

Ninfoplastia: classificação e refinamentos técnicos

Nymphoplasty: classification and technical refinements

FÁBIO INÁCIO DA CUNHA¹
 LÚCIO MARQUES DA SILVA²
 LAUDICÉLY DE ARAÚJO COSTA³
 FLÁVIA ROBERTA PAES
 VASCONCELOS⁴
 GIULIANO TROMBETTA
 AMARAL⁵

RESUMO

Introdução: A hipertrofia dos pequenos lábios traz problemas estéticos e de comprometimento do comportamento íntimo e social. As técnicas existentes, via de regra, propõem excisão do excesso de tecido e reaproximação das bordas; entretanto, diferenças anatômicas são comuns e, frequentemente, observa-se hipertrofia do prepúcio do clitóris associada a aumento dos pequenos lábios. Essas alterações, se não tratadas adequadamente, limitam o resultado, podendo produzir sequelas estéticas e funcionais. Este trabalho propõe uma classificação dos tipos de hipertrofia, com tratamento diferenciado para cada um deles, além de refinamentos técnicos na abordagem da hipertrofia dos pequenos lábios. **Métodos:** Estudo retrospectivo de 20 casos de plástica genital feminina, realizada no Centro de Cirurgia Plástica de Brasília e Hospital das Forças Armadas, no período de junho de 1999 a março de 2008. As pacientes foram classificadas em três grupos, de acordo com o grau e a localização da hipertrofia dos pequenos lábios. **Resultados:** As pacientes mostraram-se muito satisfeitas com o aspecto estético proporcionado pela cirurgia. Não foram verificadas complicações relacionadas aos procedimentos realizados. Todas as pacientes foram submetidas a tratamento cirúrgico dos pequenos lábios de acordo com o protocolo proposto pelos autores, baseado no tipo de hipertrofia. **Conclusões:** Os procedimentos cirúrgicos realizados, propostos de acordo com a classificação da hipertrofia dos pequenos lábios, permitiram a obtenção de resultados estéticos e funcionais satisfatórios, proporcionando à paciente oportunidade de redução do excesso dos pequenos lábios e do prepúcio do clitóris, sem criar estigmas cirúrgicos ou diminuição da sensibilidade, não prejudicando, portanto, a função sexual.

Descritores: Vulva/cirurgia. Clitóris/cirurgia. Procedimentos cirúrgicos em ginecologia/métodos.

ABSTRACT

Background: The hypertrophy of labia minora can bring some aesthetic intimate and social behavior problems. The current techniques propose excision of the tissue excess and rapprochement of the edges. However, anatomical differences are common and often there is also hypertrophy of the clitoris foreskin associated with the increase of the labia minora, and if not treated correctly, it will limit the result, which may cause aesthetic and functional sequelae. This study proposes a classification of types of hypertrophy, with distinct treatment for each one, and technical refinements in the approach of hypertrophy of the labia minora. **Methods:** A retrospective study of 20 cases of female genital plastic, held at the Centro de Cirurgia Plástica de Brasília and Hospital das Forças Armadas from June 1999 to March 2008. Patients were classified in three groups according to the degree and location of the labia minora hypertrophy. **Results:** Patients were very satisfied with the aesthetic appearance provided by the surgery. There were no complications related to the performed procedures. All patients underwent surgical treatment of the labia minora in accordance to the protocol proposed by the authors based on the type of hypertrophy. **Conclusions:** Surgical procedures performed according to the proposed classification of labia minora provided satisfactory functional and aesthetic results, giving the patient an opportunity to reduce the excessive labia minora and prepuce of clitoris, without creating surgical stigmata or decreasing the sensitivity, not harming therefore sexual function.

Keywords: Vulva/surgery. Clitoris/surgery. Gynecologic surgical procedures/methods.

