



Técnica *Boomerang* para plástica genital estética feminina

Boomerang technique for female genital aesthetic surgery

TATIANA TURINI^{1,2*}
MARIA EDUARDA ALVES-
MARTINS³

■ RESUMO

Introdução: A hipertrofia de pequenos lábios combinada com capuz clitoriano redundante é uma queixa comum entre mulheres que procuram cirurgia plástica genital cosmética por queixas funcionais, psicológicas e estéticas. O objetivo deste estudo foi descrever a técnica *boomerang*, um tratamento cirúrgico da hipertrofia labial que se estende a todo o capuz clitoriano. **Método:** Foi conduzido um estudo retrospectivo, de caráter analítico, para avaliar os prontuários médicos de 48 pacientes consecutivas submetidas a cirurgia estética genital feminina entre julho de 2017 e julho de 2021. Todos os procedimentos cirúrgicos foram realizados pela mesma cirurgiã. A técnica utilizada nas pacientes consistiu na ressecção longitudinal dos excessos de pequenos lábios vaginais associado à ressecção de capô clitoriano em forma de *boomerang* e à clitoropexia. **Resultados:** A idade média das pacientes submetidas a cirurgia foi de 36,25 anos (intervalo 18-59 anos), entre as quais 94,44% apresentaram queixas estéticas associadas ou não a queixas funcionais, e 5,56% apresentaram somente queixas funcionais. Duas pacientes apresentaram hematomas nos grandes lábios no pós-operatório imediato, e uma paciente teve deiscência de sutura nos pequenos lábios. **Conclusão:** A técnica *boomerang* é reproduzível e proporciona benefícios estéticos e/ou funcionais na genitália feminina.

Descritores: Genitália feminina; Vulva; Clitóris; Cirurgia plástica; Procedimentos de cirurgia plástica.

■ ABSTRACT

Introduction: Hypertrophy of the labia minora combined with a redundant clitoral hood is a common complaint among women seeking aesthetic genital cosmetic surgery for functional, psychological, and aesthetic complaints. The objective of this study was to describe the boomerang technique, a surgical treatment for labial hypertrophy that extends to the entire clitoral hood. **Method:** A retrospective, analytical study was conducted to evaluate the medical records of forty-eight consecutive patients who underwent female genital cosmetic surgery between July 2017 and July 2021. The same surgeon performed all surgical procedures. The technique used in the patients consisted of longitudinal resection of excess small vaginal lips associated with resection of the boomerang-shaped clitoral hood associated with clitoroplasty. **Results:** The average age of patients undergoing surgery was 36.25 years (range 18-59 years), among whom 94.44% had aesthetic complaints associated or not with functional complaints, and 5.56% had only functional complaints. Two patients had bruises on the labia majora in the immediate postoperative period, and one patient had suture dehiscence on the labia minora. **Conclusion:** The boomerang technique is reproducible and provides aesthetic and/or functional benefits to the female genitalia.

Keywords: Genitalia, female; Vulva; Clitoris; Surgery, plastic; Plastic surgery procedures.

Instituição: Instituto Tatiana Turini de Cirurgia Plástica; Hospital Regional Asa Norte (HRAN), Brasília, DF, Brasil.

Artigo submetido: 18/8/2023.
Artigo aceito: 4/2/2024.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2024RBCP0861-PT

¹ Instituto de Cirurgia Plástica Tatiana Turini, Brasília, DF, Brasil.

² Hospital Regional da Asa Norte, Brasília, DF, Brasil.

³ Centro Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil.



INTRODUÇÃO

A plástica da genitália externa feminina consiste em um conjunto de procedimentos que engloba a abordagem cirúrgica e estética e/ou funcional da região íntima da mulher com o objetivo de alcançar um formato mais estético dos pequenos lábios e regiões adjacentes, como clitóris, prepúcio clitoriano, monte pubiano e grandes lábios vaginais. Os mais comuns, entre os procedimentos, são a ninfoplastia ou labioplastia, que visam ao aprimoramento e ao modelamento do tecido redundante, assim como de assimetrias, caso haja¹.

A labioplastia traz grandes benefícios para a função sexual feminina, principalmente em fatores como dor e prazer². A mulher submetida ao procedimento cirúrgico relata também melhora na autoimagem; no entanto, quando a melhoria é exclusivamente ligada aos lábios menores, o clitóris não tratado pode ser mais observado pela paciente no pós-operatório³.

Em alguns casos, há um excesso de capuz clitoriano e hipertrofia da glândula clitoriana. Quando a medida é superior a 35mm, é sugerida a hipertrofia do clitóris². A média do clitóris deve ter menos de 5mm de largura e 16mm de comprimento⁴.

