



# Nova classificação para hipertrofia dos pequenos lábios vaginais e correlação com as técnicas cirúrgicas indicadas

*New classification of hypertrophy of the labia minora and correlation with indicated surgical techniques*

ANDRE GONÇALVES DE FREITAS  
COLANERI<sup>1\*</sup>

## ■ RESUMO

**Introdução:** Primeira colocada entre as mais procuradas cirurgias plásticas genitais, a ninfoplastia ou labioplastia visa a correção da hipertrofia dos pequenos lábios vaginais e prepúcio, retirando seu excesso, sem interferir na sua função de proteção da vagina e auxílio na lubrificação genital. Diversos tipos de classificações foram propostos para facilitar a compreensão do grau de hipertrofia dos pequenos lábios vaginais e ajudar na escolha da técnica da labioplastia. Após analisar várias classificações, o autor propõe uma nova classificação, no intuito de facilitar a compreensão da hipertrofia das ninfas, capuz do clitóris e prepúcio e ajudar na escolha da técnica apropriada para labioplastia. **Métodos:** Foi feita uma busca na literatura médica PubMed/Medline com os termos hipertrofia lábios vaginais, labioplastia, *labiaplasty*, *labioplasty*, *lábia minora hypertrophy*, *labial protrusion*. Foram analisadas todas as classificações descritas nos trabalhos encontrados. **Resultados:** Uma nova classificação foi proposta. A hipertrofia dos pequenos lábios vaginais foi classificada em 4 graus: Grau 0 ( $\leq 1$  cm), Grau 1 ( $> 1$  cm e  $\leq 3$  cm), Grau 2 ( $> 3$  cm e  $\leq 5$  cm) e Grau 3 ( $> 5$  cm). **Conclusões:** A nova classificação, além de facilitar a compreensão do tamanho e extensão da hipertrofia das ninfas, também auxilia na escolha da técnica a ser escolhida para a labioplastia.

**Descritores:** Hipertrofia; Vulva; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Genitália feminina; Procedimentos cirúrgicos menores.

Instituição: Clínica privada,  
São Paulo, SP, Brasil.

Artigo submetido: 28/6/2017.  
Artigo aceito: 26/1/2018.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0010

<sup>1</sup> Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

## ■ ABSTRACT

**Introduction:** Nymphoplasty or labioplasty is the most common genital plastic surgery. The objective of labioplasty is to correct hypertrophy of the labia minora and clitoral prepuce, removing excess tissue without affecting their function of protecting the vagina and aiding in genital lubrication. Several types of classifications have been proposed to facilitate the understanding of the degree of hypertrophy of the labia minora and assist in selecting the most suitable procedure in labioplasty. After analyzing several classifications, the author proposes a new classification to facilitate the understanding of hypertrophy of the labia minora, clitoral hood, and vaginal prepuce and help select the best labioplasty procedure. **Methods:** A literature search was conducted in PubMed/Medline using the following terms: *hipertrofia lábios vaginais, labioplastia, labiaplasty, labioplasty, labia minora hypertrophy, and labial protrusion*. All the classifications described in the identified studies were analyzed. **Results:** A new classification has been proposed. Hypertrophy of the labia minora was classified in four grades: grade 0 ( $\leq 1$  cm), grade 1 ( $> 1$  cm and  $\leq 3$  cm), grade 2 ( $> 3$  cm and  $\leq 5$  cm), and grade 3 ( $> 5$  cm). **Conclusions:** The new classification improves the understanding of the size and extent of hypertrophy of the labia minora and helps select the best procedure in labioplasty.

**Keywords:** Hypertrophy; Vulva; Reconstructive surgical procedures; Female genitalia; Minor surgical procedures.

## INTRODUÇÃO

A maior exposição do corpo nu na televisão, internet, revistas e na mídia em geral levou a um melhor conhecimento pelas mulheres da anatomia da região genital, proporcionando a comparação entre as elas<sup>1-4</sup> e o surgimento de um padrão estético, com consequente aumento do interesse pela cirurgia estética genital.

Os pequenos lábios vaginais são formados por duas pregas cutâneas que se estendem desde do frênilo do clitóris até a comissura posterior do vestíbulo da vagina. São preenchidos por tecido conjuntivo com propriedades eréteis e apresentam rica rede vascular e nervosa. A face lateral, com epitélio queratinizado, funde-se ao grande lábio vaginal, no sulco interlabial. A face medial une-se à porção lateral do vestíbulo da vagina<sup>5,6</sup>.

