

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – UFMA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
CURSO DE MEDICINA

FERNANDA ALBUQUERQUE MARQUES PINHEIRO

**NINFOPLASTIA ESTÉTICA NA CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HIPERTROFIA
DE PEQUENOS LÁBIOS: REVISÃO DE LITERATURA**

São Luís

2016

FERNANDA ALBUQUERQUE MARQUES PINHEIRO

**NINFOPLASTIA ESTÉTICA NA CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HIPERTROFIA
DE PEQUENOS LÁBIOS: REVISÃO DE LITERATURA**

Artigo apresentado à Coordenação do Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão como pré-requisito para obtenção do grau de Médica.

Orientadora: Prof.^a MsC Adriana Lima dos Reis Costa

São Luís

2016

Pinheiro, Fernanda Albuquerque Marques

Ninfoplastia estética na correção cirúrgica de hipertrofia de pequenos lábios: revisão de literatura. / Fernanda Albuquerque Marques Pinheiro. - São Luís, 2016.
xx f.

Orientadora: Prof^a. Ms. Adriana Lima dos Reis
Artigo (Graduação) Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão, 2016.

1. Ninfoplastia. 2. Cirurgia estética vaginal. I. Reis, Adriana Lima dos (Orient.) II. Título.

CDU 618.163:616-089.844

FERNANDA ALBUQUERQUE MARQUES PINHEIRO

**NINFOPLASTIA ESTÉTICA NA CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HIPERTROFIA
DE PEQUENOS LÁBIOS: REVISÃO DE LITERATURA**

Artigo apresentado à Coordenação do
Curso de Medicina da Universidade
Federal do Maranhão como pré-requisito
para obtenção do grau de Médica.

Orientadora: Prof.^a MsC Adriana Lima dos
Reis Costa

Aprovado em: ___/___/_____.

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. MsC. Adriana Lima dos Reis Costa - Orientadora
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Dr.^a Rosy Ane de Jesus Pereira Araújo Barros - Examinadora 1
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Tarcísio Mota Coelho - Examinador 2
Universidade Federal do Maranhão

Ruberval Martins Guimarães - Examinador 3
Cirurgião Geral e especialista em Coloproctologia

São Luís

2016

A Deus, razão do meu viver.

À minha família, meu pilar.

A Matheus, amor imenso.

AGRADECIMENTOS

A Deus, razão da minha existência, que colocou em mim o desejo médico, me impele a prosseguir a cada dia e me fortalece para novos desafios.

Ao curso de Medicina e a Universidade Federal do Maranhão, que me capacitaram e firmaram em mim conhecimentos para a vida toda.

Aos meus pais, Eliane e Marques, minha base, pelo amor imenso e por terem me transmitido valores sem os quais não seria a pessoa que sou hoje.

A Matheus, hoje meu marido, que entrou em minha vida e me faz crescer como mulher, como pessoa e como futura médica, me fazendo enxergar um mundo novo. Seu amor é parte de minha motivação diária.

À Prof.^a Adriana Reis, por sua constante delicadeza e atenção sempre que eu buscava seu auxílio ao longo do curso, e por me incentivar para que uma tímida ideia ganhasse vida e se transformasse neste artigo de conclusão de curso.

Aos meus avós queridos, por confiarem sempre no meu potencial e amenizarem as sinuosidades do caminho com palavras sempre dóceis e carinho sincero.

Aos queridos professores, em especial à Adriana Bertrand, Maria do Carmo Lacerda e Vanisse Ramos que me ensinaram bem mais que Medicina. Obrigada por me abastecerem com exemplos inesquecíveis de ética, amor ao próximo e vocação sincera. Acima de tudo, obrigada por acreditarem em mim e me ensinarem a buscar sempre mais.

A Sarah, Julieth, e Raphael. Obrigada pela amizade, pelas risadas e pelas trocas. Esses seis anos certamente não seriam tão especiais se não fossem embalados pela nossa convivência e conversas. A amizade de vocês é muitíssimo valiosa para mim.

*“Só é digno da liberdade, como da vida,
aquele que se empenha em conquistá-la.”*

(Johann Goethe)

RESUMO

Introdução. A hipertrofia de lábios menores é uma condição de etiologia ainda incerta, com repercussões clínicas, psicológicas e sociais. Sua cirurgia corretora, a Ninfoplastia, é a mais frequente dentre as cirurgias estéticas genitais e tem sido alvo de interesse crescente. **Metodologia.** Trata-se de revisão de Literatura, com consulta às bases de dados Lilacs, SciELO, *Medline* e PubMed, utilizando-se as palavras-chave “ninfoplastia”, “labioplastia”, “hipertrofia de pequenos lábios” e “cirurgia estética genital”. Foram incluídos apenas os artigos que abordavam Ninfoplastia estética. Foi dada preferência a artigos publicados nos últimos 5 anos. **Resultados.** Dentre as cirurgias estéticas genitais mais demandadas está a Ninfoplastia. Há diversas técnicas para sua realização, sendo as mais descritas na literatura: ressecção elíptica, Z-plastia, Deseptelização, técnica de Wedge e incisões em W, S e L. As principais complicações são aderências, deiscência, fibrose e retração da ferida operatória. **Discussão.** A técnica mais simples e mais utilizada pelos cirurgiões é a Ressecção elíptica que, classicamente, é atribuída a resultados pouco estéticos e maior potencial de complicações. Entretanto, pesquisas recentes reconsideraram esse posicionamento e demonstram baixos índices de complicações e insatisfação quanto a esta técnica. Não há evidências de diferença significativa (estética, complicações e resultados) entre o uso de bisturi ou laser. O nível de satisfação é elevado em todas as técnicas de Ninfoplastia. A técnica menos utilizada é a Deseptelização, que requer maior capacitação técnica, além de ser mais indicada para hipertrofias leves, por não surtir suficiente impacto no comprimento labial. A técnica de Wedge foi

associada ao maior número de complicações, com taxas discretamente mais elevadas de deiscência.

Palavras-chave: Ninfoplastia. Labioplastia. Cirurgia estética vaginal.

