

El Lipedema: criterios clínicos y diagnósticos*

S. Bilancini, M. Lucchi y S. Tucci

Centro Studi Malattie Vascolari «J. F. Merlen».
Frosinone (Italia)

RESUMEN

El Lipedema es una patología frecuente en la práctica clínica habitual. En la literatura no existe una descripción orgánica de todos los signos y síntomas de esta afección. Los autores han examinado 50 pacientes de sexo femenino afectadas resaltando la incidencia porcentual de signos y síntomas, apareciendo constantes el edema elástico tipo «columna egipcia», signo de Stemmer negativo, apoyo plantar alterado, hipotermia cutánea, y a menudo, equimosis, algias espontáneas, lipoesclerosis del muslo, hiperalgia hipodérmica y dolorimiento de la cara interna de la rodilla.

Asimismo, se señalan los diagnósticos diferenciales más importantes y las características clínicas de sus dos variantes: el lipedema mixto y el lipedema de las mujeres delgadas.

SUMMARY

Lipedema is a common disease in the usual clinical practice. None organic description about the clinical symptoms and signs asociated to this condition has been published. Fifty women with lipedema have been examined by the authors, and incidence rates of symptoms and signs have been emphasized. The following signs and symptoms were constantly reported: «Egyptian column», elastic edema, negative Stemmer's sign, altered plantar support, cutaneous hypothermia. Some others were frequently found: ecchymosis, spontaneous pain, liposclerosis on the thigh, hypodermic hyperalgia and pain on the internal face of the knee.

Moreover, the two most relevant differential diagnosis as well as their two variant's clinical features (mixed lipedema and «thin women» lipedema) have been described.

Introducción

El Lipedema fue descrito por vez primera por **Allen y Hynes**, en

1940, como un «acúmulo de grasa en la pierna, asociado a un edema ortostático».

Cerca de 15 años después, **Martorell** (8) ponía de manifiesto una variante clínica de evolución grave, caracterizada por la presencia de úl-

ceras en la cara posterior de la pierna asociadas a Eritrocianosis supramaleolar, a lo que denominó «Lipedema Eritrocianoide».

Fairbairn (6), en el «Peripheral Vascular Diseases», Organo Oficial de la Angiología norteamericana, efectúa una breve descripción clínica puntualizando su bilateralidad y simetría y afirmando que es indoloro, respeta casi siempre el pie, siendo a menudo familiar, sin complicarse de linfangitis y no deja fovea.

De parecer distinto es **Martorell**, quien afirma que el lipedema interresa de modo constante el dorso del pie (8).

También **Merlen** (9) interviene en la discusión, diciendo que el Lipedema puede ser doloroso de modo espontáneo, con un dolor de tipo tensivo, asociado a sensaciones de pellizco o pinchazos. Además, describe el típico aspecto del miembro, definiéndolo como de «columna egipcia» por el clásico aumento de volumen del tejido supra e inframaleolar con volumen normal de la unión tobillo-pie. **Merlen** insiste en la hipotermia de la piel con «saltos locales» de temperatura.

Los tres autores están de acuerdo sobre el hecho de que la afección es exclusiva del sexo femenino (6, 8, 9).

Bajo el plano histológico se debe a **Curri y Merlen** (4, 5, 10) todo cuanto sabemos sobre el Lipedema. Existen dos formas histológicas de Lipedema:

1) El Lipedema «sensu strictiori», en el que existe sólo un edema tra-

* Traducido del original en italiano por la Redacción.

sudado del tejido adiposo, con aspecto espumoso, e inundación intersticial por permeabilidad capilar alterada. Los adipocitos se rompen liberando el propio contenido lipídico, rico en triglicéridos, que se emulsiona con el trasudado.

2) El Lipedema asociado a Lipoesclerosis, en el cual el edema es geloide por ser rico en prótidos. Existen, entonces, las características alteraciones histológicas de la Lipoesclerosis con estasis de los capilares, incluso microaneurismas, esclerosis de las arteriolas, estasis y fibrosis de las vénulas postcapilares y colectoras, con fenómenos de estasis, y profunda alteración de los dispositivos endarteriales de bloqueo, con pérdida de la función reguladora del flujo sanguíneo. Se consigue un «flujo de lujo» que, junto a la permeabilidad aumentada vénulo-capilar y a la estasis, es —para **Curri** (4)— la base de la hiperplasia e hipertrofia de los adipocitos, mediada según **Merlen** (9, 10) por alteraciones enzimáticas del tejido adiposo.

Curri (4) insiste sobre un dato importante: El Lipedema puro es prácticamente mudo bajo el plano clínico. Lo que en la práctica vemos es el Lipedema asociado a Lipoesclerosis, lo que **Allegra** suele llamar «Lipedema celulítico» (1).