Os pequenos lábios vaginais que protruem através dos grandes lábios e se tornam expostos dão um aspecto flácido e rugoso à vulva, passando a incomodar e constranger muitas mulheres<sup>7</sup>.

Primeira colocada entre as mais procuradas cirurgias íntimas, a ninfoplastia ou labioplastia visa à correção da hipertrofia dos pequenos lábios vaginais e prepúcio, retirando seu excesso, sem interferir na sua função de proteção da vagina e auxílio na lubrificação genital.

Diversos tipos de classificações foram propostos para facilitar a compreensão do grau de hipertrofia dos

pequenos lábios vaginais e ajudar na escolha da técnica da labioplastia. Após analisar várias classificações, o autor propõe uma nova classificação, no intuito de facilitar a compreensão da hipertrofia das ninfas, capuz do clitóris e prepúcio e ajudar na escolha da técnica apropriada para labioplastia.

## OBJETIVO

O objetivo do presente estudo é apresentar uma nova classificação para a hipertrofia dos pequenos lábios vaginais, no intuito de facilitar a compreensão do grau e extensão da hipertrofia, assim como ajudar na escolha da técnica a ser escolhida para labioplastia.

## MÉTODOS

Foi feita uma busca na literatura médica PubMed/Medline com os termos hipertrofia lábios vaginais, labioplastia, *labiaplasty, labioplasty, labia minora hypertrophy, labial protrusion*. Foram encontradas quatro classificações para a hipertrofia dos pequenos lábios vaginais, sendo elas: Felicio<sup>8</sup>, Cunha<sup>9</sup>, Motakef<sup>3</sup> e Gonzalez<sup>10</sup>.

Após análise de cada classificação e baseado na experiência do autor de 400 casos de labioplastia, foi proposto um novo tipo de classificação para a hipertrofia dos pequenos lábios vaginais. O estudo seguiu os

princípios de Helsinque e foi desenvolvido na clínica privada do autor, em São Paulo, SP, entre março e junho de 2017, sendo aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da clínica.

## RESULTADOS

No levantamento bibliográfico realizado, foram encontradas quatro classificações para a hipertrofia dos pequenos lábios vaginais, as quais são expostas abaixo:

### Classificação de Felicio, 1992<sup>8</sup>

Yhelda Felicio, em 1992 publicou a primeira classificação da hipertrofia dos pequenos lábios vaginais, na revista francesa *La Revue de Chirurgie Esthétique de Langue Française*<sup>8</sup>. Esta classificação é, em algumas publicações, erroneamente atribuída e divulgada como classificação de Franco<sup>3,11-15</sup>. A classificação leva em conta a distância entre a base do pequeno lábio, próximo ao introito vaginal, e a borda mais distante.

Tipo 1: até 2 cm ( $\leq 2$  cm);

Tipo 2: de 2 a 4 cm ( $> 2$  e  $\leq 4$  cm) Grau 3: de 4 a 6 cm ( $> 4$  e  $\leq 6$  cm) Grau 4: maior que 6 cm ( $> 6$  cm).

Apesar de simples, esta primeira classificação leva em conta toda a extensão do pequeno lábio, desde sua base, próxima ao introito. Não avalia a parte protrusa e exposta, que geralmente é a causa da queixa da paciente. Sendo assim, fica difícil de comparar e estimar a real hipertrofia entre casos diferentes, visto que o tamanho dos grandes lábios interfere na ocultação ou exposição das ninfas.

Um pequeno lábio de 2 cm permanecerá oculto pelos grandes lábios, caso este tenha 2 cm de projeção. O mesmo pequeno lábio de 2 cm poderá ficar aparente e exposto no caso de um grande lábio atrofico, sem volume. Também não leva em conta a presença da hipertrofia do capuz clitoriano ou do prepúcio, que muitas vezes acompanham a hipertrofia dos pequenos lábios vaginais.

### Classificação de Cunha, 2011<sup>9</sup>

Tipo 1: excesso de pele em região posterior/inferior, adjacente ao introito vaginal;

Tipo 2: excesso de pele que se estende laterosuperiormente ao clitóris;

Tipo 3: Excesso de pele em toda área, incluindo o prepúcio do clitóris (Figuras 1 a 3).

