«Intimate surgery»: what is done and under which scientific bases?
«Cirurgia íntima»: o que se faz e com que bases científicas?

Pedro Vieira-Baptista*, Joana Lima-Silva**, Jorge Beires***
Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Abstract

Aesthetic vulvar and vaginal surgery have been increasing in the last few years. The same procedure can be found under several designations, as well as different designations might refer to the same procedure.

Despite the increasing number of patients seeking these procedures, there is a lack of scientific basis for the performance of most of it, as well as of good follow-up studies in terms of complications.

It is important to distinguish cases of plastic surgery needed for the treatment of vulvar lesions or correction of symptomatic hypertrophic *labia minora*, pelvic organs prolapse or urinary incontinence from pure aesthetic surgery, just to pursue a sometimes unrealistic model of perfection. Despite the easiness of performance of most of these procedures, the chance of complications must always be kept in mind. A psychological evaluation of the women candidate to genital aesthetic surgery should be considered in most cases.

Keywords: Vulva; Plastic surgery; Ninfoplasty.

INTRODUÇÃO

A oferta de cirurgia estética vulvar e/ou vaginal tem florescido nos últimos anos, à margem de regras, afastada frequentemente da ética e normas da boa prática. Naturalmente, trata-se de um círculo vicioso: só há oferta porque há procura; a oferta (e sua publicidade) gera mais procura.

O modelo de «perfeição genital» feminina, longe do *L'Origine du Monde* de Gustave Coubert, é hoje uma genitália pré-púbere: pouco ou nenhum pêlo, pequenos lábios recobertos pelos grandes, preferencialmente com simetria perfeita. Fruto da exposição a imagens mais ou menos manipuladas[1,2], homens e mulheres assumiram ser este o padrão – algumas mulheres, e alguns cirurgiões, procuram corrigir (?) a natureza.

Independentemente de questões éticas e deontológicas, em todas as áreas da medicina, tem sido exigida evidência científica comprovando o interesse, vantagem ou, pelo menos, ausência de dano decorrente da sua prática.

*Assistente hospitalar de Obstetrícia e Ginecologia
**Interno do Internato Complementar de Obstetrícia e Ginecologia
***Chefe de Serviço de Obstetrícia e Ginecologia

Neste artigo, os autores procuram rever quais os procedimentos de estética vulvar e/ou vaginal que se praticam e que bases científicas os sustentam – ou não.

PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS DE ESTÉTICA VULVAR OU VAGINAL E SUAS BASES CIENTÍFICAS

Seguidamente avalia-se cada procedimento em termos de definições, indicações e a existência ou não de evidência científica para a sua realização. São apresentadas as diversas denominações, não só da literatura, mas também as usadas em *sites* e panfletos propagandísticos dirigidos às potenciais «clientes». Frequentemente, as diversas cirurgias são propostas em conjunto, como por exemplo a «vaginoplastia» e a «perineoplastia».

A maior parte da (escassa) informação existente é referente à cirurgia sobre os pequenos lábios[3].

Cirurgia de redução dos pequenos lábios

Encontram-se diversas designações para este procedimento, incluindo: «ninfoplastia», «labioplastia», «labiaplastia», «labioplastia dos pequenos lábios», «vulvoplastia», «redução dos lábios vaginais» e «cirurgia ínti-

ma de reconstrução». Alguns autores usam o termo «labioplastia», podendo incluir não apenas a redução dos pequenos lábios, mas também dos grandes[4]. São pelo menos oito as técnicas cirúrgicas descritas na literatura[5,6], algumas com recurso a *laser*[7], não havendo evidência de marcada superioridade de nenhuma delas.

Habitualmente, é proposta para resolução de casos em que os pequenos lábios são assimétricos ou redundantes, com potencial de melhorar a auto-estima, evitar a dor durante o coito e o desconforto inerente ao uso de roupa apertada ou prática de desporto ou mesmo para diminuir o risco de infecções vaginais ou de corrimento.