Trabalho realizado no Hospital das Forças Armadas e no Centro de Cirurgia Plástica de Brasília (CIRPLÁS), Brasília, DF, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 19/5/2011
 Artigo aceito: 29/7/2011

1. Cirurgião plástico, membro titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), diretor clínico do Centro de Cirurgia Plástica de Brasília (CIRPLÁS), Brasília, DF, Brasil.
2. Cirurgião plástico, membro titular da SBCP, cirurgião plástico da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil.
3. Cirurgiã plástica, membro titular da SBCP, Brasília, DF, Brasil.
4. Cirurgiã plástica, membro titular da SBCP, cirurgiã plástica do Hospital das Forças Armadas, Brasília, DF, Brasil.
5. Especialista em cirurgia plástica, cirurgião plástico da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil.

INTRODUÇÃO

Alterações anatômicas dos pequenos lábios podem trazer desconforto funcional e estético, interferindo na higiene pessoal, no uso de roupas mais justas, no transcurso sexual e na vaidade feminina¹⁻¹¹.

As hipertrofias podem ser congênitas ou adquiridas por irritação crônica, aumento exagerado de peso ou ação hormonal (androgênica), endógena ou exógena¹⁻³.

Não existe uma definição anatômica sobre o tamanho apropriado dos pequenos lábios, mas há, como padrão da normalidade, o conceito de que os pequenos lábios devem estar cobertos pelos grandes lábios, os quais devem confluir superiormente e recobrir parcialmente o clitóris, quando a paciente é vista em posição anatômica, isto é, com as pernas aduzidas.

Nos dias atuais, com a maior exposição do corpo feminino em revistas, cinema, internet, etc., as mulheres puderam perceber diferenças naturais existentes na anatomia genital externa e fazer comparações, identificando um modelo estético mais agradável às ninfas e aos grandes lábios.

O culto ao corpo associado à melhora da autoestima feminina são fatores importantes na obtenção de satisfação pessoal²⁻⁶, quando as pacientes buscam o auxílio da cirurgia plástica para melhorar o contorno corporal. Isso tem, de certa forma, servido como fator adjuvante na maior procura por esse tipo de cirurgia atualmente.

O receio das pacientes em realizar a cirurgia nessa região anatômica reside na possibilidade de restarem estigmas cirúrgicos, como cicatrizes e alterações anatômicas, ou, ainda, de haver diminuição da sensibilidade e dispareunia⁵⁻⁷. Portanto, não se deve menosprezar o procedimento da plástica genital ou classificá-la simplesmente como uma ressecção elíptica dos excessos. Os cirurgiões devem estar atentos para as diferenças anatômicas de cada indivíduo, e procurar adequação cirúrgica de cada caso⁵⁻⁸.

Durante o desenvolvimento desse trabalho, foi constatada a ausência de uma classificação que descrevesse os excessos e as alterações tão comuns nas pacientes. Dessa forma, o presente trabalho visa a propor uma classificação das variações anatômicas mais comuns dos pequenos lábios, e demonstrar uma tática cirúrgica para abordagem das ninfas em cada caso e seus respectivos refinamentos técnicos.

MÉTODO

Estudo retrospectivo de 20 casos de plástica genital feminina, realizada no Centro de Cirurgia Plástica de Brasília e Hospital das Forças Armadas, no período de junho de 1999 a março de 2008. A idade das pacientes variou de 27 a 55 anos. As pacientes foram classificadas em três grupos, de acordo com o grau e a localização da hipertrofia dos pequenos lábios:

- tipo I – excesso de pele em região posterior/inferior, adjacente ao introito vaginal (Figura 1);
- tipo II – excesso de pele que se estende laterosuperiormente ao clitóris (Figura 2); e
- tipo III – excesso de pele em toda a área, incluindo o prepúcio do clitóris (Figura 3).



Figura 1 – Representação esquemática do tipo I de hipertrofia de pequenos lábios.

