

EDITORIAL

La celulitis como enfermedad dermatológica. Epidemiología y bases etiopatogénicas

Eduardo Fonseca

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. España.

La celulitis o lipodistrofia ginoide¹ es un trastorno estético consistente en un aspecto similar al de la piel de naranja que no produce molestias subjetivas. Sin embargo, sus repercusiones psíquicas pueden ser importantes.

Es un trastorno muy común en mujeres (un 80-90% de las mujeres pospuberales)¹ y raro en varones, que se localiza por lo común en los muslos y los glúteos, aunque en ocasiones se extiende a otras zonas, sobre todo el abdomen, los brazos y las piernas.

Para una mejor valoración de la celulitis en el muslo, es aconsejable explorar a la paciente de pie y flexionando la extremidad inferior 90° a la altura de las caderas y la rodilla².

Pese a su elevada prevalencia y a ser causa frecuente de preocupación en una sociedad que cada vez valora más la apariencia física, los estudios sobre su epidemiología, su etiología y su patogenia son muy escasos y los datos disponibles son interpretados a menudo de forma errónea y en ocasiones se los manipula para basar supuestos métodos terapéuticos.

En primer lugar, debe distinguirse la celulitis de la obesidad, la flacidez, los trastornos circulatorios y el edema, cuadros que pueden acompañar a la celulitis pero son clínicamente diferentes³.

La celulitis intensa suele aparecer en mujeres con oscilaciones del índice de masa corporal (IMC) fuera del intervalo 19-24.

En biopsias de piel y tejido celular subcutáneo, ecografías, resonancia magnética y espectroscopia realiza-

dos en cadáveres y en mujeres con celulitis, se demuestra con claridad que las alteraciones del relieve de la piel que se observan en la celulitis se deben a herniaciones del tejido adiposo a la dermis reticular^{1,2,4,5}.

La simple protrusión grasa en la dermis, formando las llamadas papilas adiposas, es lo que motiva el aspecto de la celulitis, en la que no hay evidencias de fenómenos inflamatorios ni alteraciones vasculares². Entre las papilas adiposas persiste tejido conectivo de la dermis reticular con sus tractos vasculares y nerviosos.

Sin embargo, el tejido conectivo existente entre las herniaciones grasas ha sido malinterpretado muchas veces como un hecho patológico, que originaría depresiones al «traccionar» de la epidermis hacia abajo. Si los intentos terapéuticos basados en conseguir la interrupción de estos supuestos «tractos patológicos» tuvieran éxito, lógicamente conducirían a una necrosis isquémica del tegumento.

El porqué de la elevada frecuencia de la celulitis en las mujeres y su rareza en los varones se atribuye a diferencias en las características del tejido conectivo en el límite dermis-hipodermis. En la mujer, dicho tejido conectivo tendría una estructura irregular y discontinua, mientras que en el varón sería regular y continua². Aunque sin apoyo experimental, habitualmente se atribuyen a los estrógenos estas diferencias.

Una hipótesis que considerar es que, al igual que sucede en la insuficiencia venosa, en la que las alteraciones del tejido colágeno se aceptan como un elemento desencadenante y claramente en relación con la gestación, el tratamiento con gestágenos y el síndrome premenstrual, los cambios edematosos inducidos en la fase luteínica, solos o unidos a otros mecanismos, debilitan la resistencia de la interfase dermis-hipodermis y facilitan la herniación grasa.

En el estado actual de nuestros conocimientos, las actuaciones posibles para la prevención de la celulitis consisten en evitar incrementos y pérdidas de peso, especialmente cuando sitúen el IMC fuera del intervalo 19-24, practicar ejercicio físico regularmente y prevenir o tratar las alteraciones circulatorias, el edema, la obesidad, las alteraciones endocrinas y la flacidez⁶.

También existen bases para pensar que la utilización de prendas compresivas, a la vez que previene el desarrollo de la insuficiencia venosa periférica, podría contribuir a la prevención de la celulitis.

Una vez instaurada, debe tenerse en cuenta que la celulitis es un trastorno muy complejo y las mismas medidas, por ejemplo la reducción de peso, pueden mejorarla en unos pacientes y empeorarla en otros⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Smalls LK, Lee CY, Whitestone J, Kitzmiller WJ, Wickett RR, Visscher MO. Quantitative model of cellulite: three-dimensional skin surface topography, biophysical characterization, and relationship to human perception. *J Cosmet Sci.* 2005;56:105-20.
2. Rosenbaum M, Prieto V, Hellmer J, Boschmann M, Krueger J, Leibel RL, et al. An exploratory investigation of the morphology and biochemistry of cellulite. *Plast Reconstr Surg.* 1998;101:1934-9.

Correspondencia: Dr. E. Fonseca Capdevila.
Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo.
Xubias de Arriba, 84. 15006 A Coruña. España.
Correo electrónico: fonseca@canalejo.org; fonseca@especialistasdermatologia.com

3. Scheinfeld NS. Obesity and dermatology. *Clin Dermatol.* 2004;22:303-9.
4. Nurnberger F, Muller G. So called cellulite: an invented disease. *Dermatol Surg Oncol.* 1978;4:221-9.
5. Mirrashed F, Sharp JC, Krause V, Morgan J, Tomanek B. Pilot study of dermal and subcutaneous fat structures by MRI in individuals who differ in gender, BMI, and cellulite grading. *Skin Res Technol.* 2004;10:161-8.
6. Katz BE, Hexsel DM. Cellulite. En: Lebwohl MG, Heymann WR, Berth-Jones J, Coulson I, editores. *Treatment of skin diseases. Comprehensive therapeutic strategies.* 2.ª ed. Philadelphia: Mosby; 2006. p. 115-6.
7. Smalls LK, Hicks M, Passeretti D, Gersin K, Kitzmiller WJ, Bakhsh A, et al. Effect of weight loss on cellulite: gynoid lypodystrophy. *Plast Reconstr Surg.* 2006;118:510-6.