De esta breve descripción cabe notar que mientras a nivel histopatológico subsiste una descripción clara, aunque limitada a pocos autores, en el plano clínico falta del todo, pues no hemos hallado en la literatura una descripción orgánica de los síntomas y de los signos objetivos de esta patología que es frecuente y se pone frente al diagnóstico diferencial con numerosos cuadros clínicos, diagnóstico que no es fácil sin precisos criterios de referencia.

A tal fin hemos examinado un grupo de 50 pacientes afectas de Lipedema para intentar determinar los signos y síntomas comunes que

pueden facilitar el diagnóstico clínico del Lipedema.

Material y métodos

La edad media de las 50 pacientes era de 35,6 años. Presentaban un cuadro clínico correspondiente a lo descrito por **Allen** y su escuela: «Acúmulo de grasa en la pierna con edema ortostático». Todos los casos eran bilaterales.

Hemos valorado la presencia de 3 síntomas subjetivos (dolores fibromiálgicos, simpatalgia y el dato anamnésico de una fácil aparición de equimosis) y 8 signos subjetivos (edema elástico respetando la región maleolar, signo de Stemmer (13), hipotermia, alterado apoyo plantar, hiperalgesia a la palpación profunda, dolorimiento de la cara interna de la rodilla, concomitancia de lipoesclerosis del muslo y adiposidad sectorial).

De todos los síntomas y signos se ha calculado la incidencia porcentual.

Resultados

En las pacientes examinadas hemos hallado (Tabla I) los siguientes

síntomas y signos considerados en tanto por ciento:

A) Síntomas subjetivos:

- 1) Dolores fibromiálgicos: 44%. Las pacientes referían un dolor tensivo, sordo, profundo a nivel de las pantorrillas con molestias correspondientes a los ligamentos internos de la rodilla.
- 2) Simpatalgias: 28%. Sensaciones de pellizco o punzantes a nivel de la pierna. El 24% presentaba tales síntomas asociados.
- 3) Facilidad a las equimosis: 72%. Se presentaban a nivel de los miembros inferiores, en ocasión de traumas de poca intensidad sin trauma aparente.

B) Signos objetivos:

- 1) Edema elástico: 100%. Siempre bilateral y simétrico, respetando la región maleolar. A veces modesto, aunque podía alcanzar notable volumen, tal como para dar a la pierna el aspecto de «columna ergip-

Tabla I

Porcentaje de los síntomas y signos hallados en 50 pacientes, todas del sexo femenino, con acúmulo de grasa en las piernas y edema ortostático

<i>Síntomas:</i>	1. Fibromiálgias	44 %
	2. Simpatalgias	28 %
	3. Facilidad a las equimosis (anamnesis)	72 %
<i>Signos:</i>	1. Edema elástico simétrico	100 %
	2. Signo de Stemmer negativo	100 %
	3. Hipotermia cutánea	94 %
	4. Apoyo plantar alterado	96 %
	5. Lipoesclerosis del muslo	68 %
	6. Hiperalgesia a la palpación profunda	62 %
	7. Dolorimiento en la cara interna de la rodilla	66 %
	8. Adiposidad sectorial	34 %