Não existe definição consensual para a «hipertrofia dos pequenos lábios», contudo, já se tentou definir como mais de quatro[8] ou cinco[9] centímetros de largura. É também possível encontrar a definição, radical, de que a hipertrofia dos pequenos lábios está presente quando estes ultrapassam os limites dos grandes[10]. Numa série[11], a largura média dos pequenos lábios em mulheres pretendendo e não pretendendo cirurgia de redução foi de 3,52 e 1,54 centímetros, respectivamente. As dimensões relativas dos lábios vulvares alteram-se durante a excitação sexual, podendo agravar a percepção desagradável que a mulher já tem de base: os grandes lábios tornam-se finos e aplanados, enquanto os pequenos ingurgitam[12].

Barret[13] propôs que a hipertrofia dos grandes lábios não seja uma variante anatómica[14], mas antes que haja um fundamento anatomopatológico para ao seu surgimento: linfangiectasias, adquiridas ou primárias com manifestação tardia. Algumas das adquiridas poderão ser secundárias a doença de Crohn, pólipos fibroepiteliais[15] ou a irritação crónica, por exemplo. A recorrência, após cirurgia, é um dos argumentos que sustentam esta teoria.

Os estudos demonstram que cerca de um terço das mulheres procuram este procedimento por motivos pura e simplesmente estéticos, outro terço por motivos «funcionais» e o restante terço por uma combinação de ambos[16]. Usando estes dados, alguns autores defendem que, na maior parte dos casos, há desconforto físico associado[17], incluindo dificuldades do foro sexual, desconforto com a roupa interior, na prática de ciclismo ou de equitação, por exemplo.

Não existem estudos demonstrando os limites da normalidade nas dimensões dos pequenos lábios. Curiosamente, em determinadas tribos do Uganda[18], Ruanda[19], Angola[20] e Moçambique[21] desde cedo as raparigas começam a esticar os seus pequenos lábios (denominado de «puxa-puxa» em Moçambique[21]), com o objectivo de aumentar o prazer sexual (seu e do companheiro).

De acordo com a literatura, 93,0-97,2%[8,22] das mulheres submetidas a ninfoplastia ficam satisfeitas com o resultado. Contudo, apenas 40,3% consideram que teve um impacto significativo na sua vida sexual; na perspectiva do parceiro, tal verificou-se em 35,7%[3,8]. Não existem, contudo, estudos a longo prazo ou comparativos com a não intervenção.

Este tipo de intervenções encontra-se no grupo das que, em situações muito específicas e após acurada avaliação do caso, poderão ter indicação médica[23]. Nalguns casos, mesmo sem indicação aparente, poderá ser útil uma avaliação psicológica para evitar casos de automutilação[10,24], com potenciais consequências devastadoras.

Deverá sempre ser mantido em mente que, independentemente do objectivo, o resultado funcional ou estético poderá não ser o almejado. As complicações incluem a deiscência, formação de aderências, fibrose, infecção, cicatrizes hipertróficas, alteração da capacidade orgástica e dor crónica[8,25]. Segundo a literatura[8,22], as mais frequentes são: dor ou dispareunia (5% ao 28º dia; praticamente inexistente aos três meses), diminuição do prazer sexual, recorrência[13] (9%) e deiscências com necessidade de ressutura (5,4-13,3%), sendo estas últimas frequentemente responsáveis por maus resultados estéticos.

Cirurgia/procedimentos de aumento dos pequenos lábios

Normalmente estes procedimentos passam pela injecção de substâncias para aumento do volume, incluindo gordura autóloga. As referências na literatura são muito escassas e vagas, não havendo indicação médica para a sua realização.

Cirurgias/procedimentos sobre os grandes lábios

Aqui, as denominações são igualmente variadas, incluindo: «labioplastia», «labiaplastia» e «correcção cirúrgica dos grandes lábios vulvares». Incluem técnicas cirúrgicas excisionais, mas também de lipoaspiração[26,27].

As propostas mais frequentes são de redução[28], mas também as há de aumento, incluindo o enxerto de gordura.

