

# Lipedema associado a obesidade, linfedema e insuficiência venosa: relato de um caso

Alexandre Campos Moraes Amato<sup>I</sup>, David Vofchuk Markus<sup>II</sup>, Ricardo Virgínio dos Santos<sup>III</sup>

Universidade de Santo Amaro (UNISA)

## RESUMO

**Contexto:** O lipedema, apesar de prevalente, é uma condição mórbida subdiagnosticada. **Descrição do caso:** O presente artigo apresenta o caso de uma paciente de 80 anos com diversas comorbidades que possui episódios álgicos e pruriginosos constantes em membros inferiores, além de alterações dérmicas, associadas a dificuldade de deambulação e flexão de pernas, bem como presença constante de hematomas, equimoses e sensação de peso constante em membros inferiores. **Discussão:** O lipedema é geralmente confundido com seus principais diagnósticos diferenciais, como, por exemplo, o linfedema e a obesidade. **Conclusões:** Torna-se, portanto, essencial o conhecimento fisiopatológico e clínico da doença, a fim de que seja feito um diagnóstico preciso e, deste modo, instalada uma terapêutica adequada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Lipedema, diagnóstico diferencial, doenças vasculares, Linfedema, Obesidade, Insuficiência Venosa, epidemiologia

## INTRODUÇÃO

O lipedema é uma condição hereditária, crônica e progressiva que se caracteriza pelo acúmulo anormal de gordura em região subcutânea, principalmente em membros inferiores, possuindo, segundo Fife e colaboradores, taxa de prevalência de 11% na população feminina.<sup>1,2</sup> Trata-se de patologia frequentemente subdiagnosticada em detrimento de outros estados mórbidos, tal como o linfedema e a obesidade.<sup>1,3</sup> O linfedema se caracteriza pelo acúmulo intersticial de líquido rico em proteínas, podendo possuir etiologia primária

ou secundária.<sup>4</sup> Já a obesidade é definida, em adultos, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como um índice de massa corpórea (IMC) maior do que 30 kg/m.<sup>2,5</sup> A associação de tais comorbidades dificulta o diagnóstico clínico, devido aos quadros se apresentarem muitas vezes semelhantes.<sup>6,7</sup> O diagnóstico do lipedema pode ser desafiador, principalmente em fases muito precoces ou mais avançadas, como é o caso do estágio IV da doença, em que ocorre o denominado estado de lipolinfedema.<sup>7,8</sup> Desse modo, esclarecemos dúvidas em relação ao quadro clínico do lipedema e como distingui-lo de seus principais diagnósticos diferenciais.<sup>9</sup>

<sup>I</sup>Professor, Disciplina de Cirurgia Vascular, Universidade de Santo Amaro (UNISA), São Paulo. Cirurgião vascular, endovascular e ecografista, Departamento de Cirurgia Vascular, Amato - Instituto de Medicina Avançada, São Paulo.

<sup>II</sup>Aluno de graduação, Disciplina de Cirurgia Vascular, Universidade de Santo Amaro (UNISA), São Paulo.

<sup>III</sup>Professor, Disciplina de Cirurgia Vascular, Universidade de Santo Amaro (UNISA), São Paulo.

Endereço para correspondência:

Alexandre Amato

Amato – Instituto de Medicina Avançada

Av. Brasil, 2.283 — Jardim América — São Paulo (SP) — CEP 01431-001

Tel. (11) 5053-2222 — E-mail: alexandre@amato.com.br

Fonte de fomento: nenhuma. Conflito de interesse: nenhum.

Entrada: 18 de setembro de 2019. Última modificação: 21 de novembro de 2019. Aceite: 25 de novembro de 2019.

## DESCRIÇÃO DO CASO

Este relato foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética Institucional em julho de 2019, sob o parecer de protocolo 20190701.

Paciente do sexo feminino, de 80 anos de idade, com queixa constante de dor em membros inferiores, edema, intensa dificuldade de deambulação e de flexão da perna, assim como sensação de peso em membros inferiores (**Figura 1**). Relatou possuir pernas inquietas e referia extrema sensibilidade ao toque e à pressão nas áreas afetadas, assim como aparecimento muito frequente de hematomas e equimoses em membros inferiores. Referiu episódios esporádicos de câibras nas pernas, além de intensa sensação de peso, cansaço e inchaço. Relatou, também, forte sensação de prurido, bem como moderada sensação de pressão e calor nos membros inferiores. Alegou ter sido diagnosticada com linfedema, hipertensão e varizes no passado.