Esta classificação tem o mérito de ser a primeira a contemplar a extensão da hipertrofia, desde o prepúcio até os pequenos lábios, mas não infere o tamanho das ninfas nem sua porção protrusa, dado importante para a escolha da técnica cirúrgica e causa da maior parte das queixas pelas pacientes.

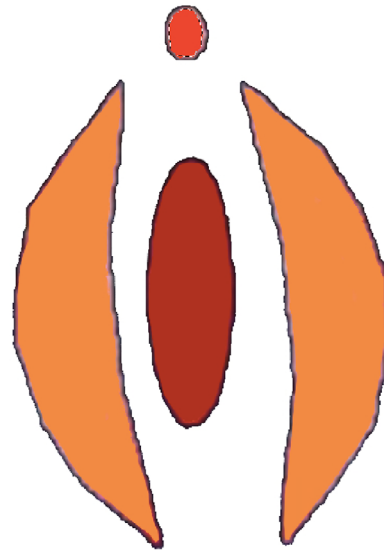


Figura 1. Classificação de Cunha tipo 1.

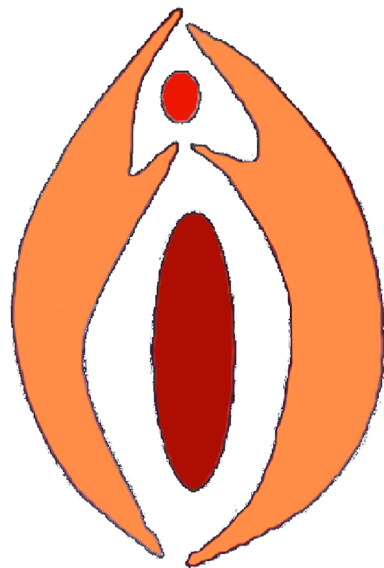


Figura 2. Classificação de Cunha tipo 2.

### Classificação de Motakef, 2015<sup>3</sup>

Esta classificação leva em conta a parte dos pequenos lábios protrusa, ou seja, a distância entre os grandes lábios e a borda mais distante dos pequenos lábios.

Classe 1: zero a 2cm ( $< 2$  cm);

Classe 2: de 2 a 4 cm ( $\geq 2$  e  $\leq 4$  cm);

Classe 3: maior que 4 cm ( $> 4$  cm) (Figura 4).

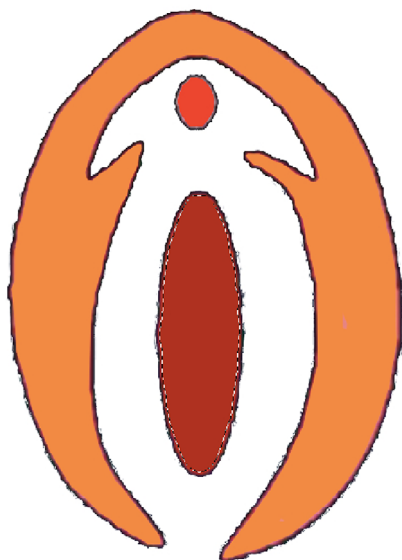


Figura 3. Classificação de Cunha tipo 3.

