



Artículo de revisión

Estética íntima masculina con inyectables: evidencia clínica, seguridad y consideraciones éticas

Male intimate aesthetics with injectables: clinical evidence, safety, and ethical considerations

Carlos Miguel Rios-González¹

¹ Asociación Paraguaya de Medicina Estética, Asunción, Paraguay.

RESUMEN

Introducción: La estética íntima masculina ha experimentado un crecimiento significativo en la última década, impulsada por la demanda de procedimientos mínimamente invasivos. En este contexto, los inyectables como el ácido hialurónico, el plasma rico en plaquetas y la toxina botulínica tipo A han emergido como alternativas terapéuticas, aunque con niveles variables de evidencia científica y seguridad. **Objetivo:** Analizar de manera crítica la evidencia disponible sobre la eficacia, seguridad y consideraciones éticas de los principales procedimientos inyectables utilizados en la estética íntima masculina. **Materiales y métodos:** Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica, mediante búsqueda en bases de datos biomédicas (PubMed/MEDLINE, Scopus, Cochrane Library y Google Scholar), incluyendo estudios publicados hasta junio de 2025. Se seleccionaron ensayos clínicos, estudios observacionales, revisiones y documentos de consenso, priorizando aquellos con relevancia clínica, calidad metodológica y aporte conceptual.

Resultados: El ácido hialurónico se posiciona como el estándar terapéutico actual, con evidencia consistente de aumento significativo de la circunferencia peneana, mejoría en la función sexual y alto grado de satisfacción, con un perfil de seguridad favorable. El plasma rico en plaquetas presenta resultados variables y evidencia limitada, siendo considerado una terapia adyuvante o experimental. La toxina botulínica tipo A carece de evidencia clínica robusta, con sustento principalmente teórico y anecdótico. La seguridad del procedimiento depende en gran medida del conocimiento anatómico, la técnica de aplicación y la selección adecuada del paciente. **Conclusión:** El ácido hialurónico constituye actualmente la única opción inyectable con respaldo científico suficiente para su uso clínico en estética íntima masculina. El PRP y la BTX-A deben restringirse a contextos de investigación. La evaluación psicosexual y el cumplimiento de principios éticos son fundamentales para una práctica segura y basada en evidencia.

Palabras clave: Estética genital masculina; ácido hialurónico; plasma rico en plaquetas; toxina botulínica; aumento peneano; seguridad.

ABSTRACT

Introduction: Male intimate aesthetics has experienced significant growth over the past decade, driven by the increasing demand for minimally invasive procedures.

Autor correspondiente:

Carlos Miguel Rios-González,
carlosmiguel.rios@gmail.com

Editor responsable:

Ana Rodas
Asociación Paraguaya de Medicina Estética, Asunción, Paraguay.

Recibido: 20/11/2025

Aceptado: 15/12/2025.

Licencia: Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons CC-BY 4.0



In this context, injectable treatments such as hyaluronic acid, platelet-rich plasma, and botulinum toxin type A have emerged as therapeutic alternatives, although with varying levels of scientific evidence and safety. **Objective:** To critically analyze the available evidence regarding the efficacy, safety, and ethical considerations of the main injectable procedures used in male intimate aesthetics. **Materials and Methods:** A narrative review of the literature was conducted using major biomedical databases (PubMed/MEDLINE, Scopus, Cochrane Library, and Google Scholar), including studies published up to June 2025. Clinical trials, observational studies, reviews, and consensus documents were selected based on clinical relevance, methodological quality, and conceptual contribution. **Results:** Hyaluronic acid emerges as the current gold standard, with consistent evidence demonstrating significant increases in penile girth, improvement in sexual function, and high patient satisfaction, along with a favorable safety profile. Platelet-rich plasma shows variable outcomes and limited evidence, being considered an adjunctive or experimental therapy. Botulinum toxin type A lacks robust clinical evidence, with support mainly derived from theoretical and anecdotal reports. Procedural safety largely depends on anatomical knowledge, injection technique, and appropriate patient selection.

Conclusion: Hyaluronic acid is currently the only injectable modality supported by sufficient scientific evidence for clinical use in male intimate aesthetics. PRP and botulinum toxin should be restricted to research settings. Psychosexual assessment and adherence to ethical principles are essential for safe and evidence-based practice.

Keywords: Male genital aesthetics; hyaluronic acid; platelet-rich plasma; botulinum toxin; penile augmentation; safety.

INTRODUCCIÓN

La andrología estética ha emergido en la última década como una subespecialidad de creciente relevancia dentro de la medicina sexual y la cirugía plástica, impulsada por un cambio en la percepción sociocultural del cuerpo masculino y el auge de técnicas mínimamente invasivas (1, 2). A diferencia de la urología reconstructiva, que aborda patologías congénitas o traumáticas, esta disciplina se centra en la optimización de la apariencia, el tamaño y la función genital en individuos con anatomía funcionalmente normal (3).

El crecimiento exponencial de este mercado se ve reflejado en la proliferación de procedimientos no quirúrgicos, los cuales son preferidos por los pacientes debido a la reducción de los tiempos de recuperación y el menor riesgo de complicaciones mayores en comparación con las técnicas quirúrgicas tradicionales (4, 5). Sin embargo, esta rápida expansión ha superado la capacidad de las sociedades científicas para estandarizar protocolos, lo que ha derivado en un panorama clínico heterogéneo donde coexisten tratamientos con sólido respaldo científico junto a otros de naturaleza puramente experimental (5, 6).