Em qualquer abordagem será importante manter em mente que a gordura nesta zona se encontra «encapsulada», diferentemente do que se verifica noutras partes

do corpo.

Será difícil encontrar motivos médicos para este tipo de cirurgias, exceptuando num contexto de traumatismo, excisão de neoplasias, abcessos, perdas acentuadas de peso[29] ou hidradenite supurativa. Relatos esporádicos mostram a sua aplicação em casos de lipodistrofia consequente à toma de anti-retrovirais[30]. Apesar de ser possível encontrar algumas possíveis aplicações destas técnicas, não existem estudos com número significativo.

Estreitamento/rejuvenescimento vaginal[31]

Denominada também de «perineoplastia», «cirurgia para reconstrução da vagina», «vaginoplastia», «estreitamento vaginal», «aperto da vagina», «redução do canal vaginal» e «colpoperineoplastia».

Trata-se do grupo de intervenções, supostamente, destinadas a corrigir os defeitos da vulva, intróito, vagina e musculatura do pavimento pélvico, decorrentes dos traumatismos do parto e do envelhecimento. Por vezes, os prolapsos e a incontinência urinária surgem referidos entre as indicações para estes procedimentos.

Ainda que se anuncie que possam melhorar a capacidade de atingir o orgasmo, a auto-confiança e o prazer do companheiro, não se encontra suporte científico para a sua realização.

Recorrendo à literatura, encontramos que estes procedimentos são requisitados, essencialmente, por mulheres que sentem ter um alargamento vaginal ou diminuição do pregueamento vaginal[32].

Não existem estudos relativamente aos limites da normalidade em termos de dimensões ou amplitude do intróito ou vagina. Contudo, é um facto que as paredes vaginais e seu pregueamento, bem como o intróito se vão alterando por predisposição genética, com a idade, paridade, *status* hormonal, cirurgias ou radioterapia. No extremo destas alterações podem surgir os prolapsos útero-vaginais, passando também pela incontinência urinária.

Existem artigos concluindo que as cirurgias de estreitamento vaginal efectivamente podem melhorar a função sexual, contudo, com aumento da dispareunia e da secura vaginal[33,34].

Algumas das práticas passíveis de serem incluídas neste grupo são clara e assumidamente consideradas para além dos limites da ética[5,23]: *Laser Vaginal Rejuvenation*®, *Designer Laser Vaginoplasty*® e injecções de ácido hialurónico ou silicone[35] na vagina, por exemplo.

Relativamente ao *laser,* convém diferenciar dos exemplos anteriormente referidos os ensaios europeus que têm sido realizados, recorrendo ao *laser* pulsado e que procuram melhorar a atrofia vaginal, estimulando os fibroblastos e, consequentemente, a produção de colagénio e de fibras elásticas[36]. Ainda que os primeiros resultados pareçam promissores, esta técnica ainda está longe de entrar na prática clínica, aguardando-se mais estudos e com séries maiores.

Outras práticas, perfeitamente consagradas, fazem já parte do armentário do ginecologista, como as correcções de lacerações perineais e de prolapsos.

Lipoaspiração do *mons pubis*

Sendo a lipoaspiração uma prática comum da cirurgia estética noutras partes do corpo, seria inevitável o seu uso também nos genitais.

Em casos seleccionados, como por exemplo após uma perda muito marcada de peso, poderá ser compreensível e aceitável a sua utilização[29], apesar da falta de estudos neste campo.

Himenoplastia

Designadas de: «himenplastia», «reconstrução do hímen», «restauração do hímen», «reconstituição do hímen» e «cirurgia de recuperação da virgindade».

Este procedimento polémico é frequentemente oferecido, nalguns casos, prometendo a «recuperação da virgindade perdida», desafiando definições linguísticas, médicas e mesmo jurídicas. Descrito habitualmente como um processo muito simples e rápido, indo da simples sutura das carúnculas mirtiformes até procedimentos mais complexos, incluindo o descolamento de mucosa vaginal ou a escarificação[5].

