

Revista del
Centro Dermatológico Pascua

Volumen
Volume **14**

Número
Number **3**




Septiembre-Diciembre
September-December **2005**

Artículo:




Lipodistrofia ginecoide (celulitis)

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Centro Dermatológico Pascua

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***

Lipodistrofia ginecoide (celulitis)

Dra. Josefina de Peña,* Dr. Mauricio Hernández-Pérez**

RESUMEN

La palabra celulitis es un término cosmético utilizado para nombrar ciertas zonas del cuerpo que dan el aspecto de «piel de naranja», debido a depósitos circunscritos de grasa. Estos depósitos de grasa ocurren en muslos, caderas y nalgas de mujeres delgadas o con sobrepeso, éstos pueden iniciar desde la pubertad, sin embargo son más evidentes en mujeres mayores de 30 años. Los hombres rara vez presentan celulitis debido a que sus depósitos adiposos se estructuran diferente, en las mujeres los depósitos de grasa están localizados por debajo de la piel en compartimentos separados por tejido conjuntivo, cuando las células grasas crecen debido al incremento en los depósitos de lípidos, los compartimentos crecen mientras que los tabiques de tejido conectivo permanecen igual, causando la apariencia característica de la celulitis. En este artículo revisaremos la fisiopatología de este problema cosmético así como los diferentes tratamientos.

Palabras clave: Celulitis, lipodistrofia ginecoide.

ABSTRACT

Cellulite is a cosmetic term used for areas of the skin that appear like an «orange peel» due to underlying fat deposits. These fat deposits occur on the thighs, buttocks, and hips of slim or overweight women. Formation can begin as early as puberty but it is most evident in women over 30. Rarely, men have cellulite because their adipose tissue is structured differently; connective tissue connects the skin to the underlying muscle. In women, fat storage depots are located under the skin in compartments separated by the connective tissue. When the fat cells swell due to increased lipid deposition, the compartments swell while the connective tissue fibers stay the same, thereby causing the dimpling of the skin characteristic of cellulite. In this article we review the physiopathology of this cosmetic problem and the different treatments.

Key words: Cellulite, gynoid lipodistrophy.

INTRODUCCIÓN

La celulitis es una patología muy común que afecta principalmente las piernas de las mujeres,¹ dicha patología es de fácil diagnóstico, y su tratamiento muchas veces es decepcionante.² La etiología no es clara pero se ha visto asociación con la herencia y agentes predisponentes como hormonas y neurovegetativos, así como factores agravantes entre los que están comida, estrés, sedentarismo y enfermedades ortopédicas y del sistema venoso y linfático.³

ETIOLOGÍA

En la etiología de la celulitis intervienen múltiples factores como:

1) Herencia: La susceptibilidad genética es un factor importante en cuanto al desarrollo de ésta, los datos disponibles refuerzan la posibilidad de una teoría multifactorial de la herencia, como explicación más plausible. Así dentro de la predisposición hereditaria para la obesidad y para la lipodistrofia podemos catalogar ciertos caracteres, como por ejemplo: el biotipo constitucional (estructura corporal) o aumento de la masa adiposa localizada y sobre todo la forma de distribución del tejido graso, la hiperplasia adiposa, la hipertrofia adiposa, la lipofilia y la resistencia a la lipólisis regional de los adipocitos, el hiperinsulinismo, el hiperestrogenismo receptorial; la susceptibilidad a insuficiencia circulatoria de retorno por un sistema venoso deteriorado o por defectos parietales o valvulares, las susceptibilidad a linfopatías periféricas por un determinado tipo de sistema o por hiperpermeabilidad vascular o defectos estructurales de los linfáticos.⁴

* Dermatóloga CDP.

** Residente de 3er año CDP.

- 2) Hiperestrogenismo: La celulitis "genuina" tiene un patrimonio exclusivamente femenino, sin vestigios de estrógenos no existiría la propia mujer y mucho menos la celulitis (Dresoir).

