



Sistematização do preenchimento vulvar com ácido hialurônico: apresentação da técnica vulvar anatomical vectors

Systematization of labia majora augmentation with hyaluronic acid filler: the vulvar anatomical vector technique

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.2024160253>

RESUMO

Apesar do sucesso terapêutico descrito na literatura médica recente, o preenchimento de grandes lábios carecia de uma sistematização para resultados mais assertivos e reprodutíveis. Para tanto, desenvolvemos a técnica vetores anatômicos vulvares, por meio da qual mapeamos cinco pontos anatômicos vulvares, nos quais a injeção de ácido hialurônico é capaz de promover a coaptação, a volumização, a diminuição da ptose e/ou a melhoria da qualidade de pele dos grandes lábios. Tal técnica tem nos permitido definir de forma precisa os locais a serem preenchidos e estimar o volume e o tipo de ácido hialurônico a ser injetado para atingir os resultados pretendidos.

Palavras-chave: Ácido Hialurônico; Vulva; Preenchedores Dérmicos; Genitália Feminina; Rejuvenescimento.

ABSTRACT

Despite the therapeutic success described by recent studies, the procedure of labia majora augmentation lacked systematization in order to achieve more assertive and reproducible results. To this end, we developed the vulvar anatomical vector technique, in which we mapped five anatomical structures of the vulva where the injection of hyaluronic acid is capable of promoting coaptation, augmentation, reduction of prolapse, and/or improvement of the skin quality of the labia majora. This technique has allowed us to precisely define the sites to be injected and estimate the adequate volume and type of hyaluronic acid to achieve the intended results.

Keywords: Hyaluronic Acid; Vulva; Dermal Fillers; Rejuvenation; Female Genitalia.

Como eu Faço?

Autores:

Vivian de Carvalho Amaral¹

¹ Dermatologic and Vulvar Academy, Rio de Janeiro (RJ), Brazil.

Correspondence:

Vivian de Carvalho Amaral

E-mail: vivian.dermato@gmail.com

Fonte de financiamento: Nenhuma.

Conflito de interesses: Nenhum.

Data de Submissão: 23/04/2023

Decisão final: 07/02/2024

Como citar este artigo:

Amaral VC. Sistematização do preenchimento vulvar com ácido hialurônico: apresentação da técnica vulvar anatomical vectors. Surg Cosmet Dermatol. 2024;16:e20240253.



INTRODUÇÃO

A injeção de ácido hialurônico (HA) reticulado vem sendo utilizada com excelentes resultados e baixo índice de complicações para volumização de grandes lábios (LMs).¹⁻⁴

Entretanto, apesar do sucesso terapêutico relatado, o procedimento carecia de uma sistematização, com determinação dos materiais e métodos adequados para resultados reprodutíveis.⁴

Desde 2019, temos utilizado com sucesso uma técnica de volumização de LMs com HA, a qual denominamos vulvar anatomical vectors, com o objetivo de fazer com que, após a análise individual, o procedimento possa ser realizado com segurança e eficácia.

MÉTODOS

Há quatro necessidades a serem avaliadas antes do preenchimento de LMs. São elas:

- Coaptação dos LMs: a extrusão dos pequenos lábios (LPs) e a exposição do clitóris (CLI) são queixas frequentes e podem ocorrer por hipertrofia dos LPs e do CLI ou por hipotrofia dos LMs. Se os LMs são hipotróficos, sua coaptação por meio do preenchimento pode diminuir a exposição de CLI e LPs.
- Volumização dos LMs: a perda volumétrica do coxim de gordura dos LMs traz frouxidão e pregueamento inestético à área;
- Sustentação dos LMs: a perda de sustentação na transição entre os LMs e a região suprapúbica, associada à perda volumétrica nos LMs propriamente dita, pode permitir que os LMs fiquem pendentes na posição ortostática;
- Enrugamento da pele dos LMs.

