

Facciamo il punto sul punto G

G. SISTI, F. BELLUCCI¹

RIASSUNTO: Facciamo il punto sul punto G.

G. SISTI, F. BELLUCCI

Da molti anni ormai si sta parlando del punto G. Non solo in ambito scientifico ma anche e soprattutto sui media, in televisione e sui giornali. Ma cosa c'è di vero? Ci sono delle basi scientifiche? Presentiamo un aggiornamento scientifico sulle pubblicazioni che ne parlano, dal 1950 fino al 2011. Dalla teorizzazione della sua esistenza fino addirittura alla chirurgia per la sua amplificazione.

SUMMARY: Update on the G-spot.

G. SISTI, F. BELLUCCI

People have been discussing the G-spot for many years. Not only in scientific settings but also in the media, on television and in magazines. But where is the scientific evidence and what is the truth? We decided to update and find the research behind the G-spot from 1950 to 2011, from the theory of its existence to the surgery of its amplification.

KEY WORDS: Punto G - Orgasmo - Spazio vagino-uretrale.
G-spot - Orgasm - Urethrovaginal space.

Introduzione

Il piacere sessuale nella donna è la risultante di tante componenti: sicuramente prevalente è l'aspetto psicologico, oltre a un giusto ambiente, al partner, ecc. Tutto questo però deve avere una base biologica e anatomica predisponente: le vie nervose devono essere intatte, la vascolarizzazione buona, il connettivo ben rappresentato (1).

Negli ultimi anni, tra le basi anatomiche del piacere è stata "scoperta" una zona situata sotto l'uretra, sopra la parete vaginale anteriore, nel punto d'incontro tra terzo medio e terzo esterno della vagina. Si tratta del famigerato punto G. Se chiedete a 100 donne di cosa stiamo parlando, la maggior parte vi ri-

sponderà con sicurezza: è un punto della vagina che, se stimolato, provoca un immenso piacere sessuale. Ormai fa parte del senso comune, alcuni libri di testo lo citano nella sezione di anatomia, sembrerebbe una zona naturalmente presente nel corpo umano come le altre.

Molte riviste e giornali ne parlano, e anche la televisione, e questo ha contribuito ad accrescerne la popolarità. Ma se analizziamo la letteratura scientifica a riguardo, non ci sono molte pubblicazioni e quelle che ci sono sono molto contrastanti tra di loro.

In realtà gli scienziati sono divisi sull'esistenza o meno di questa zona anatomica e sulla sua reale funzione. Kingsberg afferma che "la posizione del punto G sembra essere nel cervello delle donne più che nella loro vagina". Vardi afferma che non ci sono conseguenze negative sull'orgasmo femminile dopo l'escissione chirurgica di questa zona. Hines lo chiama "un moderno mito della ginecologia", in un suo famoso articolo (2).

È importante conoscerne la vera storia e gli ultimi aggiornamenti in campo medico.

Università degli Studi di Firenze
Dipartimento di Ginecologia, Perinatologia e Riproduzione Umana
¹ Chirurgia Generale

Storia e revisione della letteratura

Nel 1950 Grafenberg (3), un ginecologo tedesco, pubblicò un articolo in cui affermava che stimolando una zona uretrale alcune donne ottenevano piacere.

Nel 1982 Ladas, Whipple e Perry pubblicano un famoso libro (4), nel quale per primi diedero il nome a questa zona, punto G (*G-spot*), in onore di colui che ne parlò per primo (Grafenberg).

Da allora si sono succeduti studi seguendo tre filoni principali:

- la verifica comportamentale da parte delle donne;
- la dimostrazione anatomica;
- l'uso di procedure diagnostiche per immagini.

Il modo più semplice per collegare una zona anatomica al piacere sessuale è chiedere alle donne che sensazione provano quando vengono “toccate” in quel punto preciso. È quello che hanno fatto diversi studiosi (5-7): palpando in senso orario la vagina, si sono fermati sul punto in cui la donna riferiva avere più piacere sessuale. La zona risultava essere, nella maggior parte delle volte, la parete vaginale anteriore.

Per riconoscere anatomicamente questa zona del corpo, sono stati fatti sia studi *post-mortem* e sia analisi su pezzi chirurgici.

È stata verificata la densità di recettori nervosi ad alta sensibilità, o qualunque altro particolare istologico che potesse rendere questa zona diversa dalle altre parti della vagina.

A livello vulvare e clitorideo sono presenti particolari corpuscoli recettoriali, adatti a ricevere e trasmettere sensazioni sessuali di tatto e pressione, per questo ci si aspettava la presenza di questi recettori anche a livello vaginale. Non sono stati rilevati corpuscoli particolari e nemmeno tanti recettori nervosi, almeno non più che in altre zone corporee (8). Ma è stata rilevata la presenza di ghiandole particolari, para-uretrali, chiamate ghiandole di Skene, che secernono nell'uretra un liquido differente dall'urina (9). Ancora però non è chiaro se queste ghiandole si attivino proprio al momento dell'orgasmo o siano sempre attive ad un livello basale, non abbiamo quindi la prova che facciano parte del “punto G” (ammettendone l'esistenza).