Atualmente, várias técnicas são descritas para a realização de ninfoplastia ou redução de pequenos lábios vaginais. A labioplastia é um procedimento cirúrgico de redução do tamanho dos lábios vaginais. Essa intervenção é realizada mais comumente nos pequenos lábios, mas também pode ocorrer em relação aos grandes lábios vaginais^{5,6}.

A técnica elíptica ou longitudinal foi inicialmente descrita por Hodgkinson & Hait⁷. É a técnica mais realizada no mundo⁶, seguida pela técnica em forma de “V” ou técnica em cunha, descrita por Alter⁸. A combinação de técnica longitudinal com ressecção em cunha também é realizada⁹.

Ressecção em forma de W, Z-plastia, ressecção posterior e ressecção epitelial também são técnicas descritas para ressecção de pequenos lábios. Porém, estas não são tão comuns quanto as anteriores¹⁰⁻¹³.

A cirurgia de ressecção de excesso de pequenos lábios vaginais pode ser associada à ressecção do capuz clitoriano em sua região lateral, cefálica ou ambas^{1,5,8,14-16} e pode ser associada ou não à clitoripexia, que significa a fixação do clitóris ao púbis^{8,11,14-20}.

Em casos de lipodistrofia em região púbica, no monte de Vênus, é possível a realização de lipoaspiração dessa região²¹.

Outra classificação também descrita é a de Motakef, que se refere à protrusão de pequenos lábios em relação aos grandes lábios vaginais. O autor define classe I (0 a 2cm de protrusão), classe II (2 a 4cm de protrusão) e classe III (maior de 4cm de protrusão).

Acrescentam-se a letra “A” para casos de assimetria e a letra “C” para casos de excesso de capuz. Nessa classificação, não são considerados casos de hipotrofia e flacidez dos grandes lábios vaginais. Esses sinais ficam evidentes com o envelhecimento da mulher²².

De acordo com os dados mais recentes, divulgados pela Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética em 2020, referentes a procedimentos realizados no ano de 2019, o Brasil é o país campeão no número de labioplastias, ninfoplastias ou cirurgia de redução dos pequenos lábios vaginais. Foram 20.334 em comparação com 13.697 nos Estados Unidos, considerando um total de 142.119 desse tipo de cirurgia realizadas no mundo. Além disso, no comparativo entre os anos de 2016 e 2020, a nível mundial, a realização desse procedimento teve um aumento de 3%, apesar da queda, quando comparados com 2019 e 2020²³.

As especialidades que executam esse tipo de procedimento em sua maior proporção são a cirurgia plástica e a uroginecologia. Estima-se, portanto, que esses dados devem ser ainda maiores, uma vez que, no presente estudo, constam apenas os dados relativos à cirurgia plástica.

Diversos fatores são associados ao crescimento do número de procedimentos. Entre eles, estão o maior acesso à informação, a liberdade sexual, o maior número de profissionais capacitados e mudanças culturais e de paradigmas em relação à sexualidade²⁴.

As principais fontes das quais se extraem os resultados acerca da divulgação da ninfoplastia referem-se a sites, vídeos, reportagens em jornais e revistas de grande circulação e revistas femininas. Nesses veículos, em geral, apresentam-se a opinião de especialistas e alguns depoimentos de mulheres.

É muito comum também o material produzido pelos próprios médicos, principalmente cirurgiões plásticos e ginecologistas, seja em suas páginas pessoais, seja em perfis profissionais em redes sociais, em sites de suas clínicas, além de canais no YouTube²⁵.

Outros procedimentos cirúrgicos, na área genital visam, além da hipertrofia dos pequenos lábios, ao aumento e/ou à redução dos grandes lábios, bem como à redução do clitóris e/ou capuz clitoriano.

Existem diversos tipos de vulva e, nem sempre, a mulher se sente desconfortável com sua área genital do ponto de vista estético. Assim, a intenção de alterar ou melhorar a aparência da genitália externa e se submeter a um procedimento cirúrgico não estará presente.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é descrever a técnica cirúrgica em *boomerang* e os resultados cirúrgicos.

O procedimento da vulva é realizado de forma ampla para melhorar a estética da região, incluindo o reposicionamento do clitóris e ressecção do capuz clitoriano, a redução dos pequenos lábios e aumento dos grandes lábios, quando indicado.

