



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

La reconstrucción de clítoris tras la mutilación genital femenina

“Clitoral reconstruction after female genital mutilation”

Autora:

María Skinner Orrillo

Directores:

Lía Ornat Clemente

Mauricio Tajada Duaso

Facultad de Medicina
Junio de 2020

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. <i>Prevalencia y población en riesgo</i>	5
1.2. <i>Clasificación de la MGF/C</i>	6
1.3. <i>¿Cómo y cuándo se realiza?</i>	7
1.4. <i>Consecuencias para la salud de la MGF/C</i>	7
1.5. <i>¿Por qué se practica?</i>	8
1.6. <i>MGF/C y cirugía genital en Occidente</i>	9
1.7. <i>Justificación de la revisión</i>	11
2. OBJETIVOS	12
2.1. <i>Objetivo primario</i>	12
2.2. <i>Objetivo secundario</i>	12
3. METODOLOGÍA.....	13
3.1. <i>Estrategia de búsqueda</i>	13
3.2. <i>Criterios de inclusión y exclusión</i>	13
3.3. <i>Extracción de datos</i>	14
4. RESULTADOS	16
4.1. <i>Motivación y expectativas de las mujeres</i>	16
4.2. <i>Beneficios de la reconstrucción de clítoris y satisfacción tras la cirugía</i>	17
4.2.1. <i>Mejorar la función sexual</i>	17
4.2.2. <i>Disminución del dolor</i>	18
4.2.3. <i>Reparación del clítoris y satisfacción con el aspecto externo</i>	18
4.3. <i>Complicaciones de la reconstrucción de clítoris</i>	19
4.4. <i>Abordaje multidisciplinar de la MGF/C</i>	20
5. DISCUSIÓN.....	21
6. CONCLUSIONES	28
7. BIBLIOGRAFÍA	29

AGRADECIMIENTOS

A mis directores, Lia Ornat y Mauricio Tajada, por confiar en mi y contagiarme su ilusión y ganas en este proyecto. Gracias por vuestro acompañamiento y apoyo en estos meses, y por todo lo que me habéis enseñado.

A las mujeres que han sido entrevistadas, por su generosidad y por ayudarme a entender la complejidad de sus vivencias personales.

A mi madre, por hacerme la vida mucho más fácil en estos meses convulsos de confinamiento para que pudiese dedicar mi tiempo a desarrollar este trabajo.

Gracias a mi familia y amigos, por acompañarme en esta etapa que hoy culmina, haciéndome el camino mucho más sencillo.

A mi padre, por enseñarme a amar esta profesión a través de su recuerdo y empujarme sin saberlo a perseguir este sueño.

RESUMEN

Introducción: En los últimos años está aumentando de manera exponencial la demanda de cirugías reconstructivas genitales por parte de mujeres con MGF/C, sobre todo en Occidente, donde estas mujeres han emigrado, pero la evidencia en cuanto a su indicación en todos los casos es escasa.

Objetivos: Identificar los beneficios y complicaciones de la reconstrucción de clítoris y la satisfacción de las mujeres tras la intervención, así como analizar los diferentes tipos de abordaje en el tratamiento de los problemas de salud derivados de la MGF/C.

Metodología: Realizamos una revisión de la bibliografía desde noviembre de 2019 a mayo de 2020 a través de las bases de datos biomédicas más relevantes. Incluimos artículos en cualquier idioma publicados en los últimos 10 años en los que se informaba sobre el resultado de una intervención de tratamiento para un problema relacionado con la MGF/C. Se utilizaron de manera combinada términos de búsqueda relacionados con la MGF/C y la reconstrucción de clítoris.

Resultados: 22 de los 271 artículos identificados fueron incluidos. Los factores que motivan la solicitud de una reconstrucción del clítoris tras MGF/C están interconectados y se relacionan con la mejora de la imagen corporal y la sexualidad. La cirugía puede disminuir el dolor en casos de dispareunia, pero no todos los estudios encuentran beneficios cuando el motivo principal no es el dolor. Aunque la intervención quirúrgica no está exenta de complicaciones, no se han reportado complicaciones graves tras la misma. En la mayoría de casos se realizó un abordaje multidisciplinar de la problemática, incluyendo consultas ginecológicas, apoyo psicológico y terapia sexual.

Conclusiones: Las mujeres que demandan una cirugía de reconstrucción de clítoris tras la MGF/C tienen motivaciones diversas y en los casos en que la mejora estética o de la función sexual sea el motivo principal, la cirugía no parece ser la respuesta más adecuada. El abordaje multidisciplinar que incluya un tratamiento psicosexual podría ser necesario para mejorar la salud global de estas mujeres.

Palabras clave: Mutilación genital femenina, MGF/C, reconstrucción genital, reconstrucción de clítoris, cirugía genital, salud sexual, complicaciones, abordaje multidisciplinar.

ABSTRACT

Introduction: In recent years, the demand for genital reconstructive surgeries by women with FGM/C has increased exponentially, especially in the Western world, where these women have migrated, but the evidence regarding its indication in all cases is limited.

Objectives: To identify the benefits and complications of clitoral reconstruction and the satisfaction of women after the intervention, as well as to analyze the different types of approaches in the treatment of any health problem related to FGM/C.

Methodology: We carried out a literature review from November 2019 to May 2020 through the most relevant biomedical databases. We included articles in any language published in the last 10 years that reported on the outcome of a treatment intervention for a problem related to FGM/C. We combined search terms in relation to FGM/C and clitoral reconstruction.

Results: 22 of the 271 articles identified were included. The factors that motivate the request for a clitoral reconstruction after FGM/C are interconnected and are related to the improvement of body image and sexuality. Clitoral reconstruction can decrease pain in case of dyspareunia, but not all studies find benefits when the main reason is not pain. Although the surgical intervention can cause complications, no serious complications have been reported after it. In most cases, a multidisciplinary approach was carried out, including gynecological consultations, psychological support and sexual therapy.

Conclusions: Women who seek a clitoral reconstruction surgery after FGM/C have different motivations, but in cases where an aesthetic or sexual function improvement is the main reason, surgery does not seem to be the most appropriate response. A multidisciplinary approach including psychosexual treatment may be necessary to improve the overall health of these women.

Keywords: Female genital mutilation/cutting, FGM/C, genital reconstruction, clitoral reconstruction, genital surgery, sexual health, complications, multidisciplinary approach.

1. INTRODUCCIÓN

La mutilación genital femenina (MGF), también llamada corte genital femenino o circuncisión femenina, comprende todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos (1).

La nomenclatura de esta práctica varía según las regiones, las perspectivas ideológicas y los marcos de investigación. UNICEF y UNFPA (organismo de las Naciones Unidas encargado de la salud sexual y reproductiva), involucrados en poner fin a esta práctica, prefieren el término "mutilación/corte genital femenino" (MGF/C)(2) que será el utilizado en este trabajo de aquí en adelante. Otros organismos como la "Red de asesoramiento de políticas públicas sobre cirugías genitales femeninas en África" se inclinan por el término más neutro de "cirugía genital femenina"(3).

La MGF/C es reconocida internacionalmente como una violación de los "Derechos Humanos" y de los "Derechos de la Infancia", atentando explícitamente contra los derechos de las mujeres y las niñas, siendo practicada con mayor frecuencia en niñas menores de 18 años (1). En la mitad de los países donde se practica la MGF/C, las niñas son cortadas antes de los 5 años de edad (2).

1.1. Prevalencia y población en riesgo

Más de 125 millones de mujeres y niñas han sufrido MGF/C en 29 países de África y Oriente Medio y esta práctica es realizada también en algunos países del Sudeste Asiático como Malasia (2). Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que alrededor de 3 millones de niñas están en riesgo de estas mutilaciones en África (4).