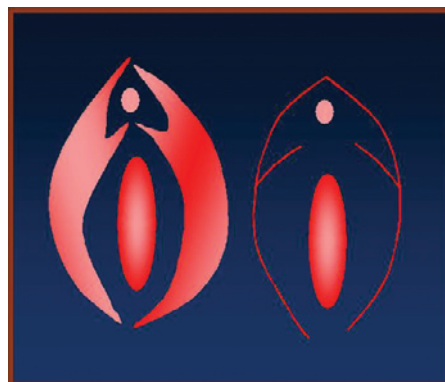


Figura 2 – Representação esquemática do tipo II de hipertrofia de pequenos lábios.

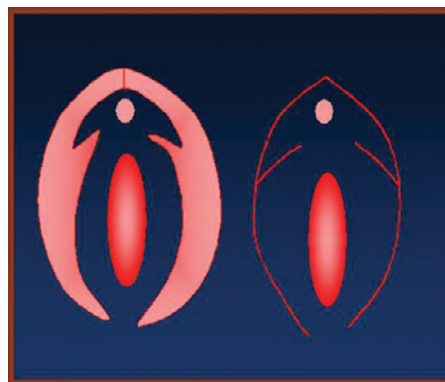


Figura 3 – Representação esquemática do tipo III de hipertrofia de pequenos lábios.

Todas as pacientes foram submetidas a tratamento cirúrgico dos pequenos lábios de acordo com o protocolo proposto pelos autores, baseado no tipo de hipertrofia.

A ressecção do excesso dos pequenos lábios foi feita em um plano inclinado medialmente (mais internamente, no introito vaginal), proporcionando uma cicatriz final mais interna e menos aparente. A hemostasia foi realizada com bisturi de alta frequência e a sutura contínua, tipo chuleio, foi feita com fio Caprofy1® 5-0 (poliglecaprone 25/Ethicon).

Todas as pacientes foram operadas pela mesma equipe cirúrgica, sendo 15 sob bloqueio peridural e 5 sob anestesia local e sedação. As pacientes foram colocadas na posição de litotomia e mantidas em regime de internação por período de 6 a 24 horas, dependendo do tipo de anestesia e da associação a outros procedimentos (cirurgias associadas). Próximo à área operada, não foi realizado nenhum outro procedimento.

No período pós-operatório, as pacientes foram submetidas a repouso relativo, uso de compressas geladas nas primeiras horas e antisséptico local (Andolba® spray), por duas semanas.

Foi utilizada antibioticoterapia (cefazolina 1 g, via intravenosa, uma dose na indução anestésica e depois a cada 8 horas nas primeiras 24 horas, e cefadroxila 500 mg, via oral, a cada 12 horas por cinco dias) e associado anti-inflamatório não-esteróide (Tilatil® 20 mg, via oral, a cada 12 horas, por cinco dias), sendo também recomendada abstinência sexual por três semanas.

As pacientes foram acompanhadas em regime ambulatorial, por pelo menos seis meses, aferindo-se o resultado, objetivamente, quanto ao aspecto anatômico obtido e, subjetivamente, por meio de perguntas sobre o grau de satisfação das pacientes e a interferência no ato sexual, utilizando-se o seguinte questionário:

1. Está satisfeita com o resultado da cirurgia?

Sim

Não

Motivo:

2. Houve interferência no ato sexual?

Não

Sim

Melhorou

Piorou

Motivo:

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética do Centro de Cirurgia Plástica de Brasília (CIRPLÁS).

RESULTADOS

As pacientes mostraram-se muito satisfeitas com o aspecto estético proporcionado pela cirurgia, e não referiram

qualquer interferência negativa no ato sexual, havendo, inclusive, relato de melhora da sexualidade.

O aspecto anatômico obtido com a operação foi considerado bom, e não se verificou qualquer estigma cirúrgico (Figuras 4 a 9).

Não foram verificadas complicações relacionadas aos procedimentos realizados.