MÉTODO

Foi conduzido um estudo retrospectivo, de caráter analítico, para avaliar os prontuários médicos de 48 pacientes consecutivas submetidas a cirurgia estética genital feminina em uma clínica privada de cirurgia plástica (Instituto Tatiana Turini de Cirurgia Plástica) e no Hospital Regional Asa Norte (HRAN), em Brasília, Brasil, entre julho de 2017 e julho de 2021. O estudo foi realizado de acordo com os padrões éticos da Declaração de Helsinki de 1964 e suas alterações subsequentes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa (FEPECS-DF), sob o número 4842358. Todas as pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o procedimento, uso de dados clínicos e registros fotográficos para fins científicos e de publicação. O anonimato do paciente foi garantido.

As pacientes apresentaram hipertrofia tipo III (hipertrofia labial que se estende a todo o capuz clitoriano), de acordo com a classificação de Cunha et al.²⁶ (Figura 1) com ou sem hipertrofia do clitóris, o que justificou o procedimento que se estende até o capuz. Algumas pacientes ainda apresentavam flacidez e volume reduzido dos grandes lábios. A vulva padrão pode ser vista na Figura 2.

As fotografias do pré-operatório e do pós-operatório foram tiradas com vista frontal (em que o limite superior é a metade da distância entre o xifoide e o umbigo e o limite inferior são os joelhos com as pernas posicionadas na mesma largura dos ombros e com os braços atrás do corpo). E posição de litotomia (com os joelhos flexionados e as coxas fletidas e abduzidas) em um ângulo de 45° na posição vertical anterior.

Procedimento cirúrgico

As pacientes foram operadas pela mesma médica cirurgiã plástica sob anestesia local, bloqueio do neuroeixo ou anestesia geral, em posição de litotomia.

Quando o procedimento foi realizado sob anestesia local, a precaução tomada foi administrar um anti-inflamatório e um comprimido analgésico via oral uma hora antes da cirurgia.

A área de incisão foi delineada com uma caneta de marcação, com a paciente na posição de litotomia. A linha de incisão foi marcada na forma de um boomerang no capuz clitoriano (pele prepucial), estendendo-se até o sulco entre os grandes e pequenos



3zeldygera

Figura 1. Hipertrofia tipo III.



3zeldygera

Figura 2. Vulva padrão.

lábios. Posteriormente, o excesso de pequenos lábios foi marcado para ressecção (Figura 3). Houve atenção à largura mínima de 1cm quanto para posicionamento dentro das margens dos grandes lábios (Figura 4). A ressecção dos pequenos lábios é realizada longitudinalmente, com excisão da mucosa em toda a sua extensão. De grande importância é a hemostasia dessa região. A assimetria no pré-operatório de labioplastia não é incomum. Por isso, deve haver o cuidado na marcação dos pequenos lábios para que fiquem o mais simétricos possível no pós-operatório. Outro cuidado importante é manter a cicatriz em região de fúrcula vaginal anterior.

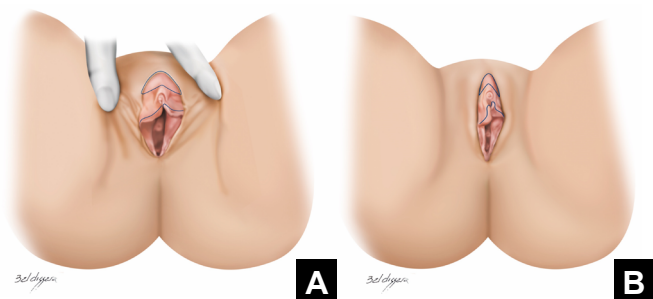


Figura 3. Marcação pré-operatória da técnica *boomerang*.

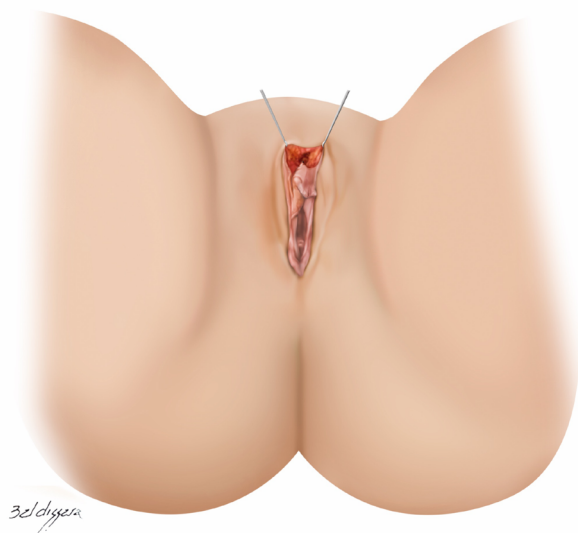


Figura 4. Incisão a 12 horas realizada em direção ao ligamento suspensor do clitóris.

