



VOLUME V

LIPEDEMA NA PRÁTICA

*Diagnóstico, tratamento e
cuidado multidisciplinar*

EMERSON CRUZ · GABRIEL SCALON

CRM/SC 22.306 · CRM/SC 22.132

VALLIS ACADEMY

V A L L I S A C A D E M Y

LIPEDEMA NA PRÁTICA

V O L U M E V

V A L L I S A C A D E M Y

Lipedema na Prática

Diagnóstico, tratamento e cuidado multidisciplinar

Dr. Emerson Cruz

CRM/SC 22.306

Dr. Gabriel Scalon

CRM/SC 22.132

V O L U M E V D A L I N H A V A L L I S A C A D E M Y
T U B A R ã O · S A N T A C A T A R I N A · 2 0 2 6

CRÉDITOS

Lipedema na Prática

Diagnóstico, tratamento e cuidado multidisciplinar

Volume V da linha Vallis Academy

Primeira edição digital, 2026

Dr. Emerson Cruz, CRM/SC 22.306

Dr. Gabriel Scalon, CRM/SC 22.132

ISBN 978-65-977939-1-4 (e-book, PDF)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Cruz, Emerson

Lipedema na prática [livro eletrônico] : diagnóstico, tratamento e cuidado multidisciplinar / Emerson Cruz, Gabriel Scalon. -- Tubarão, SC : Instituto Vallis, 2026. -- (Vallis Academy ; 5)

PDF

ISBN 978-65-977939-1-4

1. Diagnóstico diferencial 2. Farmacologia 3. Fisiopatologia 4. Tecidos (Anatomia e fisiologia) 5. Terapia nutricional I. Scalon, Gabriel. II. Título. III. Série.

26-401060.0

CDD-616.398

Índices para catálogo sistemático:

1. Lipedema : Tecido adiposo : Ciências médicas 616.398

Eliete Marques da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9380

COMO CITAR ESTA OBRA

CRUZ, E.; SCALON, G. *Lipedema na Prática: diagnóstico, tratamento e cuidado multidisciplinar*. Tubarão: Vallis Academy, 2026. (Vallis Academy, v. 5). E-book.

Copyright 2026 Instituto Vallis. Todos os direitos reservados.

Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida, distribuída ou transmitida por qualquer meio sem autorização escrita dos autores. A licença de uso é individual e intransferível.

Esta obra é material de educação profissional continuada. Não substitui a avaliação clínica individual, as bulas, as diretrizes das sociedades nem as normas do conselho profissional de cada leitor. Indicações, doses e condutas farmacológicas têm finalidade educacional e são privativas do médico.

Instituto Vallis. Rua José Evaristo Fogaça 86, Tubarão, Santa Catarina, Brasil.

Como usar este livro

Este volume trata de uma doença que passou décadas sem nome no consultório brasileiro e que, nos últimos anos, ganhou classificação internacional, consenso nacional e consenso mundial. O material clínico disponível em português ainda não acompanhou essa mudança, e é essa distância que o livro pretende cobrir.

Ele foi escrito para ser multidisciplinar na prática, e a diferença aparece nas tabelas. As tabelas de conduta trazem uma coluna a mais do que nos volumes anteriores, indicando quem executa cada item, entre médico, fisioterapeuta, nutricionista, educador físico e psicólogo. Nenhuma conduta deste livro é de um profissional só, e nenhuma delas funciona isolada.

A evidência aqui é mais fina do que nos outros volumes, e isso está declarado em cada página. Revisões recentes descrevem predomínio de estudos observacionais, coortes pequenas, diagnóstico heterogêneo e desfechos não padronizados. Escrever com honestidade sobre esse cenário é mais útil do que simular certeza, e é o que permite ao leitor decidir com critério enquanto a pesquisa avança.

Onde a conduta se apoia em mecanismo, sem desfecho demonstrado, isso está escrito com essas palavras. Onde o mercado transformou hipótese em protocolo, isso também está escrito, com o motivo.

O QUE ESTE LIVRO NÃO COBRE

Técnica cirúrgica em detalhe, que é matéria de formação específica, manejo do linfedema primário e secundário fora do contexto do lipedema, e as demais lipodistrofias raras. Esses temas aparecem apenas no ponto em que o diagnóstico diferencial ou o encaminhamento os exigem.

