



CELULITIS, LO ÚLTIMO PARA COMBATIRLA

La Dra. Elia Roo* nos pone al corriente de los más recientes avances expuestos en los recientes congresos.

Celulitis, “Así soy yo”

*Se entiende por celulitis la acumulación de tejido adiposo formando nódulos y hoyuelos que ocasionan el aspecto de “piel de naranja”, y se localiza en las llamadas regiones ginoideas: caderas, muslos, nalgas y abdomen.

*La celulitis no puede ser considerada como una enfermedad, sino como una alteración estética de la superficie de la piel que afecta a entre el 85% y el 98% de las mujeres a partir de la adolescencia en mayor o menor grado. Está presente en todas las razas aunque afecta con mayor frecuencia a la blanca y en menor medida a las mujeres asiáticas. Es muy poco frecuente en los hombres y por ello se cree que el factor hormonal juega un papel relevante en su desarrollo.

*Aunque suele estar presente en zonas con exceso de tejido adiposo y en personas obesas, la obesidad no es necesaria para que se produzca.

Ellos son los culpables

A pesar de todo lo que se escribe sobre celulitis, son pocos los estudios científicos sobre las causas que la originan.

Las cuatro hipótesis propuestas para explicar la fisiología de la celulitis son: cambios estructurales cutáneos en relación con el sexo, alteraciones del tejido conjuntivo, cambios vasculares y factores inflamatorios.

1.Cambios estructurales cutáneos

De acuerdo con la teoría desarrollada por los doctores Nuremberger y Muller existen diferencias estructurales entre ambos sexos en las características de los lóbulos de grasa subcutánea y en los tabiques de tejido conjuntivo que los separan. En las mujeres afectadas por celulitis se produce una herniación de la grasa hacia la dermis, mostrando una pérdida de la homogeneidad del borde entre dermis y epidermis. Este hecho no se observa en los hombres, en los que la unión entre la dermis y la hipodermis muestra un borde homogéneo y continuo.

2.Alteraciones en los tabiques conjuntivos

Según los estudios de Pierard, la herniación de la grasa se produce porque los tabiques del tejido conjuntivo pierden su disposición oblícua y se disponen orientados verticalmente, de forma que pierden tensión y la grasa “sobresale”. Hoy esta es la hipótesis más aceptada.

3.Cambios vasculares

La celulitis tendría un origen multifactorial debido a alteraciones metabólicas y estructurales. Al inicio del proceso se produciría una alteración vascular con un depósito de glicosaminoglicanos (GAG) en la pared de los capilares con el consiguiente aumento

de la presión que originaría una retención de fluidos en la dermis, entre los. Este edema daría lugar a un incremento de la presión, una disminución del retorno venoso y de la entrada de oxígeno en los tejidos que lo complicaría, originándose una rotura de capilares y formación de microhemorragias. El aumento en la formación de adipocitos (lipogénesis) debido a la acción de las hormonas femeninas (estrógenos y prolactina) y las dietas ricas en carbohidratos agravarían el cuadro.

Otros estudios posteriores no han podido corroborar el edema ni el aumento de los depósitos de GAG en mujeres con celulitis.

4. Factores inflamatorios

Basándose en la sensación de dolor al comprimir los nódulos de celulitis que presentan algunas mujeres, Kligman reportó la presencia de células inflamatorias en los tabiques conjuntivos de biopsias de celulitis. Otros autores no han encontrado en sus estudios signos de inflamación.

3. Lo que me hace fuerte

La predisposición genética, el sexo y la raza también juegan un papel en el desarrollo de la celulitis. La vida sedentaria, las dietas ricas en grasas y carbohidratos, el estrés, el abuso del tabaco y el alcohol y medicamentos como antihistamínicos, tratamientos antitiroideos o para el corazón contribuyen a su agravamiento. Pero también las hormonas sexuales juegan un papel importante. La celulitis se agrava con la ingesta de estrógenos, anticonceptivos y el embarazo. También puede presentarse en hombres con deficiencias hormonales de andrógenos (como aquellos que han recibido medicamentos para el cáncer de próstata).

4. Así de “mala” puedo mostrarme

*La celulitis se clasifica en grados, en función de la existencia o no de piel de naranja:

Grado 1: Piel lisa de pie o tumbada; al comprimir la piel entre los dedos no se observa piel de naranja

Grado 2: Piel lisa de pie o tumbada, pero al pinzarla entre los dedos o al contraer la musculatura, aparece la piel de naranja.