ABSTRACT

Introduction. Labia Minora Hypertrophy is a condition with still uncertain etiology, with clinical, psychological and social repercussions. Its corrective surgery, Nymphoplasty, is the most frequent among genital aesthetic surgeries and has been the subject of increasing interest. **Methodology.** It is a literature review, with consultation in the databases Lilacs, SciELO, Medline and PubMed using the keywords “Nymphoplasty”, “Labiaplasty”, “Labia Minora Hypertrophy” and “Genital Aesthetic Surgery”. It included only the articles that discuss Aesthetic Nymphoplasty. Preference was given to articles published in the last five years. **Results.** Nymphoplasty is among the most demanded genital aesthetic surgeries. There are a lot of techniques and the most reported in the literature is: elliptical resection, Z-plasty, Desepitheliazation, Wedge technique and incisions in W, S and L. The main complications are adherence, dehiscence, fibrosis and scar retraction. **Discussion.** The simplest and more used technique is the elliptical resection that, classically, is attributed to lower aesthetic results and greater potential for complications. However, recent research reconsider this position and demonstrate low rates of complications and dissatisfaction to this technique. There is no evidence of significant difference (aesthetics, complications and results) between the use of bistoury or laser. The satisfaction level is elevated in all Nymphoplasty techniques. The less used technique is desepitheliazation, that requires more technical capacity, and is most suitable for mild hypertrophies, because it does not produces enough impact on the labial length. The Wedge technique was associated with more complications, with slightly higher rates of dehiscence.

Keywords: Nymphoplasty. Labiaplasty. Genital Aesthetic Surgery.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Algumas das principais técnicas de Ninfoplastia.....	23
Figura 2	Pré operatório imediato e pós operatório de Ninfoplastia.....	25

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	METODOLOGIA.....	15
3	RESULTADOS.....	17
3.1	Aspectos anatômicos.....	17
3.2	Hipertrofia de pequenos lábios.....	18
3.3	Técnica cirúrgica.....	20
3.4	Resultados cirúrgicos e complicações.....	24
3.5	Cirurgias Associadas.....	26
3.6	Questões éticas e psicológicas.....	28
4	DISCUSSÃO.....	30
	REFERÊNCIAS.....	38

1 INTRODUÇÃO

A cirurgia estética não é um fenômeno recente.^{1,2} Um dos principais benefícios que esta área tradicionalmente pode oferecer aos seus pacientes/clientes é a melhora de sua autoestima e a aceitação de si mesmos. Nesse contexto, a ginecologia começou a incorporar em suas atividades cuidados estéticos com os genitais externos³, o que é compreensível, visto que culturalmente a região íntima é de fundamental importância na auto imagem e sexualidade das mulheres.⁴ A literatura apresenta diversos trabalhos sobre o comportamento sexual, ligados às características da genitália externa.⁵

O modelo de perfeição genital feminina imposto atualmente é uma genitália pré-púbere: pouco ou nenhum pelo, pequenos lábios recobertos pelos grandes e preferencialmente com simetria perfeita⁶ induzindo muitas mulheres à busca de procedimentos estéticos.

Pouco abordada na literatura médica, particularmente nas publicações de Cirurgia Plástica, Ginecologia e Urologia, a cirurgia estética genital se incorpora como uma área de interesse progressivo⁴ e não infreqüentemente, os ginecologistas se deparam com queixas estéticas relacionadas ao volume, flacidez e posição da região vulvar.⁷ A mais recente pesquisa realizada pela Associação Britânica de Cirurgiões Plásticos Estéticos informou um aumento vertiginoso (31%) no número de cirurgias plásticas em mulheres do Reino Unido.⁸ Em conformidade com este aumento, tem-se assistido a uma crescente oferta de cirurgias estéticas genitais.⁹

É essencial destacar que embora uma grande parcela das pacientes que se interessam pela cirurgia estética vaginal o faça por motivos estéticos, há aquelas em que o defeito estético e/ou funcional representa problemas sexuais e sociais.⁴

Dentre os diversos tipos de cirurgia genital feminina, a Labioplastia vaginal, ou Ninfoplastia, é uma das mais realizadas atualmente. Em estudo com população de 513 pacientes de ambos os sexos submetidos a cirurgias genitais em um período de 20 anos na cidade de Fortaleza, a maioria dos procedimentos foi correspondente à correção de hipertrofia de pequenos lábios, totalizando 289 (56,3%) Ninfoplastias.⁵ No Canadá, entre os anos de 2012 e 2013, o aumento no número de Ninfoplastias foi de 44%.¹⁰

Usualmente, a Ninfoplastia é proposta para resolução de casos nos quais os pequenos lábios são assimétricos ou redundantes, com potencial de melhorar a autoestima, evitar a dor durante o coito, o desconforto nas práticas esportivas ou uso de roupas apertadas e mesmo para diminuir o risco de infecções vaginais.⁶

Até o momento, há poucas pesquisas e revisões sobre o tema, justificando-se a necessidade de mais estudos na área.

2 METODOLOGIA

Trata-se de artigo de Revisão de Literatura. A escolha do desenho foi feita pelo fato de que a Literatura disponível sobre o tema é escassa e não preenche, em sua maioria, os critérios de Revisão Sistemática propostos pelo *Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE)* e pelo *Quality of Reporting Meta-analyses (QUORUM) checklists*.

A coleta de dados foi realizada entre Dezembro de 2015 e Abril de 2016 e deu-se através de busca entre artigos indexados na Bireme, nos bancos de dados Lilacs, SciELO, Medline e PubMed. Deu-se prioridade a artigos publicados nos últimos cinco anos, entretanto, devido à escassez de publicações sobre o tema neste intervalo, foram incluídas publicações anteriores, quando significativas. Foram usados os descritores “labioplastia genital”, “hipertrofia de pequenos lábios” e “ninfoplastia” com suas possíveis combinações em português e inglês, refinando-se a busca aos títulos, descritores e resumos de artigos. Nesta etapa foram obtidos 130 artigos, procedendo-se então a triagem.

Foram excluídos da pesquisa artigos que abordassem desordens do desenvolvimento, anomalias congênitas, mutilação genital cultural, cirurgias para mudança de sexo, excisão por presença de tumores e cirurgias não estéticas de modo geral. Foi dada preferência a artigos com *n* relevante, que descreviam as técnicas cirúrgicas, complicações e vantagens de cada uma. Dessa forma, no total foram selecionados 27 artigos.

A revisão foi complementada com busca em outras fontes de literatura de referência, especialmente nos quesitos de Anatomia da região Vulvar e Fisiopatologia da Hipertrofia de Pequenos Lábios, como modo de fornecer maior embasamento a esta pesquisa. Nessa etapa, foram incluídos 2 livros de referência.