Dito isso, foram submetidas à injeção de HA em LMs 86 mulheres entre 27 e 66 anos, com queixas de flacidez, enrugamento de LMs e extrusão de CLI e LPs.

Todas foram avaliadas e fotografadas antes e imediatamente após o procedimento. Reavaliações adicionais foram realizadas com 30 e 180 dias.

Sistematizamos a injeção de HA nos LMs de acordo com os vetores e as quantidades de HA injetadas por lado da seguinte maneira: (Figura 1)

VA1: borda medial dos LMs, injeção no coxim de gordura profundo (CP)/1,0 - 2,0ml

VA2: 0,5cm lateral a VA1, 0,5cm menor em extensão que VA1, injeção no CP/0,6 - 0,8ml

VA3: 1cm lateral a VA1, 1cm menor em extensão que VA1, injeção no CP/0,4 - 0,6ml

VA4: transição entre o LM e o monte púbico, injeção superficial subcutânea (SC)/0,5 - 1,0ml

VAS (surface): toda a superfície em que houver pregueamento dos LMs, injeção SC/0,5 - 1,0ml

Inicialmente, foram realizadas assepsia e antisepsia da área, seguidas da injeção pontual de lidocaína 1%, em que fo-

ram feitos os pertuitos com agulha 21G para inserção da cânula descartável 22G 70mm, por meio da qual foram feitos os preenchimentos.

Quando os vetores a serem abordados foram VA1, VA2, VA3 e VAS, o pertuito foi feito no limite superior dos LMs, bilateralmente, e o HA foi aplicado em múltiplos microbólus, por retroinjeção. Para VA4, foi feito um pertuito cerca de 2cm acima da comissura anterior, e o produto foi aplicado por retroinjeção, em leque no SC.

Em relação ao HA utilizado, optamos por produtos reticulados com concentração de 20mg/ml. Para o vetor VAS, utilizamos produtos de menor G-Prime. Evitamos injetar mais do que 3,0ml em cada LM em uma única sessão. Na maior parte dos casos, injetamos 2ml em cada LM e reavaliamos em 30 dias a necessidade de volume adicional. Após essas etapas iniciais, novos preenchimentos foram realizados a cada 12 meses.

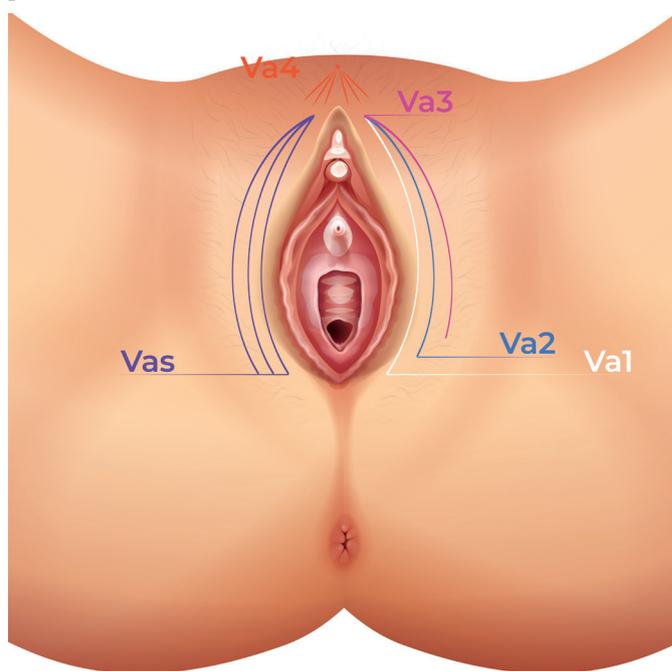


FIGURA 1: Vulvar anatomical vectors: sistematização da injeção de HA em LMs.