A antissepsia foi realizada com clorexidine aquosa em região de vulva e introito vaginal e clorexidine degermante e clorexidine alcoólica em regiões adjacentes como abdome inferior e coxas. Lidocaína spray 10% foi usada na região operada 15 minutos antes da infiltração com uso de solução de xilocaína 2%, nos pequenos lábios, capô e região junto ao periósteo de púbis, normalmente não é usado mais do que 20mL de infiltração.

Após a ressecção da pele, usando o formato de *boomerang* na região do capuz clitoriano, foi realizada uma incisão e dissecação a 12 horas em direção ao ligamento suspensor do clitóris na região bulbar (Figura 5). O corpo clitoriano foi suturado ao periósteo do púbis anterior usando um nylon de 4-0. O excesso de tecido dos pequenos lábios foi removido por ressecção longitudinal realizada em um plano medialmente inclinado, deixando cicatrizes mínimas e ocultas. A remoção do excesso de tecido deve ser cuidadosamente realizada para evitar ressecção excessiva. A síntese de

pequenos lábios e capô clitoriano com pontos contínuos utilizando fio de catgut 5.0.

A hemostasia foi obtida por eletrocauterização. Finalmente, um ponto contínuo utilizando fio de catgut 5.0 foi executado. O vicryl 5-0 rapid, pode ser uma opção para a sutura dessa região.

O cuidado no pós-operatório inclui o uso de creme vaginal com lidocaína, calêndula, mentol, óleo de hamamelis e copaíba. Esse creme foi criado pela própria cirurgiã com auxílio farmacêutico. Higienização após urinar e evacuações e o uso de roupa íntima para incontinência são também orientações do pós-operatório.

Os dados dos desfechos cirúrgicos e complicações foram coletados por meio da revisão do prontuário dos pacientes.

Os dados numéricos são demonstrados como média, desvio padrão (DP) e intervalos.

RESULTADOS

Nesse estudo analítico retrospectivo, foram revisados os prontuários de 49 pacientes submetidas ao procedimento descrito durante o período do estudo. Uma paciente foi excluída da análise em virtude da idade inferior a 18 anos, totalizando, assim, 48 pacientes. Mais da metade da amostra (64,68%) teve acesso ao procedimento cirúrgico via Sistema Único de Saúde (SUS).

As análises dos dados foram realizadas no programa IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) 23, 2015. O nível de significância utilizado em todo o estudo foi de 5%.

Nos procedimentos realizados, a anestesia local foi a forma de anestesia mais prevalente, sendo aplicada em 39 pacientes (81,25%), principalmente nos casos em que foi realizada apenas a cirurgia íntima. A anestesia peridural foi realizada em 12 pacientes (12,5%) e a anestesia geral em três (6,25%), conforme apresentado na Tabela 1. As anestésias peridural e geral aconteceram em cirurgias combinadas, como a mamoplastia e a lipoaspiração, que têm maior recorrência entre os procedimentos realizados juntamente à plástica genital feminina.

A idade dos pacientes variou entre 18 e 48 anos (DP: 9,68). A maioria das pacientes (41,67%) estavam na faixa etária entre 28 e 37 anos, com média de 36,25 anos (+ 9,76%) e mediana de 35,5 anos. Nove pacientes eram casadas ou tinham um parceiro conjugal e nove eram solteiras (Tabela 1).

Conforme apresentado na Tabela 1, ocorreram três casos de complicação precoce (6,25%), sendo dois de hematoma de pequenos lábios e um de deiscência de ferida. Apenas três pacientes (6,25%) buscaram

Tabela 1. Características sociodemográficas e cirúrgicas das pacientes submetidas ao procedimento de plástica genital feminina, Brasília, DF, Brasil, 2022.

	Item	n	%
Faixa etária	18 a 27 anos	8	16,67
	28 a 37 anos	20	41,67
	38 a 47 anos	14	29,17
	≥ 48 anos	6	12,50
SUS / Particular	SUS	31	64,58
	Particular	17	35,42
Ressecção de excesso de pequenos lábios	Não	1	2,08
	Sim	47	97,92
Anestesia	Local	39	81,25
	Peridural	6	12,50
	Geral	3	6,25
Refinamento	Não	42	87,5
	Sim	6	12,5
Complicações	Não	45	93,25
	Sim	03	6,25
Cirurgia combinada	Não	39	81,25
	Sim	9	18,75
Total		48	100,00

orientação médica para realização de procedimento secundário devido a complicações tardias de cirurgias feitas com outros cirurgiões.

