

Recomendaciones de la Guía clínica para diagnóstico y tratamiento clínico del Lipedema, „S2k Leitlinie Lipödem“ de la Sociedad Alemana de Flebología y Linfología Número de Registro AWMF (Grupo de trabajo de sociedades médicas científicas) : 037-12

Traducción por encargo de la Sociedad Alemana de Flebología y Linfología, llevada a cabo por Erika Mendoza

En enero de 2024 se publicó la nueva guía de tratamiento del lipedema, clasificada como S2k por la AWMF, plataforma científica para las “guidelines” de diagnóstico y tratamiento en Alemania. Puede encontrar la guía completa en inglés en el siguiente enlace https://register.awmf.org/assets/guidelines/037_D_Ges_fuer_Phlebologie/037-012le_S2k_Lipoedema_2024-08.pdf

Para mejor comprensión, explico la clasificación existente.

- S1: Recomendaciones de grupos de expertos (Consenso informal entre expertos)
- S2k: Guía basada en consenso (Panel representativo de las sociedades científicas involucradas, proceso estructurado de consenso)
- S2e: Guía basada en evidencia (Revisión sistemática de la literatura, selección y evaluación)
- S3: Guía basada en evidencia y consenso (Revisión sistemática de la literatura, selección y evaluación, llevado a cabo por un panel representativo de las sociedades científicas involucradas, proceso estructurado de consenso)

La guía S2k del lipedema garantiza un enfoque estructurado basado en el estudio de la literatura conocida por los miembros del grupo y en el consenso entre expertos, convirtiéndola en un recurso clave para comprender y manejar el lipedema.

Las recomendaciones con sus niveles de graduación fueron aprobadas con un "fuerte consenso" (con más del 95 % de aprobación de los participantes) o con consenso (con más del 75 % de aprobación de los participantes).

Además, se diferenció entre recomendación fuerte, recomendación (sin más) o cuestión abierta, como recomienda la AWMF.

Grado de la Recomendación	Verbo usado	Signo
Recomendación fuerte	Debe / no debe	↑↑
Recomendación	Debería / no debería	↑
Cuestión abierta	Se puede hacer / se puede descartar	↔

Definición		Re c.	Consenso
1.1.	El lipedema debe describirse como un trastorno doloroso de distribución desproporcionada y simétrica del tejido graso en las extremidades, que ocurre casi exclusivamente en mujeres	↑↑	Fuerte (100%)
1.2.	Debido a los hallazgos divergentes, numerosos aspectos y parámetros del lipedema deberían investigarse de manera más exhaustiva para mejorar la base de datos científicos.	↑	Consenso (94,1%)
Definición clínica			
2.1.	Como síntomas del lipedema deben considerarse el dolor a la presión y al tacto, el dolor espontáneo y la sensación de pesadez	↑↑	Fuerte (100%)
2.2.	Un aumento desproporcionado del tejido graso en las extremidades sin síntomas asociados no debe clasificarse bajo el diagnóstico de lipedema.	↑↑	Fuerte (100%)
2.3.	La manifestación morfológica debe tener un carácter descriptivo y no debe interpretarse como una clasificación por grados de severidad.	↑↑	Fuerte (100%)
2.4.	La clasificación por estadios de la morfología utilizada hasta ahora en la literatura no debe considerarse una medida de la gravedad de la enfermedad. Actualmente, no existe una clasificación por estadios para los síntomas.	↑↑	Fuerte (100%)
2.5.	El criterio de "tejido graso nodular", frecuentemente utilizado en el pasado, no debe emplearse para el diagnóstico debido a su falta de validez.	↑↑	Fuerte (100%)
2.6.	Para la documentación inicial y el seguimiento, se deben registrar al menos los valores biométricos de peso corporal, altura, así como el perímetro de la cintura y la cadera.	↑↑	Consenso (94,1%)
2.7.	Otras mediciones en las extremidades e índices deberían incluirse en la planificación terapéutica y el seguimiento, dependiendo de las extremidades afectadas.	↑	Fuerte (100%)
2.8.	El uso del cociente de lipohipertrofia según Herpertz puede emplearse para describir la desproporción.	↔	Fuerte (100%)
2.9.	En la primera consulta, deberían evaluarse los factores psicológicos que puedan influir en la percepción de la enfermedad.	↑	Consenso (94,1%)
2.10.	El lipedema no debe considerarse una enfermedad intrínsecamente progresiva, ya que su progresión depende de diversos factores.	↑↑	Consenso (94,1%)
2.11.	Las causas de la progresión del lipedema deberían investigarse de manera individual, dependiendo de cada paciente.	↑	Fuerte (100%)
Diagnóstico y Diagnóstico diferencial			
2.12.	El diagnóstico de lipedema debe realizarse clínicamente.	↑↑	Fuerte (100%)
2.13.	Para la diferenciación diagnóstica, pueden utilizarse métodos de exploración por imagen.	↔	Fuerte (100%)
2.14.	Para descartar un edema de origen, por ejemplo, flebológico, puede utilizarse la ecografía diagnóstica.	↔	Fuerte (100%)
2.15.	No deben extraerse conclusiones sobre la etiología de un edema subcutáneo basándose en la ecografía en modo B.	↑↑	Fuerte (100%)
2.16.	Los parámetros de laboratorio pueden utilizarse para descartar diagnósticos diferenciales, pero no son adecuados para confirmar el lipedema.	↔	Consenso (94,1%)