El hiperestrogenismo puede clasificarse como: absoluto, relativo y receptorial. La participación de las hormonas femeninas en la etiopatogenia de la celulitis es sin duda uno de los 2 factores principales involucrados, considerado como «gatillo» del proceso y protagonista de la mayor responsabilidad en la evolución, agravamiento y perpetuación de la lipodistrofia. Los datos que apoyan su participación en la patogenia de la celulitis son: que es una patología propia del sexo femenino, su surgimiento después de la pubertad en donde la menarca está íntimamente relacionada a una producción crítica de masa adiposa que tiene como mecanismo desencadenante el sangrado menstrual, la indudable influencia de la replicación de las células adiposas por los estrógenos en la fase de diferenciación de los caracteres sexuales secundarios, ya que el tejido adiposo es el principal lugar de conversión de la androstenediona en estrona y las mujeres obesas presentan tal conversión aumentada; debido a que los estrógenos son los que imprimen un comportamiento peculiar a las células del tejido mesenquimatoso, adipocitos y fibroblastos del tejido conjuntivo del panículo subcutáneo con modificaciones significativas de los componentes fibrosos y amorfos intercelulares y vasculares (arteriolares, venosos y linfáticos); por la relación directa o indirecta de las hormonas femeninas durante los episodios de la vida sexual (menstruación, gravidez, abortos, puerperio, lactancia, pre-menopausia y estrogenoterapia) con evolución progresiva a celulitis y por la interrelación de los estrógenos con otras hormonas que también forman parte de esta serie de factores.

- 3) Factores coadyuvantes: Endógenos y exógenos. Éstos, serían todos aquellos factores que de forma directa o indirecta participarían en el proceso tanto para provocarla como para agravarla. Se clasifican en: endógenos aquéllos de origen biológico y en exógenos los ambientales o agregados, como sedentarismo, tabaquismo, entre otros.⁵

Actualmente se tienen suficientes evidencias para asegurar que la anatomía del tejido adiposo femenino contribuye en gran medida a la apariencia de la celulitis, se sabe que el tejido fibroso que rodea a los adipositos tiene un alto porcentaje de septos en dirección perpendicular en las zonas "problema" de las mujeres con celulitis, a diferencia de los hom-

bres, todo esto corroborado por estudios con resonancia magnética.⁶ Estos datos aunados a los factores ya mencionados hacen que el problema se perpetúe.

CUADRO CLÍNICO

La celulitis cuando tiene cierto grado de magnitud con repercusión circulatoria periférica presenta síntomas generales como fatiga, astenia, sensación de peso en las piernas y a veces dolores espontáneos difusos que aumentan de intensidad con el reposo, pudiendo presentar calambres nocturnos.⁷

SÍNTOMAS Y SIGNOS AL EXAMEN FÍSICO

A la inspección. Podemos encontrar una superficie irregular, ondulada, «piel acolchada» (con depresiones alternadas con protuberancias) y «Piel en cáscara de naranja» por tumefacción de los planos superficiales y dilatación de los orificios foliculares. Puede haber estrías por ruptura de fibras elásticas de la dermis, equimosis por fragilidad capilar y varículas.⁸

A la palpación. Encontramos los 4 signos clásicos que son: aumento del espesor del tejido celular subcutáneo, aumento de consistencia y de sensibilidad, y disminución de su movilidad por adherencia. La palpación debe ser hecha por pinzamiento, la palpación profunda se hace con movimientos deslizantes de rotación.^{8,9}

FORMAS CLÍNICAS DE LA CELULITIS

TIPOS

LIPODISTROFIA DURA O LIMITADA

La piel presenta un engrosamiento muy acentuado y un aumento de los tejidos superficiales. Por ser dura, está limitada, ocupa menos espacio y la mayoría de las veces no lleva consigo grandes transformaciones de la región afectada, de modo que en general esta forma es bien tolerada estéticamente.¹⁰

Aspecto: Cuando se aprieta entre los dedos una porción de piel infiltrada dejará aparecer sobre la superficie una rugosidad parecida a la «cáscara de naranja» con poros foliculares dilatados y haciendo girar esta porción entre los dedos se perciben pequeños nódulos de consistencia dura. Otro aspecto que la caracteriza es la imposibilidad de hacer deslizar los planos superficiales de la piel sobre los profundos.

LIPODISTROFIA BLANDA O DIFUSA

Es la forma de lipodistrofia más frecuente, lleva consigo problemas psicológicos más acentuados por razones estéticas debido a la forma de presentación.^{10,11}

Aspecto: Este tipo afecta al cuerpo en general. El diagnóstico generalmente se hace por inspección visual.

Modifica la anatomía normal provocando una gran deformación de la región pélvica, la piel llega a tener un espesor de 5 a 8 centímetros.

En posición erecta se observan las clásicas «almohadillas», aunque a la palpación además de confirmarse la blandura del tejido, se nota también bajo los dedos la presencia de pequeños nódulos duros. En lo que se refiere a la movilidad podemos deslizar más fácilmente los planos superficiales y profundos de la piel.

En este tipo de lipodistrofia puede haber complicaciones como várices, equimosis regionales en diversos lugares, sensación de pesantez, fatiga, adormecimiento de piernas y dolores nocturnos. También hay síntomas de hipotensión ortostática con cambios bruscos de posición que se explican por el estancamiento sanguíneo en las zonas referidas. La sensación de pesantez en las piernas se explica por la infiltración venosa-linfática periférica.¹²

Además de las diversas complicaciones, este tipo origina marcados trastornos psicosociales y afectivo-sexuales manifestados en general por depresiones reactivas con cambios de humor, irritabilidad, agresividad, insomnio, mecanismos compulsivos de compensación, etc.

