

Clitoroplastia na correção de hipertrofia de clitóris: descrição de uma técnica poupadora de estruturas neurovasculares

Clitoroplasty in the correction of clitoral hypertrophy: description of a technique that spares neurovascular structures

FELIPE LIMA JACOB¹ ; NYARA RODRIGUES CONDE DE ALMEIDA² ; LÍVIA GUERREIRO DE BARROS BENTES¹ ; RAFAEL SILVA LEMOS¹ ; JOÃO FILIPE DE SOUSA BARBOSA¹ ; KATIA SIMONE KIETZER¹ ; LUIS OTAVIO AMARAL DUARTE PINTO¹ ; EDSON YUZUR YASOJIMA TCBC-PA¹ .

R E S U M O

A hipertrofia do clitóris é uma condição que repercute negativamente na vida íntima da mulher e pode causar constrangimento e impacto na vida sexual. O artigo descreve uma técnica cirúrgica de clitoroplastia realizada com incisão subcoronal circunferencial de 360° apenas na pele e na túnica de Dartos para evitar danos neuronais, seguida do desenlramento até a base do clitóris, preservando o feixe neurovascular dorsal. Prosseguiu-se com a amputação do corpo do clitóris, preservando 0,5 cm do coto da haste clitoriana, e a glândula suturada ao restante do tecido esponjoso remanescente. Destaca-se, por fim, que não houve queixas de perda de sensibilidade ou disfunções sexuais no pós-operatório.

Palavras-chave: Clitóris. Hipertrofia. Cirurgia Plástica. Esteróides Androgênicos Anabolizantes. Saúde da Mulher.

INTRODUÇÃO

A hipertrofia do clitóris é uma condição que acarreta diversas repercussões negativas na autoestima e na vida sexual da mulher^{1,2}. O crescimento excessivo desse órgão é denominado clitoromegalia, quando ultrapassa a medida de 35mm^{2,4}. Apesar de não possuir grandes repercussões funcionais, o maior impacto está na vida íntima da mulher, podendo gerar constrangimentos, transtornos psicológicos, além de resultar na restrição das atividades sexuais^{4,5}.

A clitoromegalia pode ser idiopática ou ocasionada por diferentes etiologias, intrínsecas ou adquiridas. Dentre as causas intrínsecas tem-se a hiperplasia adrenal congênita, causada por deficiências enzimáticas que levam ao excesso de produção de esteroides adrenais e a estimulação do crescimento do clitóris, a exposição a hormônios maternos, distúrbios hormonais ao nascimento, síndrome do ovário policístico e alterações genéticas (mosaicismo de cromossomos sexuais)¹⁻⁴.

A principal causa adquirida de clitoromegalia é o uso de esteroides anabolizantes androgênicos exógenos, como a nandrolona, anadrol, metanolona, dentre outros. Esse efeito é causado pela ação dos derivados sintéticos da testosterona, principais componentes dos anabolizantes,

estimulando a pilificação, alterações no padrão da voz, hipertrofia muscular e virilização⁵. A hipertrofia do clitóris pode ser irreversível e causar desconforto, dor e alteração na sensibilidade da região. A porcentagem de mulheres que apresentam esse efeito colateral varia de acordo com a dose, o tempo e o tipo de anabolizante utilizado, podendo ocorrer em mais da metade das usuárias⁶.

Nos últimos anos ocorreu o crescimento do número de casos de clitoromegalia, relacionado com o aumento de usuárias de esteroides anabolizantes^{6,7}. Dentre os principais motivos para esse aumento estão a mudança do padrão de beleza e o crescimento da gym culture (hipervalorização de corpos atléticos), ganho de massa muscular e perda de gordura, estagnação do desenvolvimento muscular, além da melhora da performance física^{4,6}. Ademais, outros fatores podem estar relacionados, como distúrbios alimentares, anorexia, sintomas obsessivos compulsivos, traumas psicológicos e dismorfia corporal⁴.