CONFORMIDADE

Limites desta obra

Material de educação profissional continuada dirigido a médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos e psicólogos. Não substitui a avaliação clínica individual, as bulas, as diretrizes das sociedades nem as normas do conselho profissional de cada leitor.

Indicações, doses e condutas farmacológicas têm finalidade educacional e são privativas do médico. A regulação sanitária brasileira sobre manipulação e sobre terapias hormonais muda com frequência e precisa ser verificada no momento da prescrição.

Nenhum autor recebeu patrocínio de indústria, farmácia de manipulação, fabricante de compressão ou serviço cirúrgico para a produção desta obra.

Os casos clínicos são reais em sua lógica e desidentificados em todos os dados que permitiriam reconhecer alguém.

CONVENÇÕES

Os selos e a coluna de execução

Este volume mantém os dois selos dos anteriores e acrescenta a indicação de quem executa cada conduta. Tabelas descritivas, de verificação ou de estrutura documental não recebem selo de evidência, e isso está sinalizado na legenda de cada uma.

Selo de evidência	Significado
Estabelecido	Sustentado por ensaios, metanálises ou diretriz de sociedade
Plausível	Mecanismo coerente e evidência clínica limitada ou heterogênea
Exploratório	Hipótese de trabalho, útil para observar, insuficiente para decidir sozinha

Quem executa	Significado
Médico	Diagnóstico, prescrição, indicação cirúrgica e laudo
Fisioterapeuta	Terapia descongestiva, compressão, reabilitação e pós-operatório
Nutricionista	Estratégia alimentar, composição corporal e acompanhamento
Educador físico	Prescrição e progressão do exercício
Psicólogo	Imagem corporal, comportamento alimentar e sofrimento associado
Equipe	Conduta que exige mais de um profissional para funcionar

SUMÁRIO

PARTE I • O QUE É

1. A doença que demorou a ser reconhecida	11
2. Fisiopatologia: estrogênio, tecido adiposo e microvasculatura	17
3. A dor, e como medir	25

PARTE II • DIAGNÓSTICO

4. O exame clínico que fecha o diagnóstico	33
5. Estágios, tipos e o que a classificação muda	40
6. Diagnóstico diferencial	47
7. O que a imagem faz e o que não faz	54
8. Os dois erros: sobrediagnóstico e subdiagnóstico	61

PARTE III • TRATAMENTO CONSERVADOR

9. O mapa da evidência	69
10. Nutrição	76
11. Compressão, prescrita de verdade	82
12. Exercício	89
13. Terapia descongestiva e fisioterapia	96
14. Farmacologia: registro, mecanismo e o que não fazer	103
15. Fórmulas por eixo	111
16. Saúde mental e imagem corporal	124

PARTE IV • CIRURGIA

17. Quando indicar cirurgia, e o que a evidência mostra	132
18. Pré e pós-operatório	138

PARTE V • A PRÁTICA

19. Gestação, menopausa e ciclos de vida	146
20. O laudo, a documentação e a cobertura	153
21. Casos comentados	159

APÊNDICES

A. Exame clínico passo a passo	172
B. Escala de dor e ficha de acompanhamento	173
C. Prescrição de compressão	174
D. Modelo de laudo	175
E. Folha de orientação à paciente	176
F. Frases de consultório	177

LISTA DE FIGURAS

Todas as figuras deste volume, na ordem em que aparecem.