Após a última gestação, relatou ganho de peso, além de ter realizado tratamento para mais de 20 eventos de erisipela, tendo o último episódio ocorrido há mais de dois anos. Ao exame físico, observou-se distribuição preferencial de



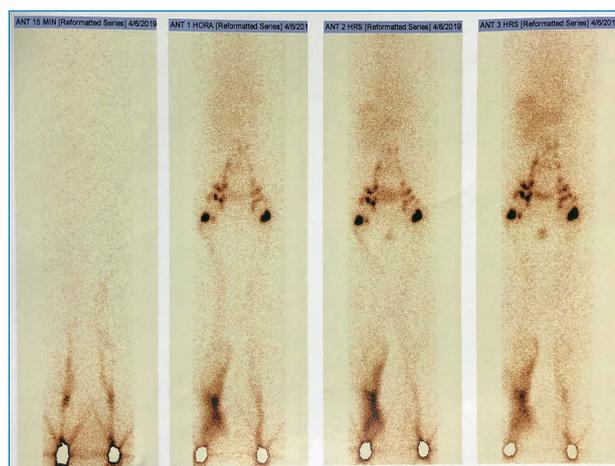
**Figura 1.** Paciente de 80 anos com lipolinfedema em membros inferiores, com lesões tróficas de ambas pernas. Podem ser observados sinais clínicos como a lipodermatoesclerose, ulcerações, hiperpigmentação cutânea, pernas em aspecto de "garrafa de champagne invertida", tornozelos em manguito, além de eczema e acometimento simétrico.<sup>10</sup>

gordura em membros inferiores, dolorosa à palpação, linfedema, úlceras na perna, dermatite ocre e lipodermatoesclerose. A paciente relatou que tais condições afetam de modo profundo a sua qualidade de vida, demonstrando insatisfação não somente com as limitações físicas que o quadro lhe impõe, mas também com a aparência de suas pernas.

Atualmente, faz uso de ácido acetilsalicílico, atenolol, clortalidona, levotiroxina, anlodipino, cloridrato de duloxetine e diosmina para o tratamento de varizes em membros inferiores. A paciente realizou exames de densitometria óssea de coluna lombar, fêmur direito e antebraço esquerdo que se apresentaram normais. A paciente realizou exame de linfocintilografia de membros inferiores (**Figura 2**) que demonstrou vias linfáticas pérvias em lado esquerdo e vias linfáticas superficiais parcialmente obstruídas em lado direito, com acentuado refluxo dérmico, sem detrimento do tempo de drenagem. Ao exame de ecodoppler colorido venoso de membros inferiores (**Figura 3**), o lado esquerdo apresentou veia safena magna com insuficiência proximal e com junção safenofemoral incompetente, além da presença de veias varicosas e ausência de veias perforantes. O lado direito apresentou veias varicosas e refluxo segmentar em safena magna. Demais estruturas estavam preservadas.

## DISCUSSÃO

O lipedema não possui etiologia esclarecida. Entretanto, assume-se que fatores genéticos sejam soberanos na manifestação da doença, devido a sua grande ocorrência em diferentes gerações



**Figura 2.** Linfocintilografia evidenciando vias linfáticas superficiais parcialmente obstruídas no membro inferior direito, entretanto sem detrimento do tempo de drenagem. As vias linfáticas de membro inferior esquerdo demonstraram-se pérvias. A linfocintilografia é o exame padrão ouro para a avaliação do sistema linfático, sendo o único teste que pode, de maneira clara, indicar a sua função.<sup>11</sup>