Diante desse contexto, apesar da relevância do tema para a autoestima e qualidade de vida das pacientes com clitoromegalia, ainda não há consenso na literatura sobre a melhor técnica operatória de redução do clitóris. Assim, o objetivo desse estudo é descrever uma técnica cirúrgica poupadora de estruturas neurovasculares para correção de clitoromegalia por uso de anabolizantes.

1 - Universidade do Estado do Pará, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - Belém - PA - Brasil. 2 - Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências Médicas - Belém - PA - Brasil.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA E RESULTADOS

Após antissepsia, assepsia e colocação de campos estéreis, a paciente foi anestesiada com raquianestesia e posicionada em litotomia simples. Em seguida, foi introduzida uma sonda Foley nº 14 pela uretra e feito um ponto de reparo na glândula com fio cirúrgico Nylon 4-0 para facilitar a exposição do clitóris (Figuras 1 e 2).



Figura 1. Ponto de reparo através da glândula.

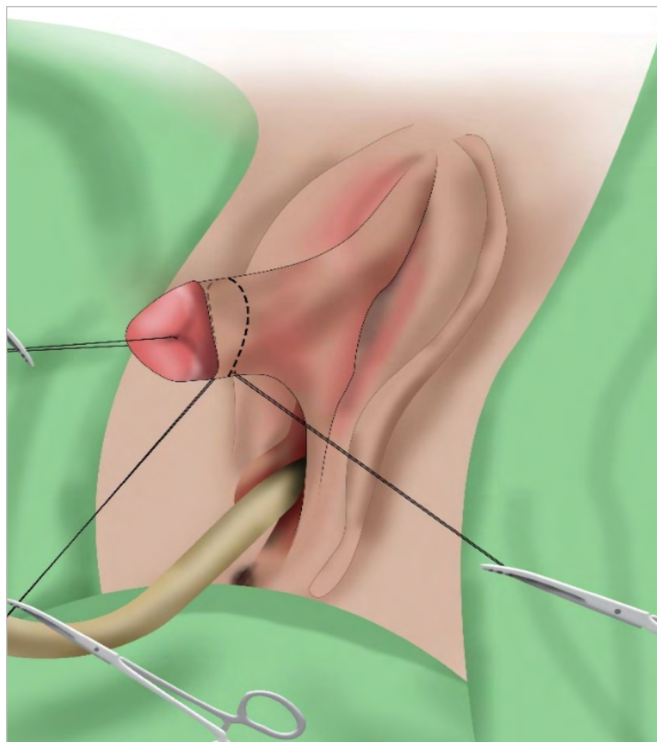


Figura 2. Ponto de reparo na glândula, desenho esquemático.

Em seguida, foi feita incisão subcoronal circunferencial de 360° apenas na pele e na túnica dartos

para evitar lesão neuronal e, após, prosseguiu-se com desenlramento até a base do clitóris. Nesse momento, verificou-se que o comprimento do clitóris sob tração máxima era de 6,5cm (Figura 3).

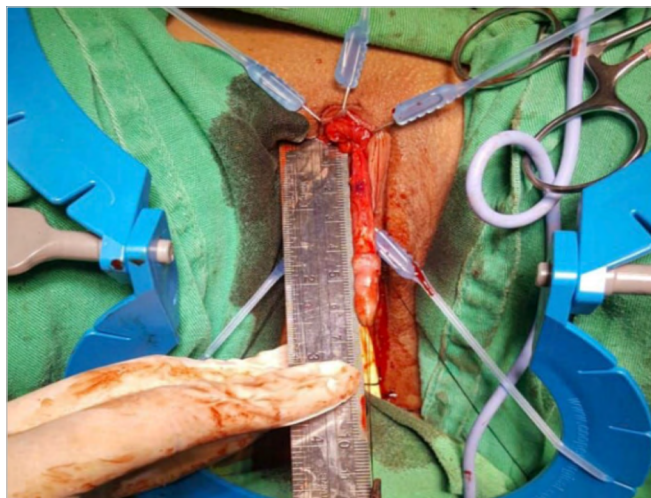


Figura 3. Clitóris desenlramado medindo 6,5 cm.