1.1	Da descrição ao reconhecimento	12
1.2	As frases que a paciente ouviu, e o que estava acontecendo	13
2.1	O eixo, em quatro passos	18
2.2	A sinalização estrogênica local no lipedema, em quatro passos	19
2.3	Dois tecidos, na mesma paciente, com comportamento diferente	20
2.4	Comparação esquemática entre o tecido adiposo subcutâneo normal e o tecido adiposo do lipedema	21
3.1	As quatro origens, com o que piora e o que melhora cada uma	26
3.2	Os três eixos do registro	27
4.1	Os seis achados, com o modo de obtenção de cada um	34
4.2	A transição, em representação esquemática	35
5.1	Os estágios pela superfície e pela textura	41
5.2	Os tipos pela distribuição	42
6.1	Os cinco quadros, com os quatro discriminadores	48
6.2	A sequência dos discriminadores	49
7.1	Para que serve cada exame, e quais mudam conduta	55
7.2	As duas colunas, pelo critério de mudança de conduta	56
8.2	Os cinco filtros	63
9.1	O mapa, intervenção por intervenção	70
9.2	A sequência inicial, com o responsável por cada etapa	72
10.1	O que a estratégia alimentar alcança, e o que permanece	77
10.2	As três estratégias, com o papel de cada uma no plano	78
11.1	As cinco decisões	83
11.2	As duas construções, em representação esquemática	83
12.1	Os três efeitos somados	90
12.2	As quatro fases, com os prazos como referência	91
13.1	Os quatro componentes	97
14.1	Os três níveis de decisão	104
14.2	O que se pode e o que não se pode afirmar	105
15.1	Os cinco eixos, com o selo predominante de cada um	112
16.1	As quatro consequências e o que entra no plano para cada uma	125
16.2	As duas formas de conduzir	126
17.1	O que a cirurgia entrega e o que ela não entrega	133
17.2	Os cinco requisitos	133
18.1	A linha do tempo, do preparo à retomada	139
18.2	O que é esperado e o que exige contato	140
19.1	As quatro janelas, com a conduta de cada uma	147
20.1	As seis partes do laudo	154

LISTA DE TABELAS

Todas as tabelas deste volume, na ordem em que aparecem.

1.1	O custo do atraso, item por item	14
2.1	Do mecanismo à conduta, com o profissional responsável por cada item	21
3.1	O que registrar, com quem executa	27
4.1	A sequência do exame, com quem executa cada item	35
5.1	Do estadiamento à conduta	42
6.1	Os diferenciais, com o que levanta cada um e quem conduz	49
7.1	Indicações e limites, com quem solicita	57
8.1	Os filtros, com quem executa	63
9.1	Os pilares, com prazo e responsável	71
10.1	As estratégias, com cuidados e responsáveis	78
11.1	A prescrição completa, item por item	84
11.2	Os obstáculos de adesão, com solução para cada um	85
12.1	As modalidades, com responsável e evidência	91
13.1	Os recursos, com papel e responsável	98
14.1	As opções, com papel e responsável	105
15.1	Do perfil à escolha do eixo	118
15.2	Somatórios que ninguém prescreveu	120
16.1	As situações, com quem conduz cada uma	126
17.1	Os elementos da decisão cirúrgica, com quem conduz cada um	134
18.1	O preparo, item por item	139
19.1	As fases, com o que muda e o que evitar	147
20.1	As seis partes, com a origem de cada informação	154

P A R T E I

O QUE É

O que é a doença, por que ela demorou a chegar ao consultório e o que acontece nesse tecido.

- 1 A doença que demorou a ser reconhecida
- 2 Fisiopatologia: estrogênio, tecido adiposo e microvasculatura
- 3 A dor, e como medir

A doença que demorou a ser reconhecida

A pergunta deste capítulo: por que uma doença descrita há mais de oitenta anos só agora chegou ao consultório, e o que esse atraso produziu nas pacientes?

RESUMO EXECUTIVO

- O lipedema foi descrito clinicamente na década de 1940 e permaneceu décadas sem reconhecimento formal, confundido com obesidade.
- Ele entrou na classificação internacional de doenças em 2022, ganhou consenso brasileiro em 2025 e consenso internacional em 2026.
- O consenso brasileiro endossou prevalência estimada em torno de doze por cento das mulheres adultas do país, com nível de evidência intermediário.
- O diagnóstico é clínico, e nenhum exame o confirma. Isso transfere o peso do diagnóstico para o exame treinado.
- A maior parte das pacientes chega tendo ouvido, por anos, que o problema era peso / obesidade, consistência / disciplina e adesão a alimentação e estilo de vida.
- O sofrimento psíquico associado parece ser mais consequência dos sintomas do que causa da doença, segundo o consenso brasileiro.

O CASO QUE ABRE

Mulher de 38 anos, procura atendimento por dor nas pernas e desproporção corporal que existe desde a adolescência e piorou após duas gestações. Em doze anos, passou por sete profissionais. Recebeu orientação para emagrecer em todos, fez seis dietas diferentes, perdeu peso em quatro delas e relatou, em todas, que as pernas não mudaram na mesma proporção. Ouviu que era ansiedade, que era retenção, que era genética e que era estética. Traz exames normais e um pedido, feito com receio de parecer exigente: eu só queria saber o nome do que eu tenho.