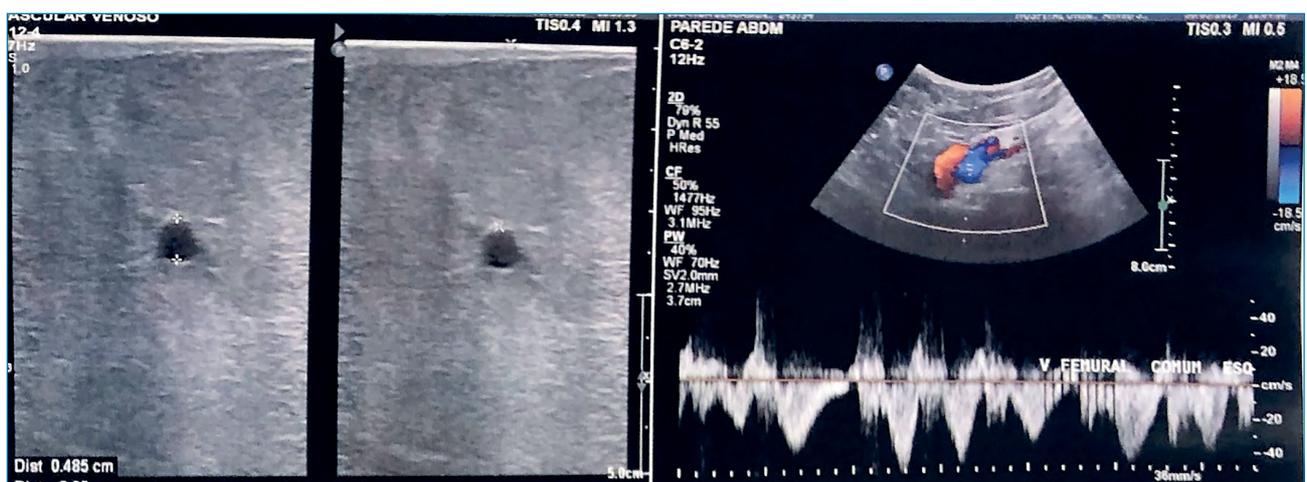
de uma mesma família.<sup>8</sup> A filha da paciente em questão apresenta a mesma distribuição de gordura preferencial em membros inferiores e sintomas dolorosos, porém em intensidade menor.

Frequentemente ocorre confusão no diagnóstico do lipedema, mesmo quando isolado. Quando associado a outras comorbidades, essa confusão se acentua. Em parte, isso ocorre devido à falta de familiaridade dos médicos com a doença e, em parte, à ausência de um método diagnóstico específico, sendo que os principais diagnósticos diferenciais são o linfedema, a obesidade e a doença de Dercum.<sup>7-9</sup> Entretanto, quando estudadas separadamente, existem diferenças significativas entre elas.

O linfedema se caracteriza pelo edema relacionado a condições que reduzem o retorno linfático. Podem ser primárias, tal como a doença de Milroy, ou secundárias como em decorrência da incidência de radiação em nódulos linfáticos ou infecções superficiais/profundas da pele.<sup>9</sup> A paciente relata múltiplos episódios de erisipela com acometimento linfático evidenciado pela linfocintilografia. Além disso, o linfedema pode acometer mãos e regiões abaixo do tornozelo, diferentemente do lipedema que nos estágios I a III as poupa. O linfedema possui normalmente apresentação unilateral, contrastando com o lipedema que é geralmente simétrico. Além disso, o linfedema não possui predileção por sexo, diferentemente do lipedema que acomete majoritariamente mulheres, principalmente após grandes mudanças hormonais, tais como a puberdade e a menopausa.<sup>7</sup> Concomitantemente, o edema linfático é depressível e acarreta alterações dermatológicas a longo prazo, possuindo Sinal de Stemmer positivo. Já o lipedema, em seus estágios iniciais, não acarreta edemas depressíveis e nem alterações dermatológicas (excetuando-se o estágio IV da doença), além de possuir Sinal de Stemmer negativo. Um exame

útil para diferenciar essas duas condições é a linfocintilografia, que em pacientes com linfedema tende a ser anormal, diferentemente dos pacientes com lipedema.<sup>1,7</sup> A diferenciação de linfedema e lipedema torna-se em especial dificultosa quando, a essas condições, associa-se quadro de obesidade.<sup>7,11</sup>