Os artigos foram lidos e classificados de acordo com o tipo de técnica utilizada, desenho do estudo, complicações e benefícios descritos, para facilitar a análise. A redação deste artigo seguiu a normatização de Vancouver, em conformidade com as normas da *Revista Pesquisa em Saúde*.

3 RESULTADOS

3.1 Aspectos anatômicos

Vulva ou pudendo feminino são denominações genéricas para os órgãos genitais externos femininos.¹³ Incluem as formações labiais, o vestíbulo, os órgãos eréteis e as glândulas anexas.¹⁴

O monte da pube é a zona coberta por pelos, conforme disposição típica do sexo feminino (distribuição triangular, contrastando com a disposição masculina, a qual é longitudinal e se prolonga até o umbigo). Os lábios maiores do pudendo (grandes lábios) são recobertos de pele e pelos e circunscrevem a vulva, ajudando em sua proteção. Possuem ainda em seu subcutâneo um coxim de tecido adiposo. Os lábios menores do pudendo (pequenos lábios ou ninfas) posicionam-se mais internamente, separados dos lábios maiores pelo sulco interlabial. Apresentam revestimento cutâneo e delimitam pela sua parte interna o vestíbulo da vagina. Ao se encontrarem, pelas extremidades mais altas, desdobram-se em dois ramos que, unindo-se com os do lado oposto, envolvem o clitóris. Dessa forma, por cima do clitóris formam o seu prepúcio e, por baixo, seu freio.¹³

Dessa forma, as ninfas (ou lábios menores) são pregas vulvares bilaterais, projetadas crânio-caudalmente, com cerca de 30 a 35 milímetros de comprimento por 10 a 15 milímetros de espessura, e possuem duplo folheto tegumentar de epitélio escamoso não queratinizado, separado por

tecido conectivo, sensível a estímulos. Seu suprimento sanguíneo provém das artérias e veias pudendas internas. Sua inervação é principalmente do tipo somatossensorial (S2-S4), a partir de ramos do nervo pudendo interno.¹⁵

Mulheres hígdas frequentemente apresentam uma considerável assimetria, mesmo que nem sempre a percebam.¹⁵

As características da forma e volume do púbis, dos grandes e pequenos lábios, distribuição pilosa, entre outras, sofrem alterações ao longo da vida por vários fatores, que determinam adaptações psicológicas com ou sem queixas de qualquer natureza. Dentre as queixas estatisticamente registradas, as hipertrofias dos pequenos lábios têm sido as mais frequentes (cerca de 56,3%).⁵

3.2 Hipertrofia de pequenos lábios

Não há um consenso na definição da Hipertrofia dos pequenos lábios. Alguns autores a descrevem como presença de pequenos lábios com largura igual ou superior a 4 ou 5 centímetros, sendo frequente também a definição prática de que esta condição está presente quando estes ultrapassam os limites dos grandes lábios.⁶ Outros consideram normais os pequenos lábios exteriorizados até 1,5 cm além dos grandes lábios. Ultrapassados estes limites, as queixas seriam frequentes.⁵ Esta mensuração deve ser realizada por meio

da visualização lateral, mantendo o mínimo de tração durante a leitura da medida.¹¹

Com base nas dimensões dos pequenos lábios, há uma classificação em quatro tipos: Tipo I: até 2cm; Tipo II: de 2 a 4cm; Tipo III: de 4 a 6cm e Tipo IV: acima de 6cm.⁶

Em uma revisão com 2.981 mulheres, os lábios menores mediram menos de 2cm em 87,7%, 2cm em 4,9%, 3cm em 5,7%, 4 a 5cm em 1,1% e mais que 5cm em 0,7%.¹²

Quanto ao grau e à distribuição da hipertrofia, Cunha et al¹⁶, propõem ainda a seguinte classificação: tipo I: excesso de pele em região posterior/inferior, adjacente ao introito vaginal; tipo II: excesso de pele que se estende látero-superiormente ao clitóris; tipo III: excesso de pele em toda a área, incluindo o prepúcio do clitóris. A hipertrofia pode ainda ser classificada como uni ou bilateral, simétrica ou assimétrica.

Em uma série de casos, a largura média dos pequenos lábios em mulheres que pretendiam e não pretendiam se submeter à cirurgia de redução foi de 3,52 e 1,54cm, respectivamente. As dimensões relativas dos lábios vulvares modificam-se durante a excitação sexual, podendo ampliar a percepção desagradável que a mulher já tem: os grandes lábios tornam-se finos e aplanados, enquanto os pequenos ingurgitam.⁶

A etiologia da hipertrofia de pequenos lábios é na maioria dos casos desconhecida, podendo ser adquirida ou congênita. Entretanto, há fatores que podem ser associados à sua gênese, como a infecção por *Filaria sanguinis hominis*, fatores hormonais como o uso de androgênios na infância, os traumas repetidos na região⁷, doença de Crohn, pólipos fibroepiteliais,⁶

manipulação excessiva, irritação crônica por causas locais (incontinência, infecções, dermatites...), linfedema vulvar, síndrome mielodisplásica e multiparidade.⁴ A recorrência após cirurgia é um dos argumentos que sustentam essa teoria.⁶

Independentemente da sua causa, a hipertrofia pode gerar desconforto físico e psicológico. A irritação local, invaginação no intercursos sexual, limitação para prática esportiva, desconforto com o uso das roupas e as alterações estéticas são frequentemente referidas como queixas^{7,17,18}

Rouzier et al¹⁹ descrevem a seguinte distribuição das queixas que levam as pacientes a optarem pela Ninfoplastia: preocupações estéticas em 87% dos casos, desconforto com roupas em 64%, dispareunia em 43% e desconforto com o exercício em 26%.