Realizou-se refinamento cirúrgico em seis pacientes. Em um caso, tal prática foi executada para melhoria de pequena assimetria, por meio de pequena ressecção unilateral; em outro caso, havia, ainda, redundância de pequenos lábios, em que foi realizada nova ressecção de tecido. Em três casos, houve cirurgia de plicatura de clitóris (clitoripexia) em pacientes que apresentavam previamente hipertrofia clitoriana secundária a hormônio. Não houve nenhum caso de infecção. Para a maioria das pacientes, era a cirurgia primária, ou seja, nunca tinham sido operadas na região vulvar previamente.

De acordo com a Tabela 2, pode-se verificar que a maioria das pacientes (97,65%) foram submetidas a ressecção de pequenos lábios vaginais. E em 85,4% dos casos a labioplastia foi realizada de forma ampla, em que o procedimento incluiu o capuz e o clitóris. A ressecção do capuz com a técnica *boomerang* foi realizada em 87,5% das pacientes. A associação de lipoenxertia em grandes lábios foi realizada em seis pacientes (12,5%). Em apenas três casos (6,28%), a labioplastia foi realizada isoladamente. Não houve nenhum caso de diminuição de sensibilidade, apenas uma paciente referiu aumento de sensibilidade em

Tabela 2. Distribuição das áreas genitais operadas das pacientes do estudo, Brasília, DF, Brasil, 2022.

Plástica genital feminina		
Áreas da genital feminina	N	%
Pequenos lábios (Ninfoplastia/labioplastia)	3	6,28
Pequenos lábios + grandes lábios	1	2,08
Pequenos lábios + capuz clitoriano + clitóris	41	85,4
Pequenos lábios + capô capuz clitoriano	1	2,08
Pequenos lábios + fúrcula vaginal posterior	1	2,08
Capuz clitoriano + clitóris	1	2,08
Total	48	100

virtude da maior exposição do clitóris, porém sem nenhum prejuízo à relação sexual e ao orgasmo.

Ao serem questionadas sobre a melhora da atividade sexual após o procedimento, 83% das pacientes relataram melhora durante a relação sexual e autoconfiança com seu corpo e 12% do total relataram que não houve diferença no seu desempenho sexual. Nenhuma paciente relatou piora. E uma paciente não teve relação sexual após o procedimento.

Fotografias do pré-operatório e pós-operatório de pacientes que estão incluídas nesse estudo podem ser vistas nas Figuras 5 a 12.



Figura 5. (A) Fotografias pré-operatórias e (B) pós-operatórias de seis meses de uma paciente em pé.



Figura 6. (A) Fotografias pré-operatórias e (B) pós-operatórias de seis meses de uma paciente na posição de litotomia em 45°.

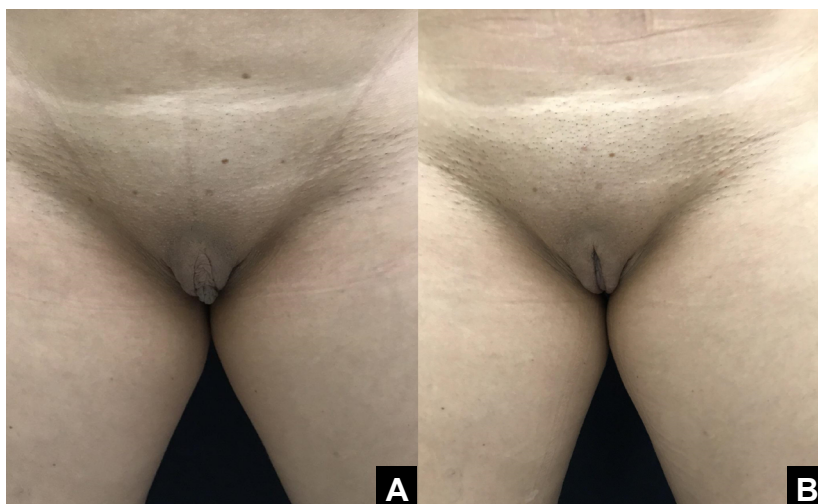


Figura 7. (A) Fotografias pré-operatórias e (B) pós-operatórias de 20 dias de uma paciente em Pé.



Figura 8. (A) Fotografias pré-operatórias e (B) pós-operatórias de 20 dias de uma paciente na posição de litotomia em 45°.