1 Oitenta anos de atraso

A descrição clínica do quadro é antiga e remonta à década de 1940, em uma série de casos que já descrevia o essencial: acúmulo desproporcional e simétrico de tecido adiposo nos membros inferiores, com dor, poupando os pés, em mulheres, e sem resposta às medidas que funcionavam para obesidade.



Figura 1.1 Da descrição ao reconhecimento. A frase de rodapé explica por que a formação de boa parte dos profissionais em atividade não incluiu este tema.

Depois disso, veio o esquecimento. Durante décadas, essas pacientes foram atendidas como obesas que não aderiam, e a ausência de resposta às orientações reforçava o julgamento em vez de levantar a suspeita. O reconhecimento formal só veio com a inclusão na classificação internacional de doenças, em 2022.

Os dois documentos que mudaram a prática são recentes. O consenso brasileiro, publicado em 2025 por metodologia Delphi e conduzido pela sociedade de angiologia e cirurgia vascular, reuniu mais de cento e setenta especialistas e avaliou noventa afirmações sobre diagnóstico, tratamento e manejo. E o consenso internacional, publicado em 2026, reuniu especialistas de dezenove países e construiu a definição mais abrangente até agora.

A consequência prática desse calendário é direta: quem se formou há mais de cinco anos provavelmente não estudou esta doença na graduação nem na residência, e continua atendendo pacientes que a têm.

2 O que é

A forma mais típica envolve aumento bilateral e simétrico do tecido adiposo subcutâneo nos membros inferiores, frequentemente poupando pés e mãos, acompanhado de dor, sensibilidade ao toque, sensação de peso e facilidade para formar hematomas. Os membros superiores são acometidos em parte das pacientes.

Três características separam esse quadro de obesidade e merecem destaque desde já. A desproporção entre tronco e membros, que persiste mesmo após perda de peso. A dor, que é sintoma cardinal e não acompanha a obesidade simples. E a resistência do tecido acometido à perda de volume, mesmo quando a paciente emagrece de modo expressivo por dieta ou por cirurgia.

O consenso brasileiro endossou a estimativa de prevalência em torno de doze por cento das mulheres adultas brasileiras, com nível de evidência intermediário. Mesmo com a cautela que essa estimativa exige, o número tem uma consequência inescapável: em qualquer consultório que atenda mulheres, essas pacientes já estão presentes, com ou sem diagnóstico.

3 O que o atraso produziu

Antes de discutir fisiopatologia, vale olhar para o que doze anos sem diagnóstico fazem com uma pessoa.