Quanto às condições psicológicas é comum encontrar mulheres que recusam algumas práticas, como o cunnilingus, ou mesmo que não conseguem iniciar a vida sexual, devido ao aspecto de sua genitália externa.²⁰

Apesar das habituais queixas clínicas manifestadas, não há consenso quanto ao diagnóstico objetivo da Hipertrofia de Lábios Menores.⁷

3.3 Técnica cirúrgica

A Ninfoplastia ou a Labioplastia é um procedimento relativamente simples e rápido, que consiste na abordagem cirúrgica e estética

da região íntima da mulher, intencionando alcançar um formato estético mais adequado dos lábios menores. O aprimoramento e o modelamento da assimetria dos lábios menores, assim como do tecido redundante da vulva, são os principais objetivos dessa cirurgia.¹⁵ O procedimento está indicado quando os lábios menores medem 4cm ou mais de largura, na presença de alterações funcionais e/ou estéticas.²⁰

Há diversas técnicas para sua realização, que variam conforme o método de incisão e o desenho das linhas dessa incisão. Há labioplastias realizadas com bisturi frio, bisturi elétrico ou laser. As linhas de incisão podem ser em “Z”, ressecções laterais, triangulares, entre outras. Entretanto, ainda não há estudos randomizados que permitam evidenciar vantagens de um instrumento e/ou linhas de corte e estas variam segundo cada autor.²⁰

Classicamente, a maioria das técnicas cirúrgicas está relacionada à ressecção elíptica de toda a extensão do tecido excedente do pequeno lábio. Descrita originalmente por Capraro em 1971, e também chamada de Guarnição, trata-se da técnica mais simples e também uma das mais realizadas e difundidas pelos ginecologistas. Entretanto, tradicionalmente afirma-se que a ressecção elíptica provoca maior trauma cirúrgico e traz resultados estéticos pouco satisfatórios, como a localização da cicatriz final sobre a margem remanescente dos pequenos lábios. Logo, suas principais desvantagens estéticas seriam a presença da linha irregular de sutura e a perda do contorno natural. Além disto, do ponto de vista funcional, como a incisão cirúrgica fica adjacente ao clitóris, há risco de interferência na sensibilidade local.^{11,21} As complicações mais comumente descritas incluem

deiscência e retração da ferida operatória, que poderiam estreitar o introito e provocar dispareunia.¹⁸

Várias modificações a esta técnica tem sido propostas. A ressecção em “W” evitaria uma cicatriz contínua na borda labial e, portanto, diminuiria seu risco de retração. A ressecção em um “S” pouco acentuado (“lazy S”) tem o mesmo objetivo.¹⁸ Esta última tem resultados mais naturais, com bordas suaves e arredondadas, reduzindo o potencial de complicações quanto à retração da ferida.²²

Outra técnica descrita é a incisão em “L”, na qual a incisão transversal vai da borda externa do lábio em direção à carúncula himenal enquanto a incisão longitudinal parte dali até próximo à fúrcula. A borda do retalho superior é rebaixada para se fechar o defeito causado pela ressecção inferior.¹¹

Uma das principais técnicas atualmente utilizadas é a Z-plastia. Esta técnica pode ser realizada sob anestesia geral, local ou regional. Cada lábio menor é fixado com uma pinça Allis, traçando-se dois “Z”s de 90° na porção média de cada um deles, sendo que suas bordas deverão confluir no meato urinário. Infiltra-se o lábio com xilocaína e epinefrina para garantir uma hemostasia intraoperatória. Posteriormente, se faz a incisão, promovendo hemostasia com eletrocautério, se aproximam as bordas de cada extremidade e finalmente procede-se a sutura com pontos simples ou contínuos de Vycril 4-0.⁷

A técnica de Desepitelização foi descrita pela primeira vez em 2000 e requer muita experiência do cirurgião. Pode ser realizada sob anestesia local, regional ou geral. Antes da incisão, se infiltra o lábio com a lidocaína e a

epinefrina subsequentemente. Delimita-se e faz-se uma desepitelização da área central nos lados mediais e laterais de ambos os lábios. A remoção da parte epitelial pode ser feita com um bisturi ou laser, e, finalmente, as bordas serão unidas com sutura absorvível.^{18,21}

A técnica de Wedge ou em V reduz o comprimento e o tamanho não desejados do pequeno lábio mediante uma incisão em V do tecido labial, com posterior união das bordas com Vicryl 4-0. Esta técnica pode ser realizada sob anestesia local, regional ou geral e proporciona a vantagem de que a cicatriz não é detectada, preservando assim a textura e aparência da borda longitudinal do lábio menor. Sua desvantagem é a falha na extração da borda labial hiperocrômica e a possibilidade de deiscência da ferida pela tensão.²¹

A figura 1 esquematiza algumas das principais técnicas de Ninfoplastia.

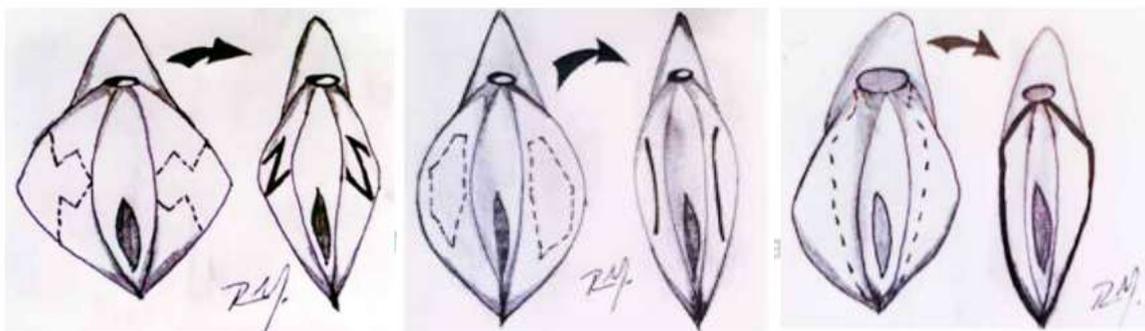


Figura 1 – Algumas das principais técnicas de Ninfoplastia, a saber, respectivamente: Z-plastia, Desepitelização e Guarnição
Fonte: MERINO, 2012.

Preferencialmente, na Ninfoplastia indica-se anestesia peridural, para melhor conforto da paciente e do cirurgião, por tratar-se de área muito sensível à dor e tecido frouxo (que, portanto, deforma-se facilmente com

a infiltração anestésica, comprometendo a avaliação anatômica). Isto é importante para promover 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 bordas mal aproximadas.^{16,20}

O tempo de internação varia entre 6 a 24h, considerando-se Ninfoplastias sem cirurgias associadas.¹⁶ Munhoz et al⁷ relatam que o reinício das atividades sexuais se dá em cerca de 4 semanas.