Após o desenlramento, foi realizado um garroteamento utilizando dreno de Penrose nº 0 na base do clitóris com finalidade de controle hemostático, além de facilitar a visualização das estruturas (Figuras 4 e 5). Em seguida, a partir de incisões na fáscia de Buck às 5h e às 7h, foi liberado o feixe neurovascular dorsal (FVND), no qual a túnica albugínea do clitóris foi mantida na posição das 10h às 02h para diminuir o risco de lesão ao FVND.

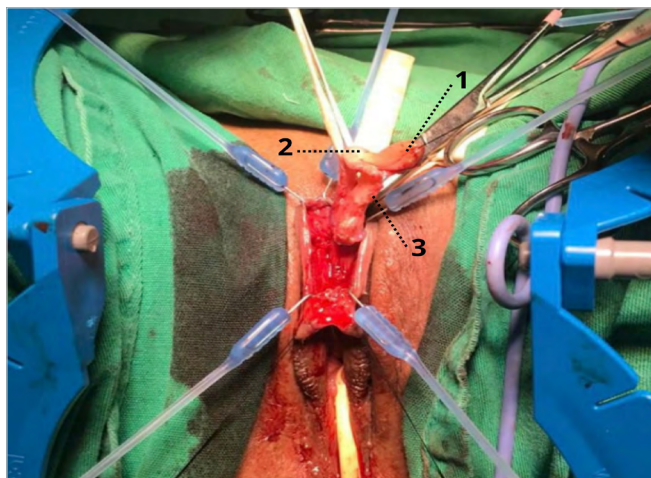


Figura 4. Liberação do feixe vascular nervoso dorsal. 1 - Glândula do clitóris. 2 - Feixe vasculonervoso dorsal do clitóris. 3 - Corpo cavernoso do clitóris..

Após a liberação do FVND, o complexo glândula/FVND foi descolado do restante do clitóris e o excesso de corpos cavernosos foi amputado, deixando um coto de aproximadamente 0,5cm, que foi suturado com fio

cirúrgico Vycril 3-0. Em seguida, a glânde foi fixada no corpo cavernoso remanescente e o FVND foi fixado sob o tecido subcutâneo próximo à sínfise púbica (Figuras 6 e 7).

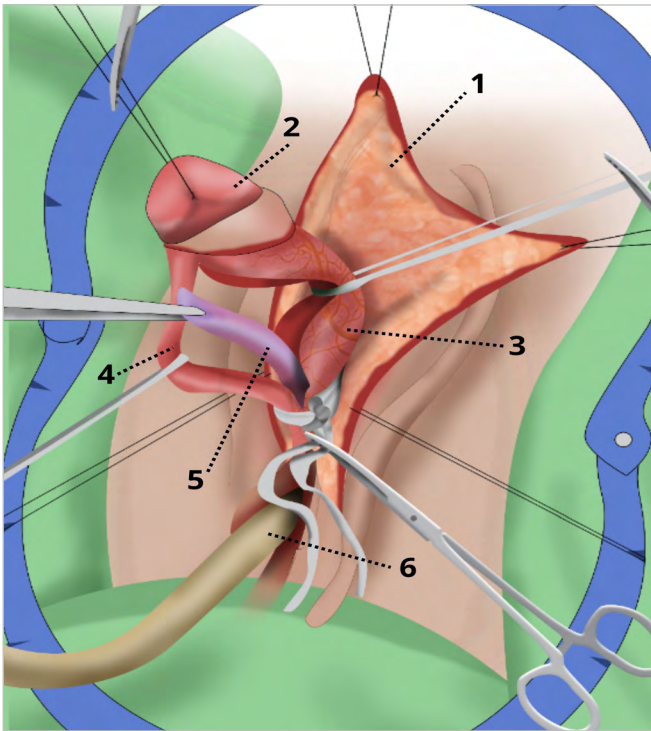


Figura 5. Liberação do feixe vascular nervoso dorsal, desenho esquemático. 1 - Retalho de pele do clitóris desenluvado. 2 - Glânde do clitóris. 3 - Feixe vasculonervoso dorsal do clitóris. 4 - Placa uretral. 5 - Corpo cavernoso do clitóris. 6 - Sonda vesical.