Sistematizamos os vetores anatômicos de preenchimento dos LMs com HA, conforme descrito abaixo:

- VA1: borda medial do LM, injeção no coxim de gordura profundo (CP) / 1,0 - 2,0ml de HA por LM;
- VA2: justa lateral a VA1, 0,5cm menor em extensão que VA1, injeção no CP / 0,6 - 0,8ml por LM;
- VA3: justa lateral a VA2, 0,5cm menor em extensão que VA2, injeção no CP / 0,4 - 0,6ml por LM;
- VA4: injeção na transição entre os LMs e o monte púbico, injeção subcutânea (SC) / 0,5ml - 1,0ml por lado;
- VAS (surface): toda a superfície em que houver pregueamento do LM, injeção SC / 0,5 a 1,0ml por LM

RESULTADOS

O preenchimento trouxe os seguintes resultados, de acordo com o vetores injetados:

VA1: maior coaptação dos LMs, com melhor acomodação de CLI e LPs (Figura 2)

VA2 e VA3: volumização propriamente dita, com aumento da projeção anterior de LMs; bem indicados para tratar flacidez em pacientes com LMs murchos (Figura 3)

VA4: sustentação dos LMs e diminuição da exposição do limite superior visível do CLI quando hipertrófico (Figuras 4 e 5)

VAS: melhora do enrugamento da pele (Figura 6)

Entre todas as pacientes injetadas, tivemos as seguintes complicações: uma formação de biofilme 14 dias após o procedimento, prontamente tratada com antibioticoterapia oral e sem maiores complicações adicionais. A porta de entrada foi um ferimento causado por depilação posterior; quatro nódulos frios por acúmulo de produto, facilmente solucionados com massagem vigorosa da área. Pequenas equimoses nas portas de entrada e edema local se resolveram em sete dias. Não houve injeção intravascular.

DISCUSSÃO

As dimensões de LMs e LPs são extremamente variáveis, porém consideramos as dimensões abaixo⁵ como referências para evitarmos exageros ou subtratamentos:



FIGURA 2: Injeção exclusiva em VA1 - 2ml de HA por lado (B: antes / A: depois / posição decúbito dorsal). Observe que a injeção de HA em VA1 não trouxe apenas coaptação, diminuindo a exposição dos LPs, mas também melhorou a flacidez, já que o preenchimento expandiu-se lateralmente, trazendo volumização parcial lateral

Obs.: na segunda imagem, a vulva está mais clara, pois a paciente submeteu-se a protocolos de clareamento (paciente em decúbito dorsal)

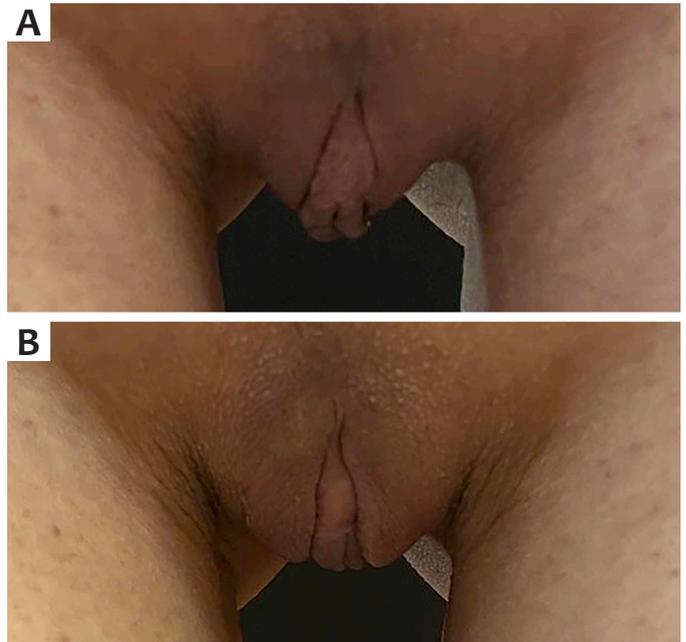


FIGURA 3: Injeção de VA1, VA2 e VA3, sendo 1,0ml de HA em cada VA1, 0,6ml em cada VA2 e 0,4ml em cada VA3, num total de 4,0ml de HA injetado (B: antes / A: depois / posição ortostática).