O uso de anti-inflamatório não-esteroidal está indicado no pós-operatório, pela alta incidência de edema e hipersensibilidade local, características dessa região. Está indicado ainda repouso relativo e uso de compressas geladas nas primeiras 48 horas.¹⁶

O acompanhamento ambulatorial é essencial. A primeira avaliação pós-operatória é feita com 7 dias e, em seguida, com um mês, quando normalmente se dá alta dessa paciente, se não houver intercorrências. Durante esse período é indicado evitar atividades físicas que impliquem atrito local, uso de roupas apertadas, relações sexuais e banhos de piscina ou mar.²⁰

3.4 Resultados cirúrgicos e complicações

Em estudo caso-controle envolvendo 28 pacientes, Cunha et al²³ demonstraram que a Ninfoplastia estética, de um modo geral, está associada a elevados níveis de satisfação.

Em estudo multicêntrico realizado em 2010 com 258 mulheres, envolvendo 341 procedimentos em 8 países, 91,6% das pacientes relataram estar satisfeitas com os resultados de sua cirurgia após 6-42 meses de follow-up. Foi observada melhora subjetiva significativa no desempenho sexual para as mulheres e seus parceiros ($p = 0,0078$). As complicações foram aceitáveis e não de grande monta.²⁴

Vieira-Baptista et al⁶ também descrevem a satisfação de pacientes no pós operatório: 93,0-97,2% das mulheres submetidas a ninfoplastia ficam satisfeitas com o resultado e 40,3% consideram que houve um impacto significativo na sua vida sexual; na perspectiva do parceiro, este impacto referido foi de 35,7%. Os mesmos autores defendem, porém, que não há estudos a longo prazo ou comparativos com a não intervenção. Logo, deverá sempre ser esclarecido à paciente que, independentemente do objetivo, o resultado funcional ou estético poderá não ser o esperado. A Figura 2 demonstra o resultado pós operatório de uma Ninfoplastia.



Figura 2 – Pré operatório imediato e pós operatório de Ninfoplastia.
Fonte: PARDO, 2015.

O receio de muitas pacientes em realizar procedimentos cirúrgicos nessa região é relacionado à possibilidade de estigmas cirúrgicos, como cicatrizes e alterações anatômicas, ou, ainda, medo de diminuição da sensibilidade e dispareunia. Dessa forma, o cirurgião deve estar atento para as diferenças anatômicas de cada indivíduo e procurar adequação cirúrgica de cada caso, proporcionando melhores resultados. É ideal também conversar com a paciente sobre os resultados esperados e a possibilidade de complicações.¹⁶

As possíveis complicações da Ninfoplastia incluem a deiscência, formação de aderências, fibrose, infecção, cicatrizes hipertróficas, alteração da capacidade orgástica e dor crônica. As mais incidentes são: dor ou dispareunia (5% ao 28º dia; praticamente inexistente aos três meses), diminuição do prazer sexual, recorrência (9%) e deiscências com necessidade de nova sutura (5,4-13,3%). As últimas duas são frequentemente responsáveis por maus resultados estéticos.^{6,19}

Para melhor análise comparativa, estes resultados e complicações serão posteriormente discutidos no contexto de cada técnica cirúrgica.

3.5 Cirurgias associadas

É necessário cautela ao proceder uma labioplastia, uma vez que as relações dos pequenos lábios com estruturas circundantes (grandes

lábios e capuz do clitóris, essencialmente) podem ser afetadas, resultando em um resultado estético insatisfatório. Eventualmente o excesso de tecido pode recobrir o capuz do clitóris. Nesse caso, o ideal será remodelá-lo bem em seus lados ou suas porções ventrais. O tratamento desta área deve ser muito escrupuloso, evitando-se em todo momento ressecções excessivas que podem expor o clitóris a possíveis irritações.⁴

A presença de lábios maiores finos no contexto de hipertrofia de lábios menores pode causar uma ressecção excessiva durante a labioplastia, em uma tentativa de “esconder” os lábios menores. Nestes casos, pode haver indicação de espessamento dos lábios maiores com o intuito de obter duplo objetivo: promover equilíbrio estético mais adequado da região e impedir ressecções labiais excessivas. O engrossamento pode ser feito por meio de enxerto de gordura autóloga antes da labioplastia. A implantação não difere tecnicamente de outras localizações corporais e a quantidade de gordura utilizada geralmente não excede quatro ou seis centímetros cúbicos por lábio.⁴

Na presença de aspecto volumoso do púbis, o tratamento dessa região por meio de lipoenxertia ou lipoaspiração pode ser realizado concomitantemente.⁵

Estudos indicam que a associação a outras cirurgias ginecológicas ou cosméticas é uma prática habitual.²⁰ Em estudo com 500 casos, Pardo et al²⁰ constaram que 46,6% das labioplastias foram associadas a outras cirurgias ginecológicas, como slings, colpoperineoplastias, rejuvenescimento vaginal, histerectomias, miomectomias, salpingectomias e/ou outras cirurgias estéticas, como lifting de grandes lábios e lipoaspiração do

púbis. Em 5,2% dos casos houve cirurgias plásticas não ginecológicas associadas, como abdominoplastia, lipoaspiração e mamoplastia.

3.6 Questões éticas e psicológicas

É obrigação do cirurgião informar plenamente a paciente sobre as opções de tratamento e seus potenciais riscos e benefícios. Uma vez considerado que a paciente compreendeu totalmente as opções, sua decisão autônoma deve ser respeitada e apoiada.⁸

Não menos relevante é o papel da investigação e apoio psicológico e psiquiátrico, especialmente quando se suspeita de distúrbio dismórfico corporal. Embora rara na população geral, tal entidade é frequente entre os indivíduos que procuram procedimentos estéticos.⁶

Não é incomum o interesse de adolescentes pela cirurgia estética vulvar, seja por comparação com colegas e amigas, interferência na prática desportiva, uso de determinadas roupas, ou, eventualmente, por influência materna. Nestas situações, é importante lembrar que os genitais sofrem grandes alterações e só se estabilizam na idade adulta, sofrendo remodelações com as gestações/partos e, de forma progressiva, na menopausa.⁶