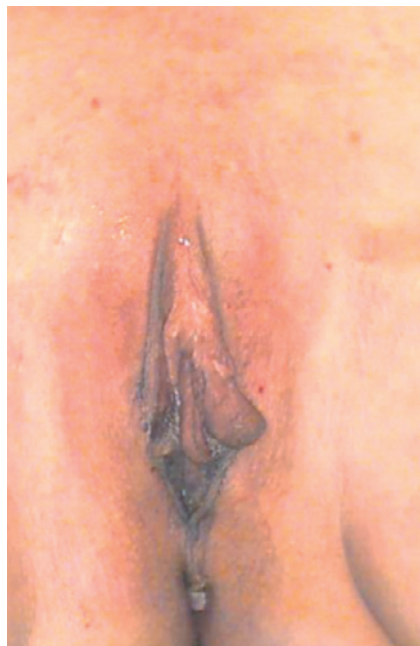


Figura 4 – Caso clínico: alteração tipo I.



Figura 5 – Caso clínico: alteração tipo II.

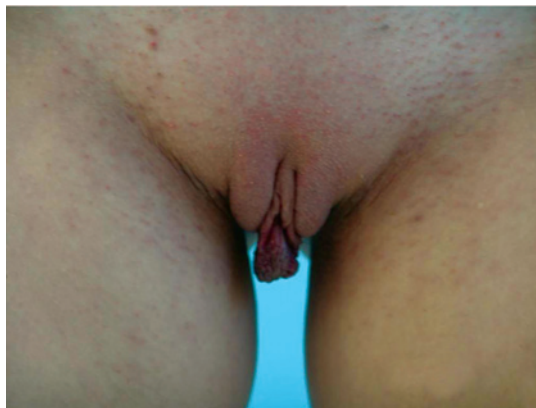


Figura 6 – Caso clínico: alteração tipo III.



Figura 8 – Pós-operatório de paciente portadora de hipertrofia de pequenos lábios tipo II.



Figura 7 – Pós-operatório de paciente portadora de hipertrofia de pequenos lábios tipo I.

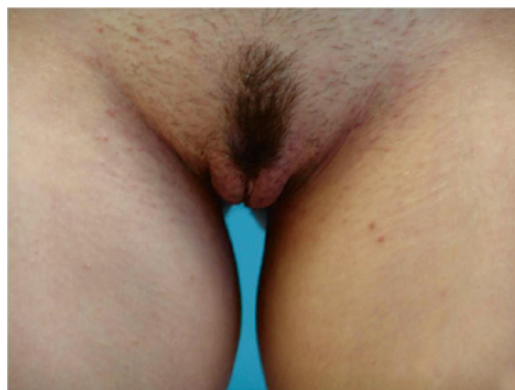


Figura 9 – Pós-operatório de paciente portadora de hipertrofia de pequenos lábios tipo III.

DISCUSSÃO

A elevada média de idade com que essas pacientes procuram o procedimento cirúrgico demonstra a clara maturidade sexual, a melhor informação e a busca por melhor imagem corporal que as pacientes dessa faixa etária apresentam. Com os refinamentos técnicos, a divulgação de bons resultados e a quebra de tabus, espera-se que maior número de pacientes procure esse tipo de cirurgia em idade mais precoce.

O pequeno número de publicações a esse respeito denota o pouco interesse do especialista por essas alterações; além disso, presenciou-se uma visão restrita em sua abordagem, incluindo apenas a ressecção simples dos excessos.

A classificação dos tipos de hipertrofia dos pequenos lábios e seus respectivos tratamentos proporciona melhores resultados estéticos. Neste trabalho é proposta uma nova forma de abordagem dos excessos da região do clitóris, com excisão do prepúcio contígua à excisão dos pequenos lábios, mas quebrada, obtendo-se redução do prepúcio com naturalidade, sem provocar amputações ou perda de sensibilidade.

