



Asociación de Personas con Linfedema, Lipedema
y otras patologías linfáticas en Aragón

GUÍA DE LIPEDEMA

Qué es, diagnóstico y tratamientos





ÍNDICE

Introducción	4
1. Qué es el lipedema	6
2. ¿Afecta a muchas mujeres?	7
3. ¿Cuál es la causa o causas que originan el lipedema? .	8
4. Clasificación del lipedema	9
5. ¿Cómo se diagnostica el lipedema?	12
6. Tratamiento del lipedema.	16
7. Especialistas que pueden diagnosticar y/o tratar el lipedema.	27
8- ¿Qué pruebas se pueden hacer para un diagnóstico más certero?	29
9. Conclusiones	31

INTRODUCCIÓN

Aunque ADPLA se constituyó en el año 2003 con el fin de prestar atención a las personas con Linfedema, llevamos años trabajando también con pacientes afectadas de Lipedema, pasando a ser “ADPLA: la Asociación de personas con Linfedema, Lipedema y otras patologías linfáticas en Aragón”.

Algunos de nuestros objetivos como entidad están enfocados para que las personas con Lipedema puedan acceder a servicios y tratamientos de calidad, mejorar su calidad de vida y dar a conocer la patología entre profesionales y población en general. Además, cabe destacar la relación entre Linfedema y Lipedema, ya que un lipedema puede llegar a provocar una afectación del sistema linfático, produciéndose un lipolinfedema.

El Lipedema se considera enfermedad por la OMS desde 2018 y, aunque con anterioridad muchas personas ya contactaban con nuestra entidad en busca de información y apoyo, en los últimos tiempos hemos visto un incremento de la demanda de ayuda por parte de las personas afectadas de Lipedema.

Ante el desconocimiento generalizado y las informaciones contradictorias que a veces envuelven los casos de lipedema, decidimos elaborar esta Guía para que sirva de apoyo para las personas afectadas, así como para cualquier persona interesada en el tema. Aunque el ámbito de la medicina está en continua evolución, aquí se recogen los aspectos más relevantes en relación al diagnóstico y tratamiento del Lipedema hasta la fecha de su publicación.

Agradecemos a todos los profesionales e instituciones que han colaborado de una u otra forma en la elaboración de este material y esperamos que sea de gran utilidad.

Esta guía está dirigida a: Todas las personas afectadas de Lipedema, a sus familiares y a todos/as los/as profesionales de la salud.

Elaboración: Marimar Ruiz Labairu (Fisioterapeuta especializada en el tratamiento de linfedema y lipedema)

Coordinación: Belén Miró (Trabajadora social de ADPLA)

Revisión:

- *Dr. Burgos de la Obra. Cirujano especialista en Lipedema. Director médico y jefe de equipo en LIPEMEDICAL España.*
- *Dr. Lechón Saz. Médico especialista en Cirugía Vasculuar y Angiología. Hospital Universitario Miguel Servet Zaragoza.*
- *Margot Marin-Yaseli. Farmacéutica y nutricionista en Farmacia María de Huerva.*



El lipedema NO es celulitis, NO es obesidad y NO es linfedema.

Aunque en países como Alemania llevan décadas tratando el lipedema, no fue hasta mayo de 2018 que esta patología fue admitida como tal por la OMS. En el momento de publicar esta guía, todavía no lo está por nuestro sistema nacional de salud, con lo cual se queda fuera de las prestaciones en cuanto a tratamiento (quirúrgico o conservador) y medidas ortoprotésicas como la compresión.

Uno de los objetivos de las asociaciones es ... y por eso la edición de esta guía, para dar a conocer la sintomatología del lipedema y su tratamiento y que cada vez sea menos desconocido y así conseguir la inclusión de las medidas necesarias para su tratamiento en el Sistema Nacional de Salud.

1-Qué es el lipedema?

El lipedema se define como una enfermedad considerada inflamatoria, crónica y evolutiva.

Al tratarse de un conjunto de signos y síntomas sin prueba específica de confirmación se puede hablar también de síndrome. Y deberían cumplirse varios de ellos para que se considerara como tal.

Prácticamente el 100% de los casos son mujeres, dado que entre sus posibles causas se encuentra un factor hormonal.

La característica principal es la acumulación de células de grasa patológica mucho más fibrosa de lo habitual y que parece que no responde adecuadamente a medidas como dieta o ejercicio. Esta acumulación conlleva un aumento de presión local sobre vasos linfáticos, sistema venoso y sistema nervioso lo que produce determinados síntomas.

Esta acumulación se produce de una manera desproporcionada, sobre todo en la parte inferior del cuerpo (cadera y piernas). Hasta en un 30% de los casos se afectan también los brazos. En general los pies y manos no están afectados y este signo se puede emplear como diferenciador: el signo de la copa en el tobillo. El abdomen y el tronco tampoco suelen estar afectados, pero es un tema que aún está en estudio y bajo debate: parece que en algunas pacientes se produce una acumulación de grasa lipedémica en abdomen y tronco tras una intervención quirúrgica en piernas y/o brazos. Esta acumulación, aun siendo desproporcionada entre tronco y piernas, es prácticamente simétrica entre ambas piernas o brazos.

Es muy importante un diagnóstico precoz y diferencial de otras patologías para evitar su evolución. Actualmente, está infradiagnosticada y es todavía poco conocida por los profesionales de la salud y en consecuencia por las propias pacientes que la sufren durante años sin saber qué es lo que les está pasando. Se puede confundir con otras patologías como, por ejemplo:

- **Sobrepeso y obesidad:** En ella, la acumulación de grasa es generalizada y proporcional. Los pies se ven afectados.



Comparativa de extremidades inferiores en mujeres con obesidad, linfedema y lipedema)

Hay sobrepeso (un IMC elevado). Hay una adecuada respuesta a dieta y ejercicio. No hay dolor en el tejido graso.

- **El linfedema:** Aquí la acumulación es de líquido intersticial, suele ser asimétrico, solo en un área concreta del cuerpo (pierna o brazo -por ejemplo-) y el pie y/o la mano también se afectan. No hay dolor o es muy limitado y se produce por la tensión del tejido si hay mucho volumen. Si el linfedema es secundario a una intervención quirúrgica, puede darse en cualquier zona del cuerpo donde se haya intervenido: cara, cuello, abdomen, zona genital o mamas...
- **La celulitis** (no nos referimos aquí a la infección subcutánea) también es un trastorno de grasa localizada, pero: no es exclusivo de las mujeres, también suele ser simétrico, pero no cubre áreas tan grandes del cuerpo y es asintomático. No está asociado al sobrepeso ni cursa con sensación de discomfort.

También hay que tener en cuenta que, a pesar del nombre, no todos los casos de lipedema cursan con Edema, este dato es importante a la hora de plantear un tratamiento.

2- ¿Afecta a muchas mujeres?

Al menos en España, este dato es muy incierto.

No existe un consenso en cuanto al modo de diagnóstico, esto es un gran hándicap a la hora de recoger datos.

Los porcentajes son muy variables entre unos estudios y otros, y teniendo en cuenta que la mayoría de los estudios sobre lipedema parten de unidades hospitalarias de Linfedema (ya que a las pacientes las derivan ahí por error), es casi imposible acercarnos a un porcentaje de afectadas en la población general de una manera fidedigna.

Se baraja la hipótesis de que puede ser entre un 10% y un 18%, pero no está muy claro ya que lo mejor sería un diagnóstico diferencial desde Atención Primaria y en servicios de cirugía vascular.



3-¿Cuál es la causa o causas que originan el lipedema?

Leerás sobre muchas hipótesis, esto sólo acaba de empezar, pero a día de hoy ninguna tiene una gran base científica.

