

## Lipedema: terra de ninguém



### **Prof. Dr. Alexandre Campos Moraes Amato**

Autor do livro “A Beleza do Lipedema”  
Doutor em Ciências pela FM-USP  
(Universidade de São Paulo)  
Presidente da Associação Brasileira de Lipedema ([www.lipedema.org.br](http://www.lipedema.org.br))  
Cirurgião Vascular, Endovascular e Ecografista Vascular pela AMB, SBACV (Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular) e CBR (Colégio Brasileiro de Radiologia)  
Cirurgião Geral pelo CBC (Colégio Brasileiro de Cirurgões)

O lipedema é uma condição crônica marcada pelo acúmulo anormal de gordura subcutânea, sobretudo nas pernas e braços, e afeta quase exclusivamente mulheres. Esse acúmulo de gordura pode ser doloroso e amiúde causa sensação de inchaço. Descrito pela primeira vez na década de 1940, o lipedema ainda é subdiagnosticado e mal compreendido, o que resulta em tratamento inadequado.

Muitos médicos desconsideram sua existência, atribuindo os sintomas à obesidade comum e, assim, responsabilizando o próprio paciente. Reconhecer o lipedema implica não apenas no diagnóstico correto, mas na necessidade de adotar um tratamento específico, que vai além de simplesmente atribuir a responsabilidade ao paciente<sup>1</sup>.

A ausência de diretrizes clínicas precisas e o reconhecimento insuficiente do lipedema na medicina geraram uma situação atípica. Profis-

sionais de outras áreas e até leigos se sentem aptos para diagnosticar e tratar esta doença. Enquanto isso, médicos menos experientes, influenciados pelo efeito Dunning-Kruger, se aventuram a criar seus próprios protocolos de tratamento, apresentando-os como soluções eficazes. Em alguns casos, esses leigos e profissionais de outras áreas de fato conseguem oferecer suporte às pacientes melhor do que o que elas obtiveram com seus médicos.

Quero deixar claro que não estou generalizando; existem médicos dedicados que compreendem e estudam profundamente o lipedema. Contudo, é essencial reconhecer que o tratamento do lipedema é uma tarefa multiprofissional. Médicos, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros, educadores físicos e outros profissionais focados no bem-estar humano devem colaborar e compartilhar conhecimentos de maneira construtiva. O objetivo principal deve ser sempre o bem-estar do paciente, e a troca de informações entre profissionais



de diferentes áreas enriquece e potencializa os resultados do tratamento<sup>2</sup>.

O lipedema, em sua complexidade neuroendócrina e manifestações vasculares, desafia as fronteiras convencionais da medicina, demandando um olhar multidisciplinar e colaborativo para seu tratamento efetivo. A prática isolada, especialmente a do cirurgião plástico sem a integração com a endocrinologia e outras especialidades, é uma abordagem limitada que pode ignorar as nuances críticas da doença. É uma doença neuro-imuno-endócrina, com sintoma exuberante vascular que está sendo tratada pelo cirurgião plástico. É uma bomba a explodir.

Indivíduos com uma perspectiva mais comercial e interessados em novidades comercializáveis estão capitalizando o interesse crescente nas mídias sociais. Exploram pacientes portadoras de lipedema que buscam informações confiáveis e não as encontram com seus médicos de confiança. Há uma falta preocupante de esforço em pesquisa e validação científica dessas soluções propostas. O foco comercial é exclusivamente o lucro, sem considerar os benefícios reais ou potenciais desses tratamentos para as pacientes.

Quando a celulite (Não medicinal? Existe isso? Mas não infecciosa) era abordada com inúmeras técnicas milagrosas, os médicos sérios simplesmente ignoravam essa tendência do mercado, afinal, não tinha nada a ver com eles ou suas especialidades. Entretanto, com o diagnóstico médico do lipedema, todo o mercado agressivo voltado para a estética da celulite percebeu a necessidade e possibilidade de abordar o lipedema da mesma forma. E os doutores ainda não perceberam que precisam abraçar essa causa em prol da saúde de suas pacientes. Então, o que está acontecendo?

### **Cada profissão tenta puxar o lipedema para o seu campo específico:**

- Nutricionistas afirmam que é possível tratar apenas ajustando a dieta<sup>3,4</sup>.