Refere-se ser importante no caso de mulheres vítimas de abuso sexual, por questões de honra, religiosas[37] ou apenas para «*apimentar*» a sua vida sexual. É frequente o seu uso na Índia, como comemoração do 25º aniversário[38]. Nalguns países muçulmanos, alguns médicos enfrentam o dilema moral de serem contra esta prática, de correrem riscos e, ainda assim, praticarem-na para protecção das mulheres[37].

Não existe indicação médica para a realização destes procedimentos, nem estudos relativos à sua segurança. Em tempos chegou a ser proposta como cirurgia para evitar as cistites pós-coitais recorrentes[39].

Intervenções sobre o ponto G

Denominadas de: «projecção», «plastia», «remodelação» ou «aumento do ponto G» e prometendo «*aumentar tanto a frequência como a intensidade do orgasmo vaginal*». Mais ou menos conscientemente, parece reavivar os conceitos freudianos de orgasmo clitoridiano

e vaginal[40]. Definido como um procedimento minimamente invasivo, consistindo na injecção de gordura, ácido hialurónico ou colagénio na parede anterior da vagina[41]. Existem outras técnicas descritas, passando pela excisão parcial da fáscia pubocervical[5].

Num estudo afirma-se ser possível encontrar este ponto em termos funcionais em 82,3% das mulheres, em termos anatómicos em 54,3% e histológicos em 47,4%[42], sendo possível que os ductos das glândulas de Skene tenham sido as estruturas identificadas. Noutro estudo[43], o mesmo autor conclui que esta estrutura é localizada em 58% das mulheres e difusa nas restantes e que em todas contacta com o clitóris. Na sua opinião, deverá ser tida em conta esta estrutura aquando da realização de cirurgia na parede anterior da vagina. Contudo, os estudos não mostram deterioração da função sexual – pelo contrário, após a realização deste tipo de cirurgias, mesmo com uso de redes[44,45]!

Apesar dos trabalhos de um grupo muito escasso de autores defendendo a existência do ponto G, a maior parte da evidência é contrária[46,47] e todas estas intervenções devem ser consideradas inúteis e ineficazes.

Intervenções sobre o clitóris

Designadas de: «clitoroplastia», «correcção cirúrgica do clitóris», «circuncisão feminina» ou «clitoropexia».

Sob esta designação encontram-se procedimentos de aumento, redução ou apenas de exposição do clitóris.

As referências mais antigas a procedimentos deste género remontam a 1976[48], tendo como objectivo a resolução de fimoses. Posteriormente, surgiram diversas variantes da técnica, incluindo a combinação com técnicas de hidrodissecção[49,50].

A principal causa de parafimose/fimose são as dermatoses liquenóides. Na experiência dos autores, foi detectado em 66 e 49% dos líquenes esclerosos e planos, respectivamente[51]. Num universo de mais de 400 doentes, apenas duas referiram ausência de sensibilidade clitoridiana e apenas numa foi efectuada cirurgia/hidrodissecção para exposição do clitóris.

Na nossa população, não é frequente que as mulheres se apercebam das alterações anatómicas causadas por estas patologias – provavelmente até pelas faixas etárias mais atingidas.

Ainda que este tipo de intervenções possam e devam ser oferecidas em casos muito seleccionados, deverá haver sempre a opinião de um especialista em patologia vulvar; o cirurgião deverá conhecer a natureza destas dermatoses, ter um perfeito conhecimento do risco de fenómenos isomórficos e saber que a ocultação do clitóris raramente se associa a perturbações da sensibilidade, contrariamente ao que tantas vezes é propagandeado.

As cirurgias de redução do clitóris têm o seu papel nos casos de hermafroditismo ou de hiperplasia congénita da suprarrenal[52] e, eventualmente, nalguns casos de virilização, dificilmente tendo lugar fora destes contextos.

Outros procedimentos deste grupo incluem intervenções sobre o freio e de diminuição das dimensões do prepúcio, estas últimas «prometendo» um aumento do prazer por maior contacto do clitóris com o púbis e pénis. Não existe qualquer evidência relativamente a esta «promessa» de maior prazer sexual.