Neste estudo, procurou-se deixar as cicatrizes na porção mais interior do introito vaginal, por meio da ressecção mais interna do excesso da região vulvar, e, com tratamento adequado, foi obtida melhor harmonização da região.

As cirurgias foram realizadas preferencialmente sob anestesia peridural, para melhor conforto da paciente e do cirurgião, já que a área é muito sensível à dor e o tecido é frouxo, e, por isso, deforma-se facilmente com a infiltração anestésica, prejudicando a avaliação anatômica. Esse conforto é importante para obtenção de melhor hemostasia e para a síntese das incisões, evitando-se as principais complicações previsíveis, como erro na quantidade de área ressecada, hematoma, deiscência da ferida e bordos mal aproximados.

O uso de anti-inflamatório não-hormonal está indicado pela alta incidência de edema e hipersensibilidade local, características dessa região.

Com essa estratégia, foi obtido grande índice de satisfação das pacientes, nos aspectos estético e funcional, o que também resume a opinião dos autores, principalmente na readequação morfológica da vulva nas pacientes operadas.

CONCLUSÃO

A cirurgia estética da genitália externa feminina deve ser abordada com seriedade e esmero, por se tratar de área de forte impacto emocional.

Novas táticas e refinamentos cirúrgicos estão surgindo, e este trabalho vem colaborar com esse progresso.

Os procedimentos cirúrgicos realizados, propostos de acordo com a classificação da hipertrofia dos pequenos lábios, permitiram a obtenção de resultados estéticos e funcionais satisfatórios, proporcionando à paciente oportunidade de redução do excesso dos pequenos lábios e do prepúcio do clitóris, sem criar estigmas cirúrgicos ou diminuição da sensibilidade, não prejudicando, portanto, a função sexual.

REFERÊNCIAS

1. Hodgkinson DJ, Hait G. Aesthetic vaginal labioplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1984;74(3):414-6.
2. Alter GJ. A new technique for aesthetic labia minora reduction. *Ann Plast Surg.* 1998;40(3):287-90.
3. Alter GJ. Central wedge nympectomy with a 90-degree Z-plasty for aesthetic reduction of the labia minora. *Plast Reconstr Surg.* 2005; 115(7):2144-5.
4. Rouzier R, Louis-Sylvestre C, Paniel BJ, Haddad B. Hypertrophy of labia minora: experience with 163 reductions. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182(1 pt 1):35-40.
5. Choi HY, Kim KT. A new method for aesthetic reduction of labia minora (the deepithelialized reduction of labioplasty). *Plast Reconstr Surg.* 2000;105(1):419-22.
6. Munhoz AM, Filassi JR, Ricci MD, Aldrighi C, Correia LD, Aldrighi JM, et al. Aesthetic labia minora reduction with inferior wedge resection and superior pedicle flap reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2006; 118(5):1237-47.
7. Maas SM, Hage JJ. Functional and aesthetic labia minora reduction. *Plast Reconstr Surg.* 2000;105(4):1453-6.
8. Giraldo F, González C, de Haro F. Central wedge nympectomy with a 90-degree Z-plasty for aesthetic reduction of the labia minora. *Plast Reconstr Surg.* 2004;113(6):1820-5.
9. Girling VR, Salisbury M, Ersek RA. Vaginal labioplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2005;115(6):1792-3.
10. Radman HM. Hypertrophy of the labia minora. *Obstet Gynecol.* 1976; 48(1 Suppl):78S-9S.
11. Kato K, Kondo A, Gotoh M, Tanaka J, Saitoh M, Namiki Y. Hypertrophy of labia minora in myelodysplastic women. Labioplasty to ease clean intermittent catheterization. *Urology.* 1998;31(4):294-9.

Correspondência para:

Fábio Inácio da Cunha
SHLS 716 – Bloco C – 1º andar – Asa Sul – Brasília, DF, Brasil – CEP 70390-904
E-mail: fabiocunha@brturbo.com.br