Una de las principales motivaciones de consulta es el

denominado “síndrome del pene pequeño” (SPS), una condición psicológica en la que el paciente experimenta una angustia significativa respecto a sus dimensiones genitales, a pesar de encontrarse dentro de los rangos anatómicos normales (longitud en flacidez >4 cm y en erección >7.5 cm) (7, 8). Los estudios epidemiológicos sugieren que hasta un 45% de la población masculina desearía dimensiones superiores, lo que subraya la importancia de una evaluación preoperatoria rigurosa para identificar trastornos como el trastorno dismórfico corporal (TDC) (9, 10).

En este contexto, el uso de inyectables ha ganado protagonismo. El ácido hialurónico (AH), el plasma rico en plaquetas (PRP) y la toxina botulínica tipo A (BTX-A) se presentan como las tres modalidades principales en la literatura actual. El AH destaca por su biocompatibilidad y reversibilidad, ofreciendo resultados volumétricos inmediatos mediante su aplicación en el espacio subfascial, entre las fascias de Dartos y de Buck (13, 15). Por otro lado, el PRP y la BTX-A se han propuesto como alternativas regenerativas y funcionales, aunque su nivel de evidencia sigue siendo objeto de debate en las guías clínicas internacionales (10, 11).

Dada la variabilidad en los resultados reportados y la

gravedad potencial de complicaciones como la necrosis tisular o la formación de granulomas, resulta imperativo realizar una síntesis de la evidencia disponible (16, 17). El presente artículo de revisión narrativa tiene como objetivo analizar de forma crítica la eficacia, seguridad y protocolos de aplicación de la BTX-A, el PRP y el AH en la estética íntima masculina, proporcionando recomendaciones basadas en la literatura científica más reciente hasta junio de 2025.

METODOLOGÍA

El presente artículo corresponde a una revisión narrativa crítica de la literatura, orientada a analizar de manera integrada la evidencia científica disponible sobre el uso de procedimientos inyectables no quirúrgicos en la estética íntima masculina, específicamente el ácido hialurónico (AH), el plasma rico en plaquetas (PRP) y la toxina botulínica tipo A (BTX-A).

Se optó por un diseño narrativo debido a la heterogeneidad metodológica de los estudios publicados, la variabilidad sustancial en los protocolos de aplicación, los desenlaces evaluados y los tiempos de seguimiento, así como a la limitada disponibilidad de ensayos clínicos aleatorizados, especialmente para el PRP y la BTX-A. Este enfoque permitió una síntesis amplia y contextualizada, integrando no solo resultados clínicos cuantitativos, sino también aspectos anatómicos, psicosexuales, éticos y de seguridad, considerados fundamentales en el ámbito de la andrología estética contemporánea.

La búsqueda bibliográfica se realizó en las principales bases de datos biomédicas internacionales: PubMed/MEDLINE, Scopus, Cochrane Library y Google Scholar, incluyendo literatura publicada hasta junio de 2025. Se utilizaron términos relacionados con penile augmentation, penile girth enhancement, hyaluronic acid, platelet-rich plasma, botulinum toxin, male genital aesthetics and andrology, tanto en idioma inglés como español. La estrategia de búsqueda fue adaptada de manera flexible a cada base de datos con el objetivo de maximizar la recuperación de estudios clínicamente relevantes.

Dado el carácter narrativo de la revisión, la selección de los estudios no siguió un protocolo sistemático formal (PRISMA), sino que se basó en criterios explícitos de pertinencia clínica, calidad metodológica aparente, actualidad de la información y contribución conceptual al objetivo del artículo.

Se incluyeron: a) Ensayos clínicos aleatorizados y no aleatorizados, b) Estudios observacionales prospectivos

y retrospectivos, c) Revisiones sistemáticas y narrativas, d) Series de casos con seguimiento documentado, e) Documentos de consenso y posicionamientos de sociedades científicas internacionales

Se excluyeron: a) Estudios centrados exclusivamente en técnicas quirúrgicas, b) Uso de rellenos permanentes o materiales no reabsorbibles, c) Reportes anecdóticos sin descripción metodológica suficiente, d) Publicaciones sin evaluación clínica de resultados o seguridad

La población analizada comprendió hombres adultos sometidos a procedimientos inyectables con fines estéticos o funcionales en el ámbito genital, incluyendo aumento de grosor peneano, aumento de glándula y abordajes relacionados con la función sexual, como la eyaculación precoz.

Los principales desenlaces evaluados fueron: a) Cambios en la circunferencia peneana, b) Resultados funcionales (función eréctil y control eyaculatorio), c) Percepción subjetiva de satisfacción y bienestar psicosexual, d) Aparición y manejo de eventos adversos

La información recopilada fue analizada de forma descriptiva e interpretativa, priorizando los estudios con mayor número de pacientes, seguimiento más prolongado y coherencia clínica. Los hallazgos se organizaron en torno a tres ejes principales: eficacia clínica, seguridad del procedimiento e impacto psicosexual, con el objetivo de ofrecer una visión equilibrada y actualizada de cada modalidad terapéutica.

La calidad de la evidencia se interpretó de manera orientativa, enmarcando los resultados dentro de los principios de la medicina basada en la evidencia, sin pretender una jerarquización estricta propia de revisiones sistemáticas. Este abordaje permitió contextualizar adecuadamente los resultados y destacar las brechas de conocimiento existentes, particularmente relevantes en un campo en rápida expansión como la andrología estética.