Optamos por fotografar a paciente em posição ortostática para demonstrar a hipotrofia importante de CP que a mesma possuía. Compare essa imagem com a figura 2 e perceba como, diferente da paciente anterior, a paciente atual possuía LM de volume muito reduzido, o que permitia a exposição de CLI e LP, cujas medidas estavam inclusive dentro da normalidade.

A diminuição do CP, nesse caso, trazia inclusive prejuízo funcional, pois a paciente relatava desconforto em atividades de impacto vulvar, como durante o intercurso, ciclismo e hipismo.

Como era necessária uma volumização importante, optamos pela injeção em VA1, VA2 e VA3. A injeção em VA1 aumentou a coaptação, enquanto a injeção em VA2 e VA3 aumentou de forma mais significativa a projeção de LMs, fazendo um verdadeiro "acolchoamento" da área injetada

Extensão: LM 7 - 8cm / LP 3 - 3,5cm

Largura: LM 2 - 3cm / LP 1 - 1,5cm

Quando injetamos VA1, não fizemos vetores de maior extensão do que 8cm para evitar que a porção distal dos LMs ficasse pendente na posição ortostática. Caso tal área se mantivesse pregueada, optamos por reavaliar a paciente em 30 dias e, quando necessário, fizemos VAS com HA de baixo G-Prime ou optamos pela injeção de bioestimuladores de colágeno.

Pacientes com hipertrofia importante de CLI ou de LP maior do que 3cm, graus 2 e 3 pela classificação de Colaneri⁶, não receberam a injeção. Nesses casos, acreditamos que o

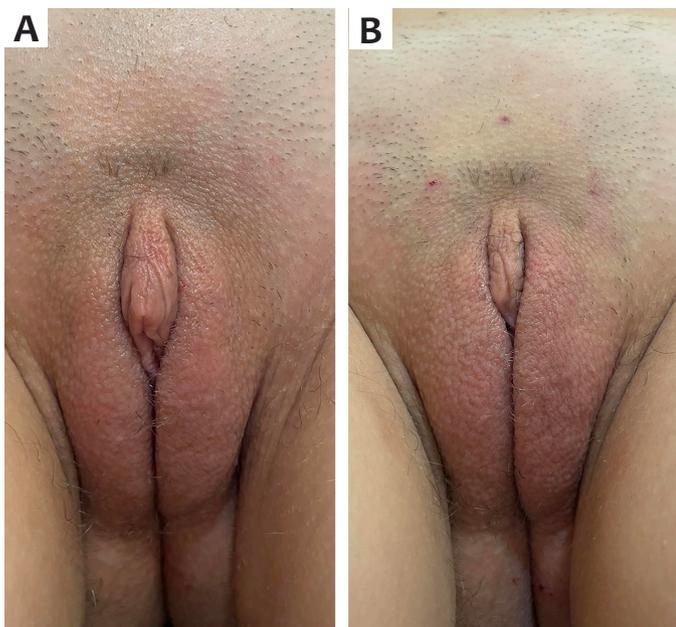


FIGURA 4: Figura 4: Injeção em VA1 e VA4, sendo 1ml em cada VA1 e 1,0ml em VA4, num total de 3,0ml de HA injetado (**B:** antes / **A:** depois / posição decúbito ventral). Paciente com hipertrofia de clitóris e LMs volumosos. Nesse caso, para evitar volumização excessiva, realizou-se o preenchimento apenas no terço superior de VA1, para aumentar a coaptação dos LMs, especificamente na área de exposição do CLI. Realizou-se a injeção adicional de VA4 para diminuir a exposição da porção alta do CLI e para melhorar a sustentação dos LMs em posição ortostática