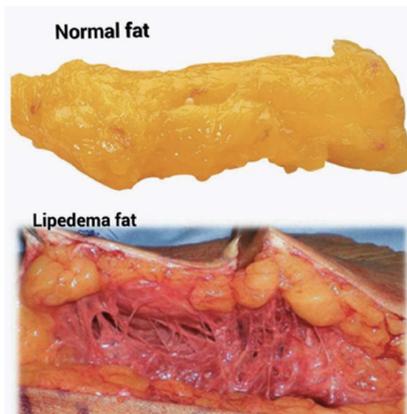
En algunos estudios se plantea la posibilidad de que haya una afectación linfática y/o micro circulatoria que favorezca tanto el crecimiento de las células de grasa (adipogénesis) como el edema, la fragilidad capilar y el dolor por compresión. Pero no está realmente demostrado ya que la afectación linfática podría ser consecuencia del lipedema y no al revés.

Tampoco se puede decir que el sistema linfático se vea comprometido siempre en fases avanzadas de lipedema y sea una característica de lipedema grave, ya que se describen casos de lipedema en fases iniciales con afectación linfática y casos de lipedema muy avanzado sin afectación linfática.

Hay un factor que puede facilitar la aparición de edema distal en las piernas, que es la falta de actividad como consecuencia del “cansancio” dolor y pesadez que van de la mano del lipedema o por las dificultades asociadas al sobrepeso (si lo hay) Pero esto sería una consecuencia, no la causa.

Tampoco está muy claro si los adipocitos en el Lipedema aumentan de tamaño o se dividen y multiplican más (hipertrofia o hiperplasia) aunque hay más acuerdo con la hipertrofia (aumento de tamaño)

Sí que parece que está más claro que la dificultad para perder peso y volumen en las zonas con lipedema es por la fibrosis entre este tejido adiposo. Las mujeres que tienen lipedema también tienen un metabolismo más lento. Todo esto se une a que es un proceso inflamatorio y debe tratarse como tal, no como un exceso de grasa localizada. En la mayoría de los casos está unido a otras patologías, no podemos decir que estamos tratando el lipedema si tratamos solo las piernas. El tratamiento debe ser global e integral y abarcar la nutrición, terapia compresiva, drenaje linfático y acompañamiento psicológico,



Comparación entre tejido graso normal y tejido graso fibrosado lipedematoso. Tomada de Dr. Simarro

si hubiese otras patologías asociadas, debería consultarse con los especialistas pertinentes.

Hay estudios que han podido demostrar que en este tipo de tejido graso lipedematoso, hay una mayor concentración de macrófagos (cuatro veces más) que en otras zonas con un tejido adiposo normal. Estos macrófagos producen su propia cascada de citoquinas proinflamatorias que podría estar detrás de la inflamación propia de la patología.

Parece que la genética juega un papel importante en el desarrollo del lipedema, ya que prácticamente el 100% de las afectadas son mujeres y en torno a un 60% de los casos presentan antecedentes familiares.

Las hormonas, sobre todo los estrógenos, parecen jugar un papel fundamental. La pubertad, mayoritariamente, pero también el embarazo o la menopausia, suelen ser desencadenantes de los primeros síntomas del lipedema.

El lipedema empeora con el sobrepeso o la obesidad, pero puedes tener lipedema con un peso normal, o tener obesidad y no tener lipedema. De todo esto surge la dificultad de su diagnóstico correcto.

4-Clasificación del lipedema.

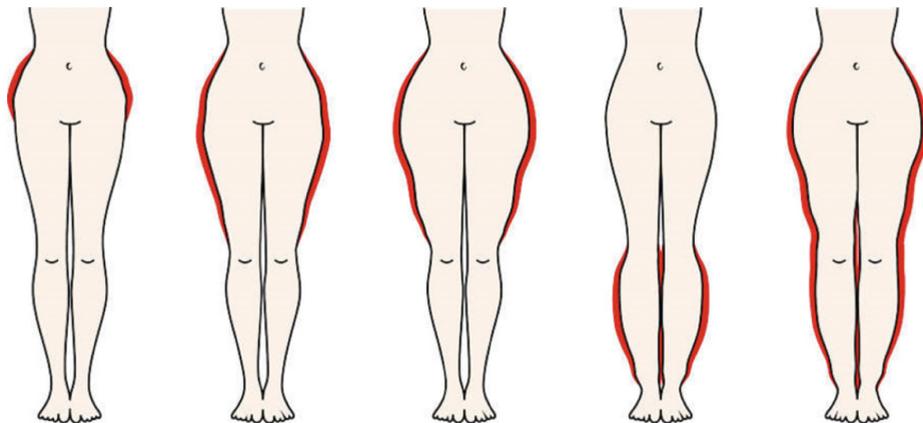
Existen distintas “escalas” para clasificar el lipedema, pero todas ellas se refieren al aspecto externo, ya sea en volumen, extensión, aspecto de la piel o forma de las piernas. El tipo se refiere a dónde está la grasa localizada; el grado o estadio a cuánta afectación existe.

TIPOS

Existen diferentes clasificaciones según la zona afectada. Entre las más usadas se encuentran la clasificación de Schingale (2003) y Meier- Vollrath (2007). Según la clasificación de Schingale (2003) se pueden diferenciar cinco tipos:

- Tipo I: El tejido adiposo está aumentado en pelvis, cadera y glúteo
- Tipo II: El tejido adiposo se extiende por muslos y rodillas
- Tipo III: El tejido adiposo se extiende desde las caderas hasta los tobillos
- Tipo IV: El tejido adiposo afecta brazos y/o piernas

-Tipo V: Se ve afectado el sistema linfático



Tipos y afectación del lipedema.

En la clasificación de Meier- Vollrath (2007) se solapan los tipos I, II y III: Sin embargo, el tipo IV tendría una afectación sólo en brazos y en el tipo V no habría afectación del sistema linfático y sólo afectaría de rodilla a tobillo respetando el pie.



* Type IV is often associated with type II or III.

Tipos de lipedema según la afectación morfológica en la Escala de Meier- Vollrath.(2007)

ESTADÍOS/GRADOS

Según el aspecto de la piel, Schingale y Meier- Vollrath diferenciaron en 2004 tres estadios:

-Estadio I: Normal-blanda con nódulos palpables

-Estadio II: Más dura con nódulos más duros también

-Estadio III: Piel de naranja con grandes acumulaciones con deformidad en muslos y rodillas.



Estadios del lipedema según el aspecto de la piel (Schingale y Meier- Vollrath 2004)

Y según la forma de las piernas (Fonder, 2007) puede ser: Columnar (piernas en forma de cilindro de arriba abajo) o Lobar (con grandes acúmulos de grasa en forma de lóbulos en la cara interna de las rodillas, las caderas).



Foto cedida por Sinu Fisioterapia. Tipos de lipedema según la forma de las piernas (clasificación de Fonder 2007)

Sabiendo que la aparición de linfedema asociado no depende del “tipo” o “estadío” del lipedema y que en cualquier caso sobre todo el tratamiento conservador debe instaurarse siempre y el quirúrgico en algunos casos; estas clasificaciones se quedan un poco cortas, ya que no cuantifican otra sintomatología asociada, como el dolor, ni, por ejemplo, la afectación en la calidad de vida, sólo el aspecto.

Por todo esto en la valoración es imprescindible, junto al tipo y/o estadío, anotar todos los síntomas y patologías asociados y realizar una buena historia clínica.

5- ¿Cómo se diagnostica el lipedema?

No hay una prueba específica para el diagnóstico del lipedema.