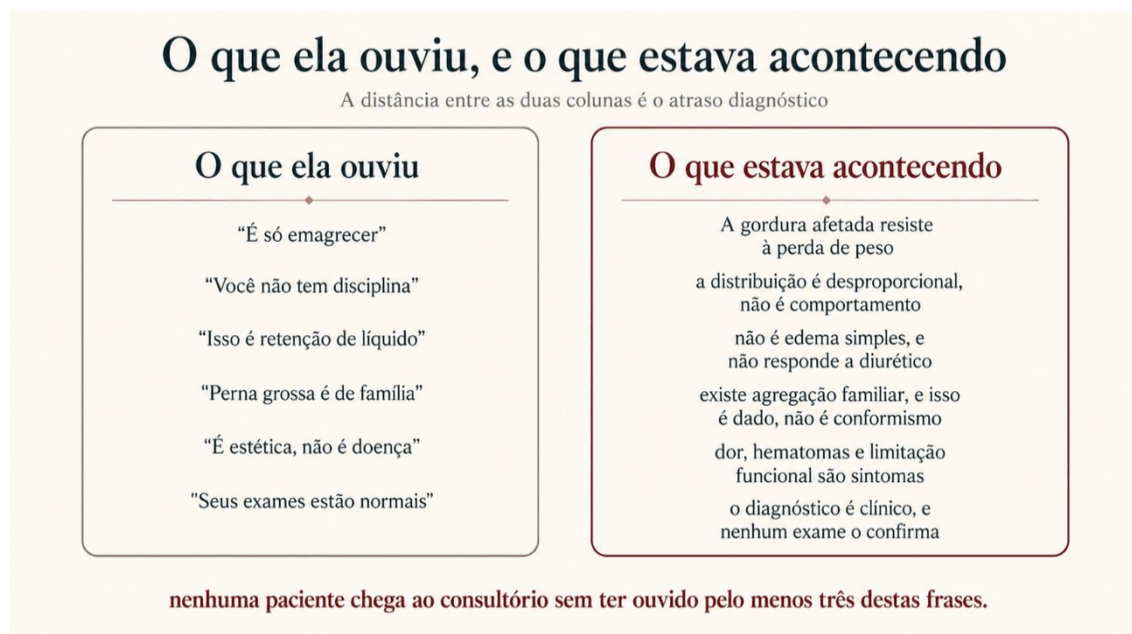


Figura 1.2 As frases que a paciente ouviu, e o que estava acontecendo. A distância entre as duas colunas é o atraso diagnóstico.

Cada uma dessas frases produz consequência clínica, além do desgaste emocional. A orientação repetida para emagrecer produz ciclos de restrição e recuperação, com prejuízo metabólico e comportamental descrito no Volume II. A atribuição do quadro a falta de disciplina produz vergonha, que atrasa a próxima busca por ajuda. E o rótulo de estética retira a paciente do sistema de saúde, empurrando-a para o mercado privado de procedimentos, muitas vezes sem diagnóstico.

O consenso brasileiro trouxe um ponto que merece ser dito em voz alta: o impacto psicológico parece ser mais frequentemente consequência dos sintomas do que causa inicial da doença. A ansiedade e a depressão que muitas dessas mulheres desenvolvem são resultado do sofrimento e do descrédito acumulados, e o quadro das pernas tem outra origem.

Tabela 1.1 O custo do atraso, item por item. Tabela descritiva, sem selo de conduta. A última coluna é o que este livro se propõe a entregar.

O que o atraso produz	Mecanismo	Como se manifesta	O que muda com o diagnóstico
Ciclos de restrição	Dietas sucessivas em quadro que não responde como obesidade	Oscilação de peso e frustração repetida	Meta realista e foco em sintoma, não apenas em peso
Vergonha e afastamento	Atribuição do quadro a falta de disciplina	Adiamento de nova busca por ajuda	Explicação do mecanismo e retirada da culpa
Automedicação e produtos	Ausência de orientação formal	Uso de diuréticos, suplementos e serviços sem indicação	Plano com alvo e prazo
Perda funcional	Dor e progressão sem tratamento conservador	Limitação de marcha e de atividade	Compressão, exercício e terapia dirigida
Isolamento social	Vergonha do corpo e dor ao contato	Evitação de atividades e de exposição	Abordagem de imagem corporal, conforme o Capítulo 16
Gasto sem retorno	Procedimentos e produtos sem diagnóstico	Custo alto e sintomas mantidos	Sequência de tratamento com prioridade definida

DETALHE QUE MUDA A CONDUTA

Existe uma pergunta que praticamente fecha a suspeita e leva quinze segundos, e ela quase nunca é feita: quando você emagreceu, as pernas acompanharam?

A resposta característica é que o tronco, o rosto e os braços responderam, e as pernas permaneceram praticamente iguais, mantendo a desproporção. Essa observação, relatada espontaneamente por quase todas as pacientes, é mais informativa do que qualquer exame disponível hoje.

A segunda pergunta completa o quadro: dói ao toque, ou apenas incomoda o volume? Dor à palpação e facilidade para formar hematomas em áreas de aumento desproporcional afastam a interpretação de obesidade simples e direcionam para o exame do Capítulo 4.

O que o atraso produz	Mecanismo	Como se manifesta	O que muda com o diagnóstico
-----------------------	-----------	-------------------	------------------------------

SINAL DE ALERTA

Nem todo aumento de membros é lipedema, e o Capítulo 6 trata do diferencial em detalhe. Exigem avaliação imediata, antes de qualquer conduta conservadora: aumento unilateral, que sugere outra causa; instalação súbita, que exige afastar trombose; sinais inflamatórios com dor, calor e vermelhidão, que sugerem infecção; edema com sinal de cacifo importante associado a dispneia, que pede avaliação cardíaca, renal e hepática; e lesões cutâneas, ulceração ou alteração de coloração, que apontam para doença venosa ou linfática avançada.