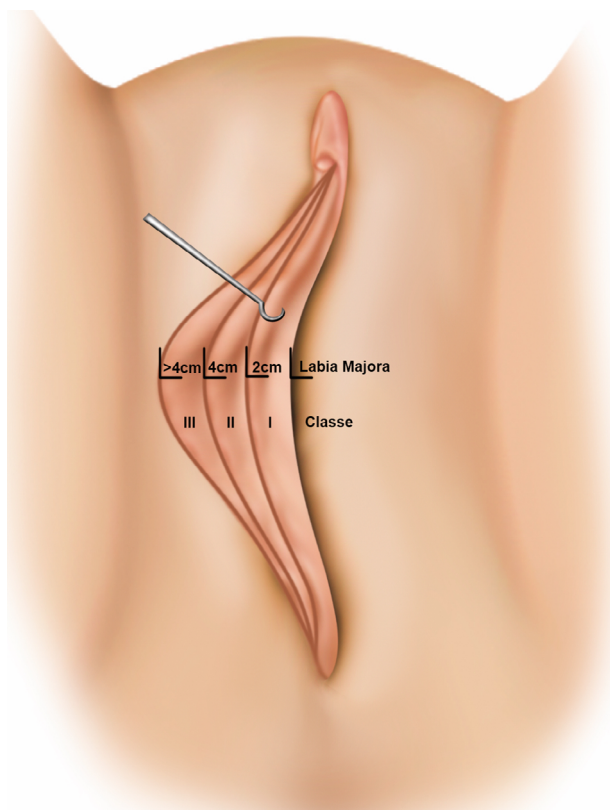


Figura 4. Classificação de Motakef<sup>9</sup>.

À classificação numérica se acrescenta “A” em caso de assimetria e “C” no caso de aumento do capuz clitoriano e prepúcio.

A presente classificação é mais lógica para medir a hipertrofia, visto que a medida é feita não da base do pequeno lábio, próximo ao introito, mas apenas da parte protrusa, tida como hipertrófica. Porém, nos casos em que

há atrofia e ausência de volume dos grandes lábios, todo o pequeno lábio estará protruso, dando uma avaliação superestimada da hipertrofia.

### Classificação de Gonzalez, 2015<sup>10</sup>

Gonzalez propôs uma classificação mais abrangente, com intuito de dar mais informações não somente dos pequenos lábios, mas também do prepúcio e capuz clitoriano, assim como a presença ou não de assimetria entre as ninfas.

Assim como a classificação de Motakef, a medida do tamanho das ninfas é feita a partir da parte protrusa, exposta e não coberta pelos grandes lábios vaginais.

Grau de hipertrofia	Localização	Simetria
Grau 1: <2 cm	A: Anterior	Simétrico
Grau 2: 2 a 4 cm	B: Central	Assimétrico
Grau 3: 4 a 6 cm	C: Generalizado	
Grau 4: > 6 cm		

(Figuras 5 a 7).

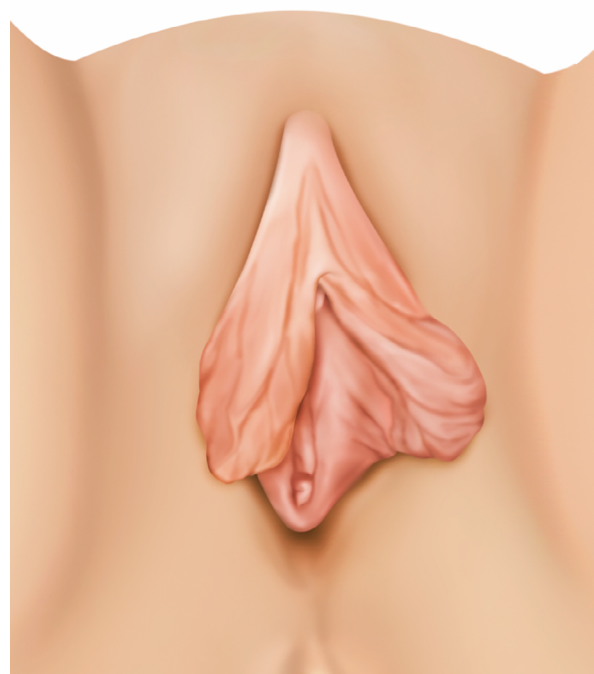


Figura 5. Classificação de Gonzalez<sup>10</sup>, Classe A.

Quanto à extensão, a letra A classifica e hipertrofia que acomete predominantemente a parte anterior das ninfas, mais próxima ao clitóris. A letra B, classifica uma hipertrofia central, predominantemente distal ao clitóris. A letra C determina uma hipertrofia em toda extensão, desde o prepúcio até a porção próxima ao introito vaginal.

A variável sobre simetria é indicada pela letra S, ao passo que a letra A indica assimetria.