La práctica de la MGF/C se concentra en una franja de territorios que va desde la costa atlántica al cuerno de África con grandes variaciones en el porcentaje de niñas y mujeres afectadas, tanto entre países como dentro de un mismo país. Así, nos encontramos con regiones donde la prevalencia entre las mujeres de 15-49 años (mujeres en edad fértil) es de más del 80%. En este grupo se sitúan Somalia, Guinea, Djibouti,

Egipto, Eritrea, Mali, Sierra Leona y Sudán. En el otro extremo se encuentran Iraq, Ghana, Togo, Níger, Camerún y Uganda donde la prevalencia se estima en menos de un 10%. Hay cinco países donde la prevalencia es de un 51-80%: Gambia, Burkina Faso, Etiopía, Mauritania y Liberia, y cuatro con una prevalencia del 26-50%: República Centroafricana, Yemen, Tanzania y Benín (2).

1.2. Clasificación de la MGF/C

En el año 1995 la Declaración Conjunta de la OMS/UNICEF/UNFPA clasificó la MGF/C en cuatro tipos principales, a los que incorporaron algunas modificaciones en el año 2007 para evitar las ambigüedades observadas en sus décadas de uso (1). De este modo, la clasificación modificada de la OMS incluye los siguientes tipos y subtipos:

- **Tipo I** - Resección parcial o total del clítoris y/o el prepucio (clitoridectomía).
 - Ia: Eliminación exclusiva del prepucio.
 - Ib: Eliminación del clítoris con el prepucio.

- **Tipo II** - Resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin extirpación de los labios mayores (escisión).
 - IIa: Eliminación solo de los labios menores.
 - IIb: Eliminación parcial o total del clítoris* y de los labios menores.
 - IIc: Eliminación parcial o total del clítoris*, los labios menores y los labios mayores.

- **Tipo III** - Estrechamiento del orificio vaginal, que se sella procediendo a cortar y recolocar los labios menores o mayores, a veces cosiéndolos, con o sin clitoridectomía (infibulación).
 - IIIa- Eliminación y aposición de los labios menores.
 - IIIb- Eliminación y aposición de los labios mayores.

- **Tipo IV** – Sin clasificar: Todos los demás procedimientos lesivos de los genitales femeninos con fines no médicos, tales como la perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital.

**Extirpación total del clítoris significa la eliminación completa del glande y de la parte externa, palpable, del cuerpo del clítoris.*

1.3. ¿Cómo y cuándo se realiza?

En la mayor parte de estos países la MGF/C es realizada por una mujer de edad avanzada que suele ser la partera o la persona que ejerce la medicina tradicional en el grupo. En muchos casos, esta práctica se desarrolla en condiciones higiénicas deficientes y empleando utensilios muy diversos, como cuchillos o latas, para realizar el corte de los genitales. Sin embargo, actualmente se conoce que en zonas urbanas y en familias de nivel económico alto, la MGF/C es realizada por personal sanitario cualificado, en buenas condiciones higiénicas y con anestesia local o general (2). Así, a nivel global, más del 18% de las MGF/C son practicadas por profesionales sanitarios en los países de origen, y esta tendencia va en aumento (5). En Egipto, donde la prevalencia se sitúa en un 91%, la MGF/C es practicada por un profesional médico en un 77% de los casos (2).

Por otro lado, en los países donde la MGF/C ha sido históricamente una práctica habitual, los gobiernos están poniendo en marcha estrategias para disminuir su realización tanto de la manera tradicional como por profesionales médicos, debido a las consecuencias negativas que la MGF/C tiene sobre la salud global de la mujer y sus implicaciones sobre la salud reproductiva (6)(7). Un ejemplo de este cambio de tendencia es Sudán, donde en abril de este año 2020 han aprobado una ley que prohíbe la MGF/C, castigando su práctica con hasta 3 años de cárcel. Esto ha llevado a una disminución de la aprobación social de la práctica y su incidencia. En la mayoría de países de África Y Oriente Medio, la mayoría de mujeres piensa que esta práctica debería no hacerse (2).

1.4. Consecuencias para la salud de la MGF/C

Entre las complicaciones que puede conllevar la MGF/C para la salud de la mujer se encuentran alteraciones ginecológicas, obstétricas, psicológicas, psicosexuales y sociales, especialmente infecciones del tracto urinario, vaginosis bacteriana, relaciones sexuales dolorosas y dificultades en el parto (8)(9)(10). Además, el riesgo de

complicaciones varía según el tipo realizado, siendo el riesgo inmediato de hemorragia genital, retención de orina e inflamación del tejido genital mayor en los tipos III y IV en relación a los tipos I-II (11). Sin embargo, estos resultados no son consistentes ya que algunos autores no encuentran diferencias significativas entre las mujeres cortadas (sobre todo del tipo II) y no cortadas en relación al sexo doloroso, infertilidad, prolapso y otras infecciones de tracto reproductivo, o los resultados se exponen de manera generalizada, sin especificar las variaciones entre los tipos de mutilación (12). Aproximadamente un 90% de los procedimientos realizados en África son de tipo I y II y la infibulación (con la tasa más alta de complicaciones y complicaciones más graves) representa aproximadamente un 10% (4)(13). Además, este 10% incluye las cirugías realizadas de manera higiénica en clínicas médicas u hospitales donde la tasa de complicaciones es menor en relación a las realizadas de la manera tradicional (3).

1.5. ¿Por qué se practica?

La etiología de la MGF/C responde a un conjunto de factores culturales, religiosos, sociales y comunitarios. La vinculación con la tradición depende más de la identidad étnica que del país al cual se pertenece. Dependiendo de la etnia a la cual se pertenece, tiene justificaciones distintas (5):

- La costumbre y la tradición, que determinan el papel de la mujer dentro de la comunidad.
- El control de la sexualidad y el fomento de la castidad. En algunos grupos se cree que mitiga el deseo sexual, garantiza la fidelidad e incrementa el placer sexual masculino.
- Funciones reproductoras. Existe la creencia de que las mujeres no mutiladas no pueden concebir, o que la MGF/C mejora y facilita el parto. También se piensa que se puede arriesgar la vida del recién nacido si este, en el momento del parto, toca el clítoris.
- Razones de higiene. La mujer no mutilada se considera sucia y por lo tanto la comunidad le prohíbe la manipulación del agua y de los alimentos.
- Razones estéticas, ya que se consideran los genitales como una parte carente de belleza y excesivamente voluminosa.

- **Motivos religiosos.** A menudo se justifica la MGF/C amparándose en la religión, con la falsa creencia de que se trata de un precepto islámico emanado del Corán, aunque también se realiza en algunas comunidades cristianas.

La motivación y el significado asociados con la práctica de la MGF/C varía entre países y etnias y no son necesariamente compartidos por todos los grupos que la realizan. Sin embargo, hay un denominador común y es el deseo de continuar con las tradiciones y ser incluidas en ellas. Muchas mujeres que se han sometido a cirugías genitales ven el procedimiento como un embellecimiento estético, una mejora moral o una mejora de la apariencia del cuerpo humano (3). La práctica de la MGF/C perpetúa la creencia discriminatoria fundamental del papel subordinado de las niñas y las mujeres en la sociedad, y pone de manifiesto una desigualdad de género profundamente arraigada (14).

1.6. MGF/C y cirugía genital en Occidente

En los últimos años cada vez más mujeres demandan la realización de intervenciones quirúrgicas para “deshacer” la modificación genital que sufrieron y así poder recuperar la anatomía y funcionalidad original de sus genitales. Este fenómeno se da en mayor proporción entre las mujeres cortadas en su país de origen y que se han trasladado a un país de Occidente donde la MGF/C no es una práctica habitual (15).