Comparándola con los otros tipos de celulitis se puede encuadrar como de evolución media.

LIPODISTROFIA EDEMATOSA

Esta forma es más grave pero menos frecuente. Generalmente este tipo es acompañado de obesidad. Se observa piel lustrosa y fenómenos atróficos que muestran sufrimiento de las capas dermoepidérmicas, el infiltrado es más duro; esta característica se debe a la composición de líquido intersticial que es viscoso y con proteínas de alto peso molecular, lo que determina la aparición de linfedema.

Astenia, fatiga, disnea de medianos esfuerzos e hipotonía muscular son los síntomas referidos. Las perturbaciones de carácter psíquico no son por la estética tanto como por los problemas de orden somático que acarrea.¹⁰

El hecho de clasificar la lipodistrofia en 3 tipos no significa que éstas se presenten de forma única en los pacientes y separadamente, por el contrario, es muy

frecuente encontrar asociaciones de lipodistrofia blanda y dura. Es posible encontrar una lipodistrofia dura en las piernas asociada a una blanda en la cintura pélvica, así como también a nivel de un solo miembro (lipodistrofia dura sobre la parte externa de muslos y blanda sobre la parte interna de los mismos).¹⁰

TRATAMIENTO

En la actualidad existe una gran variedad de literatura médica enfocada en el tratamiento de la celulitis, desgraciadamente al mismo tiempo en muchas revistas cosméticas comerciales se pretende promover una serie de productos que en la mayoría de los casos no cuentan con validación científica y son de costos elevados.

La cafeína es el ingrediente básico de muchas cremas anticelulitis en porcentajes que varían hasta el 5%, activa las enzimas que aceleran la ruptura de moléculas de grasa, ya que ésta inhibe la fosfodiesterasa con aumento consecuente del AMPc y actúa sobre la movilización y metabolismo de los ácidos grasos libres.

El uso de aminofilina tópica ha sido reportado como seguro y tiene la ventaja de ser no invasivo.^{13,14} Tienen propiedades lipolíticas y simpatolíticas. Favorece la liberación de las catecolaminas y del AMPc por inhibir la fosfodiesterasa, es un inhibidor de la fosfodiesterasa. En 1955 se demostró que la absorción tópica de aminofilina al 2% es mínima, sin embargo se pueden obtener algunos beneficios en la disminución de la circunferencia de los muslos y en la apariencia de la piel.¹⁵

En la iontoforesis se trata de hacer penetrar a través de la piel productos aplicados tópicamente gracias a la polaridad (electricidad en cargas) y utilización de un tipo de corriente llamado alta frecuencia esto favorece la penetración de algunos productos utilizados para catabolizar los lípidos y aumentar la eliminación de agua retenida y mejorar los mucopolisacáridos.

El endermologie basa su efectividad en la técnica de «aspiración y movilización hipodérmica». Este método, desarrollado en Francia en 1970, envuelve la piel en 2 rodetes y promueve un masaje que mejora la apariencia de la piel,^{16,17} se recomienda que las sesiones duren alrededor de 45 minutos. Sin embargo, la mejoría se obtiene en casos de combinación con dieta hipocalórica y ejercicio, teniendo en cuenta que el resultado será visible después de la 5ª ó 7ª sesión. Este método ha sido aceptado por la Food and Drug Administration como «una técnica temporalmente efectiva para la reducción en la apariencia de la celulitis».^{18,19}

Otro método utilizado es el Liposhifting en el cual se utiliza una técnica parecida a la utilizada en liposucción,

a excepción que con una cánula de Becker no aspiraremos, únicamente iremos desprendiendo la grasa y destruyendo los tabiques fibrosos, posteriormente utilizando una cánula delgada de 6-9 mm la sostendremos por ambas manos y la pasamos como rodete sobre la extensión en que trabajamos a manera de moldear ésta, y fijamos con vendajes. Este método ha resultado ser muy efectivo en el control de grandes irregularidades de la piel, pero se ha utilizado más en la corrección de éstas posterior a liposucciones.²⁰

El mejor tratamiento es el tratamiento preventivo controlando siempre en la medida de lo posible los factores influyentes. Si bien es cierto que cuando la paciente acude a tratarse la celulitis ya está presente e instalada, aun así resulta útil educar en sentido preventivo, porque en muchos casos colaborarán en el resultado del tratamiento que le estamos aplicando. Debemos potenciar estas medidas preventivas orientando a las jóvenes desde edades muy tempranas a seguir una forma de vida sana, lo que implica el cumplimiento de las siguientes normas higiénico-dietéticas.

