI: Female Sexual Function Index

OMS: Organización Mundial de la Salud

RCOG: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

Referencias Bibliográficas

1. United Nations Children's Fund. *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. New York: UNICEF; 2013.
2. Okusanya B, Oduwole O, Nwachuku N, Meremikwu M. *Deinfibulation for preventing or treating complications in women living with type III female genital mutilation: A systematic review and meta-analysis*. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2017;136:13-20.
3. World Health Organization. *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement*. Geneva: World Health Organization; 2008.
4. World Health Organization. *Female genital mutilation. Fact sheet*. Update February 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>. Accessed July 18, 2015.
5. Macfarlane A, Dorkenoo E. *Female Genital Mutilation in England and Wales. Updated statistical estimates of the numbers of affected women living in England and Wales and girls at risk. Interim report on provisional estimates*. London: City University London; 2014
6. Berg RC, Underland V, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Vist GE. *Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis*. BMJ Open 2014;4:e006316
7. Okomo U, Ogugbue M, Inyang E, Meremikwu M. *Sexual counselling for treating or preventing sexual dysfunction in women living with female genital mutilation: A systematic review*. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2017;136:38-42.
8. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther. 2000 Apr-Jun;26(2):191-208.
9. Berg RC, Denison E. *Does female genital mutilation/cutting (FGM/C) affect women's sexual functioning? A systematic review of the sexual consequences of FGM/C*. Sex Res Social Policy 2012;9:41-56.
10. Biglu MH, Farnam A, Abotalebi P, Biglu S, Ghavami M, *Effect of female genital mutilation/cutting on sexual functions, Sexual & Reproductive Healthcare* (2016), <http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.srhc.2016.07.002>
11. Rouzi AA, Berg RC, Sahly N, Alkafy S, Alzaban F, Abduljabbar H, *Effects of female genital mutilation/cutting on the sexual function of Sudanese women: A cross-sectional study*, American Journal of Obstetrics and Gynecology (2017), doi: 10.1016/j.ajog.2017.02.044.
12. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Female Genital Mutilation and its Management*. Green-top Guideline No. 53. London: RCOG; 2015.
13. Ouédraogo C, Madzou S, Touré B, Ouédraogo A, Ouédraogo S, Lankoandé J. *Pratique de la chirurgie plastique reconstructrice du clitoris après mutilations génitales au Burkina Faso. À propos de 94cas*. Annales de Chirurgie Plastique Esthétique. 2013;58(3):208-215.
14. Ouédraogo C, Madzou S, Simporté A, Combaud V, Ouattara A, Millogo F et al. *Reconstruction clitoridienne après mutilation génitale féminine au CHU Yalgado de Ouagadougou, Burkina Faso. À propos de 68 patientes opérées*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2016;45(9):1099-1106.
15. Vital M, de Visme S, Hanf M, Philippe H, Winer N, Wylomanski S. *Using the Female Sexual Function Index (FSFI) to evaluate sexual function in women with genital mutilation undergoing surgical reconstruction: a pilot prospective study*. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2016;202:71-74.



© 2017 por los autores; Esta obra está sujeta a la licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.