Entre las técnicas de cirugía genital que se realizan, las más comunes son la desinfibulación y la reconstrucción del clítoris. La desinfibulación consiste en la realización de un corte que permite abrir la abertura vaginal sellada de una mujer previamente sometida a infibulación. Esta técnica se considera necesaria para mejorar el estado de salud y bienestar de la mujer, controlar las complicaciones y hacer posible el coito y el parto vaginal (14). La técnica de reconstrucción de clítoris en mujeres con antecedentes de MGF/C fue desarrollada inicialmente por el Dr. Pierre Foldès y utilizada por cirujanos en Burkina Faso en un contexto humanitario, aunque luego se han ido desarrollando modificaciones de la misma (16–18). Además, se han desarrollado otras técnicas quirúrgicas como la propuesta por Mañero y Labanca en España (19).

La reconstrucción quirúrgica de clítoris consiste en recuperar la parte interna de clítoris interno restante y colocarla externamente, en su posición anatómica normal (18).

Durante la cirugía se elimina el tejido cicatricial formado, separándolo de la piel para exponer el clítoris. De esta manera, se disecciona el clítoris de los músculos bulbocavernosos obteniendo movilidad lateral y se secciona el ligamento suspensorio. El anclaje del glande del clítoris se realiza con suturas en ambos músculos, el periostio púbico y la base ventral del clítoris. La piel se cierra con puntos interrumpidos. Si no se producen complicaciones, las pacientes pueden salir de alta un día después de la cirugía y se permiten las relaciones sexuales tres meses después de la intervención (16). La cirugía de reconstrucción de clítoris tiene una duración de alrededor de 30 minutos y puede realizarse bajo anestesia local. Sin embargo, la intervención suele realizarse bajo anestesia general para disminuir la ansiedad de estas mujeres y evitar que revivan la experiencia traumática de la MGF/C (16).

La llegada de la cirugía plástica reparadora de los genitales femeninos tanto en países del continente africano como en países occidentales da la posibilidad a estas mujeres de recuperar una anatomía genital parecida a la de las mujeres cuyos genitales no han sido modificados (13)(20). La reparación quirúrgica tiene además como objetivo disminuir el dolor y mejorar la respuesta sexual. Por ello, en los últimos tiempos se está produciendo un auge de unidades especializadas en mujeres con MGF/C que buscan tratar de manera global los problemas de salud y las preocupaciones de estas mujeres en relación a sus genitales (21).

Por otro lado, la cirugía plástica genital de elección se ha convertido en algo popular entre las mujeres de culturas contemporáneas occidentales y en los últimos años estamos asistiendo a un aumento exponencial de estas intervenciones, convirtiéndose en el tipo de cirugía plástica cuya demanda más ha aumentado en los últimos años (22). Este tipo de intervención se realiza por una razón estética en la que la modificación de los genitales femeninos busca conseguir un ideal construido, considerado estéticamente bello y que no se salga de la norma (6), mostrando un cierto paralelismo con las motivaciones de las mujeres que se someten a una MGF/C (2): la búsqueda del ideal femenino arraigado en las diferentes culturas. Según la clasificación que la OMS hace de la MGF/C, los procedimientos de cirugía cosmética genital podrían integrarse dentro del tipo IV (14) aunque centrándonos en la labioplastia, algunos autores consideran que sus características se corresponden a la MGF/C tipo II (23).

Al mismo tiempo que las mujeres africanas están cuestionando la necesidad de alterar el aspecto de los genitales con los que nacieron, cada vez más mujeres en Europa, América, Nueva Zelanda y Australia (países que por otro lado lideran la lucha contra la MGF/C) están considerando sus genitales “anormales”: desproporcionados, desagradables, asimétricos, y angustiándose al saber que sus genitales no coinciden con lo considerado “estéticamente normal” (6).

1.7. Justificación de la revisión

En los últimos años, y ligado al fenómeno de la migración, está aumentando de manera exponencial la demanda de cirugías reconstructivas genitales por parte de mujeres con MGF/C. Aunque el incremento de este tipo de intervenciones está teniendo lugar de manera global en varios países del mundo, se ha observado un mayor interés por la cirugía en las mujeres con MGF/C que han migrado a Europa y otras regiones de Occidente desde su país de origen.

Ante la escasez de evidencia en cuanto a los resultados de este tipo de intervenciones y la falta de equipos multidisciplinares especializados en el tema, vemos conveniente la realización de una revisión bibliográfica para evaluar los posibles beneficios de la reconstrucción de clítoris y sus complicaciones, así como la motivación, expectativas y satisfacción de las mujeres que la demandan.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo primario

- Identificar los posibles beneficios y complicaciones de la reconstrucción de clítoris, así como la satisfacción de las mujeres tras la intervención.

2.2. Objetivo secundario

- Analizar los diferentes tipos de abordaje en el tratamiento de los problemas de salud derivados de la MGF/C.

3. METODOLOGÍA

Para el estudio de este tema se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la bibliografía durante el período de tiempo de noviembre de 2019 a mayo de 2020.

3.1. Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda utilizando las principales fuentes y bases de datos biomédicas: Pubmed, The Cochrane Library, Google académico, Science Direct y Scopus. Se utilizaron las siguientes palabras clave: Female genital mutilation/cutting, FGM/C, genital reconstruction, clitoral reconstruction, genital surgery, sexual health, complications, multidisciplinary approach. Se emplearon los operadores booleanos AND para las distintas palabras clave y OR para los términos relacionados con el mismo concepto. Los resultados duplicados se eliminaron.

3.2. Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron estudios con mujeres en los que se informaba sobre el resultado de una intervención de tratamiento para un problema relacionado con la MGF/C (tales como: disfunción sexual, dolor y otras complicaciones). Aceptamos todos los diseños de estudios, que incluían a mujeres de cualquier edad y nacionalidad que habían sido sometidas a cualquier tipo de MGF/C, de acuerdo con la tipología modificada de la OMS y que deseaban o habían llevado a cabo una intervención de reconstrucción de clítoris o un abordaje psicosexual para algún problema relacionado con la MGF/C. Las comparaciones elegibles fueron mujeres que se sometieron a la MGF/C, pero no recibieron ninguna intervención o recibieron una intervención diferente a la quirúrgica. Se incluyeron todos los tipos de resultados: beneficios y daños a corto y largo plazo que experimentaron las mujeres. No tuvimos limitaciones de idioma e incluimos todos los estudios relevantes en español, inglés y francés, independientemente del formato de publicación, y se incluyeron todos los estudios relevantes publicados en los últimos 10 años.

Todas las bases de datos y la estrategia de búsqueda para cada una se muestran en la tabla siguiente:

Base de datos	Palabras clave	Acotaciones	Artículos hallados	Artículos revisados	Artículos utilizados
Pubmed	Genital mutilation Genital cutting Genital reconstruction FGM/C Clitoral reconstruction	Humanos Mujeres Últimos 10 años	149	20	12
Scopus	Genital mutilation Genital cutting Genital reconstruction FGM/C Clitoral reconstruction Genital surgery	Inglés	17	15	0
Science Direct	Female genital mutilation Female genital cutting Clitoral reconstruction Genital reconstruction Multidisciplinary approach	2010-2020	82	9	0
Google académico	Female genital mutilation Female genital cutting FGM/C Clitoral reconstruction	2010-2020	16	16	3
Cochrane	Genital cutting Genital mutilation Surgery		2	1	0

Tabla 1. Características de la búsqueda en bases de datos

3.3. Extracción de datos

Después de las búsquedas, se recuperaron todos los estudios considerados pertinentes sobre la base del título y el resumen, y se seleccionaron los estudios según los criterios de inclusión. Posteriormente, y a través de la plataforma Alcorze de la BUZ, procedimos a leer el texto completo de cada artículo para verificar la relevancia del estudio para la revisión bibliográfica. Evaluamos la calidad metodológica de los estudios incluidos y extrajimos y sintetizamos los datos recopilados de cada artículo.