Grado 3: Piel lisa tumbada, pero aparece piel de naranja al ponerse de pie.

Grado 4: Hay celulitis con o sin pinzamiento, de pie y tumbada y suele corresponder a mujeres postmenopáusicas y con obesidad.

*Existen otras clasificaciones de la celulitis, en función de la consistencia de la piel:

Dura: Tejidos tonificados, rígidos y duros al tacto. Es típica de mujeres jóvenes que hacen ejercicio físico. Suele asociarse con estrías y se correspondería con el grado 2.

Flácida: Los tejidos se muestran blandos y se balancean con el movimiento. En mujeres inactivas y en aquellas que han perdido peso súbitamente.

Edematosa: Es la más severa y menos frecuente. Se acompaña de hinchazón de los miembros inferiores y dolor ocasional.

Mixta: Es la más frecuente, más de un tipo de celulitis en diferentes localizaciones en la misma persona.

4. Estos son mis enemigos

Existen numerosas terapias que aseguran “curar” la celulitis. Puesto que no se conoce con seguridad su origen, y que no existen estudios científicos rigurosos que avalen

muchos de los tratamientos ni que comparen la eficacia de unos respecto a otros, solo podemos hablar de terapias que “mejoran” el aspecto de la celulitis.

Celulitis y obesidad no son el mismo problema, pero al aumentar de peso se puede presentar celulitis: aunque la obesidad no causa la celulitis, puede agravarla. Siempre se cita que la pérdida de peso, la dieta y el ejercicio mejoran la celulitis. Sin embargo en un estudio realizado en pacientes sometidos a cirugía bariátrica con grandes pérdidas de peso, no se observó relación entre la pérdida de peso y la mejoría de la celulitis, de hecho algunas pacientes mostraron un empeoramiento de su celulitis, lo que posiblemente indica que existen factores individuales y posiblemente relacionados con la estructura y el grosor de la dermis que hacen que unas mejoren y otras no.

Agentes que combaten el problema:

***Farmacológicos:** Pueden aplicarse de forma tópica, oral o transcutánea (mesoterapia). Sustancias con efecto lipolítico (disuelven grasas): metilxantinas: aminofilinas, cafeína, teofilina, teobromina (inhibidores de la fosfodiesterasa); adrenalina; Yohimbina, piperoxan, fentolamina y dihidroergotamina; Coenzima A y ácido amino l-carnitina
Extractos vegetales: el extracto de Cólleo, el extracto de Sauce, los extractos vegetales de té verde, la Garcinia cambogia, el extracto de Guaraná.

***Sustancias que actúan sobre el tejido conjuntivo:** Centella asiática, silicio, Vitamina C, Ácido hialurónico, alfa-hidroxiácidos (ácido láctico, cítrico, málico, tartárico)

***Activadores de la microcirculación:** naranja amarga, algas marina, Castaño de Indias, Cola de caballo, hiedra, ciprés, pensamiento, pilosela, ruscus aculeatus, salvia, Ginko biloba, Vitamina E.

*Aunque no existen estudios controlados que comprueben la eficacia de estos tratamientos ni la duración de sus efectos, para que pueda conseguirse un resultado eficaz dichas sustancias deben penetrar en la dermis a una dosis correcta. Algunos de estos activos se administran directamente en la dermis a través de microinyecciones (mesoterapia). La sustancia ideal debe ser hidrosoluble, isotónica, tener un ph adecuado, ser física y bioquímicamente estable, bien tolerada tras la inyección y no provocar alergias.

***Retinol.**

La aplicación tópica de retinol en el tratamiento de la celulitis se basa en su capacidad de promover una mayor firmeza y grosor a la dermis. Kligman realizó un estudio con 20 mujeres sanas afectadas de celulitis, aplicando retinol dos veces al día durante 6 meses con mejoría en la mayoría de las mujeres tratadas. En otro estudio posterior solo se evidenció cierta mejoría en mujeres con una celulitis incipiente.

***Fosfatidilcolina**

La fosfatidilcolina se extrae de la lecitina de soja y es un lipolítico que se utiliza mediante su inyección en hipodermis para disolver depósitos localizados de grasa. Su uso en inyección no está autorizado en Europa y puede ocasionar necrosis muscular y cutánea.