- Fisioterapeutas desenvolvem e vendem múltiplos protocolos de criação própria sem validação científica.
- Esteticistas realizam aplicações variadas, muitas vezes sem base científica.
- Personal trainers dizem que o exercício físico é a solução definitiva<sup>5</sup>.
- Psicólogos identificam problemas decorrentes do lipedema de longa data, mas alguns opõe-se ao tratamento medicamentoso, mesmo quando necessário.

Estão errados? Entendo a tendência de cada um hipervalorizar seu conhecimento. Nesse cenário, existe um claro conflito de interesses, em que cada um tende a superestimar a importância de seu próprio conhecimento. Por exemplo, um cirurgião pode acreditar convictamente que a cirurgia oferece mais benefícios ao paciente do que uma dieta, apenas porque a cirurgia é o serviço que ele está qualificado e recebe incentivos para fornecer<sup>6,7</sup>.

Em um grande congresso internacional sobre Lipedema, ao sair do módulo sobre dieta, encontro grupo de cirurgiões plásticos conversando animadamente. Pergunto o que acharam das apresentações, que mostravam benefícios sintomáticos de mais de 40% com alimentação correta. Eles responderam que não assistiram, pois estavam interessados apenas no módulo cirúrgico, acreditando ser essa a única maneira de tratar o lipedema. Queriam apenas conhecer diferentes técnicas e aparelhagem cirúrgica. Fiquei sem palavras<sup>8</sup>.

Simultaneamente a essa tendência, vemos, por outro lado, várias especialidades médicas tradicionais tendem a se afastar do lipedema, seja por desacreditar na sua existência ou por não quererem ser associadas ao problema. Ou, pior ainda, suspeito que muitas estão com receio de terem que revisar muito conhecimento pré-estabelecido agora considerando a existência do lipedema. Como assim? Vou explicar com a cirurgia vascular, minha especialidade.

A cirurgia vascular, por exemplo, afirma que o problema não está nas artérias ou veias, ignorando que o lipedema envolve microangiopatia, hipoxia, edema e estase linfática como parte de sua patofisiologia<sup>9</sup>. Passei anos sendo criticado e julgado por tentar trazer a atenção da especialidade a esta enfermidade. Continuo acreditando que devido aos sintomas típicos nas pernas os cirurgiões vasculares são os primeiros a serem procurados por ajuda, tanto em casos iniciais como tardios.

Entendo que possa ser desconfortável a necessidade de se aprofundar em um tópico que não foi tratado durante a formação médica e nem durante a residência médica. Acredito que mesmo aqueles que não querem se aprofundar no assunto poderiam auxiliar no diagnóstico e tratamento de comorbidades venosas comuns em pacientes com lipedema. Mas sem perder a perspectiva de tratamento e onexo causal dos sintomas com a doença identificada.

Mas sabe qual é um problema significativo que percebo? A necessidade de revisar todo o conhecimento prévio sobre insuficiência venosa e reconhecimento de erros no passado. Acredito que boa parte do conhecimento teria que ser revisto com a perspectiva do lipedema. Cito um exemplo: a classificação CEAP para varizes, adotada mundialmente, não inclui sintomas como dor, peso e fadiga nas pernas. Isso se deve à difícil correlação com o estágio das varizes. Será que não era o sub diagnóstico do lipedema e, portanto, ausência de nexo causal com a insuficiência venosa?

Em outras áreas, vejo a situação como um observador e, ainda que não possa ser totalmente assertivo, noto um desconforto significativo. Espero que ninguém leve para o lado pessoal, esta é sim uma generalização com intuito de entender o problema de forma macro para direcionar uma solução sistêmica. Não tenho a intenção nenhuma de ofender ou acusar alguém.

A endocrinologia tende a ver o lipedema como obesidade, sem justificar a necessidade de diferenciar os dois problemas. Isso ocorre apesar da dor e do inchaço presentes no lipedema, mas ausentes na obesidade.

Recentemente, em um congresso que estive presente, uma endocrinologista participante compartilhou comigo que um pequeno segmento deseja classificar o lipedema como um subconjunto da obesidade. Acredito que essa será uma discussão inevitável no futuro. Só no último ano que comecei a notar sessões sobre lipedema inseridas nos grandes congressos do setor. Muitas vezes, as alterações hormonais como as associadas à leptina, hipotireoidismo e tireoidite de Hashimoto, são negligenciadas, sendo tratadas como coincidências. No entanto, caso contempladas, os endocrinologistas poderiam avaliar e cuidar desses desequilíbrios hormonais relacionados ao problema, contribuindo para um manejo mais abrangente desta condição.