El diagnóstico, hasta ahora, se realiza mediante el examen físico y la realización de una buena historia clínica. Sí que hay pruebas específicas de otras patologías que, cuando el diagnóstico no está claro, nos pueden servir para descartar. O apoyar.

¿En qué nos fijamos para hacer esta valoración?

En los síntomas propios de la enfermedad.

- 1- Desproporción en la distribución de la grasa, localizada sobre todo en las piernas. (Parece que el tronco y brazos fuera de una persona y las piernas de otra).
- 2- Historial familiar: ¿hay más mujeres afectadas en la familia?
- 3- La afectación es bilateral (las dos piernas) y simétrica.
- 4- No afecta al pie (signo de la copa en tobillos)
- 5- Si los brazos están afectados. La acumulación llega hasta el codo, no hay lipedema en antebrazo ni mano.
- 6- Apenas responde a dietas muy estrictas y ejercicio (el cual resulta muy costoso debido al resto de los síntomas que acompañan)



Arañas vasculares en paciente con lipedema.
Foto cedida por Sinu Fisioterapia

- 7- El signo de Stemmer es negativo (se puede separar la piel del dorso del pie con un leve pellizco)
- 8- Tampoco hay fóvea.
- 9- Puede haber un aumento de la acumulación de grasa tanto en la zona de las “cartucheras” como en la cara interna de la rodilla o que las piernas tengan forma de tubo o de columna de arriba abajo.
- 10- Hay una sensibilidad aumentada, puede llegar a molestar la caída del agua de la ducha. También hay dolor a la presión suave e incluso dolor con el roce de la sábana. Grasa dolorosa a la presión, no confundir con dolor de origen circulatorio, muscular o articular.
- 11- Suele haber fragilidad capilar de una forma más importante comparándola con mujeres que no tienen esta patología.
- 12- Sensación de pesadez y cansancio que impide llevar un ritmo normal de marcha y que aumenta con el calor o si se está de pie o sentada un tiempo (por trabajo, en los viajes, etc.)
- 13- También suele asociarse una hiperlaxitud articular y de la propia piel que por ello tiende a la flacidez, que contrasta con la pérdida de elasticidad del tejido subcutáneo (fibrosis)
- 14- Muchas de las mujeres que tienen lipedema están diagnosticadas también de S.O.P. Hay que hacer una revisión completa de posibles enfermedades inflamatorias asociadas.
- 15- No hay que olvidar el estado psicológico, ya que nos encontramos con pacientes que llevan toda su vida a dieta, luchando contra su propio cuerpo, sintiéndose incomprendidas por el personal sanitario que les ha atendido y también en muchos casos por la gente que las rodea, con dificultades para poder vestirse o calzarse y llevar un ritmo de vida que el resto de su círculo social lleva sin esfuerzo. En general son mujeres que pueden alterar periodos de ansiedad y depresión, que tiene su autoestima muy vulnerada y que se sienten incomprendidas incluso por sus familiares o personas más cercanas.

¿Puede coexistir con otras patologías?

Sí. Y esto complica más su diagnóstico y puede agravar su evolución y síntomas.

Sobrepeso y obesidad:

Puede darse lipedema con sobrepeso, con obesidad, con normopeso, y obesidad sin lipedema. No todos los acúmulos de grasa son Lipedema.

Es imprescindible un buen diagnóstico diferencial ya que el tratamiento es diferente en unos casos u otros. También es necesario el control del sobrepeso y/o la obesidad antes de considerar un tratamiento quirúrgico para el lipedema si lo hubiera.



En obesidad se puede observar una distribución proporcional de la grasa en el tronco inferior y superior incluyendo la zona abdominal.

Hay que tener en cuenta que la obesidad afecta igual a hombres y mujeres y es un ente independiente a tener en cuenta para tratar de un modo aislado. Hay que recordar que, con la obesidad, aunque la distribución de la grasa también es simétrica esta es generalizada.

Una dieta apropiada llevará a una pérdida de peso, no será así en las zonas con lipedema.

Habitualmente no hay fragilidad capilar (hematomas con facilidad) y el Índice de Masa Corporal IMC está aumentado.

Afectación sistema vascular.

Podemos encontrarnos con enfermedades venosas como varices, telangiectasias (arañas vasculares superficiales) y cierto edema, pero de origen venoso, y varices superficiales. Estas patologías deben tratarse como tales y de modo específico a parte del lipedema. En algunos casos, si conviven estas dos patologías y la paciente quiere someterse a una intervención para extraer la grasa de su lipedema, su cirujano vascular valorará la posibilidad de una intervención de varices previa para poder afrontar la cirugía de lipedema con seguridad.



Paciente con varices y lipedema. Foto cedida por Sinu Fisioterapia

Linfedema.

El linfedema también puede convivir con el lipedema o no.

No está relacionado con ciclos hormonales y si es genético puede aparecer a cualquier edad, incluida la infancia.

Lo más característico y diferenciador es que en el linfedema el pie, o los pies y manos si que suelen estar afectados por el edema linfático (volumen a expensas de líquido) y el signo de Stemmer es positivo (no se puede separar la piel del dorso ni del tercer dedo.) Por sí mismo, afecta igual a mujeres y hombres.

Generalmente es asimétrico, aunque sean ambas piernas o brazos los que estén afectados, suele haber una diferencia significativa entre ambas circometrias (medida de la circunferencia en ambos miembros) En el lipedema no.

En estadios iniciales el volumen desciende al elevar el miembro afectado o después de dormir. En el lipedema no.

En el linfedema la piel se va engrosando y formando pliegues que no desaparecen ni con la compresión ni con el drenaje y no suele haber dolor, si lo hay, está más relacionado con la tensión en la piel y la pérdida de movilidad articular debido a la inflamación. La fragilidad capilar no suele darse.



Paciente con linfedema en extremidad inferior. Obsérvese la asimetría y afectación del pie.



Signo de la copa o grillete en tobillo.
Foto Sinu Fisioterapia.

Y, por último, sin ser una patología sí que puede ser un factor que complica la evolución del lipedema: el sedentarismo. Se convierte en “la pescadilla que se muerde la cola”.

El dolor, la pérdida de movilidad articular, el cansancio y un posible sobrepeso todo ello asociado al lipedema, puede llevar a estas pacientes a llevar una vida sedentaria, siendo este factor por sí sólo, determinante para un empeoramiento del lipedema.

Hay que motivar a las pacientes a llevar una vida activa, independientemente de su edad, comenzando con el tratamiento conservador cuanto

antes para controlar y reducir la sintomatología. Una dieta ajustada a su patología, actividad física ajustada a sus posibilidades, un tratamiento conservador con fisioterapia, apoyo psicológico si es necesario, pueden revertir este estado y hacer que el propio lipedema y la calidad de vida de la paciente mejoren muchísimo.

6-Tratamiento del lipedema.

Actualmente existen dos líneas de tratamiento del lipedema: El tratamiento conservador y el quirúrgico.

6.1 Tratamiento conservador.

Antes de plantear este tratamiento hay que tener claro de qué se trata y qué clase de lipedema vamos a tratar: si hay edema asociado o no. En cualquier caso, será la primera elección ya que incluso si tu objetivo es la cirugía, debes normalizar tu peso y sobre todo, tener controlada la inflamación y esto lo vas a conseguir con la combinación del tratamiento conservador.

Este tratamiento incluye:

- Compresión
- Fisioterapia
 - > Drenaje Linfático Manual o DLM
 - > Vendaje o medidas de compresión
 - > Ejercicio
 - > Cuidados de la piel.
- Nutrición
- Ejercicio

6.1.1 Compresión

Son prendas empleadas y conocidas hasta ahora sobre todo para el control de síntomas en linfedema y problemas circulatorios. En el caso de lipedema ayudan a disminuir el dolor y el edema asociado (si lo hay) NO van a reducir la acumulación de tejido adiposo del lipedema pero son imprescindibles para el control inflamatorio

y de los hematomas, reducen el dolor y la sensación de cansancio, así como de la correcta cicatrización y adherencia de la piel en el posoperatorio.