***Tratamientos mecánicos**

-Drenaje linfático: El masaje manual se utiliza para movilizar los fluidos intersticiales y favorecer el drenaje linfático en personas con insuficiencia venosa de retorno. La mejoría se aprecia desde las primeras sesiones al eliminar el exceso de líquido, pero se necesita un mantenimiento a largo plazo para mejorar la celulitis.

-Presoterapia: Se emplea un masajeador neumático para conseguir un masaje que active la circulación de retorno y el drenaje linfático, mejorando el edema en las piernas.

Endermologie (LPG): Se trata de un aparato que usa el efecto vacío generado por presión negativa para actuar sobre la piel.

***Tratamiento quirúrgico**

-Liposucción: La aspiración mediante cánulas de la grasa subcutánea constituye uno de los tratamientos clásicos de la celulitis. En realidad no siempre se consigue el resultado deseado ya que en ocasiones, tras la eliminación de la grasa se produce un empeoramiento del aspecto de la piel, debido a la flacidez de la misma.

-En la actualidad, se consiguen mejores resultados con la lipoescultura ultrasónica o con los láseres de lipólisis (endoláseres: Smartlipo MPX®, Syris®, Lipolight®, Biolight®). Consiguen una eliminación más controlada de la grasa siempre que se traten pequeños volúmenes, con un menor sangrado y cierto grado de estiramiento de la piel superficial.

***Nuevas tecnologías**

En los últimos años se han desarrollado nuevos aparatos que permiten tratar la celulitis de una forma no invasiva y segura, aunque se necesitan más estudios que controlen sus resultados. En los próximos años asistiremos a un mejor desarrollo de estas nuevas tecnologías que posiblemente revolucionen el tratamiento de la celulitis.

-Ultrasonidos focalizados: El sistema focaliza un haz de ultrasonidos sobre la zona del cuerpo a tratar y hace penetrar su energía hasta el tejido adiposo. El efecto térmico producido por los ultrasonidos focalizados consigue romper la estructura interna del tejido graso y los descompone en partículas más pequeñas, sin dañar la epidermis, la dermis, ni los tejidos adyacentes. La grasa sobrante es reabsorbida. (UltraShape® y LipoSonix®)

-Ultrasonidos de baja intensidad y no focalizados: Actúan sobre la superficie cutánea y combinan varios tratamientos. Dermasoni®, Lipocavitron®, Medsculpt (+ masaje), Bella contour® (+ estimulación con electrodos), Ultracontour® (+ masaje y gel con ingredientes activos)

-Ultracavitación: Un rodillo genera microburbujas de vacío de forma controlada, éstas producen la llamada cavitación, que son ondas ultrasónicas moduladas en múltiples frecuencias. Dichas microburbujas tienen un efecto de succión destruyendo la célula adiposa. Es decir, las ondas generadas por el rodillo chocan contra las células adiposas destruyendo su membrana y liberando la grasa (Liposonic®)

-Radiofrecuencia: aparatos que emiten ondas controladas para su penetración cutánea superficial o profunda. Ocasionan un estiramiento de los tejidos adyacentes, dando lugar al remodelamiento del colágeno, favorece el retorno venoso, la descomposición de la grasa y su eliminación a través del sistema linfático. (Accent®, ThermaCool®)

Infrarrojos, radiofrecuencia y masaje (VelaSmooth® y Vela Shape®)

Láseres externos de baja frecuencia: SmoothShape® (láseres de 650 y 900 nm), TriActive® (láser de 808 nm + masaje y succión) y DermaWave® (láseres de 685 y 830 nm + masaje y succión).

***La Dra. Elia Roo es Coordinadora de la Unidad de Dermatología Estética del Hospital Sur de Alcorcón (Madrid) y miembro de la AEDV (Academia Española de Dermatología).**

*** **Recuerda añadir siempre junto al nombre del especialista “Miembro de la AEDV (Academia Española de Dermatología).***

Prensa y Comunicación:

Marta Cámara 656826516 martacamarabusto@yahoo.es

Silvia Capafons 666501497 silviacapafons@yahoo.es

Marián Vilá 630975157 marianvila@yahoo.es