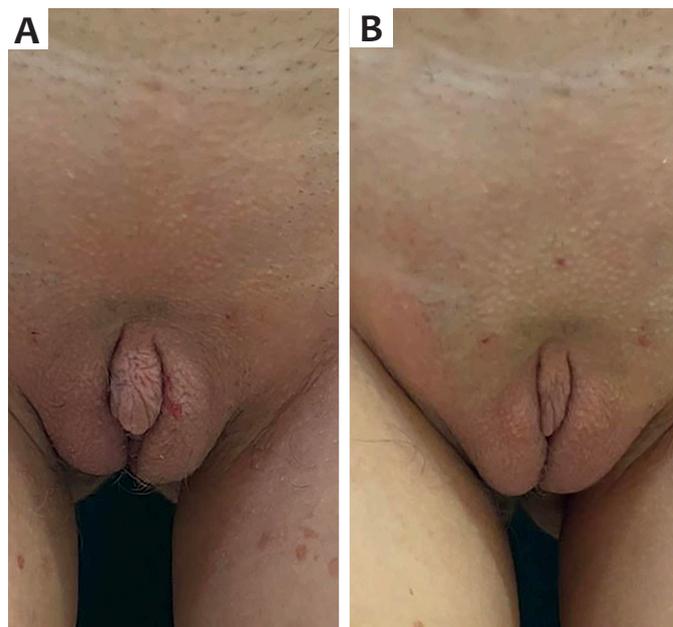


FIGURE 5: Mesma paciente da imagem anterior, agora em posição ortostática (**B:** antes / **A:** depois / posição ortostática). Imagem em posição ortostática para evidenciar melhora da sustentação de LMs. Observe a diminuição da exposição de CLI pela injeção de VA1 e VA4, e a melhora da sustentação de LMs após injeção de VA4

preenchimento dos LMs não só não seria capaz de coaptar a vulva, como também poderia trazer volume inestético excessivo adicional.

Os LMs são duas pregas cutâneas que se estendem entre as regiões pubiana e perineal, preenchidas por tecido adiposo, conjuntivo e muscular. O tecido adiposo dessa área é dividido em tecido celular subcutâneo superficial (SC) e coxim adiposo profundo (CP). O SC projeta-se anteriormente em direção ao púbis como uma camada espessa de gordura, contínua ao SC do monte de Vênus e, posteriormente, em direção ao períneo como fâscia de Dartos, composta por fibras musculares lisas.

O SC e o CP estão separados por uma túnica fibrosa, que se projeta sob a forma de um dedo de luva do canal inguinal, contendo o CP e formando o ligamento suspensor dos LMs. O CP tem relação anatômica estreita com o canal inguinal, uma área que deve ser protegida de qualquer contaminação. O canal inguinal faz a comunicação entre a região genital e a cavidade abdominal e dá passagem ao ligamento redondo do útero, nervo ilioinguinal, ramo genital do nervo genitofemoral, vasos sanguíneos e linfáticos.