Los métodos complementarios para identificar estudios incluyeron el seguimiento de citas, la búsqueda manual y el escaneo de las listas de referencias de artículos relevantes. Además, este trabajo se complementa con información de tipo empírica, extraída de testimonios y entrevistas realizadas a mujeres interesadas en realizarse una reconstrucción genital o que ya se han sometido a dicha intervención.

Un total de 266 artículos fueron identificados a través de la búsqueda en las diferentes bases de datos. A través de los métodos complementarios mencionados anteriormente se incluyeron otros documentos y se excluyeron aquellos que no eran relevantes, no reunían los criterios o no estaba disponible el texto completo. Finalmente 22 documentos fueron incluidos (Figura 1).

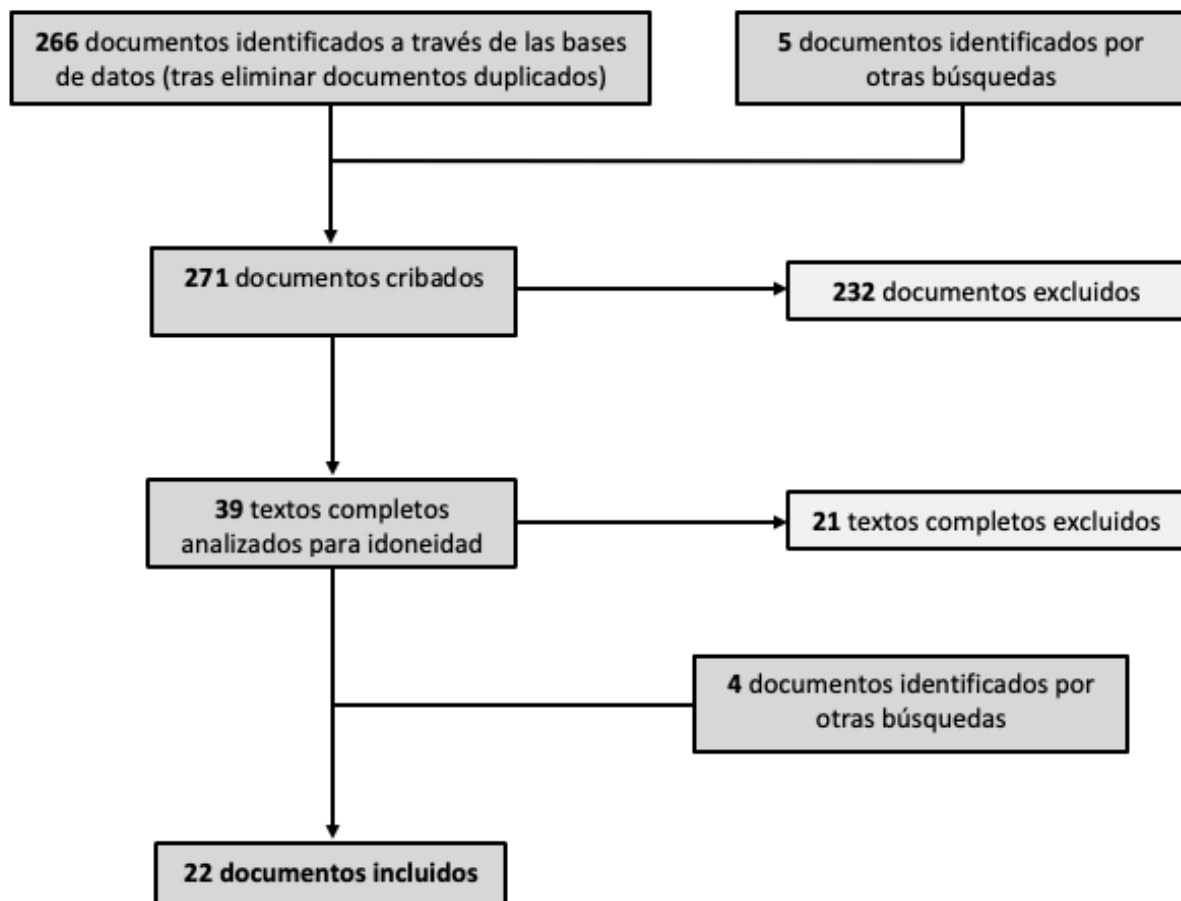


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de revisión de la literatura.

4. RESULTADOS

Para la evaluación de la función sexual femenina en mujeres con MGF/C sometidas a una reconstrucción de clítoris el instrumento más utilizado es el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) (24). Se trata de un cuestionario estandarizado que se agrupa en seis dominios (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor) con varias opciones a las que se le asigna una puntuación. Al final se suman estos dominios consiguiendo una puntuación total en el FSFI. A mayor puntuación total, mejor sexualidad.

En cuanto a los aspectos clínicos, psicopatológicos y sexuales tras la reconstrucción genital, los resultados, así como los métodos de evaluación en los diversos estudios analizados son heterogéneos. Aunque algunos autores encuentran una mejoría en este sentido, otros estudios muestran un empeoramiento en la autoimagen genital después de la cirugía (9). Los resultados más relevantes encontrados en la búsqueda bibliográfica se detallan a continuación:

4.1. Motivación y expectativas de las mujeres

Entre los factores que motivan la solicitud de una reconstrucción del clítoris en mujeres con MGF/C encontramos los siguientes (16,20,21):

- Mejorar su vida sexual y la intimidad a través de la recuperación física y estética
- Mejorar su imagen corporal o genital
- Recuperar su identidad como mujer: sentirse completas en términos de feminidad y recuperar la autonomía personal
- Deshacer el daño de la MGF/C
- Deseo de "recuperar" lo que se perdió sin permiso
- Reparar el estigma visible de la MGF/C
- Eliminar el dolor del clítoris o dispareunia
- Conseguir una reconstrucción física y psicológica

En un estudio cualitativo realizado en Suecia (25) que incluía a 17 mujeres que solicitaron una reconstrucción de clítoris se identificaron estos 5 motivos de manera

reiterada: restitución simbólica, reparación del estigma visible de la MGF/C, mejorar las relaciones sexuales, reconstrucción del clítoris como un proyecto personal y eliminar el dolor físico (el menos frecuente).

El motivo principal de las mujeres que demandan una reconstrucción de clítoris (excluyendo a las pacientes intervenidas para una desinfibulación) es recuperar su identidad, mejorar su sexualidad y su apariencia (20). Además, la mayoría de mujeres que demandan la cirugía lo hace por recomendación de una mujer de su familia o amiga que se ha sometido a la intervención y está satisfecha (18).

4.2. Beneficios de la reconstrucción de clítoris y satisfacción tras la cirugía

4.2.1. Mejorar la función sexual

En un estudio observacional prospectivo realizado en la Universidad de Nantes (Francia) (24) en el que se evaluó el resultado de la reconstrucción de clítoris en 12 mujeres se observó una mejora en los resultados del FSFI a los 6 meses tras la cirugía. Las pacientes mostraron una puntuación mayor tras la cirugía en todos los dominios del FSFI excepto en la lubricación. En este sentido, un 92% de las mujeres se mostraron satisfechas con su cirugía, así como con la apariencia de sus genitales y sentido de feminidad. Sin embargo, estos resultados no son consistentes y otros autores no encuentran diferencias significativas en los resultados de la puntuación FSFI en mujeres antes y después de la cirugía (9) ni una mejora en la función del orgasmo tras la cirugía cuando este es analizado de manera independiente (13)(26).