VISÃO DE CONSULTÓRIO

Eu começo dando o nome. Quando a paciente entende que existe uma doença com classificação internacional, consenso e tratamento, alguma coisa muda na postura dela na cadeira, e isso acontece antes de qualquer prescrição.

Também digo, com todas as letras, que ela não falhou. Doze anos ouvindo que era falta de disciplina produzem uma convicção que nenhuma dieta desfaz, e desfazer isso faz parte do tratamento.

E aviso do que este diagnóstico não resolve. Ele não elimina a necessidade de tratar obesidade quando ela coexiste, não promete que as pernas voltem ao que eram, e não dispensa o trabalho conservador. Prometer isso na primeira consulta é a forma mais rápida de perder a paciente no terceiro mês.

4 Pronto para usar

As perguntas que levantam a suspeita. Selo de escopo: compartilhada, com diagnóstico médico.

SEIS PERGUNTAS QUE LEVANTAM A SUSPEITA

- Quando você emagreceu, as pernas acompanharam o restante do corpo?
- Dói ao toque, ou apenas incomoda o volume?
- Você marca com facilidade, com hematomas que aparecem sem lembrar de ter batido?
- As pernas ficam pesadas ao longo do dia?
- Isso começou ou piorou na adolescência, na gestação ou na menopausa?
- Existem mulheres na família com o mesmo padrão de pernas?

ERRO MAIS COMUM

Tratar a queixa como obesidade e repetir a orientação de emagrecer, que a paciente já recebeu de vários profissionais e que não resolve a desproporção nem a dor. O segundo erro mais comum é o oposto e vem crescendo: dar o diagnóstico sem exame adequado, apenas pela queixa de pernas grossas, o que produz o sobrediagnóstico tratado no Capítulo 8.

5 Desfecho do caso

A consulta começou pelas duas perguntas do detalhe deste capítulo. A resposta foi a característica: nas quatro vezes em que emagreceu, o rosto e o tronco mudaram e as pernas quase não. E sim, doía ao toque, com hematomas que apareciam sem trauma lembrado.

O exame clínico, conduzido conforme o Capítulo 4, confirmou o quadro, e o diagnóstico foi dado com nome, com explicação de mecanismo e com a informação de que existe consenso brasileiro e internacional sobre a condição. Também foi dito o que o diagnóstico não resolve, conforme a Visão de consultório acima.

O plano inicial não teve nada de sofisticado: compressão adequadamente prescrita, exercício iniciado em ambiente aquático, ajuste alimentar sem restrição extrema e acompanhamento da dor com escala, conforme o Capítulo 3. A cirurgia foi mencionada como possibilidade futura, para um momento adiante, respeitando a sequência que o consenso estabelece.

Na consulta de retorno, seis semanas depois, a dor havia reduzido e ela relatou algo que não estava em nenhuma meta: parou de se sentir culpada. A frase dela é a razão de este capítulo abrir o livro: eu passei doze anos achando que o problema era eu.

REFERÊNCIAS DO CAPÍTULO

1. Amato ACM, Peclat APRM, Kikuchi R, Souza AC, Silva MTB, Oliveira RHP, et al. Consenso Brasileiro de Lipedema pela metodologia Delphi. *J Vasc Bras.* 2025;24:e20230183. doi:10.1590/1677-5449.202301831.
2. Kruppa P, Crescenzi R, Faerber G, et al. Lipedema World Alliance Delphi consensus-based position paper on the definition and management of lipedema: results from the 2023 Lipedema World Congress in Potsdam. *Nat Commun.* 2026;17(1):427.
3. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Doenças, 11ª revisão (CID-11): EF02.2 Lipedema. Genebra: OMS; 2019. Em vigor desde 1º de janeiro de 2022.
4. Cifarelli V. Lipedema: progress, challenges, and the road ahead. *Obes Rev.* 2025;26(10):e13953.
5. Allen EV, Hines EA Jr. Lipedema of the legs: a syndrome characterized by fat legs and orthostatic edema. *Proc Staff Meet Mayo Clin.* 1940;15:184-7.
6. Kruppa P, Georgiou I, Biermann N, et al. Lipedema: pathogenesis, diagnosis, and treatment options. *Dtsch Arztebl Int.* 2020;117(22-23):396-403.