«Branqueamento»

Oferecido por vezes a par com técnicas de branqueamento anal, são procedimentos sem qualquer indicação médica ou estudos de segurança e eficácia.

Existem também casos em que são realizados tratamentos com *laser,* para tornar os pequenos lábios «mais brilhantes»[53].

DISCUSSÃO

Do exposto, facilmente se conclui que a maioria das cirurgias estéticas vulvares e/ou vaginais estão para além da ética e da boa prática médica. Alguns autores sugerem que este campo gravite perigosamente próximo do da mutilação genital feminina[54]. Atente-se na definição desta: «*Female genital mutilation comprises all procedures involving partial or total removal of the external female genitalia or other injury to the female genital organs for non-medical reasons*»[55].

Independentemente de toda a argumentação ética, deontológica, científica e até jurídica, o facto é que as cirurgias são procuradas e efectuadas.

Toda e qualquer intervenção cirúrgica sobre a vulva pode ter interferência com a inervação e, consequentemente, potencial para afectar a capacidade sensitiva e eréctil dos tecidos[6,56]. Ainda que faltem os estudos a comprovar esta hipótese, deverá ser sempre mantida em mente e explicada às potenciais candidatas a cirurgia vulvar – não apenas às candidatas a cirurgia estética. Contudo, a função sexual é muito mais do que anatomia e fisiologia – nalguns casos, pontuais, a cirurgia poderá ter um impacto positivo.

Nenhuma intervenção deve ser efectuada sem avaliação prévia por um ginecologista: uma doente pode,

por exemplo, atribuir queixas de dor sexual, a hipertrofia ou assimetria dos lábios e aquela ser uma vulvodinia.

Não menos importante é o papel da investigação e apoio psicológico e psiquiátrico, nomeadamente na exclusão de distúrbio dismórfico corporal (preocupação com um defeito imaginário, preocupação excessiva com um defeito mínimo, associado a impacto social, profissional ou pessoal e na ausência de outra doença psiquiátrica que explique o quadro)[57]. Esta entidade, embora raro na população em geral, é frequente entre os doentes que procuram tratamentos estéticos – contudo, é baixo o número de doentes que se sentem melhor após os tratamentos[58]. De futuro, poderá até ser prudente que todas as mulheres candidatas a cirurgia estética vulvar tenham uma avaliação por um profissional de saúde mental[6].

A *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada* emitiu um documento, em finais de 2013, tentando dar linhas de orientação aos seus membros[54]. Daquele, salientam-se cinco recomendações: 1) o ginecologista deve ter um papel importante na educação das mulheres relativamente à sua anatomia e variantes do normal; 2) deve ser sempre realizada uma história clínica, incluindo as vertentes ginecológica e sexual, 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 (incluindo o que possa acontecer durante a gravidez ou com a transição para a menopausa); 4) é escassa a evidência científica que permita recomendar qualquer uma destas cirurgias e por tal, os clínicos, não devem publicitar as mesmas ou anunciá-las como potencialmente melhorando a função sexual e 5) este tipo de cirurgias não deve ser efectuado antes de atingida a maturidade sexual.

É frequente serem adolescentes a requerer cirurgia estética vulvar, seja por comparação com colegas e amigas, por interferência na prática desportiva ou no uso de determinadas roupas, mas também, por vezes, por pressão materna[54]. Os genitais sofrem grandes alterações, só estabilizando na idade adulta, mas sofrendo remodelações com as gravidezes e partos e, ulteriormente e de forma progressiva, na menopausa. Casos mais complexos, em termos éticos, podem incluir os pedidos de himenoplastia em menores, por questões de honra[59].

Independentemente da posição que se tome, o médico tem sempre o dever de aconselhar as mulheres, à luz do que mais actualizado esteja disponível: se não há evidência, deve dizê-lo. Se há riscos, deve certificar-se que ela os compreendeu. É igualmente dever daquele mostrar que a diversidade é a regra em termos de genitália.