En otro estudio prospectivo de cohorte realizado en Francia, 815 de 834 pacientes tuvieron una mejoría en el placer del clítoris 1 año después de la cirugía. Estos resultados comprendían desde una ligera mejoría en el placer del clítoris (15%) hasta la obtención de un orgasmo normal (21%). Sin embargo, 12 de las 53 mujeres que habían experimentado orgasmos regulares antes de la operación tuvieron una reducción en la intensidad después de la cirugía y 8 de ellas, empeoraron de manera considerable. En total, 20 pacientes tuvieron un empeoramiento del placer sexual (16).

4.2.2. Disminución del dolor

Foldès et al. (16) reportaron que la mayoría de las 2938 mujeres intervenidas quirúrgicamente obtuvieron una mejoría, o al menos ningún empeoramiento en el dolor genital (821 de 840 pacientes). En relación al dolor genital asociado al coito, en un estudio realizado en Burkina Faso en el que se intervino a 94 mujeres para una reconstrucción del clítoris, se observó una disminución de la dispareunia tras la cirugía, que pasó de un 39,4% antes de la cirugía a un 1,1% después de 6 meses (13). De manera similar, en un estudio retrospectivo realizado en Francia en el que incluyeron a 169 pacientes, un 41% de las mujeres con dispareunia disminuyó el dolor después de un mes tras la cirugía (18). Estos resultados son coincidentes con los obtenidos en otros estudios realizados por Abdulkadir et al. (26)(27) en los que la mayoría de pacientes experimentó una reducción del dolor después de la reconstrucción del clítoris.

Por otro lado, tras la MGF/C puede quedar una cicatriz periclitorideal donde se pueden formar neuromas postraumáticos en el clítoris potencialmente dolorosos. En estos casos, la eliminación de este tejido cicatricial, que es el primer paso de la cirugía de reconstrucción del clítoris, puede reducir el dolor crónico en la zona o la dispareunia (28).

4.2.3. Reparación del clítoris y satisfacción con el aspecto externo

Tras la reconstrucción genital no siempre es posible conseguir un clítoris externo visible ya que en ocasiones la cicatrización lleva a la retracción del neoglande. Según Foldès et al. solo un 24% de las mujeres estudiadas consiguieron un clítoris visible 1 año después de la cirugía (16). En otro estudio en el que se evaluaron distintos aspectos de la nueva anatomía, se observó que solo un 3,2% de las mujeres obtuvo un clítoris con capuchón similar al considerado normal, aunque la mayoría de las mujeres intervenidas (95,7%) consiguió que alguna parte del clítoris fuera visible (13). Anatómicamente, solo el 58% de los pacientes definió la apariencia del neoclítoris como normal, según sus propios criterios. Sin embargo, el 96% de las pacientes consideraron que sus genitales quedaron anatómicamente mejorados (29).

En cuanto a la satisfacción global tras la cirugía, si bien la mayoría de las mujeres se declaran satisfechas tras la reconstrucción del clítoris, según Berg et al.

aproximadamente un tercio de las mujeres intervenidas perciben un empeoramiento en el aspecto estético y se declaran insatisfechas (20). Estos resultados son similares a los obtenidos por otros autores que mostraron que un 71,3% de las pacientes intervenidas resultaron satisfechas con el aspecto estético de sus genitales tras la cirugía, y un 28,7% quedaron insatisfechas (13).

4.3. Complicaciones de la reconstrucción de clítoris

En cuanto a las complicaciones derivadas de la cirugía de reconstrucción de clítoris, Madzou et al. encontraron las siguientes complicaciones a corto plazo (17):

- Dehiscencia de la herida quirúrgica, hematomas, dolor.
- Dolor persistente durante al menos dos o tres meses, que puede ser resuelto con tratamientos analgésicos convencionales.
- Neuralgia.
- Infección de la herida con supuración de la cicatriz púbica preclitorideal que tiene como resultado la liberación de las suturas púbicas y de la fijación del clítoris.

En algunos casos, la aparición de complicaciones tras la cirugía supuso un nuevo ingreso de las pacientes tras el alta.

Estos resultados coinciden con los publicados por otros autores (16) que señalan como complicaciones inmediatas después de la cirugía el hematoma, la dehiscencia de la sutura y la fiebre moderada en un 5,3% de las pacientes. En este caso, los eventos adversos menores (dolor, cicatrización tardía de heridas o secreciones de heridas) pudieron ser tratados de manera ambulatoria sin necesidad de reingreso. En los estudios revisados, no se han reportado muertes o complicaciones que amenacen la vida de las pacientes tras la cirugía (13,16–19,27).

En cuanto a las complicaciones a largo plazo se ha documentado que hasta un 22% de las mujeres con MGF/C experimentan un empeoramiento en los resultados relacionados con la sexualidad tras la cirugía (30).

Por último, en un estudio de caso realizado en Barcelona donde se evaluó el efecto de la reconstrucción de clítoris en la salud sexual de la mujer, se objetivó un

empeoramiento en la autoimagen del clítoris, así como la persistencia de dolor genitopélvico y trastorno de la penetración después de la cirugía (9).

4.4. Abordaje multidisciplinar de la MGF/C

Aunque algunos estudios solo evalúan los resultados tras la intervención de reconstrucción de clítoris, en la mayoría de casos, la cirugía se complementó con un abordaje multidisciplinar de la problemática, incluyendo consultas ginecológicas, apoyo psicológico y terapia sexual (16,21,31,32).

Sin embargo, en otros estudios se ofreció un abordaje multidisciplinar de psicología, sexología y ginecología, antes de plantear el tratamiento quirúrgico, reevaluando más tarde la necesidad de la intervención quirúrgica (33,34). En el estudio realizado por Antonetti et al., solo un 13% de las 270 mujeres que atendieron la Unidad de Cuidados de Mujeres Mutiladas decidió realizarse la cirugía de reconstrucción de clítoris finalmente. El motivo principal para no realizarse la cirugía fue que habían resultado satisfechas con el tratamiento recibido, tanto médico como psicosexual (34).

5. DISCUSIÓN

Como ya hemos comentado, en los últimos años estamos viviendo un gran auge de la cirugía de reconstrucción de clítoris en mujeres con MGF/C, especialmente en los países de Occidente donde estas mujeres han emigrado (15). Dentro del continente europeo, Francia es el país que cuenta con una mayor experiencia en este tipo de intervenciones quirúrgicas ya que la cirugía reconstructiva está disponible en el Servicio Nacional de Salud desde el año 2004. Estas intervenciones se ofrecieron en un primer momento a las mujeres que presentaban secuelas tras la MGF/C, especialmente dolor, pero desde entonces se ha extendido a todas las mujeres que la demandan (16). En el caso de España, la cirugía de reconstrucción de clítoris comenzó a realizarse en el año 2007 y su demanda ha ido creciendo en los últimos años, llegando en la actualidad a formar parte de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (5).

Los factores que motivan la demanda de la reconstrucción de clítoris por parte de las mujeres con MGF/C están altamente interconectados entre sí, lo que sugiere que las razones para solicitar una cirugía a menudo son múltiples y complejas. Si bien durante los primeros años en los que se puso en práctica la cirugía de reconstrucción de clítoris las mujeres consultaban directamente a su ginecólogo por dolor (sobre todo las mujeres con MGF/C tipo III) y otras complicaciones derivadas de la MGF/C, esta tendencia ha cambiado con el tiempo (20). En los últimos años y tras la inclusión de la intervención en la cartera de servicios de la Seguridad Social de varios países europeos, la mayoría de mujeres que demandan esta cirugía lo hace para mejorar su vida sexual, mejorar su apariencia física o recuperar su identidad como mujer, y el dolor ha pasado a ser un motivo menos frecuente.