É também muito comum a confusão diagnóstica entre lipedema e obesidade. Embora a obesidade possa ter certa influência na formação do lipedema, ambas as doenças devem ser consideradas como entidades separadas e que requerem um diagnóstico individualizado.<sup>6</sup> Algumas diferenças são marcantes entre essas doenças. A obesidade provoca um acúmulo generalizado e não doloroso de gordura no organismo. Já o lipedema possui predileção por membros inferiores e apresenta-se como um quadro de hipersensibilidade dolorosa, possuindo também alterações vasculares, tal como a fragilidade capilar, que culmina em petéquias e equimoses de fácil formação. Embora existam alguns subtipos atípicos de lipedema que podem causar acúmulo não característico de gordura em extremidades inferiores, a doença geralmente poupa essas regiões, diferentemente da obesidade.<sup>7</sup> Além disso, o lipedema é resistente a modificações na dieta e estilo de vida. Isso pode ser melhor evidenciado ao observarmos pacientes que realizaram cirurgia bariátrica e que, se possuídores do lipedema, apresentam maior dificuldade na perda de peso em membros inferiores quando em comparação ao restante do corpo.<sup>2,6</sup> Junto a isso, pacientes com lipedema podem ser erroneamente classificados como obesos (IMC > 30) devido a aumentos regionais provocados pelo lipedema.<sup>8</sup> Segundo Buck e Herbst, foi documentada a piora do quadro do lipedema em pacientes expostos a estressores de emagrecimento. Outros parâmetros podem também ser avaliados, como, por exemplo, a diabetes



**Figura 3.** Ecodoppler colorido venoso de membros inferiores evidencia sistema venoso profundo pérvio e competente; sistema venoso superficial pérvio, veia perforante insuficiente à esquerda a 16 cm da região plantar e refluxo segmentar em safenas magnas sem dilatação. Nota-se tecido adiposo exuberante.

tipo 2 que é frequentemente comum em pacientes obesos, mas não apresenta correlação clínica em pacientes com lipedema.<sup>6</sup>

A doença de Dercum, ou *adipositis dolorosa*, caracteriza-se pelo acúmulo subcutâneo de gordura em forma de nódulos, de maneira crônica e simétrica, juntamente com um quadro importante de dor. É, desse modo, um importante diagnóstico diferencial para o lipedema.<sup>7,10,12</sup> Entretanto, existem diferenças marcantes entre tais patologias. A prevalência de diabetes tipo 2 é significativamente menor em pacientes com lipedema em comparação aos com doença de Dercum. Apesar de o cansaço e edema serem comuns a ambas as doenças, as contusões de pele se mostraram muito mais prevalentes no lipedema, devido à fragilidade capilar; além disso, a doença de Dercum cursa com quadros típicos de dores intensas, principalmente em região abdominal, juntamente com falta de ar, o que não é habitualmente observado no quadro de lipedema. É notável que a distribuição de gordura em pacientes com doença de Dercum e lipedema possui certa semelhança, apesar de o lipedema possuir um padrão de acúmulo mais baixo que a doença de Dercum. Entretanto, a doença de Dercum acarreta manifestações sistêmicas mais amplas.<sup>13</sup>

Embora os mecanismos moleculares que levam ao desenvolvimento do lipedema não estarem muito bem esclarecidos, existem sinais e sintomas clínicos evidentes que tornam o diagnóstico dessa doença possível, não sendo, inclusive, necessária a realização de exames de imagem.<sup>16</sup> Em 1951, alguns autores pioneiramente propuseram seis critérios diagnósticos. Estes se referiam a alguns aspectos importantes da doença, tais como características epidemiológicas e peculiares ao exame físico do paciente.<sup>7</sup> Ao longo dos anos, os critérios sofreram modificações, propostas por Bilancini e