A equação vai ter várias variáveis: valores culturais (do médico e da doente), bases científicas, princípios éticos e questões monetárias conjugar-se-ão de diversas formas e, consequentemente, com resultados diferentes. Não existem fórmulas perfeitas, padrão – ou sequer correctas ou erradas. Dificilmente alguém poderá ser objector a todos os casos de cirurgia estética vulvar: todos reconhecerão casos em que considerarão lícito realizar, por exemplo, uma ninfoplastia. Mas, nesse momento, será estética?

REFERÊNCIAS

1. Moran C, Lee C. What's normal? Influencing women's perceptions of normal genitalia: an experiment involving exposure to modified and nonmodified images. BJOG. 2013 Dec 19;
2. Koning M, Zeijlmans IA, Bouman TK, van der Lei B. Female attitudes regarding labia minora appearance and reduction with consideration of media influence. Aesthet Surg J. 29(1):65–71.
3. Goodman MP, Placik OJ, Benson RH, Miklos JR, Moore RD, Jason RA, et al. A large multicenter outcome study of female genital plastic surgery. J Sex Med. 2010 Apr;7(4 Pt 1):1565–77.
4. Goodman MP. Female genital cosmetic and plastic surgery: a review. J Sex Med. 2011 Jun;8(6):1813–25.
5. Ostrzenski A. Selecting aesthetic gynecologic procedures for plastic surgeons: a review of target methodology. Aesthetic Plast Surg. 2013 Apr;37(2):256–65.
6. Likes WM, Sideri M, Haefner H, Cunningham P, Albani F. Aesthetic Practice of Labial Reduction. J Low Genit Tract Dis. 2008;12(3):210–6.
7. Smarrito S. Lambda laser nymphoplasty: retrospective study of 231 cases. Plast Reconstr Surg. 2014 Feb;133(2):231e – 2e.
8. 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.
9. Radman HM. Hypertrophy of the labia minora. Obstet Gynecol. 1976 Jul;48(1 Suppl):78S – 79S.
10. Farahani F, Gentry A, Lara-torre E, Mccuin E. Self-Attempted Labioplasty With Elastic Bands Resulting in Severe Necrosis. J Low Genit Tract Dis. 2014;19(3).
11. Murariu D, Chun B, Jackowe DJ, Parsa A, Nakasone GK, Parsa FD. Comparison of mean labial width in patients requesting labioplasty to a healthy control: an anatomical study. Plast Reconstr Surg. 2012 Jan;129(1):214e – 215e.
12. Shafik A, Shafik AA AI. Response of the labia majora and minora to clitoral stimulation. Int J Gynaecol Obs. 2004;86:401–2.
13. Barrett MM, Carlson JA. A clinicopathologic study of labia minora hypertrophy : signs of localized lymphedema were universal. J Low Genit Tract Dis. 2013 Jan;18(1):13–20.
14. Kruk-Jeromin J, Zieli ski T. [Hypertrophy of labia minora—pathomorphology and surgical treatment]. Ginekol Pol. 2010

Apr;81(4):298–302.

15. Heller DS, Kuye OO. Recurrent hypertrophy of the labia minora: a hormonally related lesion possibly related to fibroepithelial stromal polyps of the vulva. J Low Genit Tract Dis. 2011 Jan;15(1):69–70.

16. Miklos JR, Moore RD. Labiaplasty of the labia minora: patients' indications for pursuing surgery. J Sex Med. 2008 Jun;5(6):1492–5.

17. Benadiba L. [Labiaplasty: plastic or cosmetic surgery? Indications, techniques, results and complications]. Ann Chir Plast esthétique. 2010 Apr;55(2):147–52.

18. Martínez Pérez G, Namulondo H. Elongation of labia minora in Uganda: including Baganda men in a risk reduction education programme. Cult Health Sex. 2011 Jan;13(1):45–57.

19. Larsen J. The social vagina: labia elongation and social capital among women in Rwanda. Cult Health Sex. 2010 Oct;12(7):813–26.