RESULTADOS

Anatomía Aplicada y Planos de Inyección

La seguridad y la eficacia clínica de los procedimientos inyectables en la estética íntima masculina dependen de manera directa de un conocimiento exhaustivo de la anatomía peneana y de la correcta identificación de los planos de inyección. A diferencia de otras regiones corporales tratadas con rellenos dérmicos, el pene presenta una arquitectura tisular, vascular y nerviosa altamente especializada, con un margen de error reducido, lo que exige una ejecución técnica precisa y rigurosamente protocolizada (13,15).

Desde el punto de vista anatómico, el pene se organiza en capas concéntricas bien definidas. La piel peneana es delgada, altamente elástica y móvil, prácticamente carente de tejido adiposo subcutáneo, lo que permite una expansión volumétrica significativa; sin embargo, esta característica incrementa el riesgo de irregularidades visibles cuando el material es depositado de forma superficial o no homogénea (13,15).

Inmediatamente por debajo se localiza la fascia superficial o fascia de Dartos, constituida por tejido conectivo laxo con fibras de músculo liso. Su función principal es permitir el deslizamiento de la piel sobre las estructuras profundas, pero no constituye un plano seguro de inyección, ya que la deposición del material a este nivel se asocia con mayor riesgo de nódulos palpables, migración del producto y asimetrías visibles (13,15).

En un plano más profundo se encuentra la fascia profunda o fascia de Buck, una estructura fibrosa densa que envuelve los cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso. Esta fascia representa un límite anatómico crítico, dado que por debajo de ella discurren las principales estructuras vasculonerviosas del pene, incluyendo la arteria dorsal, la vena dorsal profunda y los nervios dorsales. La lesión de estas estructuras puede comprometer la perfusión tisular, la sensibilidad genital y la función eréctil (4,16).

Por debajo de la fascia de Buck se localiza la túnica albugínea, una capa fibroelástica resistente que rodea directamente el tejido eréctil. Su integridad es esencial para la rigidez peneana durante la erección, y la punción accidental de este plano puede asociarse a hematomas intracavernosos, dolor persistente y disfunción eréctil, complicaciones ampliamente descritas en la literatura (16,17).

Plano óptimo de inyección

En el contexto de los procedimientos de aumento de grosor peneano mediante rellenos reabsorbibles, la evidencia disponible coincide en que el plano óptimo de inyección es el espacio subfascial laxo, ubicado entre la fascia de Dartos y la fascia de Buck (13,14). Este plano virtual permite una distribución homogénea del material, favorece una expansión circunferencial uniforme y reduce significativamente el riesgo de lesión directa de las estructuras vasculonerviosas profundas.

La inyección por encima de la fascia de Buck se asocia con una menor incidencia de hematomas extensos, compromiso vascular y alteraciones de la función eréctil (15,32). En contraste, las inyecciones excesivamente

superficiales suelen derivar en irregularidades visibles, nódulos y migración del producto, mientras que las inyecciones profundas que atraviesan la fascia de Buck o la túnica albugínea incrementan el riesgo de eventos vasculares y neurológicos potencialmente graves (16,17).

Estas consideraciones refuerzan la importancia de una palpación anatómica cuidadosa, el uso de técnicas atraumáticas y, cuando está disponible, el apoyo de ecografía de alta frecuencia, que permite confirmar el plano de deposición del material y disminuir la tasa de complicaciones (13,15).

Consideraciones vasculonerviosas

El aporte sanguíneo del pene proviene principalmente de la arteria pudenda interna, con ramas cavernosas y dorsales bien definidas. El drenaje venoso se realiza fundamentalmente a través de la vena dorsal profunda, situada en la línea media bajo la fascia de Buck, mientras que los nervios dorsales, responsables de la sensibilidad peneana, acompañan este trayecto anatómico (4,5). La preservación de estas estructuras es esencial para evitar dolor crónico, alteraciones sensoriales y eventos isquémicos.

Particularidades anatómicas del glande

El glande peneano presenta diferencias anatómicas relevantes con respecto al cuerpo del pene. Carece de fascia de Buck y su mucosa se encuentra íntimamente adherida al cuerpo esponjoso. En esta región, las inyecciones deben realizarse estrictamente en la lámina propia o plano submucoso (31,36). Una inyección excesivamente profunda puede facilitar la entrada del material en los sinusoides venosos del cuerpo esponjoso, incrementando el riesgo de edema persistente, dolor prolongado o embolización venosa, complicaciones descritas en la literatura especializada (31,36).

Variaciones según la modalidad terapéutica

En el caso del plasma rico en plaquetas y la toxina botulínica tipo A, el plano de aplicación puede variar según el objetivo terapéutico. Mientras que en indicaciones estéticas se respeta el plano subfascial, en abordajes funcionales —como disfunción eréctil o eyaculación precoz— las inyecciones pueden dirigirse a estructuras más profundas, incluyendo los cuerpos cavernosos o la mucosa del glande, regiones con mayor densidad vascular y, por ende, mayor riesgo de equimosis y sangrado (35,37).