Terapia de compresión en el lipedema			
4.1.	En el caso de un diagnóstico confirmado de lipedema, la terapia de compresión debe utilizarse para reducir el dolor en las extremidades afectadas.	↑↑	Fuerte (100%)
4.2.	Inicialmente, la terapia de compresión en el lipedema puede realizarse con medias de compresión médica (MCM), vendajes de compresión (VC) y sistemas de compresión médica adaptativa (MAC). Para el tratamiento a largo plazo, en la mayoría de los casos, se deberían preferir las MCM.	↔ ↑	Fuerte (100%)
4.3.	La terapia de compresión en el lipedema debe centrarse en la reducción del dolor y otros síntomas subjetivos. Cuando el lipedema se presenta asociado a edemas de otra etiología, la compresión también puede influir positivamente en la formación y reducción del edema asociado.	↑↑	Fuerte (100%)
4.4.	Las pacientes deben ser informadas de que la compresión no es adecuada para la reducción del tejido graso.	↑↑	Fuerte (100%)
4.5.	Al seleccionar y prescribir los materiales de compresión, además de la presión requerida, también debe considerarse el material más adecuado para cada paciente, ya que la eficacia de la compresión depende tanto de la presión como de las características del material.	↑↑	Fuerte (100%)
4.6.	La elección del material de compresión o de un tratamiento de varias piezas debe hacerse en estrecha consulta entre la paciente, el médico, el terapeuta y el proveedor de medias de compresión, para mejorar la adherencia y la efectividad del tratamiento.	↑↑	Fuerte (100%)
4.7.	El lipedema puede tratarse tanto con MCM de tejido circular como de tejido plano. En casos de grandes cambios en la circunferencia de una extremidad, extremidades con forma cónica o con pliegues profundos en la piel y el tejido graso, se deben prescribir medias de tejido plano, ya que el tejido circular no es adecuado en estas condiciones anatómicas.	↔ ↑↑	Fuerte (100%)
4.8.	Debido a su método de fabricación, las MCM de tejido plano generalmente tienen una mayor rigidez (stiffness) y una mayor resistencia a la flexión. Estas propiedades deberían aprovecharse en el tratamiento de pacientes con lipedema, especialmente en casos de obesidad acompañante. La mayor resistencia a la flexión ayuda a cubrir mejor los pliegues profundos del tejido sin causar estrangulamientos por deslizamiento hacia el pliegue.	↑	Fuerte (100%)
4.9.	El tipo de media y el grado de presión requerido (Clase de compresión=CC) deben adaptarse a la localización, los hallazgos clínicos y la gravedad y cambios de los síntomas. No se debe establecer una asignación rígida de una CC específica al diagnóstico de lipedema, ya que el objetivo principal de la terapia de compresión es mejorar los síntomas subjetivos, especialmente el dolor.	↑↑	Fuerte (100%)
4.10.	Siempre se debe preferir el nivel más bajo de CC que proporcione un alivio suficiente de los síntomas, ya que esto mejora la adherencia a la terapia de compresión.	↑↑	Fuerte (100%)
4.11.	Para evitar efectos secundarios y riesgos asociados con la terapia de compresión, se deben seguir las normas para su correcta aplicación. Esto	↑↑	Consenso (89,5%)