20. Rosa Mendes P. Baía dos Tigres. 8a ed. Quixote D, editor. Alfragide: D. Quixote; 2011.

21. Vera Cruz G, Mullet E. The Practice of Puxa-Puxa among Mozambican Women: A Systematic Inventory of Motives. J Sex Res. 2013 Aug 7;

22. Pardo J, Sola V, Ricci P, Guilloff E. Laser labioplasty of the labia minora. Int J Gynaecol Obs. 2006;93:38–43.

23. ACOG Committee Opinion No. 378: Vaginal «rejuvenation» and cosmetic vaginal procedures. Obstet Gynecol. 2007 Sep;110(3):737–8.

24. Fayad S, Srom V, Delotte J, Bafghi A, Sorci K, Bongain A. [Psychological factors of genital automutilation and medico-ethical interest in emergency vulvoplasty]. Gynécologie, Obs Fertil. 2006 Feb;34(2):134–6.

25. Munhoz A, Filassi J, Ricci M, Aldrighi C, Correia L, Aldrighi J, et al. Aesthetic Labia Minora Reduction with Inferior. Plast Reconstr Surg. 2006;118:1237–47.

26. Vogt PM, Herold C, Rennekampff HO. Autologous fat transplantation for labia majora reconstruction. Aesthetic Plast Surg. 2011 Oct;35(5):913–5.

27. Salgado CJ, Tang JC, Desrosiers AE. Use of dermal fat graft for augmentation of the labia majora. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2012 Mar;65(2):267–70.

28. Mottura AA. Labia majora hypertrophy. Aesthetic Plast Surg. 2009 Nov;33(6):859–63.

29. Alter GJ. Management of the mons pubis and labia majora in the massive weight loss patient. Aesthet Surg J. 29(5):432–42.

30. Lapalorcia LM, Podda S, Campiglio G, Cordellini M. Labia majora labioplasty in HIV-related vaginal lipodystrophy: technique description and literature review. Aesthetic Plast Surg. 2013 Aug;37(4):711–4.

31. Pardo JS, Solà VD, Ricci PA, Guiloff EF, Freundlich OK. Colpoperineoplasty in women with a sensation of a wide vagina. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006 Jan;85(9):1125–7.

32. Ostrzenski A. An acquired sensation of wide/smooth vagina: a new classification. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2011 Sep;158(1):97–100.

33. Abedi P, Jamali S, Tadayon M, Parhizkar S, Mogharab F. Effectiveness of selective vaginal tightening on sexual function among reproductive aged women in Iran with vaginal laxity: A quasi-experimental study. J Obstet Gynaecol Res. 2013 Oct 11;

34. Moore RD, Miklos JR, Chinthakanan O. Evaluation of Sexual Function Outcomes in Women Undergoing Vaginal Rejuvenation/Vaginoplasty Procedures for Symptoms of Vaginal Laxity/Decreased Vaginal Sensation Utilizing Validated Sexual Function Questionnaire (PISQ-12). Surg Technol Int. 2014 Mar;24:253–60.

35. Park TH, Park HJ, Whang KW. Functional vaginal rejuvenation with elastic silicone threads: A 4-year experience with 180 patients. J Plast Surg Hand Surg. 2014 Aug 21;1–4.

36. S Salvatore, R E Nappi, N Zerbinati, A Calligaro, S Ferrero, M Candiani ULRM. A 12-week treatment with fractional CO2 laser for vulvovaginal atrophy: a pilot study. Climateric. 2014;17(4):363–9.

37. Ahmadi A. Ethical issues in hymenoplasty: views from Tehran's physicians. J Med Ethics. 2014 Jun;40(6):429–30.

38. Prakash V. Hymenoplasty - how to do. Indian J Surg. 2009 Aug;71(4):221–3.

39. Reziciner S. [Prevention of recurrent post-coital cystitis using hymenoplasty]. Ann Urol (Paris). 1988 Jan;22(6):446–51.