Anatomía y planos de inyección peneana

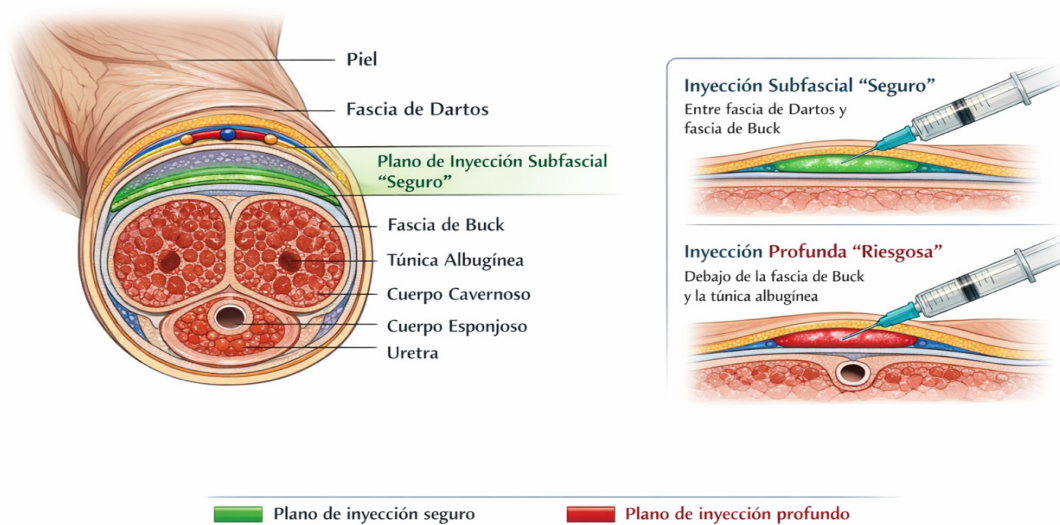


Figura 1. Anatomía peneana y planos seguros de inyección en procedimientos de estética íntima masculina.

Esquema anatómico que ilustra las capas tisulares del pene y su relevancia clínica para procedimientos inyectables. El plano subfascial laxo, ubicado entre la fascia de Dartos y la fascia de Buck, representa el sitio óptimo para la deposición de rellenos reabsorbibles, al permitir una distribución homogénea del material y minimizar el riesgo de lesión de las estructuras vasculonerviosas profundas. La fascia de Buck actúa como un límite anatómico crítico, ya que por debajo de ella discurren la arteria dorsal, la vena dorsal profunda y los nervios dorsales del pene, cuya lesión puede comprometer la perfusión, la sensibilidad y la función eréctil. Las inyecciones superficiales se asocian a irregularidades visibles y migración del material, mientras que las inyecciones profundas incrementan el riesgo de complicaciones vasculares y neurológicas. Adaptado de descripciones anatómicas y técnicas reportadas en la literatura especializada (13–17,31,36).

Análisis de Modalidades Terapéuticas

La aplicación de procedimientos inyectables no quirúrgicos en la estética íntima masculina ha experimentado un crecimiento sostenido en la última década. Sin embargo, la evidencia científica que respalda estas intervenciones es heterogénea y varía de forma considerable según la modalidad terapéutica empleada. En este contexto, el análisis crítico del ácido hialurónico (AH), el plasma rico en plaquetas (PRP) y la toxina botulínica tipo A (BTX-A) permite establecer diferencias claras en términos de eficacia clínica, seguridad y nivel de recomendación.

Ácido hialurónico (AH): estándar actual de referencia

El ácido hialurónico se ha consolidado como el material de elección para el aumento de grosor peneano y la augmentación del glande, debido a su biocompatibilidad, baja antigenicidad y, de manera fundamental, su reversibilidad mediante hialuronidasa, característica que lo distingue de otros materiales inyectables (32,44).

Desde el punto de vista de la eficacia volumétrica, los estudios prospectivos y los metaanálisis más recientes reportan incrementos promedio de la circunferencia peneana en estado flácido que oscilan entre 1,7 y 3,4 cm, con una adecuada estabilidad del volumen durante el primer año (32,46). Zhang et al. demostraron que aproximadamente el 71,5 % del volumen inyectado se mantiene a los 12 meses, reflejando una reabsorción progresiva pero clínicamente aceptable (32).

Más allá del efecto estético, el AH ha mostrado un impacto funcional y psicosexual positivo. Diversos estudios reportan mejoras significativas en las puntuaciones del IIEF-5, con incrementos promedio de 3 a 5 puntos, así como una mejor percepción de la imagen corporal y satisfacción sexual (44,46). En el caso específico de la inyección en glande, se ha documentado un aumento del tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal (IELT) de hasta 2,4 minutos, lo que respalda su utilidad como estrategia complementaria en el manejo de la eyaculación precoz (46).

En relación con la técnica de aplicación, los abordajes

modernos priorizan el uso de cánulas romas de entrada única, como el protocolo UroFill™, que han demostrado una reducción significativa de equimosis, hematomas y asimetrías, al permitir una distribución más homogénea del material en el plano subfascial (42). La tasa de complicaciones graves asociadas al AH es baja (<2 %), siempre que se respeten los planos anatómicos y se disponga de protocolos adecuados de manejo de eventos adversos (16,42).

Plasma rico en plaquetas (PRP)

El plasma rico en plaquetas se fundamenta en la liberación de factores de crecimiento —principalmente PDGF, VEGF y TGF-β— con potencial para estimular la angiogénesis, la regeneración tisular y la modulación de la respuesta inflamatoria (23,25).