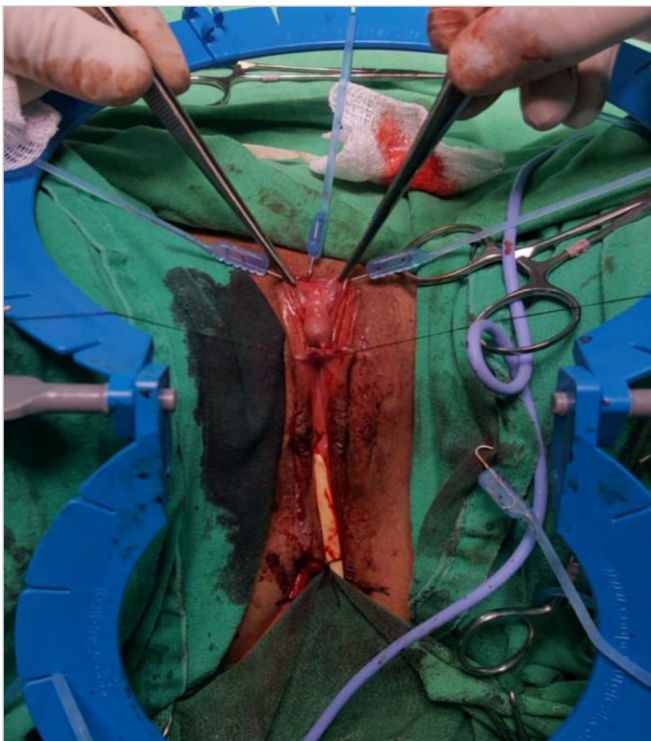


Figura 6. Fixação da glânde nos corpos cavernosos.

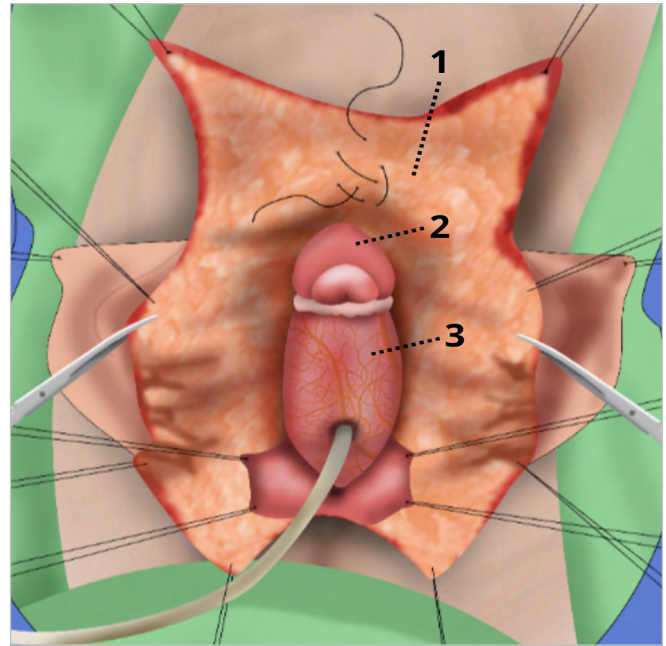


Figura 7. Fixação da glânde nos corpos cavernosos, desenho sistemático. 1 - Retalho de pele do clitóris desenluvado. 2 - Glânde do clitóris. 3 - Placa uretral.

Por fim, o excesso de pele previamente desenluvado foi seccionado e a síntese por planos foi realizada com fio cirúrgico Vicril Rapid 4-0 em pontos separados para reconfiguração dos pequenos lábios e capuz do clitóris (Figuras 8 e 9).

A alta hospitalar ocorreu após 48 horas, com relatos subjetivos de parestesia e incômodo da região. A sonda vesical permaneceu instalada por 14 dias no pós-operatório associada a curativo compressivo perineal, com trocas rotineiras, sem necessidade de remoção de pontos cirúrgicos, devido a utilização de fio absorvível. O retorno às atividades sexuais foi liberado a partir de 2 meses do pós-cirúrgico.