Las piernas con lipedema tiene una forma muy pronunciada y característica a la que no se van a adaptar a unas medias estándar. También hay que contar con esas acumulaciones de grasa alrededor de la rodillas y caderas con forma de lóbulos. Por ello es imprescindible la realización de estas prendas a medida por parte de un ortopeda especializado.

El tejido empleado para la confección de estas medias puede ser circular o plano. El tejido plano con compresión linfática tipo II (20-30mmHg) es el más indicado a pesar de ser más grueso y evidente, porque la presión que ejerce está localizada en el espacio entre la piel y la musculatura y aumenta con el movimiento. Por eso es interesante realizar el ejercicio pautado con la compresión puesta. Es un tejido que contiene la piel y no cede. En ocasiones el tejido circular puede producir dolor o hacer pliegues que dificulten el drenaje, por ejemplo, en los tobillos. Las pacientes refieren más comodidad y efectividad y menos calor con el tejido plano.

Hay muchas opciones y es necesario acudir a un centro especializado en esta patología donde te asesorarán sobre el tipo de tejido, grado de compresión y forma de las medias que más se van a adaptar a tu caso.

Se pueden hacer combinaciones como: medias hasta la rodilla+pantalón pirata con cremallera (de forma que cubra toda la pierna y glúteos si en tu caso hay una forma muy pronunciada de cadera, pierna más delgada y cintura muy estrecha).

Otras medidas de compresión como el vendaje o prendas con velcros de distintas marcas se pueden utilizar siempre que haya un componente linfático en el lipedema o en el posoperatorio del mismo.



Medias de tejido plano coloreadas. Foto MEDI- MEDIVEN 550

Si has probado con medias y no las tolerabas o no te han dado resultado, piensa si han sido hechas a medida teniendo en cuenta todas estas cosas. Si no ha sido así, no tires la toalla y busca un centro de Ortopedia especializado. La compresión es imprescindible.

6.1.2 Fisioterapia

El tratamiento de Fisioterapia comprende:

- Drenaje Linfático Manual (DLM)
- Vendaje compresivo o utilización de prendas compresivas a medida
- Ejercicio
- Cuidados de la piel

El conjunto de estas técnicas se conoce como Terapia Descongestiva Compleja y hay que aclarar que tendrá mejores resultados si al lipedema hay asociado un edema, que no siempre es así.

El DLM es una técnica que debe ser aplicada por un@ fisioterapeuta especializado@. Reduce la inflamación y el edema, también disminuye el dolor (bien porque estimula las neuronas inhibitoras del dolor o bien por la activación del sistema Parasimpático: disminuye la frecuencia respiratoria y cardíaca y con ello la ansiedad y el estrés, facilitando la relajación). Realmente hay que saber que con DLM el lipedema que no cursa con edema apenas va a reducir el volumen.

Podemos decir que hay varias técnicas de drenaje reconocidas por las Universidades donde se estudia el Grado de fisioterapia. Todas ellas respetan tanto la anatomía como la fisiología (cómo funciona) del sistema linfático. Busca un/a fisioterapeuta especializado y, sobre todo, si te vas a operar, que sepa que maniobras están más indicadas y cuales no se pueden utilizar en el postoperatorio.

Si ya tienes tus medias a medida se pueden utilizar durante el tratamiento como medio de contención, así como en el pre y post operatorio.



Drenaje Linfático Manual (DLM). Foto Sinu Fisioterapia

6.1.3 Ejercicio

El ejercicio por sí mismo no ayuda a reducir el volumen del lipedema, pero SÍ

ayudará en otras complicaciones asociadas como, por ejemplo:

- Reducir problemas circulatorios o linfáticos por poca movilidad,
- Aumentar la movilidad articular y la fuerza y capacidad muscular,
- Mejorar la calidad de vida en general, la autoestima y la percepción de la calidad de vida.

Es muy importante mantener un tono muscular adecuado, a veces se cae en el desánimo porque te puede parecer que con todo el esfuerzo que haces no se nota nada y realmente no es así. Cualquier ejercicio que realices ha de ser con tus medias de compresión excepto en el agua, así el movimiento de tu musculatura bombea contra la prenda que contiene la piel y notarás que después te encuentras mucho mejor que antes.

Deben elegirse deportes de bajo impacto, que impliquen trabajo aeróbico y también de fuerza progresiva y dirigida para evitar lesiones y empeoramiento de los síntomas. Los más indicados para comenzar serían: natación o ejercicio en el agua (incluido caminar) Yoga, Pilates, Caminar y Marcha Nórdica, bicicleta. Después se debe ir incrementando poco a poco el nivel de exigencia y no olvidarse de incluir ejercicios de fuerza, que generen masa muscular.



Paciente con lipedema realizando ejercicios. Foto Sinu Fisioterapia

6.1.4 Vendaje compresivo

Es una herramienta que tu fisioterapeuta debe dominar. Se emplea un material específico: vendas de tracción corta, cohesivas, de espuma... Con la característica común de que no es elástico. Puede servir de apoyo en un primer momento si hay que reducir volumen antes de la primera medición para unas medias y si

está indicado (hay edema asociado). Se puede emplear en el postoperatorio si las medias quedan muy grandes entre una cirugía y otra. O para sostener zonas donde las medias se han deteriorado hasta que se confeccionen unas nuevas. Y también se emplean recortes de espuma con distintas densidades para este fin. Tu fisioterapeuta encontrará una solución para que lleves la compresión adecuada y adaptada a cada fase del tratamiento.

6.1.5 Cuidados de la piel

En general la piel que nos encontramos en el lipedema está bien hidratada y cuidada. Es importante la higiene correcta, un buen secado sobre todo si hay pliegues en tobillos, rodillas o en la parte alta del muslo y entre los dedos.

Estará especialmente sensible después de la operación y es en ese momento donde habrá que extremar las precauciones. Cada cirujano hace unas recomendaciones sobre productos muy específicos a utilizar en ese momento. En cada sesión de fisioterapia se hará un control de zonas que puedan estar más comprometidas y se pondrá solución a ello. En ocasiones será necesario concertar una visita con enfermería si es necesario realizar alguna cura más específica: quitar puntos, curar úlceras etc.



Las pacientes con lipedema han de hidratar su piel con productos específicos que pueden consultar en su farmacia de confianza

6.1.6 Nutrición

Como ya hemos dicho antes, hay que buscar a un especialista en lipedema y/o enfermedades inflamatorias. La revisión de la dieta es FUNDAMENTAL para evitar el empeoramiento del lipedema, reducir su inflamación y volumen y mejorar la calidad de vida. Si llevas años a dieta y piensas que no va a funcionar, piensa que seguramente hasta ahora, las dietas no te han funcionado porque ni tú ni tu nutricionista contabais con la información correcta. Parece que la dieta

antiinflamatoria o dieta mediterránea modificada es la que más efectos positivos tiene en las pacientes con lipedema, este tipo de nutrición incluye recomendaciones como limitar la ingesta de gluten, lactosa, alimentos procesados, carnes rojas y azúcares refinados y aumentar la ingesta de alimentos antiinflamatorios como pescado azul, cítricos, frutos rojos, nueces, alimentos fermentados, etc. Es el momento de volver a replantear este tema y tendrás buenos resultados con seguridad.