Resulta interesante que uno de los motivos principales para la realización de la cirugía sea el deseo de recuperar la identidad como mujer. La identidad de una mujer es un concepto complejo en el que influyen gran variedad de factores como las creencias individuales o el entorno sociocultural y que no se limita a la presencia externa del clítoris. De manera general, las mujeres con MGF/C perciben esta práctica como algo normal durante la infancia y la adolescencia temprana y no la relacionan con una pérdida de su identidad femenina. Sin embargo, esta percepción se modifica al llegar a la adolescencia,

asociado a un mayor interés por los problemas sexuales y corporales, así como a una mayor exposición a los mensajes anti-MGF (25).

Por otro lado, en los últimos años la migración ha convertido la MGF/C en un fenómeno global ya que más de medio millón de mujeres y niñas mutiladas viven en Europa, lo que ha motivado el desarrollo de distintas políticas para erradicar su práctica. Si bien muchas mujeres comienzan a reflexionar sobre la MGF/C antes de la migración y lo perciben como una práctica negativa y dañina para su salud, esto se ve potenciado cuando viven en Occidente donde están más expuestas a los mensajes anti-MGF y a nuevos ideales con respecto a la imagen corporal y la sexualidad femenina. En algunos casos, este cambio a una sociedad culturalmente diferente donde son categorizadas como “mutiladas” se relaciona con una imagen corporal negativa, vergüenza corporal, y disfunción sexual (15), ya que adquieren un concepto de genitales mutilados, fuera de la norma, que antes no tenían. Por tanto, el abordaje correcto y respetuoso de esta problemática desde los servicios de salud resulta fundamental, ya que la estigmatización y re-victimización de estas mujeres puede resultar además en un perjuicio de su autoimagen, afectando negativamente a su vida sexual.

Debemos tener en cuenta, además, que en algunos casos la cirugía de reconstrucción de clítoris puede derivar en un empeoramiento en la autoimagen corporal de la mujer (9,13). En este sentido el papel de los medios de comunicación e internet resulta muy importante. Un claro ejemplo es la industria del cine porno, donde impera la imagen de genitales homogéneos con modelos de vulva “perfectos” y simétricos. Para entender lo que está ocurriendo debemos considerar que no existe una apariencia genital normal o “perfecta”, sino cientos de variaciones anatómicas con tamaño, forma y color diferente (35), pero esta realidad rara vez es mostrada. Como consecuencia, cada vez hay más mujeres preocupadas por la apariencia de su vulva, y esto incluye tanto a las mujeres mutiladas como a las no mutiladas y a las que se someten a una reconstrucción del clítoris. La MGF, la labioplastia y la cirugía de reconstrucción de clítoris tienen en común la búsqueda de unos genitales estéticamente más bonitos y que entren dentro del canon de normalidad establecido por la sociedad en la que viven (6,22,23)

Las experiencias sexuales de algunas de estas mujeres han sido plasmadas claramente en narraciones de casos. El extracto siguiente, de una mujer proveniente de

Mali de 30 años, madre de 2 hijos, mutilada al nacimiento y casada a los 17 años, que llegó a España en el 2008, es una representación de las motivaciones de algunas de las mujeres que demandan la cirugía:

“Al llegar a España comencé a ver porno e imágenes de genitales en google. A través de una prima que se había operado supe que en España se realizaban estas intervenciones. No disfrutaba con el sexo porque solo tenía relaciones cuando mi marido quería y a su manera: una vez al día como mínimo y centradas casi exclusivamente en la penetración. Quería sentirme bien con mi cuerpo y sentir más placer. Además, quería tener unos genitales como los de las mujeres blancas que disfrutan mucho del sexo y siempre tienen orgasmos porque tienen clítoris. [...] Tras la cirugía estoy más contenta con el aspecto externo de mis genitales. Son más bonitos y más normales porque se parecen más a los que salen en la tele.”

Este testimonio revela, además, la escasa información sobre anatomía genital y sexualidad de la que disponen algunas de las mujeres que solicitan una reconstrucción genital:

“Cuando me casé pensaba que no podía tener hijos porque estaba mutilada. Creía que al no tener clítoris no era posible tener hijos. Sin embargo, he tenido dos hijos de forma natural.”

En cuanto al deseo de mejorar la vida sexual y aumentar el placer, debemos tener en cuenta que el placer sexual viene determinado por una gran cantidad de variables, y el impacto de la mutilación, los tabúes psicosexuales, aspectos culturales y sociales, el vínculo con la pareja y las experiencias personales tienen un papel muy importante. En ocasiones, tras el deseo de una mejora de las relaciones sexuales encontramos dificultades de pareja y conflictos matrimoniales, y no es raro que la demanda provenga en primer lugar del esposo, que responsabiliza a la mujer de la insatisfacción sexual (34). Por otro lado, aunque el clítoris es un órgano crucial para el placer y el orgasmo femenino no basta con su presencia para poder disfrutar de él, es necesario conocerlo y saber estimularlo. Tras la MGF/C gran parte del clítoris queda presente y algunas estructuras fundamentales para el orgasmo no son extirpadas, lo cual explicaría porqué otras mujeres con MGF/C

se encuentran satisfechas sexualmente (36). Las mujeres sin complicaciones a largo plazo de la mutilación pueden tener una función sexual normal en términos de deseo, excitación y orgasmo (37), aumentando su respuesta sexual al estimular el clítoris de manera correcta.

El siguiente extracto proviene de una entrevista realizada a una mujer de Gambia de 26 años residente en Zaragoza casada con un hombre gambiano que vive en otro país europeo. Fue mutilada a los meses de vida y no tuvo complicaciones posteriores. En la actualidad, presenta buen trofismo y lubricación genital y ausencia de los labios internos y del prepucio del clítoris, con porción interna del mismo palpable. Su testimonio revela la necesidad de educación sexual en muchos de estos casos:

“Mi matrimonio fue concertado por mis padres y mis suegros en Gambia. Solo he tenido relaciones sexuales con mi marido, pero después de casarme nos hemos visto pocas veces porque él no vive en España. Durante los encuentros sexuales siempre he sentido molestias y dolor, así que quiero operarme para sentir más placer con las relaciones [...] Nunca me he autoestimulado. Se que tengo vagina, pero no sé lo que es el clítoris ni el orgasmo.”

De igual manera, el relato de esta mujer maliense intervenida de reconstrucción de clítoris en España y que tuvo como complicaciones postquirúrgicas dolor genital y un queloide en el pubis, muestra la importancia del abordaje multidisciplinar en las mujeres con MGF/C:

“A pesar del dolor, que antes de la cirugía no tenía, las relaciones sexuales con mi marido son más satisfactorias ahora porque suelo ponerme sobre él y siento más placer. Además, he aprendido a masturbarme y eso no lo hacía antes de la consulta con la sexóloga. Sigo teniendo dolor, pero solo tras el orgasmo, y lo intento controlar con medicación”.

Aunque los datos obtenidos en los estudios analizados muestran una mejoría de la salud sexual global tras la cirugía, su relación con la externalización quirúrgica de una parte del clítoris como causa de esa mejoría no está clara. De manera general, los estudios

consultados no muestran aumento del orgasmo tras la intervención y además las escalas usadas para la valoración de la función sexual no son universales.

Por otro lado, analizando los diversos estudios, los resultados del FSFI no son homogéneos y no encontramos resultados estratificados según el tipo de mutilación realizada, lo cual dificulta su generalización a todas las mujeres con MGF/C. La falta de consenso en los distintos estudios y el hecho de que algunos autores no encuentren diferencias en el placer sexual tras la cirugía, nos lleva a cuestionarnos la pertinencia de un abordaje quirúrgico en todas las pacientes con MGF/C.