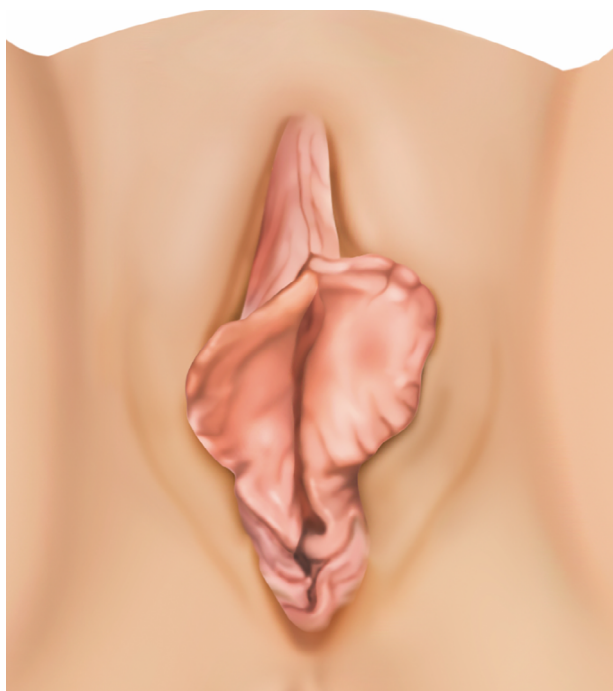


Figura 6. Classificação de Gonzalez<sup>10</sup>, Classe B.



Figura 7. Classificação de Gonzalez<sup>10</sup>, Classe C.

Apesar de mais completa e complexa, esta classificação apresenta a mesma dificuldade em padronizar casos em que os grandes lábios sejam atrofícos, sem volume. Uma ausência de hipertrofia real em um caso de grandes lábios planos, com uma ninfa de 1 cm, pode ter a mesma classificação de outra de 3 cm em que os grandes lábios tenham um volume a encubra em 2 cm. Em ambas, a parte exposta será de 1 cm, mas a primeira não terá indicação cirúrgica.

## Nova classificação

Visando abranger o máximo de informações quanto à hipertrofia, dando uma noção do tamanho, da extensão, da porção hipertrófica ressecável pela labioplastia e facilitando a escolha da técnica cirúrgica, propomos uma nova classificação.

Tendo em vista que o tamanho mínimo dos pequenos lábios deve ser de ao menos 1 centímetro<sup>1,3,7,16,17</sup>, não devendo a ressecção deixar menos que isso, mesmo que a altura dos grandes lábios seja menor ou ausente, classificamos:

### **Grau da Hipertrofia / Extensão da Hipertrofia**

Grau 0:  $\leq 1$ cm

A: acomete apenas as ninfas, abaixo do clitóris

Grau 1:  $> 1$  cm e  $\leq 3$ cm

B: acomete também acima do clitóris, estendendo-se para o prepúcio

Grau 2:  $> 3$  cm e  $\leq 5$  cm

Grau 3:  $> 5$  cm

(Figura 8).

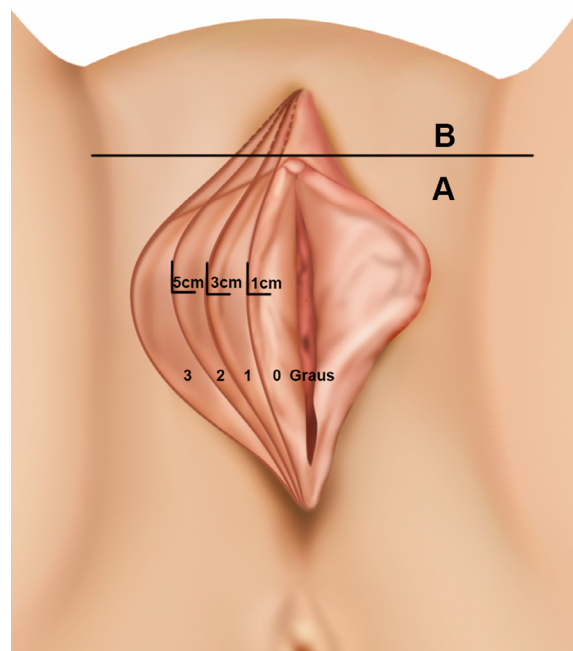


Figura 8. Classificação de Colaneri.

Quanto ao tamanho dos pequenos lábios:

**Grau 0:  $\leq 1$  cm**

Ausência de hipertrofia, pequeno lábio vaginal de até 1 centímetro de sua base próximo ao introito vaginal

e sua borda de maior projeção. Não deve ser operado<sup>1,3,7,16</sup>. Caso exista protrusão e exposição dos pequenos lábios, deve ser avaliado como atrofia e falta de volume dos grandes lábios, sendo a conduta o enxerto de gordura ou outro tipo de preenchimento e não a labioplastia.