El objetivo no será una pérdida de peso, que también puede darse, sino una reducción del volumen de las zonas afectadas, de la inflamación, cansancio y del dolor en caso de que lo hubiera. No hay que tratar solo las piernas o los brazos, la dieta debe contemplar un objetivo más global y debe sugerir un cambio de estilo de vida que se pueda mantener a largo plazo (para siempre).

En muchos casos, este tratamiento conservador disminuye la inflamación, el peso y volumen y mejora tanto la calidad de vida que hay pacientes no requieren de una intervención quirúrgica posterior.

En redes sociales se publicitan muchos tipos de dietas desequilibradas (cetogénica, paleolítica, Atkins, probiótica...) que no han demostrado su eficacia con ningún estudio científico. Actualmente sólo la dieta mediterránea antiinflamatoria ha demostrado su eficacia en un estudio publicado en 2021 por científicos en la Universidad de Roma (Nutrients. 2021 Jan 25;13(2):358). En este estudio demostraron como la

dieta mediterránea modificada es capaz de disminuir el volumen de masa grasa en las zonas afectadas de lipedema y las pacientes con lipedema perdieron una media de 3kg de peso en un mes; pero lo más importante es que mejoraron su movilidad, calidad de vida y mejoraron su estado anímico, disminuyendo su nivel de ansiedad y depresión.



Pirámide antiinflamatoria. www.guerrasintestinas.com

A continuación, mostramos una tabla de frecuencia de consumo de alimentos basada en la guía de la Sociedad de Nutrición Comunitaria (SENC 2004) y modificada para pacientes con lipedema:

GRUPO DE ALIMENTOS	FRECUENCIA RECOMENDADA	PESO DE CADA RACIÓN (en crudo y neto)	MEDIDAS CASERAS
<u>Verduras y Hortalizas</u>	≥2	150-200g	1 <u>plato de ensalada variada</u> 1 <u>plato de verdura cocida</u> 1 <u>tomate grande, 2 zanahorias</u>
<u>Frutas</u> de los cuales frutos rojos (arándanos, fresas, frambuesas, moras...)	≥3 ≥1	120-200g	1 <u>pieza mediana, 1 taza de cerezas, 1 taza de fresas, 2 rodajas de melón...</u>
<u>Aceite de oliva</u>	3-6 <u>raciones al día</u>	10 mL	1 <u>cucharada sopera</u>
<u>Leche y derivados</u>	2-4 <u>raciones al día</u> (preferentemente sin lactosa)	200-250 mL de leche 200-250g de yogur 40-60g de queso curado 80-125g de queso fresco	1 <u>taza de leche</u> , 2 unidades de yogur, 2-3 lonchas de queso, 1 porción individual
<u>Arroz integral, pan integral, pasta integral, boniato (Hidratos de Carbono de bajo índice glucémico)</u>	2-4 <u>raciones al día</u> (preferentemente sin gluten)	60-80g de pasta 40-60g de pan integral 150-200g de boniato	1 <u>plato normal, 1 boniato grande, 3-4 rebanadas...</u>
<u>Pescados</u> de los cuales pescados azules	≥3	125-150g	1 <u>filete individual</u>
<u>Carnes magras, aves, huevos</u>	3-4 <u>raciones a la semana</u> . Alternar su consumo	100-125g	1-2 <u>huevos, 1/4 de pollo, 1 filete pequeño</u>
<u>Legumbres</u>	2-4 <u>raciones a la semana</u>	60-80g	1 <u>plato normal individual</u>
<u>Frutos secos</u>	1 <u>al día</u>	20-30g	1 <u>puñado o ración individual</u>
<u>Embutidos y carnes grasas</u>	<u>Ocasional y moderado</u>		
<u>Dulces snacks, refrescos</u>	<u>Ocasional y moderado</u>		
<u>Mantequilla, margarina, bollería</u>	<u>Ocasional y moderado</u>		
<u>Agua de bebida</u>	4-8 <u>raciones al día</u>	200 mL	<u>vaso o botellín</u>
<u>Cerveza o vino</u>	Opcional y moderado en adultos	Vino : 100mL Cerveza: 200mL	
<u>Práctica de actividad física</u>	<u>Diario</u>	> 30 <u>minutos</u>	

Pesos de raciones de cada grupo de alimentos y medidas caseras (SENC 2004) modificado por Dra. Roig Marin-Yaseli (nutricionista Farmacia Maria de Huerva)

Hay que tener en cuenta que estas recomendaciones de frecuencia de consumo son para una dieta equilibrada de 1600 Kcal y habría que adaptarlas a las necesidades energéticas de cada paciente u otras patologías concomitantes. Lo ideal es siempre acudir a un nutricionista especializado en lipedema y personalizar las dietas a los gustos culinarios, toma de medicamentos, estado fisiológico y otras patologías.

6.2 Tratamiento quirúrgico.

El tratamiento quirúrgico más seguro y eficaz que se recomienda para el Lipedema es la liposucción, con buenos resultados a largo plazo en general y pocas complicaciones.

Podemos decir que es una puesta a cero, un nuevo comienzo después de años de acumulación de síntomas. Con ella se elimina la mayor parte del tejido graso subcutáneo y se rompe la fibrosis, con lo cual desaparecen los síntomas asociados a ella como cansancio, dolor y fragilidad capilar.

Los estudios apuntan a que, si es correctamente realizada, los resultados en la zona tratada son duraderos a largo plazo, es decir: si han extraído grandes volúmenes de grasa patológica, hay muy pocas posibilidades de que vuelva a recrecer en esa zona. Pero hay que tener en cuenta que, al tratarse de una enfermedad inflamatoria, si se abandonan los cuidados propuestos en el tratamiento conservador, puede que vaya apareciendo en otras zonas del cuerpo que aún no se han intervenido como en brazos e incluso abdomen. Las células de grasa que han quedado pueden crecer (hipertrofia) Y los síntomas relacionados con la propia inflamación como el edema, pesadez y cansancio podrían volver en algunos casos. Las medias de compresión serán necesarias durante los primeros 6 meses postoperatorios, posteriormente en la mayoría de los casos la paciente ya no necesitará medias compresivas o sólo en momentos muy puntuales (vuelos de larga distancia, largas caminatas, etc). Estas medidas son, como siempre muy personalizables.

Es más, los cirujanos especializados insisten en:

Primero: tratamiento conservador durante tiempo determinado para reducir inflamación y peso todo lo que se pueda. La mayoría de ellos no intervienen si esta fase se pasa por alto. Es necesario tener la enfermedad bajo control, más estabilizada y lo más cerca del normopeso antes de operar. La adherencia a los autocuidados es fundamental desde un tiempo antes de la intervención. Ayuda a conocer mejor tu patología y cómo debes cuidarte.

Si has llevado la compresión, has hecho fisioterapia, cambiado tu dieta y comenzado a ejercitarte la cirugía tiene mejor resultado para ti: la grasa es más fácil de extraer, se sangra menos y te recuperas antes.

Segundo: cirugía realizada por un cirujano especializado en lipedema o con amplia experiencia y dedicación en su tratamiento.

Tercero: mantener pautas del tratamiento conservador como pautas de autocuidado de por vida. Si bien se pueden disminuir algunas medidas, hay que

pensar a largo plazo. Cuando hablamos de lipedema hablamos de cuidados de por vida.

Un mal estilo de vida, alimentación, la falta de ejercicio en el día a día, el sobre peso etc. deberían corregirse y controlarse antes y después de la intervención.