A imunologia e alergologia não associa o lipedema a alergia e sintomas diversos, considerando-os apenas coincidências ou comorbidades. Até hoje não encontrei um imunologista falando sobre essa associação, entretanto, posso afirmar que os maiores avanços com minhas pacientes ocorreram quando resolvi estudar a fundo nosso sistema imune. O lipedema é definitivamente associado a inflamação crônica no tecido adiposo<sup>9</sup>.

Imunologistas poderiam ajudar a identificar e monitorar marcadores inflamatórios, e poderiam também ajudar a conter essa inflamação. Tenho certeza de que seriam protagonistas nesta doença, entretanto, as pacientes não os procuram por dor nas pernas e inchaço.

Gastroenterologistas são procurados porque boa parte das portadoras de lipedema possuem alteração do hábito intestinal, entretanto o tratamento sintomático sem considerar as possíveis causas e correlação com o pro-



blema acabam impedindo melhoras significativas. Não sei quantos se preocupam em avaliar e perguntar a situação das pernas de suas pacientes. Alguns quando escutam “celulite” simplesmente descartam a queixa classificando-a como estética. Muitas acabam se submetendo a cirurgias do aparelho gástrico, por razões que podem estar relacionadas as mesmas origens inflamatórias. Do ponto de vista científico, poderiam com certeza acrescentar muito no entendimento das endotoxinas no lipedema.

É fundamental que os oncologistas não negligenciem a existência do lipedema, apesar de poder ser considerada uma condição estética. Mesmo enfrentando doenças graves como o câncer, é crucial levar em consideração queixas como dor, inchaço nas pernas e aparência estética. Vários dos processos biológicos associados ao lipedema também se correlacionam com processos oncológicos: a inflamação sistêmica.

Embora eu não possa afirmar com base em evidências científicas<sup>10,11</sup>, há uma hipótese de que, assim como a gordura periférica do lipedema ajuda na proteção cardiovascular, pode também reduzir o risco oncológico. Tenho notado que muitas pacientes, após a remoção cirúrgica desta gordura, desenvolvem algum tipo de câncer - será isso uma correlação? Precisamos de oncologistas empenhados em pesquisas que levem em consideração esses possíveis fatores de risco. Estou ansioso por pesquisas na área.

A reumatologia costuma diagnosticar a fibromialgia antes de considerar o lipedema<sup>12</sup>, mesmo que este último possa ter um papel significativo no controle de condições inflamatórias concomitantes, como a artrite. Creio existir um receio de reavaliar a fibromialgia e outras doenças semelhantes, à luz do atual conhecimento sobre o lipedema. Para isso, é necessário admitir a possibilidade de termos cometido erros no passado, diagnosticando

uma condição ao invés de outra. Confrontar-se com essa ideia pode ser desafiador e inibe uma reflexão mais aprofundada. É preciso muita humildade para questionar e abandonar crenças enraizadas e tão intrínsecas à especialidade médica.

Os dermatologistas são frequentemente consultados para o tratamento de lesões de pele e dermatites, que podem compartilhar uma origem inflamatória com o lipedema. No entanto, quantos se preocupam com dor e inchaço nas pernas? Certamente, muitos se preocupariam e estariam dispostos a oferecer variados tratamentos estéticos para a celulite. A maioria desses procedimentos estéticos promove mais inflamação na área tratada<sup>13</sup>, o que pode ser benéfico para indivíduos sem sensibilidade inflamatória excessiva, já que auxilia na regeneração e no reparo dos tecidos.

No lipedema, a inflamação tem um efeito duplo. Pode endurecer a gordura, melhorando a aparência superficial. No entanto, também pode piorar os sintomas e causar cicatrizes internas, conhecidas como fibrose<sup>2</sup>. A dermatologia poderia ter um papel crucial em ajudar a gerenciar problemas de pele, como fragilidade capilar, urticária, erupção cutânea e livedo reticular, contribuindo assim para o diagnóstico precoce do lipedema.