**Grau 1: > 1 cm e ≤ 3cm**

Este grau leve de hipertrofia, tem 2 centímetros passíveis de ressecção dos pequenos lábios, ainda mantendo o primeiro centímetro íntegro. Nestes casos, as técnicas de ressecção em cunha não são indicadas pela maioria dos autores<sup>3,18</sup>. A ressecção direta ou a técnica de desepitelização estão bem indicadas<sup>7</sup>.

**Grau 2: > 3 cm e ≤ 5 cm**

Neste grau de hipertrofia as técnicas de ressecção em cunha podem ser indicadas, visto que a parte ressecável é de 2 a 4 centímetros, e permite a manutenção de um pedículo seguro, com boa rede vasculonervosa. A ressecção direta também está bem indicada, ao passo que a desepitelização não deverá ser realizada, para evitar um aspecto espessado das ninfas<sup>19</sup>.

**Grau 3: > 5 cm**

Grande hipertrofia, provavelmente com pequenos lábios grossos e com base larga.

Nestes casos, as técnicas de ressecção em cunha e rotação de retalhos estarão bem indicadas. As técnicas de ressecção direta e desepitelização, se usadas, darão um aspecto de engrossamento das ninfas. Caso a técnica de ressecção direta seja escolhida, deverá ser feita a laser, a qual permite o esvaziamento do tecido interno dos pequenos lábios, deixando-os mais finos e evitando o aspecto engrossado.

Quanto à extensão da hipertrofia, acometendo pequenos lábios, capuz clitoriano e prepúcio:

A: hipertrofia acomete apenas os pequenos lábios;

B: hipertrofia acomete os pequenos lábios e a região acima do capuz clitoriano, podendo se estender até o prepúcio.

Nos casos classificados como B, a ressecção deverá ser estendida ao capuz do clitóris e/ou prepúcio, para um melhor resultado estético.

Quanto à assimetria dos pequenos lábios vaginais:

Algum grau de assimetria é a regra<sup>20</sup>. Apesar de certa assimetria ser comum entre todos os órgãos duplos do organismo, como orelhas, mãos, sobranceiras, etc, os pequenos lábios vaginais parecem ser mais propensos a apresentar-se assimétricos, muitas vezes com assimetrias importantes. Portanto, optou-se em não se classificar quanto à assimetria, sendo preferível em casos de grandes assimetrias se descrever a classificação nas diferentes

ninfas, separando a direita da esquerda, por exemplo: Grau 3B Direita e Grau 1A Esquerda.

Para ilustrar os diferentes graus de hipertrofia foram escolhidos casos de ressecção direta, visto que a marcação e a peça cirúrgica facilitam a visualização da porção em excesso (Figuras 9 a 19).



Figura 9. Grau 0.



Figura 10. Grau 0. Pós-operatório 1 ano e 4 meses de enxerto de gordura em grandes lábios vaginais.



Figura 11. Grau 1A.



Figura 13. Grau 2A.



Figura 12. Grau 1A, marcação da porção excedente.



Figura 14. Grau 2A, marcação da porção excedente.



Figura 15. Grau 2B.



Figura 17. Grau 3A.

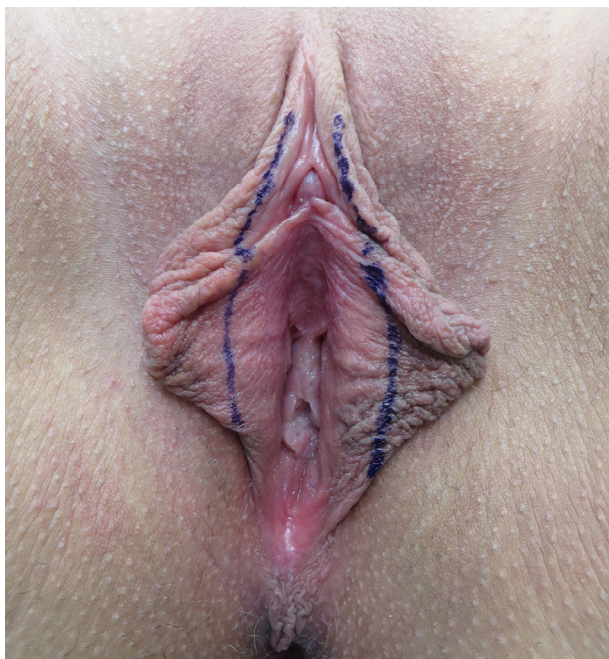


Figura 16. Grau 2B, marcação da porção excedente.