Tipos de liposucción:

Escucharás o leerás sobre distintos tipos de liposucción para el lipedema. Las diferencias básicas están en: las cánulas empleadas para la extracción (tipo y grosor) y si hay una infiltración previa de agua con medicamentos o no. Una diferencia fundamental y muy importante es sobre todo la dirección que se les da a las cánulas durante la extracción de la grasa. Esta dirección ha de ser longitudinal a la pierna o brazo. De este modo evitan lesionar al sistema linfático que se ve más afectado si el patrón de movimiento de la cánula es transversal a la pierna. Para ello es necesario hacer más incisiones de entrada de las cánulas que en una liposucción convencional. Estas incisiones son mínimas y cicatrizan sin apenas dejar marca.

- La más utilizada y aconsejada es la WAL: liposucción asistida por agua (siglas en inglés) Con la misma cánula se introduce agua inyectable (a veces con algún medicamento que reduce el sangrado) que ayuda a separar las células de grasa del tejido conectivo y al mismo tiempo se va aspirando y extrayendo. La cánula es más fina y redondeada. La mayoría de clínicas centroeuropeas dedicadas al tratamiento del lipedema emplean esta técnica por ser muy segura y obtener resultados más definidos.
- Y la tumescente y supratumescente (dependiendo de la cantidad de solución infiltrada): se utiliza suero salino con anestésico y adrenalina (reduce sangrado) y en mayor cantidad que las anteriores. Se infiltra esta solución y se espera un tiempo a que haga efecto. La tumescencia quiere decir “inflamación”. La cánula también se emplea para el aspirado de la grasa, que gracias a esta solución se separa más fácilmente de los tejidos. Puede usarse en combinación con vibro-liposucción: la cánula vibra con lo que también facilita la separación de las células de grasa. Es menos utilizada y requiere infiltraciones de mucho mayores cantidades de líquido anestésico para generar una tumescencia.
- Las liposucciones convencionales y aquellas que usan energías para facilitar la extracción de grasa (liposucción láser o liposucción VASER) no son adecuadas para tratar lipedema, en especial si las zonas a tratar son las más delicadas (rodilla a tobillo o brazos-antebrazos). Pueden generar más fibrosis.

Lo primero que refieren las pacientes después de la intervención es una mejora en la calidad de vida, después de las primeras dos o tres semanas de la intervención síntomas como: dolor, pesadez, cansancio, falta de movilidad... han desaparecido. No sólo el volumen.

Dependiendo de la cantidad de grasa a extraer en % con relación al peso total, suelen ser necesarias varias intervenciones si toda la pierna está afectada pudiendo abordarse en una operación áreas concretas. Esto es variable y siempre se seguirá el consejo del cirujano. En general no se aconseja superar el 10% del peso corporal total de la paciente en cada cirugía (por ejemplo: no más de 7 litros en una paciente de 70Kg), por esto a veces es necesario hacerlo en varias intervenciones. Es una intervención de cirugía mayor, con anestesia general, debes tomarte tu tiempo tanto para decidirte por el profesional que mejor encaje contigo y tu objetivo como para prepararte bien y tomarte un descanso en el postoperatorio.

Es importante un buen control pre y postoperatorio: toma de medidas, fotografías, si puede ser registro con imágenes ecográficas etc.

En algunas pacientes, si la acumulación de lipedema está localizada en zonas muy concretas formando grandes depósitos (como en cara interna de rodillas) y dificulta incluso el poder caminar, puede estar indicada una dermolipectomía o una liposucción con cirugía cutánea posterior.

La cirugía de lipedema es una operación de alta demanda técnica para el cirujano, para la consecución de los mejores resultados con las menores complicaciones posibles es importante que este tipo de operación sea realizada por cirujanos especializados en esta patología o con muy alta dedicación a la misma. Es fundamental que la paciente se tome un tiempo en saber más sobre experiencias de pacientes operadas de lipedema en un centro determinado y evalúe si su cirujano tiene la experiencia adecuada en este tipo concreto de pacientes y usa técnicas seguras para el tratamiento de esta enfermedad.

En el postoperatorio:

Aunque la pauta de compresión y cuidados es muy variable dependiendo del cirujano que haya hecho la intervención, en general se recomienda:

-Es imprescindible una buena compresión 16 o 24 horas las primeras semanas, para reducir la inflamación postoperatoria, los hematomas y que la adherencia de la piel sea correcta. Algunos cirujanos permiten retirar las medias por la noche, otros no. Conforme va disminuyendo la inflamación hay que complementar la

compresión con accesorios (espuma, vendas, rellenos) para evitar que las medias queden “flojas”. Cuando ya ha bajado toda la inflamación se toman medidas para unas medias nuevas, personalizadas tanto en tipo de tejido como en tipo de compresión. Si la cirugía ha sido en los brazos las medidas son las mismas.

Sobre el DLM también hay discrepancias, ya que en algunos casos se da la primera sesión a las 48 horas de la intervención y en otros después de varias semanas. En cualquier caso, la técnica ha de ser escrupulosamente medida y aplicada para evitar complicaciones en la evolución.

¿Y la piel?

Una de las dudas que surge es sobre la flacidez después de la intervención. Esto no sólo depende del volumen extraído; el tipo de colágeno en esa piel y si hay hiperlaxitud previa o no en esa paciente, la edad (¿menopausia?), son factores a tener en cuenta. Aunque no es frecuente, en ocasiones es necesaria una técnica de lifting cutáneo o cruroplastia para tensar y retirar la piel sobrante.

Se pueden hacer tratamientos como Radio Frecuencia (importante en atermia) u otros para intentar recuperar y reafirmar la piel todo lo posible, pero hay que ser conscientes del hándicap que es el tipo de piel tan hiperelástica que tienen las pacientes afectadas con lipedema. Y elijas el tratamiento que elijas, el profesional deberá saber indicaciones y contraindicaciones para el lipedema ya que hay tratamientos de estética que con el lipedema tienen un efecto de “rebote” y pueden producir algo de inflamación. Hay que ser objetivos y no crear falsas expectativas.

Complicaciones:

Lo más probable es que no haya ninguna, pero si las hay, suelen ser:

-Seromas: Es una acumulación de líquido formando bolsas debajo de la piel. Si se detectan a tiempo y con la compresión adecuada se reabsorben (fisioterapia). Si la inflamación general se ha resuelto y el seroma sigue ahí se puede extraer el líquido mediante punción.

-Fibrosis: Es una alteración en el colágeno cicatricial debajo de la piel. La piel queda más adherida y a palpación se notan nódulos que en ocasiones son dolorosos. El tratamiento con radio frecuencia o US da buen resultado. También combinando distintos tipos de densidades de espuma bajo la compresión el colágeno se va

reestructurando.

-Lesiones cutáneas. Se producen como consecuencia de un sufrimiento cutáneo por combinación de inflamación, edema local y compresión extrínseca por la media; puede progresar de una erosión superficial a una afectación más profunda llegando en casos muy infrecuentes a producirse una úlcera local o necrosis localizada por hipoxia. Su tratamiento suele implicar hacer curas específicas en esa zona aparte de los cuidados propios para el lipedema. Es imprescindible tratarlas cuanto antes para evitar su progresión.

El cuidado de la piel en la fase postoperatoria ha de ser muy escrupuloso para evitar pliegues, heridas por fricción de las medias o mangas, deshidratación etc.

7-Especialistas que pueden diagnosticar y/o tratar el lipedema.

En primer lugar:

Tu **médico/a de atención primaria**: Será quien valore tu caso y te derive al especialista más adecuado. También puede hacer tu seguimiento, será quien te dará la baja en caso de cirugía y quien renovará tus recetas en caso de tratamiento de alguna patología asociada como SOP, celiaquía, inflamación intestinal, mala absorción intestinal, etc.