Tabla II

Lipedema: Diagnóstico diferencial

<p>cia». Apenas se modificaba por el ortostatismo. Color de la piel, normal; si bien a veces mostraba cierto tinte cianótico en los folículos pilíferos. La consistencia era elástica y, en casos graves, era posible palpar una granulación de dimensiones variables de granos de arroz a almendras.</p>	<p>1 <i>Linfedema</i>. Edema más tenso y asimétrico. Fóvea en estados precoces. Ausencia de bailoteo y de gránulos. Signo de Stemmer positivo. Aumenta en ortostatismo.</p>
<p>2) Signo de Stemmer (imposibilidad de pinzar la piel del 2º dedo del pie en ortostatismo): negativo en el 100% de los casos. Ello excluye la fibrosis cutánea linfedematosa a nivel del pie. Este aparecía, no obstante, infiltrado de grasa en la parte dorsal en cantidad variable.</p>	<p>2 <i>Flebedema</i>. Edema más blando y caliente. Fóvea. Ausencia de bailoteo y gránulos. Aumenta en ortostatismo, desaparece en clinostatismo. Signos de estasis venosa crónica.</p>
<p>3) Hipotermia: 94%. Afectaba sólo al pie en el 21,2% y al pie y pierna en el 78,8%.</p>	<p>3. <i>Edema cíclico idiopático</i>: Se extiende a la raíz de los miembros, pelvis y abdomen. Variaciones periódicas y/o ligadas al ortostatismo. Contracción diuresis.</p>
<p>4) Apoyo plantar alterado: 96%. Se observaba pie cavo o pie plano.</p>	<p>6. <i>Adiposidad sectorial</i>: Signo de Barraquer-Simón. Esteatomía. Signo de Vilain.</p>
<p>5) Lipoesclerosis: 68%. El 38,2% en el Iº estadio; el 32,4% en el IIº estadio; y el 29,4% en el IIIº estadio (2, 12). Se localizaba en cara externa y/o interna del muslo.</p>	<p>5. <i>Adipocianosis difusa</i>: Cianosis extendida a todo el miembro.</p>
<p>6) Hiperalgia a la palpación profunda: 62%. La palpación de los miembros lipedematosos revelaba dolor hipodérmico a veces muy vivo.</p>	<p>6. <i>Eritrocianosis supramaleolar «Rusticanus»</i>. Coloración eritrocianótica. Falta el aspecto de «columna egipcia».</p>
<p>7) Dolorimiento cara interna de la rodilla: 66%. Dolor localizado en el punto de inserción del ligamento colateral interno, que podría estar ligado tanto a la presencia del tejido lipoesclerótico como a la tracción sobre estructuras ligamentosas determinada por el alterado apoyo plantar.</p>	<p>Comentario</p>
<p>8) Adiposidad sectorial: 34%. Presente bajo la forma de Esteatomía y Síndrome de Vilain (3, 12).</p>	<p>Hemos subdividido los síntomas y los signos en: Constantes (más del 90%), frecuentes (50-90%), esporádicos (inferiores al 50%). Respecto a los síntomas tenemos: frecuente la «fácil aparición de equimosis» (72%); esporádicas las «Fibromialgias» (44%) y las «Simpatalgias» (28%). Pero, considerando los dos últimos síntomas bajo el nombre de Algias Espontáneas, teniendo en cuenta que el 24% las referían asociadas, obtenemos un tanto por ciento igual al 48%. Cabe considerarlos pues como frecuentes. Por tanto, podemos afirmar que en el lipedema son frecuentes las equimosis fáciles y las Algias espontáneas, cosa observada ya por Fairbairn (6) el primero y por Merlen (9) después. En cuanto a los signos objetivos podemos afirmar que el Edema elástico con su característica distribución</p>

(100%), lo negativo del «Signo de Stemmer» (100%), el «Apoyo plantar alterado» (96%) y la «Hipotermia de la piel» (94%), son constantes. La coexistencia de Lipoesclerosis del muslo (68%), la hiperalgia a la palpación profunda (62%) y el Dolorimiento de la cara interna de la rodilla (66%) es frecuente; en tanto que la Asociación con Adiposidad sectorial (34%) no lo es. El Apoyo plantar alterado, así como el Dolorimiento de la cara interna de la rodilla pueden relacionarse con lo afirmado por **Merlen** (9), que consideraba el Lipedema como una mesenquimopatía que interesa a la vez a las estructuras aponeuróticas y subaponeuróticas.

Conclusiones

A la luz de cuanto nos ha sido dado observar en las pacientes que hemos estudiado, podemos decir que

el Lipedema está caracterizado por un edema elástico bilateral que respeta la zona maleolar, con Signo de Stemmer negativo, hipotermia cutánea y alteración del apoyo plantar. Aparece en la mujer en edad fértil y se acompaña a menudo con fácil aparición de equimosis, algias espontáneas, lipoesclerosis del muslo y, por último, dolor a la palpación profunda del miembro lipedematoso, en la cara interna de la rodilla, con cierta frecuencia.

Queriendo efectuar una esquematización, según los autores anglosajones, podemos decir que los «criterios importantes» para el diagnóstico del Lipedema son: 1) Edema elástico, respetando la zona maleolar; 2) Signo de Stemmer negativo; 3) Hipotermia cutánea; 4) Apoyo plantar alterado; 5) Bilateralidad.

Creemos que es útil añadir algunas palabras sobre el Diagnóstico diferencial (Tabla II).

I. **Linfedema:** El edema puede ser tenso, a menudo asimétrico. A veces cabe producirse fovea en los estados precoces. Si se producen pequeños golpes tangenciales al plano cutáneo, el edema no sufre bailoteo como sucede en ocasiones en el lipedema. No se aprecian granulaciones a la palpación. El signo de Stemmer es positivo. Hay un claro aumento del edema en ortostatismo, en contraste con la mínima variación del volumen del lipedema en iguales circunstancias (2, 6, 7, 8, 9, 12, 13).

II. **Flebedema:** Sufre fovea, es evidentemente más blando y en general caliente. No presenta bailoteo ni granulaciones. Aumenta con el ortostatismo y disminuye con el clinostatismo. En general suelen existir varices, pigmentación, hipodermis u otros signos de estasis venosa crónica (2, 6, 7, 8, 9, 12, 13).

III. **Edema cíclico idiopático:** Interesa también la raíz de los miembros, la pelvis y el abdomen; sufre variaciones bruscas periódicas o en

relación con el ortostatismo. Se acompaña de contracción de la diuresis (2, 3, 12).