La mayor parte de la evidencia disponible sobre el PRP en el ámbito genital se ha centrado en su posible rol en la disfunción eréctil. Series de casos y estudios observacionales han descrito mejoras subjetivas en la rigidez peneana y la satisfacción sexual; sin embargo, los metaanálisis recientes evidencian una alta heterogeneidad metodológica ($I^2 \approx 78\%$), con tamaños muestrales reducidos, ausencia de grupos control y variabilidad en los protocolos de preparación y administración del PRP (25). Estos hallazgos sugieren que el beneficio clínico observado podría estar

influenciado, al menos en parte, por el efecto placebo o por factores no controlados.

En cuanto al aumento estético peneano, no existe evidencia sólida que respalde al PRP como agente volumétrico independiente. Su uso se ha propuesto principalmente como terapia adyuvante, en combinación con AH, con el objetivo de mejorar la calidad de la piel genital y la respuesta tisular; no obstante, esta sinergia carece aún de validación mediante ensayos clínicos controlados (21,26).

En consecuencia, el PRP debe considerarse una modalidad experimental en la estética íntima masculina, cuyo uso debería restringirse a protocolos de investigación clínica debidamente aprobados y con consentimiento informado exhaustivo.

Toxina botulínica tipo A (BTX-A)

La aplicación de toxina botulínica tipo A en la estética íntima masculina constituye la modalidad con menor respaldo científico dentro de las terapias evaluadas, siendo clasificada actualmente como Nivel de Evidencia 5 (18,19).

El mecanismo propuesto se basa en la relajación del músculo liso vascular y del músculo bulboesponjoso, lo que teóricamente podría mejorar el flujo sanguíneo cavernoso o prolongar el tiempo eyaculatorio.

Tabla 1. Comparación entre modalidades inyectables en estética íntima masculina según evidencia, seguridad y recomendación clínica

Modalidad terapéutica	Nivel de evidencia	Evidencia clínica disponible	Perfil de seguridad	Recomendación clínica actual
Ácido hialurónico (AH)	Nivel 2-3	Ensayos clínicos prospectivos, estudios multicéntricos, revisiones sistemáticas y metaanálisis que demuestran aumento significativo de la circunferencia peneana (1,7-3,4 cm), mejora del IIEF-5 y del IELT en casos seleccionados (32,44,46)	Alto, cuando se respetan los planos anatómicos y se utilizan cánulas romas; complicaciones graves poco frecuentes (<2 %) y reversibilidad mediante hialuronidasa (16,42)	Altamente recomendado como estándar actual para aumento de grosor peneano y augmentación de glande
Plasma rico en plaquetas (PRP)	Nivel 4	Series de casos y estudios observacionales con resultados variables; metaanálisis con alta heterogeneidad metodológica ($I^2 \approx 78\%$); sin evidencia sólida como agente volumétrico independiente (23,25,26)	Moderado; bajo riesgo sistémico, pero con resultados impredecibles y protocolos no estandarizados (25)	No recomendado como monoterapia estética; uso restringido a investigación clínica o como terapia adyuvante experimental
Toxina botulínica tipo A (BTX-A)	Nivel 5	Reportes anecdóticos y pequeñas series observacionales; ausencia de ensayos clínicos aleatorizados y protocolos estandarizados (18-21)	Indeterminado; potencial riesgo funcional y neurológico en ausencia de guías claras de dosificación y técnica (19,20)	No recomendada en práctica clínica rutinaria; uso limitado exclusivamente a protocolos de investigación

Sin embargo, la revisión crítica de la literatura no identifica ensayos clínicos aleatorizados y controlados que respalden estas hipótesis.

La evidencia disponible se limita a reportes anecdóticos y series observacionales de pequeño tamaño, con ausencia de protocolos estandarizados de dosificación, técnica de aplicación y seguimiento clínico (20,21). Esta falta de estandarización impide establecer conclusiones firmes sobre su eficacia y seguridad, y expone al paciente a riesgos innecesarios en un contexto predominantemente electivo.

Por lo tanto, la BTX-A no puede ser recomendada como práctica clínica rutinaria en estética genital masculina fuera de entornos de investigación controlada, y su comercialización como procedimiento estético carece de sustento científico suficiente en la actualidad.

DISCUSIÓN

La presente revisión pone de manifiesto la marcada heterogeneidad en el nivel de evidencia científica que sustenta las distintas modalidades inyectables utilizadas en la estética íntima masculina. Si bien el crecimiento de esta subespecialidad responde a una demanda sociocultural creciente, los datos disponibles obligan a diferenciar con claridad aquellas intervenciones respaldadas por evidencia clínica consistente de aquellas que permanecen en un estadio experimental.

El ácido hialurónico (AH) emerge de manera consistente como la modalidad con mayor respaldo científico, con evidencia de nivel 2–3 que demuestra tanto su eficacia volumétrica como su impacto positivo en la función sexual y la satisfacción psicosexual (32,44,46). A diferencia de otros materiales, el AH combina tres atributos clave: previsibilidad de resultados, perfil de seguridad favorable y reversibilidad mediante hialuronidasa, lo que constituye una ventaja clínica y ética fundamental en procedimientos electivos (40,41).

Por el contrario, el plasma rico en plaquetas (PRP) y la toxina botulínica tipo A (BTX-A) presentan una base de evidencia limitada y fragmentada. En el caso del PRP, la alta heterogeneidad metodológica, la ausencia de protocolos estandarizados y la variabilidad en los desenlaces evaluados impiden establecer conclusiones firmes sobre su eficacia clínica real (25). La situación es aún más restrictiva para la BTX-A, cuya utilización se sustenta en mecanismos teóricos y reportes anecdóticos, sin ensayos clínicos controlados que avalen su uso en estética genital masculina (18–21).