40. Amouroux R, Stouten H. [When Marie Bonaparte turned a deaf ear]. Luzif Amor. 2014 Jan;27(53):122–40.

41. Bachelet J-T, Mojallal A, Boucher F. [Female genital surgery, G-spot amplification techniques-State of the science.]. Ann Chir Plast Esthet. 2014 Jun 14;

42. Thabet SMA. Reality of the G-spot and its relation to female circumcision and vaginal surgery. J Obstet Gynaecol Res. 2009 Oct;35(5):967–73.

43. Thabet SMA. New findings and concepts about the G-spot in normal and absent vagina: precautions possibly needed for preservation of the G-spot and sexuality during surgery. J Obstet Gynaecol Res. 2013 Aug;39(8):1339–46.

44. El Haddad R, Svabik K, Masata J, Koleska T, Hubka P, Martan A. Women's quality of life and sexual function after transvaginal anterior repair with mesh insertion. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013 Mar;167(1):110–3.

45. Shahghaibi S, Faizi S, Gharibi F. Effect of colporrhaphy on the Sexual Dysfunction of women with pelvic organ prolapsed. Pakistan J Med Sci. 2013 Jan;29(1):157–60.

46. Puppo V, Gruenwald I. Does the G-spot exist? A review of the current literature. Int Urogynecol J. 2012 Dec;23(12):1665–9.

47. Kilchevsky A, Vardi Y, Lowenstein L, Gruenwald I. Is the female G-spot truly a distinct anatomic entity? J Sex Med. 2012 Mar;9(3):719–26.

48. Kramarosky C, Manriquez C. [Phimosis of the clitoris]. Rev Chil Obstet Ginecol. 1975 Jan;40(5):304–9.

49. Vieira-Baptista P. How to deal with lichen sclerosus. Int J Gynecol Obstet. Elsevier; 2012;119:S255.

50. Goldstein AT, Burrows LJ. Surgical treatment of clitoral phimosis caused by lichen sclerosus. Am J Obstet Gynecol. 2007 Feb;196(2):126.e1–4.

51. ISSVD 2013 Abstracts. J Low Genit Tract Dis. 2013;17(6s).

52. Murakami M, Akira S, Tsuboi N, Matsuzawa I, Ohki Y, Koike S, et al. Microscope-assisted reduction clitoroplasty used to treat two patients with clitoromegaly. J Nippon Med Sch. 2010 Mar;77(1):35–9.

53. Cihantimur B, Herold C. Genital beautification: a concept that offers more than reduction of the labia minora. Aesthetic Plast Surg. 2013 Dec;37(6):1128–33.

54. Shaw D, Lefebvre G, Bouchard C, Shapiro J, Blake J, Allen L, et al. Female genital cosmetic surgery. J Obstet Gynaecol Can. 2013 Dec;35(12):1108–14.

55. Eliminating female genital mutilation: an interagency statment. [Internet]. 2008 [cited 2014 Aug 29]. Available from: http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf#0

56. Schober J, Cooney T, Pfaff D, Mayoglou L, Martin-Alguacil N. Innervation of the labia minora of prepubertal girls. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2010 Dec;23(6):352–7.

57. Phillips K, Hollander E. Body dimororfic disorder. In: Widiger TA, Frances AJ, Pincus HA, Ross R, First MB DW, editor. DSM-IV Sourcebook. Washington DC: American Psychiatric Association; 1996. p. 949–60.

58. Tadisina KK, Chopra K, Singh DP. Body dysmorphic disorder in plastic surgery. Eplasty. 2013 Jan;13:ic48.

59. Kopelman LM. Make her a virgin again: when medical disputes about minors are cultural clashes. J Med Philos. 2014 Mar;39(1):8–25.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA
Pedro Vieira-Baptista
Centro Hospitalar de S. João
Alameda Prof. Hernáni Monteiro
4200-319 Porto
E-mail: pedrovieirabaptista@gmail.com

RECEBIDO EM: 01-09-2014
ACEITE PARA PUBLICAÇÃO: 02-02-2015