Evitar el sedentarismo, realizando ejercicio físico lo cual es importante como prevención en esta patología.^{1,3} Evitar el tabaquismo y prendas ajustadas, evitar el calzado incorrecto, el estrés, el estreñimiento, la toma de anticonceptivos orales, el exceso de calor, las exposiciones prolongadas al sol, calefacciones y locales cerrados con exceso de temperatura. Otro punto importante es mantener el peso ideal.

El masaje venoso y drenaje linfático es una buena medida como método preventivo o como método complementario a cualquier otro tipo de tratamiento, puesto que si hemos dicho que la principal causa es la alteración a nivel de la microcirculación, será la mejor forma de poder actuar a este nivel. Beber abundante agua es otra norma importante, así como evitar la ingesta excesiva de sal por los motivos mencionados anteriormente. Con todas estas medidas conseguiremos retrasar la aparición de la celulitis u obtener mejores resultados en los tratamientos aplicados para combatirla.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amad AD, Cordero A, Cordero AA. Celulitis y adiposidad localizada. *Act Terap Dermatol* 1998; 21: 64-74.
2. Leibaschoff G. Cellulite (lipoesclerosis): etiology and treatment. *Am J Cosm Surg* 1997; 194: 395-401.
3. Hernández-Pérez E, Aristimuño M, Lemm M, Seijo J. The Bio-actif α/U in the treatment of Cellulite. *Am J Cosm Surg* 2002; 19: 117-121.
4. Ciporkin H, Paschoal L. De Atualizaçao Terapeutica e fisiopatogenica da lipodistrofia ginoide "Celulite" Santos Ed 1992 1ª ed. Sao Paulo.
5. Nilson-Ehle P. Impaired regulation of adipose tissue in obesity. *Int J Obesity* 1981; 5: 695-699.
6. Querleux B, Cornillon C. Anatomy and physiology of subcutaneous adipose tissue by *in vivo* magnetic resonance imaging and spectroscopy: Relationships with sex and presence of cellulite. *Skin R Tech* 2002; 8: 118.
7. Draelos ZD. Purported cellulite treatments. *Dermatol Surg* 1997; 23: 1177-1181.
8. Smalls L, Lee CY, Whitestone J, Wickett RR. Quantitative model of cellulite: Three-dimensional skin surface topography, biophysical characterization, and relationship to human perception. *J Cosmet Sci* 2004; 56: 105-120.
9. Ascher B. *Lipodystrophies localisées: place respective da la lipoaspiration*, BUII. SFM; 1989; 73: 16-18.
10. Marenus KD. Cellulite etiology. *Dermatol Surg* 1997; 23: 1177-1181.
11. Berlan M, Galitzky J, Lafontan M. Hétérogénéité fonctionnelle du tissu adipeux: récepteurs adrenergiques et lipomobilisation. *J Med Esth Chir Derm* 1992; 19: 7-15.
12. Sanofi-Concept. Le rôle déterminant des récepteurs. NPY dans le stockage des graisses. *Cosmétique* 1997; 14: 30-31.
13. Hamilton EC, Greenway FL, Bray GA. Regional fat loss from the thigh in women using 2% aminophylline. *Obesity Res* 1993; 1(Suppl. 2): 95S.
14. Artz JS, Dinner MI. Treatment of cellulite deformities of the thighs with topical aminophylline gel. *Can J Plast Surg* 1995; 3: 190.
15. Dickinson BI, Gora-Harper ML. Aminophylline for cellulite removal. *Ann Pharmacother* 1996; j30: 292.
16. Chang P, Wiseman J, Jacoby T, Salisbury AV, Ersek RA. Noninvasive mechanical body contouring: (Endermologie) A one-year clinical outcome study update. *Aesthetic Plast Surg* 1998; 22: 145.
17. Adcock D, Paulsen S, Davis S, Nanney L, Shack RB. Analysis of the cutaneous and systemic effects of an endermologic device in the porcine model. *Aesthetic Surg J* 1998; 18: 414.
18. Ersek RA, Mann GE II, Salisbury S, Salisbury AV. Noninvasive mechanical body contouring: A preliminary clinical outcome study. *Aesthetic Plast Surg* 1997; 21: 61.
19. Fodor PB. Endermologie (LPG): Does it work? *Aesthetic Plast Surg* 1997; 21: 68.
20. Saylan Z. Liposhifting: Treatment of the Post-Liposuction Irregularities. *Aesthetic Surgery* 1999; 7: 20-24.