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de jerarquizar las intervenciones según su nivel de evidencia y evitar la

extrapolación acrítica de resultados obtenidos en otros contextos anatómicos o funcionales.

Más allá del material utilizado, la técnica de aplicación y el conocimiento detallado de la anatomía peneana constituyen determinantes críticos de la seguridad y los resultados clínicos. La literatura coincide en que la mayoría de las complicaciones asociadas al AH —incluyendo nódulos, asimetrías y eventos vasculares— se relacionan con errores técnicos, elección inadecuada del plano de inyección o falta de experiencia del operador (16,42).

La transición hacia técnicas con cánula roma de entrada única y el respeto estricto del plano subfascial han demostrado reducir significativamente la tasa de eventos adversos, lo que subraya la existencia de una curva de aprendizaje que debe ser reconocida y abordada mediante formación específica y protocolos estandarizados (13,15,42). En este contexto, la disponibilidad inmediata de hialuronidasa y el conocimiento de algoritmos de manejo de complicaciones vasculares no deben considerarse opcionales, sino requisitos mínimos de práctica clínica responsable (47,50).

Un aspecto central identificado en esta revisión es el peso del componente psicológico en los pacientes que solicitan procedimientos de aumento peneano. El síndrome del pene pequeño (SPS) y el trastorno dismórfico corporal (TDC) representan desafíos clínicos y éticos relevantes, dado que un porcentaje no despreciable de los pacientes presenta una percepción distorsionada de su anatomía y expectativas irreales respecto a los resultados (7–10,39).

La evidencia sugiere que los pacientes con TDC no experimentan mejoras sostenidas en la satisfacción, incluso cuando se logra un incremento volumétrico objetivo, lo que puede derivar en insatisfacción persistente y demanda reiterada de procedimientos (11,12). En consecuencia, la evaluación psicológica preprocedimiento debería integrarse de manera sistemática en los protocolos clínicos, no como una barrera de acceso, sino como una herramienta para optimizar resultados y proteger el bienestar del paciente.

La naturaleza electiva y temporal de los procedimientos inyectables en estética íntima masculina impone exigencias éticas particulares. El consentimiento informado debe ser exhaustivo, enfatizando la duración limitada de los resultados, la posibilidad de reabsorción del material y la necesidad potencial de procedimientos repetidos (47,51).

Asimismo, la comercialización de intervenciones

con respaldo científico insuficiente —como ciertos protocolos de PRP o la BTX-A— plantea dilemas éticos significativos. Las sociedades científicas internacionales han comenzado a alertar sobre la promoción de tratamientos bajo denominaciones como “regenerativos” o “biológicos” sin evidencia clínica robusta, lo que puede inducir expectativas irreales y vulnerar los principios de beneficencia y no maleficencia (1,2).

5.5 Implicaciones para la práctica clínica y brechas de conocimiento

Desde una perspectiva práctica, los hallazgos de esta revisión respaldan al ácido hialurónico como la única modalidad que puede ser recomendada actualmente como estándar de cuidado en el aumento de grosor peneano y la augmentación de glande. El PRP y la BTX-A deben limitarse a protocolos de investigación clínica, con diseños metodológicos robustos y aprobación ética formal.

Persisten, no obstante, brechas relevantes de conocimiento, particularmente en relación con la seguridad a largo plazo de los rellenos reabsorbibles, la posible formación de fibrosis tardía y la estandarización de protocolos para terapias emergentes. Estudios prospectivos multicéntricos, con seguimientos superiores a 24 meses y desenlaces clínicos y psicosexuales bien definidos, resultan indispensables para avanzar hacia una práctica verdaderamente basada en evidencia.

Un hallazgo transversal de esta revisión es que el éxito del procedimiento no depende exclusivamente del material empleado, sino de una triangulación clínica esencial: una selección rigurosa del paciente (incluyendo la identificación de trastornos dismórficos), el dominio técnico de los planos anatómicos seguros y la capacidad del profesional para prevenir y manejar oportunamente las complicaciones. La integración de la evaluación psicosexual y de principios éticos sólidos resulta indispensable en un contexto terapéutico predominantemente electivo.

Disponibilidad de datos: Los datos utilizados y analizados durante el presente estudio están disponibles por solicitud razonable al autor correspondiente. Debido a la naturaleza confidencial de los datos clínicos de los pacientes, no se publican en acceso abierto para preservar su privacidad. Se garantiza que los datos han sido tratados conforme a las normativas éticas y de confidencialidad establecidas por el comité científico correspondiente.

Conflicto de interés: El autor manifiesta no tener conflictos de interés en relación con este trabajo.

Financiación: No se contó con ninguna fuente de financiación.

Declaración: Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la Revista Científica ASOMEDES y/o de la ASOMEDES.