	incluye el acolchado de áreas propensas a la presión y el cuidado regular de la piel.		
Compresión neumática intermitente			
5.1.	Para el tratamiento del lipedema, la compresión neumática intermitente debería utilizarse para aliviar el dolor y reducir los edemas asociados de otras causas, incluida como terapia domiciliaria.	↑	Consenso (94,1%)
Terapia medicamentosa			
6.1.	Los diuréticos no deben utilizarse para el tratamiento del lipedema. Sin embargo, su uso en pacientes con lipedema afectadas por otras enfermedades internistas que precisan de diuréticos, es posible.	↑↑	Consenso (94,1%)
6.2.	En la fase inicial del tratamiento o en caso de un deterioro significativo del cuadro clínico, se puede considerar una terapia farmacológica para el dolor. Sin embargo, según la experiencia de los expertos, este tratamiento suele ser ineficaz en el lipedema.	↔	Consenso (88,8%)
6.3.	La prescripción de medicamentos asociados con aumento de peso y/o formación de edema deberían evitarse, siempre que sea posible, tras una evaluación de riesgo-beneficio.	↑	Consenso (88,8%)
Fisioterapia en el lipedema			
7.1.	Si la compresión no es aplicable en casos individuales o no logra reducir el dolor por sí sola, el síntoma principal, el dolor, puede tratarse con drenaje linfático manual adicional, combinado con otras técnicas terapéuticas. En este caso, el drenaje linfático manual no tiene como objetivo la reducción del volumen, sino la modulación de las fibras C.	↔	Fuerte (100%)
7.2.	Dado que el ejercicio con compresión o un programa de entrenamiento es un elemento clave en la reducción del dolor, debe integrarse en el plan terapéutico global.	↑↑	Fuerte (100%)
7.3.	La plataforma vibratoria puede utilizarse con el objetivo de aumentar el umbral del dolor por presión.	↔	Fuerte (100%)
7.4.	La terapia física descongestiva compleja debería utilizarse en casos de lipedema con edemas adicionales de otra etiología.	↑	Fuerte (100%)
7.5.	La práctica adicional de deportes acuáticos (por ejemplo, aquacycling) puede tener un efecto positivo.	↔	Fuerte (100%)
7.6.	El drenaje linfático manual, en combinación con otras técnicas terapéuticas, debería considerarse para mejorar la calidad de vida (QoL).	↑	Consenso (94,1%)
Lipedema y factores psicosociales			
8.1.	En el diagnóstico del dolor asociado al lipedema, siguiendo el modelo bio-psico-social, deben considerarse tanto los factores médicos como los psicosociales.	↑↑	Fuerte (100%)
8.2.	Los trastornos psicológicos pueden influir en los síntomas y la calidad de vida de las pacientes con lipedema y deberían tenerse en cuenta en su diagnóstico y tratamiento. Esto incluye, por ejemplo, trastornos de la alimentación, depresión y síntomas postraumáticos tras violencia o abuso. Se debe adoptar un enfoque terapéutico interdisciplinario.	↑	Fuerte (100%)
8.3.	Las enfermedades psicológicas graves (por ejemplo, un trastorno de la alimentación severo o una depresión grave) deben tratarse antes de realizar una intervención quirúrgica.	↑↑	Consenso (94,1%)

Autogestión			
9.1.	La autogestión eficaz es un componente clave de la competencia y responsabilidad en la salud. Debe fomentarse y se debe animar a la paciente a asumir un papel activo. Las estrategias de resolución de problemas y los objetivos terapéuticos individuales concretos deben desarrollarse conjuntamente para fortalecer la autogestión eficaz de la paciente.	↑↑	Consenso (88,8%)
9.2.	La autogestión debería ser apoyada por los profesionales de la salud mediante medidas adecuadas, pero la responsabilidad debería permanecer en la paciente. Los profesionales deberían reforzar positivamente los logros de la paciente. Se debe evitar un enfoque confrontativo.	↑ ↑ ↑↑	Consenso (88,8%)
Alimentación y Lipedema			
10.1.	Se debe proporcionar información temprana sobre los efectos negativos de la obesidad en el lipedema y la importancia de una alimentación saludable y un estilo de vida activo.	↑↑	Fuerte (100%)
10.2.	Las pacientes deben ser informadas de que, en caso de sobrepeso u obesidad, la reducción de peso mediante una alimentación adecuada también puede ayudar a disminuir el volumen de las piernas.	↑↑	Fuerte (100%)
10.3.	La alimentación y el manejo del peso deben contribuir a mantener o recuperar la movilidad y funcionalidad, así como a prevenir la progresión de la enfermedad. Los objetivos deben adaptarse a la situación individual de cada paciente e incluir tanto la consecución o mantenimiento de una composición corporal saludable como la reducción del dolor y las molestias.	↑↑	Fuerte (100%)
10.4.	El tratamiento de las posibles enfermedades concomitantes sobrepeso y obesidad debe integrarse en el plan terapéutico global del lipedema, ya que ambos pueden contribuir a la progresión del volumen de las extremidades y al empeoramiento del cuadro clínico.	↑↑	Fuerte (100%)
10.5.	La reducción de peso en caso de obesidad coincidente debe basarse siempre en una combinación de medidas nutricionales, de actividad física y, si es necesario, psicoterapias conductuales. Esta estrategia debe abarcar tanto la fase de pérdida de peso como la estabilización a largo plazo.	↑↑	Fuerte (100%)
10.6.	Las pacientes deben ser informadas de que deben evitar las dietas a corto plazo y, en su lugar, adoptar hábitos alimenticios saludables a largo plazo, adaptados a sus necesidades individuales.	↑↑	Fuerte (100%)
10.7.	Las pacientes deben ser informadas de que sus hábitos alimenticios pueden influir positiva o negativamente en los niveles de glucosa e insulina en sangre, así como en la lipogénesis y los procesos inflamatorios.	↑↑	Fuerte (100%)
10.8.	Se puede recomendar una alimentación mediterránea (hipocalórica si es necesario) debido a sus propiedades antiinflamatorias.	↔	Fuerte (100%)
10.9.	Se puede recomendar una alimentación cetogénica (hipocalórica si es necesario), ya que se han descrito efectos de reducción de peso, antiinflamatorios y de alivio de los síntomas.	↔	Consenso (94,1%)