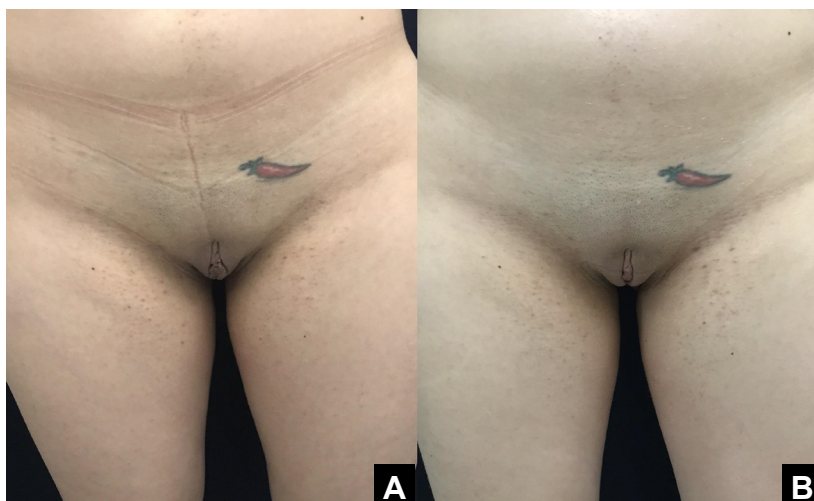


Figura 9. (A) Fotografias pré-operatórias e (B) pós-operatórias de seis meses de uma paciente em pé.

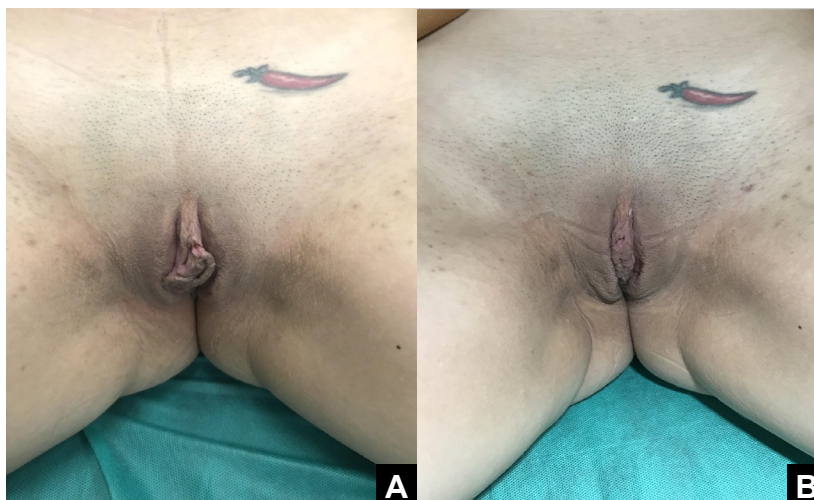


Figura 10. (A) Fotografias pré-operatórias e (B) pós-operatórias de seis meses de uma paciente na posição de litotomia em 45°.



Figura 11. (A) Fotografias pré-operatórias e (B) pós-operatórias de dois meses de uma paciente em pé.



Figura 12. (A) Fotografias pré-operatórias e (B) pós-operatórias de dois meses de uma paciente na posição de litotomia em 45°.

DISCUSSÃO

As pacientes são submetidas a labioplastia por vários motivos. Miklos & Moore²⁷ avaliaram 131 pacientes de labioplastia que foram submetidas a cirurgia apenas por queixas estéticas (37%), apenas queixas funcionais (32%), como desconforto e dor, ou queixas funcionais e estéticas (31%). Nesse estudo, as pacientes procuraram a labioplastia apenas por queixas estéticas (44%), demonstrando seu grande interesse na melhora da aparência genital, por queixas estéticas e funcionais (33,33%), por queixas estéticas, funcionais e psicológicas (5,56%) e por queixa funcional (5,56%).

Muitas técnicas para a redução dos pequenos lábios foram descritas. Entretanto, poucos estudos descrevendo o tratamento do capuz clitoriano foram encontrados na literatura. Hamori²⁸ descreveu a

ressecção em V invertido para redução do capuz clitoriano redundante. Oppenheimer¹⁵ mostrou “a labioplastia em ferradura”, uma técnica baseada em um recontorno circunferencial contíguo dos pequenos lábios e do capuz clitoriano. Xia et al.²⁰ demonstraram em seu trabalho a ressecção do capuz clitoriano na região do sulco associado a ressecção de pequenos lábios. Li et al.¹¹ descreveram a técnica em L. Yang & Hengshu¹³ descreveram a técnica em que fizeram uma adaptação da W-plastia para ressecção tanto do pequeno lábio quanto do capuz.

Gress¹⁴, em sua técnica, descreveu a redução dos pequenos lábios e do capuz clitoriano, combinado com o reposicionamento da glândula. Após ressecção de um segmento de tecido cranialmente com cerca de 2 a 3cm de comprimento (visto como a extensão caudal do capuz clitoriano), um segmento de pele abaixo do clitóris e um

segmento de pele retangular acima do capuz clitoriano são removidos e as margens da ferida são unidas. Esse estudo demonstra que aproximadamente 35% dos pacientes, após a técnica, melhoraram a aptidão sexual em que há ressecção combinada.