colaboradores e Herbst.<sup>7,14</sup> Atualmente, as principais características para o correto diagnóstico da doença são: no quadro de lipedema, há deposição simétrica, bilateral e progressiva de gordura em membros inferiores, poupando normalmente a região dos pés, assim como o caso relatado. Dessa forma, pode-se observar o sinal do Cuff (manguito), que se define pela aparência morfológica tipo “calça” dos membros inferiores, menos evidente no caso devido à intensa lipodermatoesclerose. Além disso, quando o lipedema não está associado a outras condições que reduzem o fluxo linfático, o sinal de Stemmer é negativo, podendo, no entanto, tornar-se positivo ao decorrer da progressão patológica, culminando no denominado estado de lipolinfoedema, estágio demonstrado clinicamente pela paciente.<sup>7</sup> Ademais, o tecido adiposo pode se apresentar granular à palpação, similar a “grãos de areia”, ou nodular, similar a “feijões num saco” como relatado em anamnese e evidenciado ao exame físico. Conjuntamente, as áreas afetadas são significativamente sensíveis ao toque e à pressão, sendo que os pacientes se machucam facilmente devido à fragilidade capilar subdérmica, podendo frequentemente também ocorrer telangiectasias nas áreas afetadas.<sup>6</sup>

A dor à palpação não é característica do linfedema, da insuficiência venosa e da obesidade. Além disso, a história da doença possui uma progressão lenta e não responsiva a dietas e exercícios físicos<sup>7,9</sup> (Tabela 1). É também relevante destacar que determinadas dietas possuem a capacidade de aumentar moduladores inflamatórios no organismo, piorando, dessa forma, estados inflamatórios instalados no organismo.<sup>15,16</sup> A associação das comorbidades não é comumente descrita na literatura (Tabela 2), poucos estudos publicados têm abordado a complexa avaliação e identificação desses casos.

**Tabela 1.** Comparação entre as características mais marcantes do lipedema e de seus principais diagnósticos diferenciais (destacado em vermelho os sinais e sintomas apresentados pela paciente do caso)

	Lipedema	Obesidade	Insuficiência venosa crônica	Linfedema
Sexo	Exclusivamente feminino	Masculino e feminino	Masculino e feminino	Masculino e feminino
Dor	Sim	Não	Provavelmente sim	Provavelmente não
Edema	Nada ou pouco depressível	Geralmente sem edema	Presente ou ausente	Depressível
Características do exame físico	Sinal de Stemmer (-) nas fases iniciais,			
	Sinal de Stemmer (+) no lipolinfoedema;	Sinal de Stemmer (-)	Pode haver úlceras ativas ou cicatrizadas, bem como hiperpigmentação	Sinal de Stemmer (+)
Início	Sinal do Cuff (+)			
	Relação com grandes mudanças hormonais (exemplo: gestação)	Em qualquer faixa etária	Primária: início entre 2ª e 3ª décadas de vida; Secundária: mais tardiamente	Congênito; após procedimentos cirúrgicos; após irradiação local ou pós infecção cutânea
Localização	Bilateral, simétrico	Bilateral	Uni ou bilateral	Frequentemente unilateral

Tabela 2. Resultado da busca nas bases de dados médicas PubMed e Google Scholar realizadas 23/11/2019

Base de dados	Estratégia de busca	Total de referências obtidas	Total de referências relacionadas	Total de referências de estudos brasileiros
PubMed/NCBI	((“obesity”[MeSH Terms] OR “obesity”[All Fields]) AND (“varicose veins”[MeSH Terms] OR “varicose”[All Fields] OR “veins”[All Fields]) OR “varicose veins”[All Fields]) AND (“lipedema”[MeSH Terms] OR “lipedema”[All Fields]) OR (“lymphoedema”[All Fields] OR “lymphedema”[MeSH Terms] OR “lymphedema”[All Fields])	16	4 (todos do século passado, apenas um ainda acessível para leitura.)	0
Google Scholar	((“obesity”[MeSH Terms] OR “obesity”[All Fields]) AND (“varicose veins”[MeSH Terms] OR “varicose”[All Fields] OR “veins”[All Fields]) OR “varicose veins”[All Fields]) AND (“lipedema”[MeSH Terms] OR “lipedema”[All Fields]) OR (“lymphoedema”[All Fields] OR “lymphedema”[MeSH Terms] OR “lymphedema”[All Fields])	362	0	0