REFERENCIAS

1. Chung E, Chua WJ, Bivalacqua TJ, et al. Penile augmentation and cosmetic surgery: recommendations from the Fifth International Consultation on Sexual Medicine (ICSM 2024). *Sex Med Rev.* 2025;13(1):qeaf067.
2. Trost L, Munarriz R, Wang R, et al. Cosmetic penile enhancement procedures: an SMSNA position statement. *J Sex Med.* 2024;21(4):qdae045.
3. Salloum A, Belsante M, Bivalacqua TJ. Nonsurgical Methods for Penile Augmentation: A Systematic Review. *Dermatol Surg.* 2021;47(3):2816.
4. Penske D, Yafi FA, Sangkum P, et al. Injectable Penile Enhancement Procedures: A Review of Agents, Risks, and Complications. *Urology.* 2024;187:5.
5. Pignanelli C, Bhat KRS, Brock G. Complications and management of penile enhancement procedures. *Transl Androl Urol.* 2025;14(2):519.
6. Ramazan A, Bhat KRS, Brock G. Complications of penile augmentation: A narrative review of injectables, implants, and surgical grafts. *Int J Impot Res.* 2025;37(1):01190.
7. Boiko O, Vytvytskyi V, Stakhovsky E, et al. The Efficacy of Injection Penile Girth Enhancement as an Option for Small Penis Syndrome Management. *Aesthetic Surg J.* 2023;43(8):sjad152.
8. Sharp G, Tiggemann M, Mattiske J. Nonsurgical Medical Penile Girth Augmentation: A Retrospective Study of Psychological and Psychosexual Outcomes. *Aesthetic Surg J.* 2019;39(10):SJY108.
9. Zhang Y, Peng Y, Li J, et al. Penile augmentation with injectable hyaluronic acid gel: an alternative choice for small penis syndrome. *Asian J Androl.* 2022;24(2):223.
10. Trost L, Munarriz R, Wang R, et al. Cosmetic penile enhancement procedures: an SMSNA position statement. *J Sex Med.* 2024;21(4):qdae045.
11. Chung E, Chua WJ, Bivalacqua TJ, et al. Penile augmentation and cosmetic surgery: recommendations from the Fifth International Consultation on Sexual Medicine (ICSM 2024). *Sex Med Rev.* 2025;13(1):qeaf067.
12. Pignanelli C, Bhat KRS, Brock G. Complications and management of penile enhancement procedures.

- Transl Androl Urol. 2025;14(2):519.
13. One-stage Circumcision and Hyaluronic acid injections for Men Reporting Small Penis with Redundant Prepuce or Phimosis. Research Square (Preprint). 2023. doi:10.21203/rs.3.rs-2858520/v1.
 14. Moon DG, Kwak TI, Kim JJ. Glans Penis Augmentation Using Hyaluronic Acid Gel as an Injectable Filler. *World J Mens Health*. 2015;33(2):50.
 15. Moon DG, Yoo S, Yang WJ, et al. Penile Volume Augmentation With Hyaluronic Acid Fillers: Ultrasound Observation. *PRS Glob Open*. 2025;13(1):e7317.
 16. Quan Q, Bai J, Liu X, et al. Complications and management of penile augmentation with hyaluronic acid injection. *Asian J Androl*. 2021;23(4):78.
 17. Lytvak O, Kogan M, Vozianov S. Complications after penis enhancement with hyaluronic acid: a literature review. *East Ukr Med J*. 2023;11(3):232-40.
 18. Penske D, Yafi FA, Sangkum P, et al. Injectable Penile Enhancement Procedures: A Review of Agents, Risks, and Complications. *Urology*. 2024;187:5.
 19. Salloum A, Belsante M, Bivalacqua TJ. Nonsurgical Methods for Penile Augmentation: A Systematic Review. *Dermatol Surg*. 2021;47(3):2816.
 20. Penske D, Yafi FA, Sangkum P, et al. Injectable Penile Enhancement Procedures: A Review of Agents, Risks, and Complications. *Urology*. 2024;187:5.
 21. Rios-González CM. Experiencia clínica en casos de aplicación combinada de toxina botulínica tipo A y plasma rico en plaquetas en pene: estudio observacional preliminar. (Manuscrito no publicado). 2024.
 22. Salloum A, Belsante M, Bivalacqua TJ. Nonsurgical Methods for Penile Augmentation: A Systematic Review. *Dermatol Surg*. 2021;47(3):2816.
 23. Roth JD, Patel A, Leavitt DA, et al. Hyaluronic acid and urology: a systematic review and meta-analysis. *Sex Med Rev*. 2024;12(2):qae060.
 24. Raheem OA, Natale C, Dick B, et al. Hyaluronic Acid in Urology: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Sex Med*. 2024;21(S2):qdae002.
 25. Roth JD, Patel A, Leavitt DA, et al. Hyaluronic acid and urology: a systematic review and meta-analysis. *Sex Med Rev*. 2024;12(2):qae060.
 26. Salloum A, Belsante M, Bivalacqua TJ. Nonsurgical Methods for Penile Augmentation: A Systematic Review. *Dermatol Surg*. 2021;47(3):2816.
 27. Penske D, Yafi FA, Sangkum P, et al. Injectable Penile Enhancement Procedures: A Review of Agents, Risks, and Complications. *Urology*. 2024;187:5.
 28. Roth JD, Patel A, Leavitt DA, et al. Hyaluronic acid and urology: a systematic review and meta-analysis. *Sex Med Rev*. 2024;12(2):qae060.
 29. Trost L, Munarriz R, Wang R, et al. Cosmetic penile enhancement procedures: an SMSNA position statement. *J Sex Med*. 2024;21(4):qdae045.
 30. Chung E, Chua WJ, Bivalacqua TJ, et al. Penile augmentation and cosmetic surgery: recommendations from the Fifth International Consultation on Sexual Medicine (ICSM 2024). *Sex Med Rev*. 2025;13(1):qae067.
 31. Moon DG, Kwak TI, Kim JJ. Glans Penis Augmentation Using Hyaluronic Acid Gel as an Injectable Filler. *World J Mens Health*. 2015;33(2):50.
 32. Zhang Y, Peng Y, Li J, et al. Penile augmentation with injectable hyaluronic acid gel: an alternative choice for small penis syndrome. *Asian J Androl*. 2022;24(2):223.
 33. Ahn ST, Bae WJ, Lee HS, et al. Efficacy and Safety of Penile Girth Enhancement Using Hyaluronic Acid Filler and the Clinical Impact on Ejaculation. *World J Mens Health*. 2021;39(3):210007.
 34. Chaudhry A, Bokhari SRA, Javed MU. A Novel Application of a Single-Entry Injection Technique for Non-surgical Penile Enlargement: A Case Report. *Cureus*. 2025;17(1):e83637.
 35. Moon DG, Kwak TI, Kim JJ. Glans Penis Augmentation Using Hyaluronic Acid Gel as an Injectable Filler. *World J Mens Health*. 2015;33(2):50.
 36. Kosseifi R, Osman MM, Shamseddeen F, et al. Glans penis augmentation using hyaluronic acid for the treatment of premature ejaculation: a narrative review. *Transl Androl Urol*. 2020;9(5):1026.
 37. Hashim PW, Chen T, Kohn N, et al. The techniques, efficacy and safety of penile glans augmentation using hyaluronic acid for the treatment of premature ejaculation: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med*. 2024; (En prensa).
 38. Boiko O, Vytvytskyi V, Stakhovsky E, et al. The Efficacy of Injection Penile Girth Enhancement as an Option for Small Penis Syndrome Management. *Aesthetic Surg J*. 2023;43(8):sjad152.
 39. Sharp G, Tiggemann M, Mattiske J. Nonsurgical Medical Penile Girth Augmentation: A Retrospective Study of Psychological and Psychosexual Outcomes. *Aesthetic Surg J*. 2019;39(10):SJY108.
 40. Kim SW, Yoon BI, Ha US, et al. Which Dermal Filler is Better for Penile Augmentation for Aesthetic Purposes? A Prospective, Single-Surgeon Study Based on Real-World Experience. *World J Mens*