Además, se ha visto una correlación entre la satisfacción sexual de las mujeres y sus características sociodemográficas. Dentro de una misma comunidad las mujeres mutiladas/cortadas tras el matrimonio tienen una menor satisfacción sexual que las cortadas en la infancia. Por otro lado, las mujeres con un índice de satisfacción sexual más bajo tienen más edad, más hijos y un menor nivel educacional (38). Esto puede deberse a que las mujeres más jóvenes tienen más acceso a la información, lo que afecta su comprensión sobre su sexualidad y la salud reproductiva. Sin embargo, en la mayoría de estudios revisados no se tuvieron en consideración las modificaciones en la situación social de las pacientes o el posible cambio de pareja sexual antes y después de la intervención, lo cual constituye una limitación importante. Para poder evaluar los resultados de satisfacción sexual tras la cirugía, resulta fundamental conocer cual era la situación social y personal de las mujeres antes de la intervención y si estas circunstancias han variado durante el proceso. Si tras migrar a Occidente se produce un cambio de pareja, de hábitos sexuales o reciben educación sexual y reproductiva, los resultados de satisfacción sexual también podrían mejorar aún sin someterse a la intervención de reconstrucción de clítoris.

La sexualidad de las mujeres con MGF/C no se conoce bien y a menudo, los ginecólogos, urólogos y sexólogos la descuidan. Resulta fundamental examinar a fondo los deseos y motivaciones de las pacientes ya que en los casos en los que la motivación principal sea mejorar su vida sexual no está claro que la cirugía sea la respuesta y parece más adecuado realizar un enfoque multidisciplinar que incluya tratamiento psicosexual y médico. De este modo, podrían evitarse los posibles riesgos físicos y psicológicos derivados de las expectativas creadas por la intervención quirúrgica.

En cuanto a la disminución del dolor, este aparece sobre todo en las mujeres con MGF/C tipo III (infibulación), en los que la desinfibulación resulta necesaria para poder tener relaciones sexuales con penetración y permitir la salida del feto durante el parto. En estos casos, y ante la presencia de complicaciones derivadas de la MGF/C, como el neuroma en el clítoris, la cirugía muestra beneficios en la reducción del dolor genital (28,39). En el resto de casos, algunos estudios muestran una disminución del dolor tras la cirugía, pero al no existir datos estratificados según el tipo de mutilación, su evaluación resulta compleja. Además, en la mayoría de casos, la intervención quirúrgica se acompañó de terapia psicosexual por lo que resulta realmente complicado evaluar de manera independiente los beneficios de ambos abordajes (quirúrgico y psicosexual) y qué papel juegan en el resultado final y en la satisfacción de las mujeres. Ante la falta de evidencia que evalúe rigurosamente la reconstrucción del clítoris y su impacto en el dolor y la sexualidad, los autores aconsejan ofrecer siempre una atención multidisciplinar, incluida la terapia sexual antes y después de la cirugía (27).

Por otro lado, debemos tener en cuenta que la cirugía de reconstrucción de clítoris no está exenta de complicaciones. Aunque no se han documentado complicaciones graves o que amenacen la vida de las pacientes, en algunos casos se ha visto un empeoramiento de la satisfacción sexual y de la autoimagen, así como trastorno de la penetración tras la cirugía. Los motivos no están claros, pero parece razonable pensar que las complicaciones clínicas y la inflamación genital que tienen lugar tras la intervención quirúrgica puedan tener un impacto negativo en la apariencia de los genitales y el dolor del clítoris derivando estos en un empeoramiento de la función sexual.

Además, la evaluación de las complicaciones resulta difícil, ya que la asistencia a las consultas de seguimiento de las pacientes es baja. En el estudio realizado por Foldès et al. (16) solo un 29% de las mujeres intervenidas acudió al seguimiento al año tras la cirugía. Esto podría deberse a las características sociales de estas mujeres, con bajo poder adquisitivo y que cambian de lugar de residencia con frecuencia, dificultando su contacto posterior. Además de esta limitación, en los diversos estudios revisados se realizó el seguimiento de las pacientes hasta un máximo de un año lo cual imposibilita el conocimiento de otras complicaciones que hayan podido surgir más tarde.

Por último, como objetivo secundario para este trabajo nos habíamos propuesto analizar los diferentes tipos de abordaje en el tratamiento de los problemas de salud derivados de la MGF/C. Sin embargo, tras la revisión de la literatura disponible, hemos encontrado que la mayoría estudios incluyen la terapia psicosexual como tratamiento complementario a la reconstrucción de clítoris y no la evalúan de manera aislada. Esto deja una puerta abierta y una posible vía de investigación para el futuro.

Teniendo en cuenta que, como ya hemos comentado, las mujeres con MGF/C conservan gran parte del tejido sexual eréctil, aquellas que presenten disfunción sexual deben recibir un asesoramiento y tratamiento psicosexual adecuados. De hecho, el real Colegio de Obstetras y Ginecólogos de Reino Unido actualmente recomienda no realizar la reconstrucción de clítoris ya que la evidencia actual sugiere tasas de complicaciones inaceptables sin evidencia concluyente de beneficio (40). Por estos motivos, y ante la falta de argumentos sólidos que justifiquen la intervención quirúrgica, debemos cuestionarnos la realización de la cirugía de reconstrucción de clítoris de forma global a todas las mujeres que lo demandan, especialmente en aquellos casos donde no existen complicaciones derivadas de la MGF/C. En estos casos, puede ser más efectivo un abordaje multidisciplinar que incluya como eje fundamental la terapia psicosexual y que tenga en consideración el entorno sociocultural y las circunstancias personales de estas pacientes. De esta manera, se podría mejorar su calidad de vida y su salud sexual y reproductiva de un modo más amplio, evitando al mismo tiempo los posibles riesgos derivados de la cirugía.

6. CONCLUSIONES

Las consecuencias de la MGF/C abarcan varias facetas de la salud de la mujer, especialmente en la esfera psicosexual. Además, las características socioculturales y familiares de las mujeres que demandan una cirugía de reconstrucción de clítoris tras la MGF/C son diversas. Por este motivo, resulta fundamental analizar de manera profunda las motivaciones reales de las mujeres que demandan la cirugía, ya que en aquellos casos en los que la motivación principal sea una mejora estética o de la función sexual, la cirugía puede no ser la respuesta más adecuada.

Por otro lado, la evaluación de los beneficios derivados de la cirugía de reconstrucción de clítoris resulta dificultosa debido a la variedad de métodos utilizados para determinar los resultados de la intervención en la investigación clínica. Además, aunque está claro que la MGF/C puede conllevar consecuencias perjudiciales para la salud de la mujer a corto y largo plazo, existe una gran limitación sobre todo en cuanto a las complicaciones a largo plazo debido a las dificultades en el seguimiento de las pacientes.

La cirugía de reconstrucción de clítoris puede estar indicada como tratamiento para las complicaciones derivadas de la MGF/C, especialmente el dolor o la disfunción sexual solo cuando estas no han respondido a medidas más conservadoras.

Basándonos en la literatura disponible, creemos que la mejor vía de abordaje de las mujeres que demandan una cirugía genital debe incluir un equipo multidisciplinar que incluya como eje fundamental el tratamiento psicosexual de las pacientes. Además, las mujeres deben ser informadas de manera adecuada sobre las opciones de tratamiento disponible y recibir educación sobre la anatomía genital y cualquier mito relacionado con la función sexual de la mujer a fin de poder elegir el mejor camino a seguir según las características individuales.