Endocrino/a: puede controlar si hay enfermedades hormonales asociadas como el hipotiroidismo, etc. (el hipo e hipertiroidismo está frecuentemente unido al lipedema)

Ginecólogo/a: dado que los estrógenos tienen un importante impacto en esta patología, sería el especialista indicado para control del Síndrome de Ovario Poliquístico, anticoncepción más adecuada, embarazos, pubertad, endometriosis... La adolescencia y los cambios hormonales en esta etapa deberán tratarse teniendo en cuenta esta patología ya que el uso de anticonceptivos hormonales o DIU puede empeorar el lipedema.

Nutricionista: imprescindible para una revisión de la dieta e implementación de cambios orientados a enfermedades inflamatorias. Las dietas tienen que ser sostenibles a largo plazo al ser una patología crónica. Es muy importante que esté

especializad@ en el control de enfermedades inflamatorias y lipedema.

Cirujano/a vascular: imprescindible para realizar el diagnóstico diferencial entre lipedema y otras patologías solicitando Eco Doppler (vascular) o linfografías (linfático) y realizar el seguimiento por si hubiera una evolución hacia lipolinfedema. Es uno de los especialistas que puede recetar las medias de compresión adecuadas. En ocasiones si hay patología vascular susceptible de intervención habría que hacerla antes de la liposucción.

Rehabilitador/a: Dirige el tratamiento conservador del lipedema a nivel hospitalario. También puede recetar las medias apropiadas.

Fisioterapeuta: realiza el tratamiento conservador (DLM; vendajes de compresión, dirección de pautas de ejercicio terapéutico, preparación de la paciente para el preoperatorio y atención en el posoperatorio, educación en cuidados de la piel y de las prendas de compresión...) Debe ser un/a fisioterapeuta especializad@ en esta patología.

Ortopedas: imprescindibles en la realización de las medias y prendas de compresión a medida. Especializados en este tipo de prendas, asesoramiento en su conservación y como ponerlas y cuidados de la piel. Dependiendo del grado y forma de las piernas y/o brazos, las prendas realizadas a medida son totalmente personalizadas tanto en grado de compresión como en tipo de tejido y confección.

Cirujano/a especializado en lipedema: será el que lleve a cabo la valoración de la paciente para cirugía, realice la misma y pauté los cuidados pre y postoperatorios. Es imprescindible que esté especializad@ en el tratamiento de esta patología para mayor seguridad de la paciente y evitar complicaciones a posteriori.

Debe tener titulación quirúrgica vía MIR en España o título homologado. A nivel europeo los cirujanos que más tratan esta enfermedad son cirujanos generales, cirujanos plásticos o cirujanos vasculares, pero no solo con esta titulación es suficiente, es necesario comprobar que el equipo quirúrgico tiene una probada trayectoria en el tratamiento del lipedema.

Es importante saber que no es lo mismo un médico estético que un cirujano titulado vía MIR, un licenciado en medicina en ocasiones se autodenomina cirujano estético o cosmético sin tener titulación oficial. En caso de que decidas operarte es muy importante que conozcas dónde se ha formado el médico que has elegido, donde se ha especializado, etc.

Enfermería: importante en el seguimiento postoperatorio, retirada de puntos y

cura de heridas o úlceras postquirúrgicas si las hubiera.

Entrenador/a personal: si la paciente no sabe cómo empezar a realizar actividad física ni cuál es la más apropiada será interesante un acompañamiento en este sentido al menos durante los primeros meses. También se puede revisar esta rutina después de la intervención.

Psicólogo/a: debido a los problemas psicológicos asociados en la mayoría de las pacientes (ansiedad, depresión, baja autoestima, frustración...) no estaría de más una valoración y propuesta de terapia en este sentido también.

Como ves, son muchos los profesionales que pueden ayudarte y es muy interesante el trabajo en conjunto entre todos los especialistas que pueden diagnosticar y tratar el lipedema unido al compromiso de las pacientes en su cuidado y mantenimiento de su salud.

8- ¿Qué pruebas se pueden hacer para un diagnóstico más certero?

Como ya hemos dicho, no existe una prueba que si da positivo nos indique que hay lipedema. Hay pruebas complementarias que, en caso de duda, los especialistas pueden pedir las para descartar otras patologías que pueden estar asociadas como el linfedema y la obesidad así como el edema de miembros inferiores.8.1 Solicitada por el médico de familia:

8.1 Solicitadas por el médico de familia:

-Una analítica completa, con la que el médico valorara datos que pueden estar influyendo en la patología, como función tiroidea, perfil lipídico, anemia, glucemia etc.... Si se contempla cirugía es necesario que la analítica contenga parámetros de coagulación (INR, TP, TTPA).

8.2 Solicitadas por el cirujano vascular o angiólogo:

-Eco-Doppler Color: En ella se puede observar tanto la anatomía del sistema vascular como su funcionamiento, si existe o no algún trombo o alguna estructura

que lo pueda estar comprimiendo. En el caso del lipedema sirve sobre todo para descartar una patología venosa que pudiera estar conviviendo con el lipedema y causando un edema por su cuenta.

-Linfogammagrafía: A realizar si en la anamnesis o exploración física hay dudas con la existencia de un linfedema. Permite la observación del sistema linfático más profundo gracias a un contraste que se inyecta debajo de la piel entre los dedos de la extremidad afectada. Dependiendo del tipo de contraste, este va ascendiendo más o menos rápido hacia vías mayores y se puede estudiar tanto la velocidad y ritmo de absorción del sistema linfático como si hay alguna alteración en su anatomía.

Por si sola no sirve tampoco para diagnosticar el lipedema, si sirve para descartar un linfedema asociado o si se quiere hacer un estudio linfático previo a la intervención quirúrgica del lipedema si existen dudas.

-Linfografía con verde de indocianina: para el estudio del sistema linfático superficial, no estaría indicada para el estudio del lipedema.

-Elastografía: Mediante ultrasonidos que hacen vibrar al tejido se pueden apreciar diferencias entre el grado de rigidez de un tipo de tejido u otro. Algunos cirujanos la emplean para confirmar la diferencia entre la rigidez del tejido lipedematoso y otro que no lo es. Es necesario contar con equipos con una alta sensibilidad y gran experiencia por parte del examinador.

8.3 Solicitadas por Rehabilitación:

Otros tipos de ecografías, TC, RM etc. en general servirían para diferenciar entre líquido subdérmico (linfedema) y grasa lipedematosa, pero son pruebas caras, algunas invasivas y son necesarios equipos muy específicos que en ocasiones no se encuentran en los centros de radio diagnóstico.

Eso en cuanto al diagnóstico, ya ves que no es sencillo... En cuanto al control y seguimiento se puede emplear:

8.4 En fisioterapia:

--Circometría: es la medida de la circunferencia de un miembro (brazo, pierna o incluso también tronco si es necesario) con un metro flexible “de costurera” cada

x centímetros. Es una forma muy extendida y validada para reflejar la evolución del linfedema y los fisioterapeutas especializados tienen sus propias referencias anatómicas y deciden, según la morfología del paciente y los cambios más significativos que quieren registrar, dónde toman cada medida. Es imprescindible hacer las marcas siempre en los mismos sitios, anotar cualquier referencia que pueda ayudar a reproducirlas y ser muy escrupulosos con la tensión del metro, así como tener en cuenta si medimos encima, debajo o sobre la marca y hacerlo siempre igual. En el caso del lipedema también nos puede servir para llevar un control sobre su evolución, sobre todo al comienzo del tratamiento conservador (si el lipedema cursa con edema más todavía) y antes y después de la cirugía. Sirve de ayuda hacer una foto con las marcas el día que se toman las medidas.

-Volumetría: la extremidad se introduce en un recipiente con agua y se mide el volumen de agua que se “derrama” al introducir el brazo o la pierna. Apenas se usa.