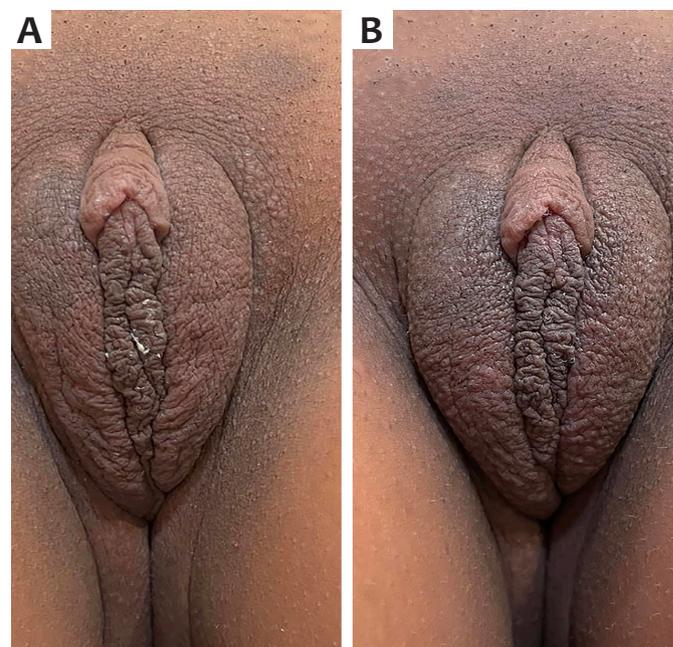


FIGURA 6: Injeção exclusiva em VAS, 0,5ml por lado, num total de 1,0ml de HA injetado (**B:** antes / **A:** depois / posição decúbito dorsal). Observe que a injeção exclusiva de VAS não traz volumização importante, mas melhora as rugas e linhas dos LMs, deixando a pele mais uniforme

Pela delgadez do tecido, injeções no SC têm o objetivo de melhorar o pregueamento da pele, mas não de promover volumização propriamente dita. Por isso, os vetores de coaptação e volumização VA1, VA2 e VA3 devem ser feitos no CP, enquanto VAS, que se propõe a melhorar a qualidade de pele, deve ser feito no SC.

É importante ressaltar ainda, em relação às injeções realizadas no CP, que se deve ter o cuidado de não se injetar os vetores VA2 e VA3 sem a realização prévia de VA1, pelo risco de a volumização lateral promover afastamento dos LMs e aumentar a exposição de CLI e LP. Inclusive, pela natural acomodação do HA no CP, muitas vezes a injeção isolada de VA1 será capaz de promover toda a volumização necessária, sem necessidade de injeção adicional em VA2 e VA3.

A vulva é suprida pelas artérias labiais anteriores, ramos das artérias pudendas externas, artérias labiais posteriores e ramos das artérias pudendas internas. Para evitar injeção intravascular, deve-se ter amplo conhecimento dessa anatomia vascular e tomar os cuidados de se proceder à aspiração prévia e à injeção lenta e suave. Utilizamos ainda cânulas de grosso calibre e ponta romba.

CONCLUSÕES

Concluimos que a injeção vulvar de HA pode ser uma ótima técnica de embelezamento genital, entregando excelentes resultados com poucas complicações. Propusemos uma sistematização reprodutível do procedimento, que analisa as queixas clínicas e os sítios anatômicos corretos a serem abordados, com alto índice de sucesso terapêutico. ●

REFERÊNCIAS:

1. Zerbinati N, Haddad RG, Bader A, Rauso R, D'Este E, Cipolla G, et al. A new hyaluronic acid polymer in the augmentation and restoration of labia majora. *J Biol Regul Homeost Agents*. 2017;31(2 Suppl.2):153-61.
2. Jabbour S, Kechichian E, Hersant B, Levan P, El Hachem L, Noel W, et al. Labia majora augmentation: a systematic review of the literature. *Aesthet Surg J*. 2017 16;37(10):1157-64.
3. Hexsel D, Dal'Forno T, Caspary P, Hexsel CL. Soft-tissue augmentation with hyaluronic acid filler for labia majora and mons pubis. *Dermatol Surg*. 2016;42(7):911-4.
4. Fasola E, Gazzola R. Labia majora augmentation with hyaluronic acid filler: technique and results. *Aesthet Surg J*. 2016;36:1155-63.
5. Kreklau A, Váz I, Oehme F, Strub F, Brechbühl R, Christmann C, et al. Measurements of a 'normal vulva' in women aged 15-84: a cross-sectional prospective single-centre study. *BJOG*. 2018;125(13):1656-61.
6. Colaneri AGF. Nova classificação para hipertrofia dos pequenos lábios vaginais e correlação com as técnicas cirúrgicas indicadas. *Rev Bras Cir Plást*. 2018;33(1):64-73.
7. Fulton J, Caperton C, Weinkle S, Dewandre L. Filler injections with the blunt-tip microcannula. *J Drugs Dermatol*. 2012;11(9):1098-103.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Vivian de Carvalho Amaral  ORCID 0000-0002-5379-652X

Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.