Se necesita investigación adicional sobre los beneficios de la cirugía y sus posibles complicaciones a largo plazo, así como estudios que evalúen de forma independiente la eficacia de la terapia psicosexual en el tratamiento de las complicaciones de la MGF/C.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. Eliminating Female genital mutilation: An interagency statement. World Health Organisation. 2008;48.
2. United Nations Children's Fund, Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change, UNICEF, New York, 2013.
3. Things S, Surgeries FG. Seven Things to Know about Female Genital Surgeries in Africa. *Hastings Cent Rep.* 2012;42(6):19–27.
4. OMS. Nota descriptiva N°24: Mutilación Genital Femenina. 2016.
5. Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
6. Boddy J. The normal and the aberrant in female genital cutting: Shifting paradigms. *HAU J Ethnogr Theory.* 2016;6(2):41–69.
7. Alkhalaileh D, Hayford SR, Norris AH, Gallo MF. Prevalence and attitudes on female genital mutilation/cutting in Egypt since criminalisation in 2008. *Cult Heal Sex.* 2018;20(2):173–82.
8. Iavazzo C, Sardi TA, Gkegkes ID. Female genital mutilation and infections: A systematic review of the clinical evidence. *Arch Gynecol Obstet.* 2013;287(6):1137–49.
9. Mestre-Bach G, Tolosa-Sola I, Barri-Soldevila P, Jiménez-Bonora M, Lasheras G, Farré JM. Clinical, Sexual and Psychopathological Changes after Clitoral Reconstruction in a Type II Female Genital Mutilation/Cutting: A Case Report. *Afr J Reprod Health.* 2019;23(1):154–62.
10. Biglu MH, Farnam A, Abotalebi P, Biglu S, Ghavami M. Effect of female genital mutilation/cutting on sexual functions. *Sex Reprod Healthc.* 2016;10:3–8.
11. 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(11):1–12.
12. Morison L, Scherf C, Ekpo G, Paine K, West B, Coleman R, et al. The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: A community-based survey. *Trop Med Int Heal.* 2001;6(8):643–53.
13. Ouédraogo CMR, Madzou S, Touré B, Ouédraogo A, Ouédraogo S, Lankoandé J. Practice of reconstructive plastic surgery of the clitoris after genital mutilation in Burkina Faso. About 94 cases. *Ann Chir Plast Esthet.* 2013;58(3):208-15.

14. WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. World Health Organisation. 2016;47.
15. Johnsdotter S. The Impact of Migration on Attitudes to Female Genital Cutting and Experiences of Sexual Dysfunction Among Migrant Women with FGC. *Curr Sex Heal Reports*. 2018;10(1):18–24.
16. Foldès P, Cuzin B, Andro A. Reconstructive surgery after female genital mutilation: A prospective cohort study. *Lancet*. 2012;380(9837):134–41.
17. Madzou S, Ouédraogo CMR, Gillard P, Lefebvre-Lacoeuille C, Catala L, Sentilhes L, et al. Chirurgie plastique reconstructrice du clitoris après mutilations sexuelles. *Ann Chir Plast Esthétique*. 2011;56(1):59–64.
18. Merckelbagh HM, Nicolas MN, Piketty MP, Benifla JLB. Évaluation D’Une Prise En Charge Multidisciplinaire Chez 169 Patientes Excisées Demandeuses D’Une Chirurgie Réparatrice. *Gynecol Obstet Fertil*. 2015;43(10):633–9.
19. Mañero I, Labanca T. Clitoral Reconstruction Using a Vaginal Graft After Female Genital Mutilation. *Obstet Gynecol*. 2018;131(4):701–6.
20. Berg RC, Taraldsen S, Said MA, Sørbye IK, Vangen S. Reasons for and Experiences With Surgical Interventions for Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): A Systematic Review. *J Sex Med*. 2017;14(8):977-990.
21. De Schrijver L, Leye E, Merckx M. A multidisciplinary approach to clitoral reconstruction after female genital mutilation: the crucial role of counselling. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016;21(4):269–75.
22. Crépeux V, Legendre G. Labiaplasty: Motivations and post-surgery satisfaction. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2019;47(6):489–96.
23. Clerico C, Lari A, Mojallal A, Boucher F. Anatomy and Aesthetics of the Labia Minora: The Ideal Vulva? *Aesthetic Plast Surg*. 2017;41(3):714–9.
24. Vital M, De Visme S, Hanf M, Philippe HJ, 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. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016;202:71-4.
25. Jordal M, Griffin G, Sigurjonsson H. ‘I want what every other woman has’: reasons for wanting clitoral reconstructive surgery after female genital cutting – a qualitative study from Sweden. *Cult Health Sex*. 2019;21(6):701–16.
26. Abdulcadir J, Rodriguez MI, Say L. A systematic review of the evidence on clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting. *Int J Gynecol Obstet*.

- 2015;129(2):93–7.
27. Abdulcadir J, Rodriguez MI, Petignat P, Say L. Clitoral Reconstruction after Female Genital Mutilation/Cutting: Case Studies. *J Sex Med.* 2015;12(1):274–81.
 28. Abdulcadir J, Tille J-C, Petignat P. Management of painful clitoral neuroma after female genital mutilation/cutting. *Reprod Health.* 2017;14(1):22.
 29. Abramowicz S, Oden S, Dietrich G, Marpeau L, Resch B. Évaluation des résultats anatomiques, fonctionnels et identitaires après transposition du clitoris chez 30 patientes. *J Gynécologie Obs Biol la Reprod.* 2016;45(8):963–71.
 30. Berg R, Taraldsen S, Said M, Sørbye I, Vangen S. The effectiveness of surgical interventions for women with FGM/C: a systematic review. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2018;125(3):278–87.
 31. Mestre-Bach G, Tolosa-Sola I, Rodríguez I, Barri-Soldevila P, Lasheras G, Farré JM. Changes in Sexual Distress, Depression and Sexual Function after Clitoral Reconstruction in Women with Female Genital Mutilation/Cutting. *Int J Sex Heal.* 2018;30(4):412–21.
 32. Gemma Mestre-Bach, Iris Tolosa-Sola , Pere Barri-Soldevila MJ-B, Farré GL and JM. Clinical, Sexual and Psychopathological Changes after Clitoral Reconstruction in a Type II Female Genital Mutilation/Cutting: A Case Report. *Afr J Reprod Heal.* 2019;23(1):154–62.
 33. Merckelbagh H-M, Nicolas M-N, Piketty M-P, Benifla J-L-B. Évaluation d'une prise en charge multidisciplinaire chez 169 patientes excisées demandeuses d'une chirurgie réparatrice. *Gynécologie Obs Fertil.* 2015;43(10):633–9.
 34. Antonetti Ndiaye E, Fall S, Beltran L. Intérêt de la prise en charge pluridisciplinaire des femmes excisées. *J Gynécologie Obs Biol la Reprod.* 2015;44(9):862–9.
 35. Lloyd J, Crouch NS, Minto CL, Liao L-M, Creighton SM. Female genital appearance: 'normality' unfolds. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2005;112(5):643–6.
 36. Catania L, Abdulcadir O, Puppo V, Verde JB, Abdulcadir J, Abdulcadir D. Pleasure and Orgasm in Women with Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C). *J Sex Med.* 2007;4(6):1666–78.
 37. Abdulcadir J, Botsikas D, Bolmont M, Bilancioni A, Djema DA, Bianchi Demicheli F, et al. Sexual Anatomy and Function in Women With and Without Genital Mutilation: A Cross-Sectional Study. *J Sex Med.* 2016;13(2):226–37.

38. Esho T, Kimani S, Nyamongo I, Kimani V, Muniu S, Kigundu C, et al. The 'heat' goes away: sexual disorders of married women with female genital mutilation/cutting in Kenya. *Reprod Health*. 2017;14(1):164.
39. Okusanya BO, Oduwole O, Nwachuku N, Meremikwu MM. Deinfibulation for preventing or treating complications in women living with type III female genital mutilation: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017;136:13–20.
40. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). *Female Genital Mutilation and its Management*. Green-top Guideline No.53. London, UK; 2015.