## CONCLUSÃO

O lipedema, embora muito prevalente, é uma doença frequentemente subdiagnosticada em comparação a outros estados patológicos. Essa situação é danosa ao paciente, que, muitas vezes, são cuidados apenas parcialmente. Fica, então, evidente a necessidade de uma melhor identificação da doença, bem como o conhecimento de seu caráter fisiopatológico progressivo, a fim de se estabelecer um tratamento adequado e que, conseqüentemente, proporcione um impacto positivo

na vida dos pacientes. A diferenciação dos diagnósticos diferenciais principais se faz necessária, mas, ocasionalmente, esses diagnósticos podem ser identificados em concomitância com o lipedema. A paciente em questão, além do lipedema, apresentava linfedema, insuficiência venosa e obesidade. Inicialmente, devemos sempre buscar uma doença que explique todos os sinais e sintomas apresentados, mas, ocasionalmente, podemos encontrar várias comorbidades associadas, principalmente em pacientes mais idosos e após longos períodos sem diagnóstico adequado.

## REFERÊNCIAS

- Fife CE, Maus EA, Carter MJ. Lipedema: a frequently misdiagnosed and misunderstood fatty deposition syndrome. *Adv Skin Wound Care*. 2010;23(2):81-92. PMID: 20087075; doi: 10.1097/01.ASW.0000363503.92360.91.
- Wollina U. Lipedema-An update. *Dermatol Ther*. 2019;32(2):e12805. PMID: 30565362; doi: 10.1111/dth.12805.
- Shavit E, Wollina U, Alavi A. Lipoedema is not lymphoedema: A review of current literature. *Int Wound J*. 2018;15(6):921-8. PMID: 29956468; doi: 10.1111/iwj.12949.
- Pereira NC, Koshima I. Linfedema: actualización en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico. *Rev Chil Cir*. 2018;70(6). doi: 10.4067/s0718-40262018000600589.
- World Health Organization. Obesity and overweight-key facts. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acessado em 2019 (19 set).
- Buck DW 2nd, Herbst KL. Lipedema: A relatively common disease with extremely common misconceptions. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2016;4(9):e1043. PMID: 27757353; doi: 10.1097/GOX.0000000000001043.
- Amato ACM, Benitti DA. Lipedema. In: Erzinger FL, Coelho Neto F, Kikuchi R, Araujo WJB. *Flebologia estética*. Edição 1. Rio de Janeiro: Rubio; 2019.
- Rapprich S, Baum S, Kaak I, Kottmann T, Podda M. Treatment of lipoedema using liposuction: Results of our own surveys. *Phlebologie – Stuttgart*. 2015;44(3). doi: 10.12687/phleb2265-3-2015.
- Warren Peled A, Kappos EA. Lipedema: diagnostic and management challenges. *Int J Womens Health*. 2016;8:389-95. PMID: 27570465; doi: 10.2147/IJWH.S106227.
- Reich-Schupke S, Schmeller W, Brauer WJ, et al. S1-Leitlinie Lipödem [S1 guidelines: Lipedema]. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2017;15(7):758-67. PMID: 28677175; doi: 10.1111/ddg.13036.
- Lee B, Andrade M, Bergan J, et al. Diagnosis and treatment of primary lymphedema. Consensus document of the International Union of Phlebology (IUP)-2009. *Int Angiol*. 2010;29(5):454-70. PMID: 20924350.
- Izar MCO, Fonseca HARD, França CN, et al. Rare Presentation of Dercum's Disease in a Child with Abnormalities in Lipoprotein Metabolism. *Arq Bras Cardiol*. 2018;111(5):755-7. PMID: 30484519; doi: 10.5935/abc.20180191.
- Beltran K, Herbst KL. Differentiating lipedema and Dercum's disease. *Int J Obes (Lond)*. 2017;41(2):240-5. PMID: 27857136; doi: 10.1038/ijo.2016.205.
- Wold LE, Hines EA Jr, Allen EV. Lipedema of the legs; a syndrome characterized by fat legs and edema. *Ann Intern Med*. 1951;34(5):1243-50. PMID: 14830102; doi: 10.7326/0003-4819-34-5-1243.
- Garcia-Arellano A, Ramallal R, Ruiz-Canela M, et al. Dietary Inflammatory Index and Incidence of Cardiovascular Disease in the PREDIMED Study. *Nutrients*. 2015;7(6):4124-38. PMID: 26035241; doi: 10.3390/nu7064124.
- Amato, ACM. Is lipedema a Unique Entity? *EC Clinical and Medical Cases Reports*. 2020; 3(2):01-07