Usando la diagnostica per immagini non invasiva, la metodica principe per individuare e descrivere la pelvi è l'ecografia per ultrasuoni 2-D. È stata usata sia la sonda transvaginale, inclinandola davanti la parete vaginale anteriore, sotto l'uretra (10), e sia la sonda convex, translabiale. Ultimamente è stato anche aggiunto il contributo 3-D (11).

Con l'ecografia effettivamente si rileva una zona particolarmente ispessita ed iperecogena a livello para-uretrale, nell'incontro del terzo medio con il terzo esterno della parete vaginale anteriore.

Da alcuni è stata correlata alla capacità o meno della donna di provare l'orgasmo, da altri semplicemente al tempo trascorso dall'ultimo orgasmo, indicandola semplicemente come “serbatoio” di liquido che viene “svuotato” ad ogni orgasmo completo.

Anche la risonanza magnetica (MRI) è stata aggiunta come metodica utile (11): durante il coito è stato rilevato un innalzamento relativo dell'utero, conseguente ad un allungamento della parete vaginale anteriore, che appare ispessita; non si rileva chiaramente nessuna zona in modificazione, all'interno della parete stessa, durante l'orgasmo.

Conclusioni

Gli studi comportamentali sono sicuramente utili, ma è difficile eliminare tutti i fattori di confondimento dei soggetti esaminati. Se ne è parlato così tanto attraverso i media che è difficile trovare dei soggetti che non abbiano un pre-concetto a riguardo.

Gli studi anatomici sono ancora incompleti. Sono stati trovati scarsi recettori nervosi, ma non è detto che una zona con pochi recettori non possa portare tante informazioni nervose di qualità magari superiore. Nelle sezioni istologiche non sappiamo nemmeno con certezza cosa cercare: si dovrebbe forse parlare di “zona G”, comprendendo clitoride, uretra, ghiandole di Skene, parete vaginale anteriore. Quindi dalla interazione di queste strutture deriverebbe l'orgasmo e non dalla stimolazione di un punto nervoso recettoriale isolato. Diminuisce quindi di significato lo studio di ogni singola parte, a vantaggio di una visione complessiva funzionale. La chiave di lettura potrebbe quindi essere una interazione complessa tra più “punti G” che insieme formano una regione dinamica.

Con l'ecografia si riesce a mettere in evidenza una zona iperecogena; manca invece la correlazione con l'orgasmo in grandi gruppi di popolazione. Lo studio di Gravina è il primo e l'unico per ora ad averla associata alla capacità di ottenere l'orgasmo vaginale, ma solo su poche decine di individui.

Manca ancora una metodica standard per visualizzare il punto G; gli studi quindi non sono ancora ben riproducibili.

Nonostante manchi ancora certezza e documentazione su questa zona, in America David Matlock sta già da diversi anni realizzando l'ingrandimento chirurgico di questa zona (cosiddetta operazione *G-shot*), tramite iniezione di sostanze simil-collagene. C'è addirittura una lista mondiale dei chirurghi disposti a farlo (http://www.thegshot.com/find_doctor.htm).

Mancano però studi controllati su questa procedura e nessun ente di controllo l'ha ancora approvata.

Bibliografia

1. Sylvain Mimouna, Kevan Wylie. Female sexual dysfunctions: Definitions and classification. *Maturitas* 63 (2009) 116-118.
2. Hines TM. The g-spot: A modern gynecologic myth. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:359-62.
3. Grafenberg E. The role of the urethra in female orgasm. *Int J Sexol* 1950;3:145-8.
4. Ladas AK, Whipple B, Perry J. The G-spot and other recent discoveries about human sexuality. New York: Holt, Reinhart & E Wiston; 1982.
5. Goldberg DC, Whipple B, Fishkin RE, Waxman H, Fink PJ, Weisberg M. The Grafenberg spot and female ejaculation: a review of initial hypotheses. *J Sex Marital Ther* 1983;9:27-37.
6. Alzate H, Londono M. Vaginal erotic sensitivity. *J Sex Marital Ther* 1984;10:49-56.
7. Alzate H. Vaginal eroticism: a replication study. *Arch Sex Behav* 1985;14:529-37.
8. Hilliges M, Falconer C, Ekman-Ordeberg G, Johansson O. Innervation of the human vaginal mucosa as revealed by PGP 9.5 immunohistochemistry. *Acta Anat* 1995;153:119-26.
9. Huffman JW. The detailed anatomy of the paraurethral ducts in the adult human female. *Am J Obstet Gynecol* 1948;55:86-101.
10. Gravina GL, Brandetti F, Martini P, Carosa E, Di Stasi SM, Morano S, Lenzi A, Jannini EA. Measurements of the thickness of the urethrovaginal space in women with or without vaginal orgasm. *J Sex Med* 2008;5:610-8.
11. Battaglia C, Nappi RE, Mancini F, Alvisi S, Del Forno S, Battaglia B, Venturoli S. 3-D volumetric and vascular analysis of the urethrovaginal space in young women with or without vaginal orgasm. *J Sex Med*. 2010 Apr;7(4 Pt 1):1445-53. Epub 2010 Jan 6.