Lipedema y cirugía bariátrica			
11.1.	La indicación para cirugías bariátricas en pacientes con lipedema y obesidad debe establecerse de acuerdo con la guía S3 "Terapia quirúrgica de la obesidad y enfermedades metabólicas".	↑↑	Consenso (94,1%)
	La relación cintura-altura (Waist-Height-Ratio) debe considerarse en la evaluación de la indicación, ya que en casos de desproporción severa, el IMC por sí solo no es un indicador fiable.	↑↑	
	En pacientes con lipedema y un IMC ≥ 40 kg/m ² , se debería considerar un procedimiento bariátrico con el objetivo de reducir el peso corporal y el volumen de las piernas.	↑	
	En pacientes con lipedema y un IMC entre ≥ 35 kg/m ² y < 40 kg/m ² , así como al menos una enfermedad asociada a la obesidad, se puede considerar un procedimiento bariátrico con el mismo objetivo.	↔	
Terapia quirúrgica del lipedema			
12.1.	Como terapia quirúrgica para el tratamiento del lipedema debe considerarse la liposucción para la reducción del tejido graso subcutáneo afectado por el lipedema en piernas y brazos.	↑↑	Consenso (96,4%)
12.2.	<p>Los siguientes aspectos deben tenerse en cuenta al evaluar la indicación de una terapia quirúrgica mediante liposucción en pacientes con lipedema en piernas y/o brazos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor documentado y refractario al tratamiento: Sin mejoría a pesar de la terapia conservadora. • Complicaciones, como limitaciones en la movilidad, enfermedades dermatológicas u ortopédicas secundarias. • Evaluación crítica de la indicación en pacientes con un Waist-Height-Ratio (WHtR) superior a 0,55 y un IMC mayor de 40 kg/m². • Tratamiento prioritario de la obesidad coincidente antes de considerar la liposucción. • Descongestión preoperatoria en casos de edema concomitante de otra etiología. • Indicación estricta en pacientes menores de 18 años. 	↑↑	Consenso (96,4%)
12.3.	La indicación para la liposucción no debe basarse en la clasificación tradicional por estadios, ya que no existe correlación entre la gravedad de los síntomas y la (antigua) clasificación por estadios.	↑↑	Fuerte (100%)
12.4.	<p>La liposucción debe realizarse con una técnica que preserve los tejidos y los vasos linfáticos. Se deben considerar los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de sistemas asistidos por vibración (PAL) o por chorro de agua (WAL). • Realización del procedimiento bajo anestesia tumescente local (TLA) o anestesia general. • Número de sesiones recomendadas: <ul style="list-style-type: none"> • 1 a 4 sesiones para ambas piernas. • 1 a 2 sesiones para ambos brazos. • Tiempo de espera mínimo de 60 a 120 minutos después de la infiltración de TLA, para facilitar una aspiración más suave. 	↑↑	Consenso (96,4%)

	<ul style="list-style-type: none"> • Límite de la solución tumescente utilizada: Si se usa la solución de Klein, la dosis máxima de lidocaína debe ser de 45 mg/kg de peso corporal, con un máximo de 10 litros de solución. • Volumen máximo de aspiración: 10 % del peso corporal. 		
12.5.	Inmediatamente después de la liposucción, se debería realizar una terapia física descongestiva compleja, iniciando con la fase I. La intensidad y la duración del tratamiento deberían ajustarse según los hallazgos postoperatorios.	↑	Fuerte (100%)
12.6.	Después de una liposucción, las pacientes deben continuar con un tratamiento conservador, dependiendo de sus síntomas.	↑↑	Consenso (96,4%)
	Se debe prestar especial atención a la movilidad, estabilidad del peso y regulación del estrés.	↑↑	
	El lipedema no se cura con la liposucción. La liposucción puede aliviar el dolor de forma duradera y mejorar la calidad de vida.	↔	

Versionsnummer: 5.0

Erstveröffentlichung: 12/1998

Überarbeitung von: 01/2024

Nächste Überprüfung geplant: 01/2029

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online