Ortopedistas atendem muitas pacientes com lipedema, particularmente em casos avançados que causaram alteração na locomoção e danos nas articulações. Embora corrigir o dano articular seja crucial, isso não aborda a causa raiz do problema. Noto que alguns ortopedistas se recusam a tratar certas pacientes, aconselhando-as a perder peso primeiro, mas sem fornecer orientações sobre como fazer isso. Vale ressaltar que os ortopedistas podem ser muito úteis no gerenciamento da dor musculoesquelética e articular. Eles podem recomendar exercícios específicos para fortalecer os músculos, melhorar a estabilidade das articulações e prescrever dispositivos



auxiliares para melhorar a mobilidade. Aqui a fisioterapia também é muito importante, pois lida muitas vezes com dificuldades de marcha, muitas vezes sem considerar que o próprio lipedema é a causa inicial dessas dificuldades.

Os psiquiatras podem acreditar que não desempenham um papel importante na terapia do lipedema. No entanto, nossos estudos apontam uma alta prevalência de depressão, ansiedade<sup>1</sup> e TDAH<sup>14</sup> em pacientes com essa doença. Ignorar essas comorbidades pode resultar em uma gestão clínica e cirúrgica inadequada. Observou-se que pacientes com essas comorbidades têm menor aderência às rotinas exigidas tanto no tratamento clínico quanto no cirúrgico<sup>15</sup>. Portanto, a contribuição do psiquiatra é crucial para um tratamento integral e eficaz do lipedema.

Os nutrólogos, especialmente aqueles que não prescrevem hormônios indiscriminadamente, podem desempenhar um papel significativo na orientação alimentar dessas mulheres.

Alguns profissionais compreendem que há uma correlação com os hormônios femininos e acreditam que alterando o perfil hormonal conseguirão resolver o problema. Porém, uma abordagem nutricional correta é muito mais eficaz e saudável. Creio que todos os médicos especialistas deveriam estudar mais sobre o impacto da alimentação na saúde.

Superestimamos cuidados complexos e negligenciamos medidas simples que poderiam fazer toda a diferença. Um exemplo que gosto

de citar é o de Parodi, que em 2018<sup>16,17</sup>, demonstrou a melhora da claudicação intermitente, uma dor nos membros característica da isquemia arterial, por meio da simples hidratação adequada. Apesar de ser um estudo brilhante, até agora, foi citado apenas 12 vezes, afinal, o tratamento cirúrgico com implante de stents tem um apelo financeiro muito maior. Para a indústria, a implantação cirúrgica de um dispositivo caro é mais lucrativa do que o incentivo a ingestão hídrica. Quem incentivará a pesquisa sobre a importância de beber água? E qual ego será massageado com algo tão básico quanto a hidratação?

O campo da cirurgia plástica depressa identificou uma oportunidade financeira na lipos aspiração, promovendo-a como uma solução eficaz. Isso acontece sobretudo porque o procedimento não é coberto pelos planos de saúde, de acordo com as normas da ANS, então é cobrado à parte para tratar uma doença. A maioria tem boas intenções e acredita genuinamente estar melhorando a autoestima de suas pacientes. No entanto,



muitas vezes a complexidade metabólica da doença é deixada de lado, com o foco sendo apenas nos detalhes da técnica cirúrgica. Há 450 casos documentados de lipoaspiração para tratar lipedema na literatura médica<sup>18</sup>. No entanto, mesmo sem estudos científicos rigorosos, a prática é frequentemente apresentada como cura definitiva. Eu acredito que o impacto metabólico desses procedimentos a médio e longo prazo para as pacientes não justifica a intervenção indiscriminada. A melhora inicial da dor relatada por elas e mencionada nesses estudos costuma ignorar o retorno do acúmulo de gordura visceral, mudanças fisiológicas e outros sintomas não mensurados. Antes de privilegiar a autoestima, é preciso assegurar a correção adequada da saúde imuno-metabólica.

Entretanto, no final das contas, a culpa não é de ninguém: o lipedema é, de fato, uma doença sem um campo específico de atuação. Essa moléstia tangencia diversas especialidades, mas não é o foco de nenhuma delas. A tendência é que cada uma se atenha ao sintoma relativo à sua área e ignore o restante,

tratando a doença, mas não o paciente em sua totalidade. Assim, com cada especialidade abordando um aspecto do lipedema, mas não levando em conta o paciente na sua integralidade, nenhuma se sente totalmente responsável, transferindo a responsabilidade para outra. Precisamos ativamente tomar a decisão de assumir o problema para mudar essa perspectiva.