- Health. 2025;43(1):240105.
41. Trost L, Munarriz R, Wang R, et al. Cosmetic penile enhancement procedures: an SMSNA position statement. *J Sex Med.* 2024;21(4):qdae045.
 42. Suarez-Sarmiento A Jr, Carrion R, Ramasamy R. Safety and Efficacy of Hyaluronic Acid Injections Using the UroFill™ Technique for Penile Girth Enhancement. *J Sex Med.* 2024;21(S1):qdae001.
 43. Moon DG, Yoo S, Yang WJ, et al. Penile Volume Augmentation With Hyaluronic Acid Fillers: Ultrasound Observation. *PRS Glob Open.* 2025;13(1):e7317.
 44. Ahn ST, Bae WJ, Lee HS, et al. Efficacy and Safety of Penile Girth Enhancement Using Hyaluronic Acid Filler and the Clinical Impact on Ejaculation: A Multi-Center, Patient/Evaluator-Blinded, Randomized Active-Controlled Trial. *World J Mens Health.* 2021;39(3):210007.
 45. Kusumaputra RA, Tandarto K, Rasyid N, et al. Efficacy and complications of hyaluronic acid and polylactic acid for penile augmentation: a systematic review and meta-analysis. *Ann Med Surg.* 2023;85(8):1094.
 46. Hashim PW, Chen T, Kohn N, et al. The techniques, efficacy and safety of penile glans augmentation using hyaluronic acid for the treatment of premature ejaculation: a systematic review and meta-analysis. 2024.
 47. Roth JD, Patel A, Leavitt DA, et al. Hyaluronic acid and urology: a systematic review and meta-analysis. *Sex Med Rev.* 2024;12(2):qae060.
 48. Boiko O, Vytvytskyi V, Stakhovsky E, et al. The Efficacy of Injection Penile Girth Enhancement as an Option for Small Penis Syndrome Management. *Aesthetic Surg J.* 2023;43(8):sjad152.
 49. Moon DG, Yoon DK, Park NC, et al. Managing residual volumes in penile girth enhancement with hyaluronic acid fillers: a case series and literature review. *Int J Impot Res.* 2025;37(2):01182.
 50. Quan Q, Bai J, Liu X, et al. Complications and management of penile augmentation with hyaluronic acid injection. *Asian J Androl.* 2021;23(4):78.
 51. Chung E, Chua WJ, Bivalacqua TJ, et al. Penile augmentation and cosmetic surgery: recommendations from the Fifth International Consultation on Sexual Medicine (ICSM 2024). *Sex Med Rev.* 2025;13(1):qae067.
 52. Sharp G, Tiggemann M, Mattiske J. Nonsurgical Medical Penile Girth Augmentation: A Retrospective Study of Psychological and Psychosexual Outcomes. *Aesthetic Surg J.* 2019;39(10):SJY108.

Recomendación de cómo referenciar este artículo (Vancouver)

Ríos-González CM. Estética íntima masculina con inyectables: evidencia clínica, seguridad y consideraciones éticas. *Ciencia y Estética.* 2026. 2(1):31-40