No final de 2013 a Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada emitiu um documento com o intuito de fornecer aos seus membros linhas de orientação relativas a estes procedimentos. Nele destacam-se

algumas recomendações: 1) o ginecologista tem uma função primordial na educação da mulher quanto à sua anatomia e variantes da normalidade; 2) uma história clínica detalhada, incluindo as vertentes ginecológica e sexual deve ser sempre realizada, procurando excluir disfunções sexuais ou psicológicas e eventual coerção; 3) as mulheres devem ser informadas das variações fisiológicas da genitália e da falta de dados em termos de consequências futuras dessas cirurgias (incluindo o que possa acontecer durante a gravidez ou transição para a menopausa); 4) este tipo de cirurgia não deve ser realizada antes de atingida a maturidade sexual.⁶

4 DISCUSSÃO

O culto ao corpo e a melhora da autoestima feminina são fatores importantes na obtenção de satisfação pessoal e tem provocado um aumento no interesse pela cirurgia estética. Dentre as diversas categorias dessa área, a cirurgia estética genital tem ganhado destaque nos últimos anos, sendo a Ninfoplastia correspondente a uma parcela significativa desses procedimentos.¹⁶ Crescentemente divulgada na mídia como “rejuvenescimento genital” ou “cirurgia íntima”, essa cirurgia tem conquistado aceitação, e avanços com bons resultados obtidos com o uso de uma técnica depurada.¹⁵

Sua finalidade é corrigir a hipertrofia de lábios menores¹⁶ e trata-se de uma cirurgia não muito agressiva, que quando bem planejada produz resultados estéticos e funcionais satisfatórios.⁴ Sob o ponto de vista técnico, a cirurgia procura aperfeiçoar o aspecto externo da genitália. Esta mudança traz satisfação à mulher, interferindo positivamente na sua autoestima e sexualidade.¹⁵

A etiologia da hipertrofia dos pequenos lábios é diversificada e até certo ponto complexa, podendo estar ligada a fatores hormonais, manipulação excessiva, irritação crônica, paridade, entre outros.^{4, 6,7} Observa-se ainda uma ausência de padronização na definição e classificação de hipertrofia de lábios menores, que descreva os excessos e as alterações tão comuns nestas pacientes.¹⁶ A ausência de parâmetros claros e reprodutíveis torna fundamental o bom senso do profissional na indicação e contra-indicação do procedimento, uma vez que, tratando-se de queixas subjetivas e de

natureza estética, a indicação da cirurgia se baseia muitas vezes na decisão da paciente.¹¹

Desde o início dos anos 70 vem sendo publicadas pequenas séries de casos nas quais autores contam suas experiências com diversas técnicas e suas variantes⁴. A partir da década de 90, a cirurgia estética da região vulvar apresentou grande evolução.¹¹ De um modo geral, a evolução das labioplastias tem se caracterizado pela transição de uma mera amputação para a busca, na medida do possível, da redução do tamanho ao mesmo tempo em que se conservam suas características principais. A enucleação da porção central do lábio menor mantendo-se a borda ou as ressecções em cunha, com ou sem z-plastias associadas, são exemplos de como se intenta manter o mais intacta possível a borda livre do lábio, apesar da possibilidade de outros inconvenientes como cicatrizes ou interferências no tamanho do introito. Outras técnicas defendem a ressecção dos lábios incluindo sua borda livre, empregando suturas diretas ou w-plastias associadas no fechamento. Tais técnicas minimizam o risco de diminuição do introito.⁴

Dessa forma, atualmente as técnicas levam em consideração a flacidez de pele, o grau de hipertrofia e a qualidade do tecido labial remanescente. A programação da incisão e a quantidade de tecido a ser ressecada também beneficiam o resultado e, portanto, propiciam maior benefício estético e funcional. Concomitantemente, a moderna cirurgia estética vulvar emprega conceitos como a importância de incisões lineares sobre os pequenos lábios, manutenção de retalhos cutâneos e prioridade nas ressecções labiais superior e inferior.⁷ Logo, as atuais técnicas de Ninfoplastia deixam a cicatriz em tal posição, que terminam por preservar a unidade

anatômica da vulva, propiciando resultados estéticos e funcionais mais satisfatórios.¹¹

Uma vez que a maioria das Ninfoplastias estéticas é realizada no setor privado, onde nem sempre as publicações são incentivadas, os números expressos representam apenas uma pequena amostra, não sendo suficientes para definir a superioridade de uma técnica sobre outra.²⁵ A escolha da técnica varia entre autores e entre cirurgiões.

Em 2009, Mirzabeigi et al²⁶ realizaram um inquérito via correio eletrônico entre os membros da Sociedade Americana de Cirurgiões Plásticos. A pesquisa objetivava avaliar a demografia desses cirurgiões, orientações práticas de Ninfoplastia e relatos de desfechos. Um total de 750 cirurgiões participaram e, destes, 51% realizavam Ninfoplastias. O número médio de procedimentos por cirurgião em 24 meses foi de 7,37. A prevalência de cada técnica foi distribuída da seguinte forma: ressecção elíptica (52,7%), ressecção em W (9,5%), ressecção em S (8,8%), V-Wedge central (36,1%), Wedge central com Z-plastia (13,9%), e Desepitelização (1,2%). A taxa média de satisfação da paciente relatada pelos cirurgiões foi superior a 95% para todas as técnicas e não houve diferença estatisticamente significativa quando se compara essa satisfação entre as técnicas ($p = 0,337$). Redundância ou ressecção inadequada foram os motivos mais comuns de nova abordagem nesse grupo.

A Ninfoplastia pode ser feita com uso de bisturi frio, bisturi elétrico e laser. Pardo et al¹², em 2006, afirmaram que a Ninfoplastia a laser estaria associada a maior índice de satisfação da paciente e poderia ser combinada com outros procedimentos cirúrgicos ginecológicos sem um

incremento nos riscos ou complicações, além de ser mais facilmente conduzida que a Ninfoplastia com bisturi frio ou bisturi elétrico. Nesse estudo, que contou com 55 pacientes na cidade de Santiago, o tempo operatório médio foi de 35min e não houve complicações intraoperatórias. Também não foram observadas alterações de sensibilidade, dor persistente ou infecções. A alta hospitalar ocorreu após três horas nos casos de Ninfoplastia isolada, após 48h quando combinada com Histerectomia Vaginal e após 24h quando associada a Perineoplastia.