Figura 18. Grau 3A, marcação da porção excedente.

## DISCUSSÃO

Apesar de diversas classificações para a hipertrofia dos pequenos lábios vaginais terem sido propostas, não há consenso na utilização de nenhuma delas. Ainda se busca uma classificação que além de ajudar na compreensão do tamanho e extensão da hipertrofia, possa auxiliar na escolha da técnica mais adequada a ser usada em cada caso. Em nossa casuística de até hoje 400 casos de

labioplastia, sentimos falta de uma classificação simples e completa, que facilite a compreensão do tamanho e da extensão da hipertrofia, assim como simplifique a comparação entre diferentes casos.

Esta nova classificação, além de apontar o tamanho ressecável dos pequenos lábios vaginais, contempla a extensão da hipertrofia, dando uma visão mais ampla do caso para melhor escolha da técnica cirúrgica.





Figura 19. Grau 3B direita; 1A esquerda.

Com base na literatura atual, pode-se inferir algumas condutas baseadas nesta classificação:

**Grau 0:** Não se deve fazer labioplastia, o tamanho mínimo a ser mantido das ninfas é de um centímetro<sup>1,3,7,16,17</sup> e, portanto, estaria contraindicada a cirurgia. Em casos de exposição das ninfas por atrofia e falta de volume dos grandes lábios, o enxerto de gordura ou outro tipo de preenchimento estaria indicado para aumentar os grandes lábios e conseqüentemente embutir os pequenos lábios vaginais.

**Grau 1:** Pequena hipertrofia, bem resolvida pela ressecção direta ou pela técnica de desepitelização<sup>3,19</sup>. As técnicas de ressecção em cunha e rotação de retalhos não estariam indicadas para lábios menores de 3 cm<sup>5,7</sup>, devido ao pedículo ficar muito fino, com maior risco de necrose e deiscência.

**Grau 2:** Hipertrofia com possibilidade de ressecção de 2 a 4 cm. As técnicas de ressecção em cunha estariam bem indicadas, pois teriam pedículos seguros. Adaptável a qualquer caso, a técnica de ressecção direta poderia ser indicada. Já a desepidermização não estaria indicada, pois deixaria a base dos pequenos lábios grossa<sup>3</sup>.

**Grau 3:** Grande hipertrofia. Desepidermização não estaria indicada, visto ser os pequenos lábios longos e provavelmente grossos. Caso se escolha a técnica de ressecção direta, esta seria melhor realizada a laser, que permite a ressecção de uma cunha interna, esvaziando o conteúdo e afinando os pequenos lábios, para evitar de ficarem com base muito larga. As técnicas de ressecção

em cunha e rotação de retalhos teriam boa indicação e segurança quanto ao pedículo.

As categorias A ou B apontam a extensão da hipertrofia e a necessidade ou não de se estender a ressecção para além dos pequenos lábios, abrangendo também o tecido ao redor do clitóris e prepúcio.

Como certo grau de assimetria existe em quase todos os casos, não se classificou a assimetria. Nos casos em que há grande assimetria, deve-se classificar cada ninfa separadamente, apontando o lado depois da classificação, por exemplo: Grau 3B Direito e Grau 1A Esquerdo.

## CONCLUSÃO

A nova classificação proposta, além de proporcionar uma ampla compreensão do tamanho e da extensão da hipertrofia dos pequenos lábios vaginais e prepúcio também dá subsídios para a escolha da técnica adequada e ser usada na labioplastia.