Após acompanhamento por dois meses de pós-operatório, não houve relatos de perda de sensibilidade ou disfunções sexuais.

DISCUSSÃO

O culto ao corpo e a premissa de adequação aos padrões de beleza instituídos levaram a um número cada vez maior de mulheres fazendo uso de hormônios androgênicos-anabólicos para fins estéticos de resultados rápidos^{4,8}. O uso indiscriminado por mulheres, especialmente relacionado ao aumento de massa corporal e desempenho esportivo, pode acarretar

efeitos masculinizantes indesejáveis importantes, como aumento de pelos corporais, alterações na voz, volume mamário reduzido, aumento do clitóris, disfunção gonadal e sangramento uterino anormal, além de infertilidade, alterações essas que implicam na autoestima e na vida social da mulher^{4,8-10}. Nesse cenário, considerando que não há confirmação clínico-científica suficiente quanto ao benefício e a segurança que superem os malefícios da prática, no ano de 2023, o Conselho Federal de Medicina do Brasil vedou a utilização de formulações de esteroides anabolizantes ou hormônios androgênicos com a finalidade estética ou de melhora do desempenho esportivo¹¹.



Figura 8. Reconstrução do capuz do clitóris e pequenos lábios.



Figura 9. Aspecto após um mês de pós-operatório.

Pelo uso cada vez mais propagado de anabolizantes e o aumento da frequência de seus efeitos masculinizantes indesejáveis, a cirurgia de correção clitoriana necessitou de incrementos e atualizações nas últimas décadas, a fim de que atendesse aos resultados pós-operatórios estéticos e funcionais, preservando a sensibilidade sexual do órgão^{5,7,13}. Para isso, é crucial que ocorra encurtando cirúrgico dos corpos cavernosos, preservando o suprimento neurovascular para a glândula^{5,7,14}.

Primeiramente praticada pela técnica de clitorrectomia, realizada por Young¹⁵, em 1934, essa abordagem rudimentar somou resultados pós-operatórios insatisfatórios: perda irreversível da sensibilidade do clitóris, diminuição do orgasmo e ereções dolorosas, fatores que levaram ao abandono das técnicas cirúrgicas de clitorrectomia total e parcial^{2,15}. Nesse sentido, a cirurgia de reconstrução de clitóris hipertrofiado ganhou aperfeiçoamentos técnicos amparados no conhecimento mais aprofundado da anatomia urogenital, que propusessem o mínimo de efeitos sobre sua funcionalidade, garantindo qualidade de vida para as mulheres operadas^{2,5,7,13,14}. Atualmente, almeja-se abordagens cirúrgicas de clitoroplastia redutora com conservação do pedículo neurovascular dorsal, originário do nervo pudendo, e da extensa rede nervosa ao redor dos corpos cavernosos, objetivando manter a estética genital a preservação das funções sexuais a longo prazo^{2,5,7,14}.

Nesse contexto, uma vez que a manipulação de tais estruturas exige aperfeiçoamento de habilidades técnicas e destreza manual, o conhecimento anatômico das estruturas neurovasculares do clitóris são de suma importância para o sucesso cirúrgico^{2,5,7,14,17}. A técnica abordada no estudo consistiu na realização da dissecação do feixe vasculonervoso associada a preservação da túnica albugínea na região dorsal do clitóris após a liberação da fásia de Buck e preservação da glândula clitoriana. Tal abordagem, objetiva reduzir as chances de lesão iatrogênica do feixe, que poderiam resultar em parestesias pós-operatórias, isquemias e necrose do clitóris, da mesma forma como vem sendo utilizada por outros autores^{3,5,16,17}.