A solução só surgirá quando houver compreensão de que o trabalho conjunto, multiprofissional e envolvendo diversas especialidades, pode levar à completa compreensão e resolução do problema. Acredito que ainda estamos na fase inicial, buscando ainda conscientizar a comunidade médica sobre a existência do problema, e a nesse momento a autoavaliação é indispensável. Eu mesmo a fiz, revendo prontuários em busca de quantas vezes deixei de diagnosticar o lipedema antes de estar ciente de sua existência e alta prevalência. Encontrei muitos casos e, a essas pacientes, só posso pedir minhas mais sinceras desculpas. Infelizmente, na época, eu não estava preparado para ajudá-las.

1. Amato ACM, Amato JLS, Amato FCM, et al. Prevalência e fatores de risco para lipedema no Brasil. *J Vasc Bras* 2022; 21: 1–11.
2. Alexandre Campos Moraes Amato. *A Beleza do Lipedema*. 1st ed. São Paulo: Amato - Instituto de Medicina Avançada, 2024.
3. Amato ACM. *Dieta anti-inflamatória estratégica: a sua dieta pessoal*. 1st ed. São Paulo: Amato - Instituto de Medicina Avançada, <https://bio.amato.io/dieta> (2020, accessed 3 January 2024).
4. Amato ACM. *Dieta Cetogênica Estratégica: transforme gordura em energia*. 1st ed. São Paulo: Amato - Instituto de Medicina Avançada, <https://bio.amato.io/cetogenica> (2022, accessed 3 January 2024).
5. Amato ACM. *Método de Exercícios para o Lipedema: Guia para o personal Trainer*. 1st ed. São Paulo, <https://bio.amato.io/livro-metodo-exercicio-lipedema> (2022, accessed 28 December 2022).
6. Moraes IN. Teste Egométrico. *Cultura e Saúde*, <https://culturaesaude.med.br/teste-egometrico/> (2006, accessed 4 May 2024).
7. Stanbouly D, Chuang S-K. Humility will get you further than ego or pride in your career as a surgeon. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg* 2022; 123: 269–270.
8. Smith R. Strategies for coping with information overload. *BMJ* (Online); 341. Epub ahead of print 18 December 2010. DOI: 10.1136/bmj.c7126.
9. Herbst KL, Kahn LA, Iker E, et al. Standard of care for lipedema in the United States. *Phlebology* 2021; 36: 779–796.
10. Furman D, Campisi J, Verdin E, et al. Chronic inflammation in the etiology of disease across the life span. *Nat Med* 2019; 25: 1822–1832.
11. Coppé JP, Desprez PY, Krtolica A, et al. The senescence-associated secretory phenotype: The dark side of tumor suppression. *Annual Review of Pathology: Mechanisms of Disease* 2010; 5: 99–118.
12. Beltran K, Herbst KL. Differentiating lipedema and Dercum's disease. *Int J Obes (Lond)* 2017; 41: 240–245.
13. Modena DAO, Soares CD, Candido EC, et al. Effect of extracorporeal shock waves on inflammation and angiogenesis of integumentary tissue in obese individuals: stimulating repair and regeneration. *Lasers Med Sci* 2022; 37: 1289–1297.
14. Amato ACM, Amato JL, Benitti DA. The Association Between Lipedema and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Cureus*. Epub ahead of print 2023. DOI: 10.7759/cureus.
15. Mocanu V, Tavakoli I, MacDonald A, et al. The Impact of ADHD on Outcomes Following Bariatric Surgery: a Systematic Review and Meta-analysis. *Obesity Surgery* 2019; 29: 1403–1409.
16. Fernandez S, Parodi JC, Moscovitch F, et al. Reversal of Lower Extremity Intermittent Claudication and Rest Pain by Hydration. *J Vasc Surg* 2020; 71: 1447.
17. Fernández S, Parodi JC, Moscovich F, et al. Reversal of Lower-Extremity Intermittent Claudication and Rest Pain by Hydration. *Ann Vasc Surg* 2018; 49: 1–7.
18. Amato AC, Amato JL, Benitti D. Efficacy of Liposuction in the Treatment of Lipedema: A Meta-Analysis. *Cureus*. Epub ahead of print 29 February 2024. DOI: 10.7759/cureus.55260.