Entretanto, o mesmo autor, em novo estudo no ano de 2015 com 500 Ninfoplastias, sendo 52% (n=260) com bisturi elétrico e 48% (n=240) com laser, afirma que não houve diferenças quanto aos resultados de satisfação, estética e complicações entre os dois métodos.⁶

A técnica mais simples e também a mais realizada e difundida pelos ginecologistas é a ressecção elíptica do tecido em excesso dos pequenos lábios. Tradicionalmente, a Literatura a associa a maior trauma cirúrgico, resultados estéticos pouco satisfatórios, deiscência e retração da ferida operatória, que poderiam estreitar o introito e provocar dispareunia. Entretanto, a Literatura levantada neste estudo mostra um novo panorama.^{11, 18,}

21

Triana e Robledo²⁷ estudaram 74 pacientes submetidas a excisão elíptica dos pequenos lábios em 6 meses de seguimento. Destas, apenas uma paciente apresentou infecção e uma teve deiscência. Nenhum caso de contratura ou dor da cicatriz, assim como nenhum desconforto por causa de distorções na borda labial foram relatados. O nível de satisfação foi próximo a 100%.

Braschi¹⁸ obteve resultado semelhante em cinco pacientes submetidas a esta técnica e acompanhadas durante 12 meses. Dentre as cinco pacientes, apenas uma apresentou hematoma na ferida operatória, que se resolveu espontaneamente e não provocou alterações no resultado estético. Nenhuma apresentou retração da ferida. Foi registrado impacto favorável na autoestima em todos os casos.

Em estudo com 500 pacientes submetidas a Ninfoplastia com incisão elíptica em um intervalo de 10 anos em cinco clínicas da cidade de Santiago, não houve complicações intraoperatórias. O tempo operatório médio foi de 40min (24-67). Quanto ao pós operatório, em 2 casos houve sangramento moderado, necessitando de um ponto de sutura. Deiscência parcial ocorreu em 9% dos casos. Não houve registros de queloides ou redução de sensibilidade.²⁰

Filassi et al¹¹ avaliaram dez pacientes do Hospital Sírio Libanês portadoras de hipertrofia de pequenos lábios submetidas a redução do excesso tecidual pela ressecção do segmento inferior com incisão em "L". Em algumas situações foram realizadas cirurgias associadas, sendo três perineoplastias e duas histerectomias abdominais. O tempo médio de cirurgia foi de 40 minutos e as pacientes receberam alta hospitalar após 24 horas de internação, exceto aquelas submetidas a histerectomia, que tiveram permanência hospitalar de 48 horas. Em período médio de 45 dias após a cirurgia todas as pacientes estavam satisfeitas com o aspecto estético e funcional. Neste período, as cicatrizes estavam bem posicionadas e quase imperceptíveis à inspeção. Não houve mudança na sensibilidade local ou desconforto sexual e apenas dois casos apresentaram complicações, sendo

um caso de equimose perineal (conduta expectante) e outro de deiscência unilateral parcial precoce do retalho (com necessidade de nova intervenção unilateral). Em todos os casos observou-se edema pós operatório da região vulvar, em menor ou maior intensidade. Não foram observados casos de infecção, necrose e deiscência tardia.

Outra técnica frequentemente descrita é a Z-plastia. Sua vantagem é a redução da tensão do fio de sutura, limitando assim o risco de deiscência sem alterar a morfologia ou a coloração da borda livre.²¹ Um estudo com quinze mulheres portadoras de hipertrofia de pequenos lábios submetidas a técnica de ressecção central do excesso cutâneo-mucoso, seguida de reconstrução com plástica em “Z” inclui ainda como vantagens a preservação da margem livre labial e a possibilidade da avaliação da ressecção a partir do grau de flacidez de pele.⁷

A Deseptelização tem a vantagem de reduzir o excesso de tecido vertical, permitindo a conservação da borda labial (é a única técnica que respeita a borda labial em toda a sua extensão), além de preservar as características erécteis e sensoriais do lábio.^{18,21} As cicatrizes finais são verticais por fora e também internamente aos lábios, com possibilidade de atrito durante as relações sexuais.⁴ Apesar da relatada preservação das bordas labiais e de reduzir eficazmente sua largura, muitas vezes esta técnica não obtém sucesso na correção do comprimento labial.²⁸ Portanto, é mais indicada para hipertrofias leves.⁴

Quanto à técnica de Wedge, em 2000, Rouzier et al¹⁹ descreveram a ressecção do excesso de pequenos lábios em forma de “V” na região do terço inferior, e a manutenção do retalho cutâneo-mucoso

remanescente através do pedículo vascular superior. Com casuística de 163 casos, e por meio de questionários enviados às pacientes, os autores constataram que 83% das pacientes classificaram os resultados após a cirurgia como satisfatórios, 89% estavam satisfeitas com o resultado estético, e 93% aprovaram o resultado funcional, 4% não se submeteriam novamente ao mesmo procedimento. Como complicações, em 7% dos casos houve a necessidade de reintervenção cirúrgica secundária à deiscência da sutura.

Ainda sobre esta técnica, Deffieux et al²⁹ afirmam que está associada a bons resultados anatômicos e funcionais (variando de 89 a 100%). Complicações graves, como infecções e necrose são raras (<1%). As possíveis complicações incluem: hematomas (até 7%), dor pós-operatória (até 64%), ruptura da pele ou mucosa (7%), dispareunia (1-23%) e necessidade de nova intervenção cirúrgica (3-7%).

Desta forma, a análise comparativa das técnicas de Ninfoplastia levantam alguns pontos interessantes: Não há diferença demonstrável entre Ninfoplastia com uso de Bisturi frio ou Bisturi elétrico, seja quanto aos resultados, satisfação e complicações. Infere-se ainda que, de encontro ao que é classicamente descrito, estudos recentes tem levantado questionamentos e indicado que a ressecção elíptica dos pequenos lábios apresenta pequenas taxas de complicações e boa resposta de satisfação das pacientes. Por se tratar de um procedimento tecnicamente mais simples, esta é a técnica de escolha da maioria dos cirurgiões. A Desepitelização, por sua vez, requer maior treinamento técnico e é mais indicada para hipertrofias leves, por não surtir muito impacto no comprimento labial. A técnica de Wedge, foi

associada ao maior número de complicações dentre as técnicas estudadas, com taxas discretamente mais elevadas de deiscência.