Mañero Vázquez et al.²⁹ realizaram, em seu trabalho, a ressecção do capuz clitoriano em sua porção lateral associado à plicatura do corpo clitoriano junto ao periósteo a 4 e 8 horas. Diferentemente do presente trabalho, no qual é realizado a ressecção do capuz clitoriano em sua região cefálica com ponto a 12 horas e consequente à ascensão do clitóris.

Já existe uma preocupação generalizada sobre o tratamento da vulva que não se limita à correção da hipertrofia dos pequenos lábios, mas inclui o reparo do capuz clitoriano, envolvendo o tratamento do capuz clitoriano redundante e a hipertrofia do clitóris^{14,18}.

O termo “realocação do clitóris” (ou reposicionamento) foi usado pela primeira vez por Lattimer³⁰, em 1961, para descrever o tratamento do resultado da hipertrofia congênita do clitóris, que veio do uso materno de anabolizantes durante a gravidez.

As preocupações com a perda de sensibilidade do clitóris são consistentes em estudos neuroanatômicos do clitóris fetal, mostrando que a maior densidade nervosa está localizada dentro da túnica do aspecto dorsal do clitóris³¹. A técnica cirúrgica descrita nesse estudo, a inervação a 12 horas, não é afetada, mas deve-se ter cuidado para tratar a inervação a 11 e 13 horas devido à presença de terminações nervosas originadas do nervo pudendo.

O capuz clitoriano é uma estrutura que cobre e protege o clitóris (glândula) quando tem um tamanho normal de cerca de 2cm de comprimento. No entanto, em casos como a hipertrofia do clitóris ou capuz clitoriano redundante, a redução dos pequenos lábios, por si só, pode levar a resultados insatisfatórios, chamando a atenção para o capuz clitoriano, que não era tão evidente antes do procedimento. Em contraste, a remoção do excesso de pele com a exposição da glândula pode resultar em aumento da sensibilidade do clitóris^{19,31}.

Na avaliação pré-operatória, as pacientes também podem apresentar dobras nos pequenos lábios, na forma de tecido redundante, que podem ser abordados pelo reposicionamento tecidual, com resultados positivos em uma visão litotômica.

CONCLUSÃO

A técnica *boomerang* descrita é um procedimento cirúrgico para melhora do excesso de tecido em região de capô clitoriano associado ao excesso de pequenos lábios vaginais. Tal técnica é reprodutível e apresenta

baixo índice de complicação e alto índice de satisfação, proporcionando benefícios estéticos e/ou funcionais na genitália feminina.

COLABORAÇÕES

TT Aprovação final do manuscrito, Concepção e desenho do estudo, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição.