También se puede hacer un registro ecográfico de los cambios de grosor y volumen (piel, tejido subdérmico etc.)

8.5 Nutricionista:

- Bioimpedancia, mide la cantidad de agua corporal, grasa, grasa visceral y musculatura.

9. Conclusiones.

Existen varias teorías sobre el origen o causas del lipedema, ninguna de ellas probada todavía. Tampoco hay consenso para un diagnóstico claro, no hay protocolos unificados ni de qué especialidad es competencia tanto el diagnóstico como el tratamiento (en realidad debería ser multidisciplinar, esto es: la colaboración y comunicación entre varios profesionales de distintas especialidades).

Esto, unido a una gran dificultad a la hora de detectar y cuantificar los casos reales y reflejarlos en estudios, da lugar a la situación actual: el lipedema es todavía un gran desconocido y está infradiagnosticado.

Con lo cual se puede suponer que hay muchas mujeres sin el tratamiento ni los autocuidados adecuados por falta de diagnóstico.

Es imprescindible un diagnóstico diferencial:

SÍNTOMAS	LIPEDEMA	OBESIDAD	CELULITIS	LINFEDEMA	FLEVO-LINFEDEMA
Causas	Varios factores	Varios factores	Varios factores	Primario o secundario	Insuficiencia venosa distal
Sexo	Mujer	Ambos	Mujer	Ambos	Ambos
Antecedentes	Si		No	Algunos j ^o	No
Simetría	Si (Bilateral)	Si (General)	Si (Bilateral)	No	No
				Variable	
Dolor	Si	No	Variable	No	Si
Dieta	No (Depende)	Si	No	Depende	No
Stemmer	Negativo	Negativo	Negativo	Positivo	Negativo
Edad comienzo	Cambios hormonales	Variable	Cambios hormonales	Variable	variable
Piel	Lisa o con grandes nódulos	Normal	Piel de naranja, variable	Variable, depende del grado	Oscura, engrosada
Proporción corporal	Desproporción	Variable	Desproporción	No	No
Prueba diagnóstica	No hay	IMC y otras	No hay	Linfografía Linfogamma-grafía	EcoDoppler
Fragilidad capilar	Si	No	No	No	No

Clasificación de diferentes patologías según sus signos y síntomas.

Que las clasificaciones que hay hasta ahora se basan en el aspecto del lipedema y su piel, no refleja la gravedad de otros síntomas asociados.

Que el sistema linfático esté afectado o no, no depende del grado o estadio del lipedema.

Es importante que las pacientes con lipedema incorporen y mantengan una adecuada actividad física en su día a día, ya que la obesidad y la insuficiencia venosa o linfática que puede causar una falta de movilidad, hacen que el lipedema empeore rápidamente. Las mujeres que mantienen esta actividad física habitualmente consiguen reducir los síntomas asociados al mismo.

Que es una enfermedad inflamatoria y es imprescindible que las pautas de control y autocuidado previas a la intervención se mantengan de por vida.

El tratamiento quirúrgico debe realizarse por un cirujano especializado ya que la técnica que se aconseja, tipo de cánulas y mapeo en la extracción es específico para lipedema. Otros tipos de liposucción deberían descartarse. También debe tener

la suficiente formación para tratar el pre y el posoperatorio. Se puede iniciar el tratamiento conservador y si no hay resultados valorar la cirugía o valorar la cirugía directamente en especial en grados intermedio-avanzados muy sintomáticos.

Y, por último, no olvidar que el lipedema no son sólo unas “piernas gorditas”. El tratamiento del lipedema debe ser global ya que seguramente hay alguna patología inflamatoria asociada que hay que encontrar y tratar. Si no, podemos haber conseguido unas piernas con más armonía en comparación con el resto del cuerpo, pero nuestro organismo puede seguir con cierto grado de inflamación que habría que resolver.

Conocerte, cuidarte, cambiar tus hábitos de vida pensando en largo plazo es la mejor manera de equilibrar tu salud y sentirte bien por dentro y por fuera.

Sé tu prioridad.

BIBLIOGRAFÍA

Coppel P, Cunnen J, Fetzer S, Gordon k, Hardy D, Jones K, et al. Best practice guidelines: the management of lipoedema [Internet]. London: Wounds UK ; 2017. Disponible en: <http://www.wounds-uk.com/best-practice-statements/best-practice-guidelines-the-management-of-lipoedema>

Dutch Society for Dermatology and Venerology. Lipoedema guidelines in Netherlands, 2014 [Internet]. Utrecht: NVDV; 2014. Disponible en: <https://diseasetheycallfat.tv/wp-content/uploads/2015/08/Dutch-lipoedema-guideline-2014.pdf>

Forner-Cordero I, Tortosa Soriano G, Alabajos Cea A, Ponce Garrido A.B., Muñoz Langa J, Effect of Compression Alone of Combined with exercise in Patients with Lipoedema. A pilot study. Eur. J. Lymph., 2016; 28(74):70

Compression Garments, friend or foe? Presentation at Lipoedema UK Conference & AGM, Reading, UK, 26 June 2015.

Lontok E, Briggs L, Donlan M, Kim Y, Mosley E, Riley EAU, et al. Lipoedema: a giving smarter guide. Milken Institute, 2017; Santa Monica (CA), USA

Todd M. Diagnosis and management of lipoedema in the community. Br J Community Nurs. 2016; 21(Suppl 10): S6-S12

NOTAS

NOTAS



Asociación de Personas con Linfedema, Lipedema
y otras patologías linfáticas en Aragón



C/Honorio García Condoy, N°12 Interior local
CP: 50007 ZARAGOZA



976 379 024 (ext 6)



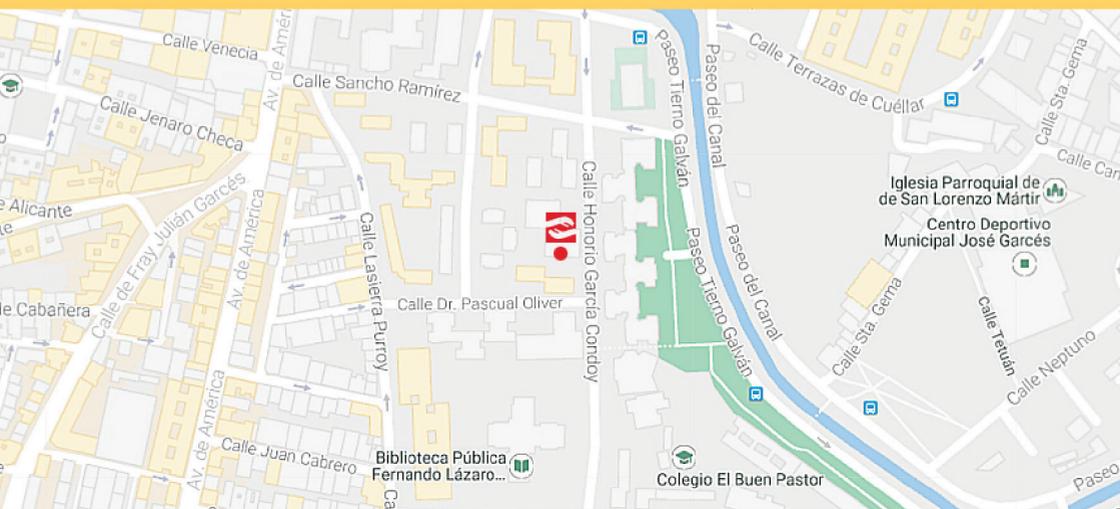
650 835 345



adpla@adplaragon.org



www.adplaragon.org



Programa de interés social financiado
con cargo a la asignación tributaria del IRPF