Os resultados estéticos e funcionais da abordagem com separação e preservação do pedículo

neurovascular são superiores, uma vez que somaram mínimos efeitos adversos a longo prazo, garantindo perda mínima da sensibilidade clitoriana, relações sexuais e ereções não dolorosas, além do resultado estético favorável^{2,3,5,7,14-17}. De modo comparativo, no estudo de Sönmezer (2023), todas as mulheres submetidas a cirurgia de clitoroplastia com preservação do feixe neurovascular apresentaram, ao final de 24 meses de observação, preservação da sensibilidade clitoriana. Do mesmo modo, no presente estudo descrito, após 2 meses de pós-operatório, não houve relatos de perda sensibilidade clitoriana, dor ou edema locais, mesmo após manter relações sexuais.

Diante disso, entende-se que a clitoroplastia pela técnica de conservação neurovascular restaura a anatomia normal, permite resultado estético favorável e, principalmente, reduz as chances de comprometimento da função sexual, diminuindo impactos sobre a vida social das pacientes operadas^{3,17,18}. A escolha da técnica operatória deve sempre respeitar a individualidade de cada caso e a experiência do profissional.

Dentre as possíveis complicações, incluem-se: perda de sensibilidade clitoriana, isquemia e necrose da glândula do clitóris. Embora possíveis, essas consequências são menos frequentes na técnica cirúrgica descrita, uma vez que há o cuidado na preservação do feixe

neurovascular dorsal do clitóris, o que reduz as chances dessas complicações⁵⁻¹⁸.

Ainda que a clitoromegalia seja uma queixa cada vez mais comum nos consultórios de ginecologistas, urologistas e cirurgiões plásticos, não há padronização da escolha da abordagem cirúrgica, dada a limitação de estudos de casos na literatura^{2,5,14,16,17}. Devido a isso, justifica-se a importância de mais publicações sobre essa temática, necessárias para compreensão minuciosa e descritiva da anatomia urogenital e avaliação anatômico-funcional a longo prazo das pacientes no pós-operatório, bem como possibilitar uma maior discussão entre especialistas sobre as diferentes técnicas cirúrgicas e seus impactos na saúde das pacientes.

CONCLUSÃO

A clitoromegalia mostrou-se como uma condição cada vez mais comum, visto o crescimento concomitante do uso indiscriminado de hormônios androgênicos-anabólicos. Atualmente, não há padronização na literatura acerca da técnica de reconstrução cirúrgica em clitoroplastia. No entanto, a utilização de técnicas de liberação do feixe vasculonervoso aparenta ser promissora em detrimento das outras, devido ao menor risco de lesão iatrogênica, além de possibilitar resultados estéticos e funcionais significativos com mínimas implicações na sensibilidade clitoriana.

ABSTRACT

Clitoral hypertrophy is a condition that has a negative impact on a woman's intimate life and can cause embarrassment and impact on her sexual life. The article describes a surgical technique of clitoroplasty performed with a 360° circumferential subcoronal incision only in the skin and Dartos tunica to avoid neuronal damage, followed by degloving to the base of the clitoris, preserving the dorsal neurovascular bundle. The body of the clitoris was amputated, preserving 0.5 cm of the stump of the clitoral shaft, and the glans was sutured to the rest of the remaining spongy tissue. Finally, it is noteworthy that there were no complaints of loss of sensitivity or sexual dysfunctions post-operatively.

Keywords: Clitoris. Hypertrophy. Surgery, Plastic. Anabolic Androgenic Steroids. Women's Health.

REFERÊNCIAS

1. Merkezi AT. Neurovascular bundle sparing ventral clitoroplasty in adult patients. Description of the technique and long term outcome on clitoral functions. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2023;24:109-13. doi: 10.4274/jtgga.galenos.2023.2022-12-14.
2. Lean WL, Hutson JM, Deshpande AV, Grover S. Clitoroplasty: past, present and future. *Pediatr Surg Int.* 2007;23:289-93. doi: 10.1007/s00383-007-1893-y.
3. Kaefer M, Rink RC. Treatment of the Enlarged Clitoris. *Front.Pediatr.* 2017;5:125. doi: 10.3389/fped.2017.00125.
4. Havnes IA, Jorstad ML, Innerdal I, Bjernebekk A. Anabolic-androgenic steroid use among women –