MEAM Aprovação final do manuscrito, Redação - Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. Triana L, Robledo AM. Aesthetic surgery of female external genitalia. *Aesthet Surg J*. 2015;35(2):165-77.
2. Turini T, Weck Roxo AC, Serra-Guimarães F, Abreu ML, de Castro CC, Aboudib JH, et al. The Impact of Labiaplasty on Sexuality. *Plast Reconstr Surg*. 2018;141(1):87-92.
3. Goodman MP, Placik OJ, Matlock DL, Simopoulos AF, Dalton TA, Veale D, et al. Evaluation of Body Image and Sexual Satisfaction in Women Undergoing Female Genital Plastic/Cosmetic Surgery. *Aesthet Surg J*. 2016;36(9):1048-57.
4. Selvaggi G, Ressa CM, Ostuni G, Selvaggi L. Reduction of the hypertrophied clitoris: surgical refinements of the old techniques. *Plast Reconstr Surg*. 2008;121(5):358e-61e.
5. Lista F, Mistry BD, Singh Y, Ahmad J. The Safety of Aesthetic Labiaplasty: A Plastic Surgery Experience. *Aesthet Surg J*. 2015;35(6):689-95.
6. Placik OJ, Devgan LL. Female Genital and Vaginal Plastic Surgery: An Overview. *Plast Reconstr Surg*. 2019;144(2):284e-97e.
7. Hodgkinson DJ, Hait G. Aesthetic vaginal labiaplasty. *Plast Reconstr Surg*. 1984;74(3):414-6.
8. Alter GJ. Aesthetic labia minora and clitoral hood reduction using extended central wedge resection. *Plast Reconstr Surg*. 2008;122(6):1780-9.
9. Jiang X, Chen S, Qu S, Ma N, Wang W, Li Y, et al. A New Modified Labiaplasty Combined with Wedge De-Epithelialization on the Medial Side and Edge Resection. *Aesthetic Plast Surg*. 2021;45(4):1869-76.
10. Kelishadi SS, Elston JB, Rao AJ, Tutela JP, Mizuguchi NN. Posterior wedge resection: a more aesthetic labiaplasty. *Aesthet Surg J*. 2013;33(6):847-53.
11. Li F, Li Q, Zhou Y, Li S, Cao Y, Liu M, et al. L-Shaped Incision in Composite Reduction Labiaplasty. *Aesthetic Plast Surg*. 2020;44(5):1854-8.
12. Oranges CM, Sisti A, Sisti G. Labia minora reduction techniques: a comprehensive literature review. *Aesthet Surg J*. 2015;35(4):419-31.
13. Yang E, Hengshu Z. Individualized Surgical Treatment of Different Types of Labia Minora Hypertrophy. *Aesthetic Plast Surg*. 2020;44(2):579-85.
14. Gress S. Composite reduction labiaplasty. *Aesthetic Plast Surg*. 2013;37(4):674-83.
15. Oppenheimer AJ. The Horseshoe Labiaplasty: Problems and Pearls. *Ann Plast Surg*. 2017;78(6S Suppl 5):S286-8.
16. Zeplin PH. Clitoral Hood Reduction. *Aesthet Surg J*. 2016;36(7):NP231.
17. Davison SP, Hayes KD, LaBove G. The Extended Clitoral-U Suspension and Unhooding. *Clin Surg*. 2018;3:1916.
18. Hamori CA. Postoperative clitoral hood deformity after labiaplasty. *Aesthet Surg J*. 2013;33(7):1030-6.
19. Hunter JG. Labia Minora, Labia Majora, and Clitoral Hood Alteration: Experience-Based Recommendations. *Aesthet Surg J*. 2016;36(1):71-9.

20. Xia Z, Liu CY, Yu N, Liu Z, Zeng A, Zhang Y, et al. Three-Step Excision: An Easy Way for Composite Labia Minora and Lateral Clitoral Hood Reduction. *Plast Reconstr Surg.* 2021;148(6):928e-35e.
21. El-Khatib HA. Mons pubis ptosis: classification and strategy for treatment. *Aesthetic Plast Surg.* 2011;35(1):24-30.
22. Motakef S, Rodriguez-Feliz J, Chung MT, Ingargiola MJ, Wong VW, Patel A. Vaginal labiaplasty: current practices and a simplified classification system for labial protrusion. *Plast Reconstr Surg.* 2015;135(3):774-88.
23. American Society of Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS). Plastic Surgery Statistics: Plastic surgery procedural statistics from the American Society of Plastic Surgeons. Available at: <https://www.plasticsurgery.org/news/plastic-surgery-statistics>
24. Furnas HJ, Graw GJ, Cho MJ, Othman S, Graw B, Percec I. Safety in Female Genital Plastic Surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2020;146(4):451e-63e.
25. Rohden F. The dissemination of intimate surgery in Brazil: gender norms, dilemmas, and responsibilities in the field of aesthetic plastic surgery. *Cad Saude Publica.* 2021;37(12):e00178021.
26. Cunha FI, Silva LM, Costa LA, Vasconcelos FRP, Amaral GT. Nymphoplasty: Classification and technical refinements. *Rev Bras Cir Plást.* 2011;26(3):507-11.
27. Miklos JR, Moore RD. Labiaplasty of the labia minora: patients' indications for pursuing surgery. *J Sex Med.* 2008;5(6):1492-5.
28. Hamori CA. Aesthetic surgery of the female genitalia: labiaplasty and beyond. *Plast Reconstr Surg.* 2014;134(4):661-73.
29. Mañero Vázquez I, García Buendía G, Rodríguez Vega A, Rubí Oña CG. Labiaplasty with Clitoropexy. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2019;7(5):e2239.
30. Lattimer JK. Relocation and recession of the enlarged clitoris with preservation of the glans: an alternative to amputation. *J Urol.* 1961;86:113-6.
31. Baskin LS, Erol A, Li YW, Liu WH, Kurzrock E, Cunha GR. Anatomical studies of the human clitoris. *J Urol.* 1999;162(3 Pt 2):1015-20.

*Autor correspondente: **Tatiana Turini**

SGAS II St. de Grandes Áreas Sul 616, Conjunto A, Lote 116/117, Sala 1, Asa Sul, Brasília, DF, Brasil.
CEP: 70200-001
E-mail: tatianaturini@hotmail.com