## COLABORAÇÕES

**AGFC** Análise e/ou interpretação dos dados; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

## REFERÊNCIAS

- Hodgkinson DJ, Hait G. Aesthetic vaginal labioplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1984;74(3):414-6. PMID: 6473559 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-198409000-00015>
- Munhoz AM, Filassi JR, Ricci MD, Aldrighi C, Correia LD, Aldrighi JM, et al. Aesthetic labia minora reduction with inferior wedge resection and superior pedicle flap reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2006;118(5):1237-47. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.prs.0000237003.24294.04>
- Motakef S, Rodriguez-Feliz J, Chung MT, Ingargiola MJ, Wong VW, Patel A. Vaginal Labioplasty: Vaginal labioplasty: current practices and a simplified classification system for labial protrusion. *Plast Reconstr Surg.* 2015;135(3):774-88. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0000000000001000>
- Alter GJ. A new technique for aesthetic labia minora reduction. *Ann Plast Surg.* 1998;40(3):287-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006637-199803000-00016>
- Goodman MP. Female genital cosmetic and plastic surgery: a review. *J Sex Med.* 2011;8(6):1813-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02254.x>
- Trichot C, Thubert T, Faivre E, Fernandez H, Deffieux X. Surgical reduction of hypertrophy of the labia minora. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011;115(1):40-3. PMID: 21803353 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.04.007>
- Choi HY, Kim KT. A new method for aesthetic reduction of labia minora (the deepithelialized reduction of labioplasty). *Plast Reconstr Surg.* 2000;105(1):419-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-200001000-00069>
- Felicio Y. *Chirurgie Intime. Rev Chir Esth Lang Franc.* 1992;27(67):37-43.

9. Cunha FI, Silva LM, Costa LA, Vasconcelos FRP, Amaral GT. Ninfoplasatia: Classificação e refinamentos técnicos. *Rev Bras Cir Plást.* 2011;26(3):507-11.
10. González PI. Classification of Hypertrophy of Labia Minora: Consideration of a Multiple Component Approach. *Surg Technol Int.* 2015;27:191-4.
11. Triana L, Robledo AM. Refreshing labioplasty techniques for plastic surgeons. *Aesthetic Plast Surg.* 2012;36(5):1078-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-012-9916-z>
12. Felicio Yde A. Labial surgery. *Aesthet Surg J.* 2007;27(3):322-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.asj.2007.03.003>
13. Hamori CA. Discussion: Vaginal labioplasty: current practices and a simplified classification system for labial protrusion. *Plast Reconstr Surg.* 2015;135(3):789-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PRS.0000000000001215>
14. Franco T, Franco D. Hipertrofia de Ninfas. *J Bras Ginecol.* 1993;103(5):163-8.
15. Cao Y, Li Q, Li F, Li S, Zhou C, Zhou Y, et al. Aesthetic Labia Minora Reduction with Combined Wedge-edge Resection: A Modified Approach of Labioplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 2015;39(1):36-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-014-0428-x>
16. Chang P, Salisbury MA, Narsete T, Buckspan R, Derrick D, Ersek RA. Vaginal labioplasty: defense of the simple “clip and snip” and a new classification system. *Aesthetic Plast Surg.* 2013;37(5):887-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-013-0150-0>
17. Hexsel D, Pop S, Rusciani A. Rejuvenation of the External Female Genitalia. In: Robinson JK, Hanke CW, Siegel DM, Fratila A, Bhatia AC, Rohrer TE, eds. *Aesthetic Surgical Procedures.* London: Saunders; 2015. p. 666-72.
18. Rouzier R, Louis-Sylvestre C, Paniel BJ, Haddad B. Hypertrophy of labia minora: experience with 163 reductions. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182(1 Pt 1):35-40. PMID: 10649154 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378\(00\)70488-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378(00)70488-1)
19. Ellsworth WA, Rizvi M, Lypka M, Gaon M, Smith B, Cohen B, et al. Techniques for labia minora reduction: an algorithmic approach. *Aesthetic Plast Surg.* 2010;34(1):105-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-009-9454-5>
20. Daher M, Muñoz AR, Daher AC, Vanzan K, Monteiro G, Maciel J, et al. Ninfoplastia em estrela: técnica para redução dos pequenos lábios vulvares. *Rev Bras Cir Plást.* 2015;30(1):44-50.

---

**\*Autor correspondente:**

**Andre Gonçalves de Freitas Colaneri**

Rua Borges Lagoa, 1065, conj. 100 - Vila Clementino - São Paulo, SP, Brasil  
CEP 04038-032  
E-mail: [andrecolaneri@me.com](mailto:andrecolaneri@me.com)