- A qualitative study on experiences of masculinizing, gonadal and sexual effects. *International Journal of Drug Policy*. 2021;95:95102876. doi: 10.1016/j.drugpo.2020.102876.
5. Kujur AR, Joseph V, Chandra P. Nerve sparing clitoroplasty in a rare case of idiopathic clitoromegaly. *Indian J Plast Surg*. 2016.49(1):86-90. doi: 10.4103/0970-0358.182241.
 6. Abrahin, OS, Sousa, EC. Anabolic androgenic steroids and their side effects: a scientific-critical review. *Revista da Educação Física/UEM*. 2013;24(4):621-632.
 7. Patil UA, Patil PU, Devdikar MS, Patil SU. Reduction Clitoroplasty by Ventral Approach: Technical Refinement. *J Obstet Gynaecol India*. 2019 Apr;69(Suppl 1):48-52. doi: 10.1007/s13224-017-1062-8.
 8. Kanayama G, Pope Jr HG. History and epidemiology of anabolic androgens in athletes and non-athletes. *Mol Cell Endocrinol*. 2018;464:4-13. doi: 10.1016/j.mce.2017.02.039.
 9. Bezerra AS, Siqueira IF, Oliveira SL, Lopez TR. Risks related to the use of anabolic steroids for aesthetic purposes. *RSD*. 2022;11(7):e18811729983. doi: 10.33448/rsd-v11i7.29983.
 10. Abrahin O, Souza NSF, Souza EC, Santos AM, Bahrke MS. Anabolic-androgenic steroid use among Brazilian women: in exploratory investigation. *Journal of Substance Use*. 2017;22(3):246-52. doi: 10.1080/14659891.2016.1179806.
 11. Federal Council of Medicine. CFM Resolution No. 2.333/2023. It adopts ethical norms for the prescription of hormonal therapies with androgenic and anabolic steroids in accordance with the scientific evidence available on the risks and harm to health, contraindicating their use for aesthetic purposes, muscle mass gain and improvement of sports performance. *Official Diary of the Union*. 2023. Issue 69, section 1, p. 226.
 12. Tuteja N, Saluja S, Jain SK, Yadav A, Agarwal LD, Hooja N. Congenital Idiopathic Isolated Clitoromegaly. *Int J App Basic Med Res*. 2014;4(2):192-4.
 13. Sperli AE, Freitas JOG, Mello ACA. Surgical treatment of clitoral hypertrophy. To see. *Bras. Cir. Plastic* 2011;26(2):314-20. doi: 10.1590/S1983-51752011000200021.
 14. Alcazar JC, Torres J, Lara JS, Cagigal L, Garnica I. Refinements and steps in clitoroplasty: Our experience. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2013 Jun;66(6):e175-7. doi: 10.1016/j.bjps.2012.12.004.
 15. Young HH. Genital abnormalities, hermaphroditism and related adrenal disease. *Williams and Wilkins, Baltimore*; 1937, pp 103–105.
 16. Sönmezer M. Neurovascular bundle sparing ventral clitoroplasty in adult patients. Description of the technique and long-term outcome on clitoral functions. *J Turk Ger Gynecol Assoc*. 2023;24:109-13. doi: 10.4274/jtgga.galenos.2023.2022-12-14.
 17. Kogan SJ, Smey P, Levitt SB. Subtunical total reduction clitoroplasty: a safe modification of existing techniques. *J Urol*. 1983;130(4):746-8. doi: 10.1016/s0022-5347(17)51436-6.
 18. Reifsnnyder JE, Stites J, Bernabe KJ, Galan D, Felsen D, Poppas DP. Nerve Sparing Clitoroplasty is an Option for Adolescent and Adult Female Patients with Congenital Adrenal Hyperplasia and Clitoral Pain following Prior Clitoral Recession or Incomplete Reduction. *J Urol*. 2016;195(4 Pt 2):1270-3. doi: 10.1016/j.juro.2015.12.053.

Recebido em: 08/06/2024

Aceito para publicação em: 12/09/2024

Conflito de interesses: não.

Fonte de financiamento: nenhuma.

Endereço para correspondência:

Felipe Lima Jacob

E-mail: felipelimajacob@hotmail.com