Frente à complexidade dos elementos relacionados à hipertrofia labial e sua correção cirúrgica, cabe ao ginecologista saber quando é necessária a aplicação de técnicas de cirurgia plástica. Assim, é prudente e imprescindível promover a interdisciplinaridade entre cirurgia plástica e ginecologia, principalmente nos casos onde prevalecem as queixas estéticas, visto que a aplicação de técnicas habitualmente usadas em cirurgia plástica podem favorecer o resultado final e proporcionar maior satisfação à paciente.⁷ Logo, é essencial a correta identificação e a abordagem cirúrgica deve ser considerada sempre dentro de uma assistência multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

1 Berer M. Cirurgia estética, imagem corporal e sexualidade. *Reprod Health Matters* 2011; 5(1): 9-15

2 Berer M. Labiaplastia por razões não terapêuticas versus mutilação genital feminina: contradições legais e práticas na Grã-Bretanha. *Reprod Health Matters* 2011; 5(1): 37-42

3 Vilhena J; Novaes JV; Lemgruber M. Sexualidade feminina e envelhecimento: apenas uma questão cirúrgica? Algumas considerações acerca das cirurgias estéticas ginecológicas. 2006. [acesso em: 23 fev 2016] Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/269104227>.

4 Monreal J. Cirugía estética masculina y femenina: Conceptos y técnicas básicas. *Rev Cient Asoc Esp Cir Est Plast* [periódicos na internet]. 2006. [acesso em: 22 jan 2016] Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/260543151>

5 Felício YA. Plástica do púbis e da genitália externa: duas décadas de experiência. *Rev Bras Cir Plást* 2011; 26(2): 321-7

6 Vieira-Baptista P; Lima-Silva J; Beires J. Cirurgia íntima: o que se faz e com que bases científicas? *Acta Obstet Ginecol Port* 2015;9(5):393-399

- 7 Munhoz AM; Aldrighi ACM; Aldrighi JM. Importância de técnicas de cirurgia plástica em cirurgias estéticas vulvares. Rev Assoc Med Bras 2006; 52(1): 1-16.
- 8 Saini R. Female genital cosmetic surgery. J Cutan Aesthet Surg 2011;4:155-6
- 9 Baptista PV. Intimate surgery– a time to set limits. Acta Obstet Ginecol Port 2014;8(3).
- 10 Lista F; Mistry BD; Singh Y; Ahmad J. The Safety of Aesthetic Labiaplasty: A Plastic Surgery Experience. Aesthet. Surg J. 2015 Jul. 2:1-7.
- 11 Filassi JR; Munhoz AM; Ricci MD; De Melo NR. Aplicação do Retalho Labial Superior para a Correção Cirúrgica da Hipertrofia de Pequenos Lábios. Rev Bras Ginecol Obstet. 2004. 26(9): 735-739.
- 12 Pardo J; Solá V; Ricci P; Guillof E. Laser labioplasty of labia minora. Int J Gynaecol Obstet 2006; 93(1): 1-13.
- 13 Bastos AC. Ginecologia. 11.ed. São Paulo: [Atheneu], 2006.
- 14 Oliveira CF. Manual de Ginecologia. v.1. Lisboa: [Permanyer] 2009.
- 15 Daher M; Muniz AR; Daher AC; Vanzan K; Monteiro G; Maciel J; Moura I. Ninfoplastia em estrela: técnica para redução dos pequenos lábios vulvares. Rev Bras Cir Plást 2015; 30(1):44-50.

16 Cunha FI; Silva LM; Costa LA; Vasconcelos PFR; Amaral GT. Ninfoplastia: classificação e refinamentos técnicos. Rev. Bras. Cir. Plást. 2011; 26(3): 507-11

17 Pereira O; Lee KH; Ely JB. Ninfoplastia: Plástica dos Pequenos Lábios com Ancoramento Cutâneo na Coxa. Arq Cat Med 2015; 44(1): 97-99.

18 Braschi EJ. Labioplastia reductora em pacientes con vejiga neurogénica, cateterismo intermitente e infecciones urinarias sintomáticas a repetición. Rev Arg de Urol 2015; 80 (3): 115-120

19 Rouzier R; Louis-Sylvestre C; Paniel BJ; Haddad B. Hypertrophy of labia minora: experience with 163 reductions. Am J Obstet Gynecol. 2000 Jan; 182(1 Pt 1):35–40.

20 Pardo J; Solá VD; Galán GC; Contreras LM. Labioplastía genital, experiencia y resultados en 500 casos consecutivos. Rev Chil Obstet Ginecol 2015; 80(5): 394 – 400.

21 Merino RRA; Viscaíno JM; Lara DZ; Flores DA. Procedimientos cosméticos en ginecología. Act Méd Gr AnG 2012; 10(2): 80-86

22 Casale C; Tébar A; Sánchez JJ; González B; Herrera A; Casale D. Reducción funcional y estética de los labios menores: labioplastia con técnica

de resección con colgajos especulares en S 2014. *Clín investig ginecol obstet* 2014 Abr-Jun; 41(2): 80-82.

23 Cunha TT; Nahas FX; Castro CC; Abreu NL; Serra L; Aboudid JH. Qualidade de vida de pacientes submetidas a Ninfoplastia. *Rev Bras Cir Plást.* 2013;28(supl):1-103.

24 Goodman MP; Placik O; Benson RH; Miklos JR; Moore RD; Jason RA et al. A Large Multicenter Outcome Study of Female Genital Plastic Surgery. *J Sex Med* 2010; 7(4): 1565–1577

25 Liao LM; Michala L; Creighton SM. Labial surgery for well women: a review of the literature. *Int J Gynaecol Obstet* 2010. 117(1):20-25.

26 Mirzabeigi MN; Moore JH; Mericli AF; Bucciarelli P; Jandali S; Valério IL; Stofman GN. Current Trends in Vaginal Labioplasty: A Survey of Plastic Surgeons. *Annals of Plastic Surgery* 2012 Feb.; 68(2):125-134.

27 Triana L; Robledo AM. Refreshing Labioplasty Techniques for Plastic Surgeons. *Aesthetic Plastic Surgery* 2012 Oct; 36(5):1078-1086.

28 Mayer HF. Labioplasty Techniques for Plastic Surgeons. *Aesth Plast Surg* 2013. 36(6):2-3.

29 Deffieux X; Leonard F; Fernandes H. Ninfoplastia de reducción para la hipertrofia de los labios menores. *EMC Ginecol Obstetr* 2010; 46(4):1-8.