IV. **Adiposidad sectorial:** En el Síndrome de Barraquer-Simon el acúmulo de grasa interesa la mitad inferior del abdomen, los glúteos y los miembros inferiores con distribución en «calzón de caballero» (jinete), por lo que no existe el clásico aspecto de la pierna lipedemotosa. Por otra parte, existe una atrofia de la grasa subcutánea en la mitad superior del tronco y en la cara. La Esteatomería es similar al cuadro precedente, pero está ausente la atrofia del panículo adiposo de la parte superior del cuerpo. En el Síndrome de Vilain hay un acúmulo de grasa casi exclusivamente en la cara interna del muslo, en su tercio medio inferior, y en la rodilla (3, 12).

V. **Adipocianosis difusa:** Se caracteriza por una intensa cianosis que interesa todo el miembro, del pie a la raíz del muslo, lo que hace fácil el diagnóstico de esta forma clínica (11).

VI. **Eritrocianosis supramaleolar, tipo «Rusticanus»:** Falta el característico aspecto de «columna egipcia», porque el acúmulo adiposo se difumina gradualmente de la pantorrilla al tobillo y, además, presenta la característica coloración eritrocianótica de la piel (11).

En el ámbito del Lipedema hemos podido individualizar dos formas clínicas particulares de las cuales apuntamos brevemente las características semeiológicas (Tabla III).

Tabla III

Lipedema: Variaciones clínicas

— Lipedema puro	
— Lipedema mixto	Lipo-Linfedema (Lipedema más Linfedema) Lipo-Flebedema (Lipedema más Flebedema)
— Lipedema de las mujeres delgadas	

1) El Lipedema mixto presenta la asociación Lipedema-Linfedema, el signo de Stemmer resulta positivo y la infiltración del dorso del pie es tensa y aparecerá presente su clásico saliente en relación a los dedos.

Si, por contra, se asocian Lipedema y Flebedema, el Signo de la fovea es positivo y el edema del tobillo puede hacer desaparecer el aspecto de «columna egipcia». Hay evidencia de varices u otros signos de compromiso troncular venoso.

En ambos casos se evidencian variaciones de volumen de los miembros según la posición.

2) Lipedema de las mujeres delgadas: En este caso la pierna asume un aspecto característico, pues la delgadez de la rodilla ofrece un contraste con la hipertrofia del subcutáneo del tercio medio inferior de la pierna, dándole a ésta un aspecto de «columna griega».

En conclusión, podemos afirmar que el Lipedema es una patología que se presta a numerosos diagnósticos diferenciales y que presenta, dada su benignidad, un indudable interés clínico para el Angiólogo.

BIBLIOGRAFIA

- 1 ALLEGRA, C. «Le Acrosindromi Vascolari», 13° Congresso Naz. Soc. Ital. Microangiología e Microcircolazione Roma 10-13, sett. 1987.
- 2 BATTINO, A. BATTINO, J., HUBER, CH. La Grosse Jambe dit Ce-

- Ilulitique «Journ. Mal Vasc.» 9 (Suppl. A) 55-60 1984
- 3 BILANCINI S., LUCCHI M. Proposition de classification des Grosses Jambes «Phléb» 42 1 151-156 1989
- 4 CURRI S. B. Linfedema. Lipoedema e Liposclerosi una questione nosológica. «La Medicina Estética», 8, 1 9-33. 1984
5. CURRI S. B., MERLEN J. F., Troubles Microvasculaires du tissu adipeux «Journ. Mal Vasc.», 11 3, 303-309 1986.
6. JOURGENS, J. L. SPITTEL, J. A., FAIRBAIRN, J. F. «Peripheral vascular diseases», W. B. Saunders Company ed. Filadelfia 1980
- 7 MARTORELL A. «Orientación para el Diagnóstico de las Enfermedades Vasculares Periféricas», Salvat Ed. Barcelona. 1976.
- 8 MARTORELL, F. «Angiología» Pem Ed. Roma, 1970.
- 9 MERLEN, J.F. La part de la cellulite dans les douleurs vasculaires. «Angéiologie», 18 3 21-24, 1966.
- 10 MERLEN J.F., CURRI S.B. Rapports vasculo-tessutali in RIBUFFO A. BARTOLETTI C.A. «La cellulite» Salus int. Ed. Roma.
- 11 MERLEN, J.F. Les Acrosindomes vasculaires In: CAILLE J.P. «Phlébologie en Pratique Quotidienne» Exp. Scient. Franc. Ed. Paris 1982.
- 12 SIMON L. CLUZAN R. «Les Grosses Jambes», Masson Ed. Paris 1983.
- 13 STEMMER, R., Les Grosses Jambes In CAILLE J.P. «Phlébologie en Pratique Quotidienne», Exp. Scient. Franc. Paris 1982.