

LA LIPODIETA

Tratamiento “definitivo” para el sobrepeso y la obesidad: ¿Utopía o realidad?

Claude Jeandot

Introducción

Todos sabemos que los métodos para adelgazar clásicos son —cuando se los considera con una perspectiva de varios años— una enorme decepción para nuestros pacientes, pues la mayor parte de las personas que intentan adelgazar no logran hacerlo en forma duradera. Entonces, al enfrentarse con su propia impotencia, muchos prefieren abandonar y tratar de aceptarse como son, antes que intentar adelgazar y volver a fracasar. Pero el fracaso consiste más bien en tener que limitarse a los métodos clásicos, a falta de un tratamiento realmente eficaz.

Esto es siempre así con el sobrepeso expresado por un índice de masa corporal (IMC) >30 . Detrás de todo intento de adelgazamiento subsiste aún hoy un importante malentendido: la idea de que por el simple hecho de bajar de peso logramos un cuerpo delgado y armonioso.

Así como nos resulta fácil juzgar los regímenes para adelgazar, también debemos criticar la lipoaspiración que, cuando se la realiza en forma aislada, tampoco aporta un gran beneficio. Aunque las formas sean más hermosas, aunque las personas tratadas se sientan felices por vestir prendas algunos talles más pequeños, muy pronto se darán cuenta, que siguen teniendo sobrepeso...

Desalentadas por los fracasos repetidos de los regímenes y en malas condiciones físicas y psíquicas, algunas mujeres terminan por desarrollar el perfil psicológico de la “dispuesta a todo” para terminar con ese fardo. Cuando recurren a la lipoaspiración, tienen la sensación de haber dado, finalmente, en el centro del problema.

Sin embargo, aunque es cierto que una mujer puede notar una mejoría real después de este procedimiento quirúrgico, el resultado durará sólo unos meses. En efecto, para los sobrepesos con un IMC >30 , la lipoescultura que se practica en forma aislada no ofrece estrictamente ningún beneficio por la simple razón de que una lipoaspiración no hace adelgazar.

Estoy convencido de que una solución duradera pasa necesariamente por un tratamiento multidisciplinario efectuado, de ser posible, por una misma persona: el cirujano plástico.

El análisis del tejido adiposo revela por qué ninguno de estos dos métodos por separado, dieta y lipoescultura, permite obtener un peso estable definitivo:

Hipertrofia e hiperplasia del tejido adiposo

Durante las cuatro primeras semanas de vida, nuestro capital adiposo sufre la modificación más importante: una transformación por la cual las células se multiplican. Esto puede llevar a la hiperplasia, es decir, una proliferación anormal de los



Caso clínico 1. Joven de 21 años, se trató con la lipodiet desde el 20/01/1996 hasta el 12/06/1996; su peso inicial era de 90,7 kg con un IMC de 30,66; el peso estabilizado es de 61 kg. El adelgazamiento fue de 29,7 kg, la lipoescultura, de 4 litros.

adipocitos. Al mismo tiempo, se puede producir una acumulación lipídica intracelular que tendrá como resultado una hipertrofia de los adipocitos. Como este período de crecimiento es un estadio fundamental para la obesidad posterior, nos interesa seguir atentamente el desarrollo del niño, ya que un aumento excesivo del tejido adiposo durante los primeros años llevará, sin duda, a un futuro sobrepeso.

La principal manifestación patológica del tejido adiposo es, por supuesto, la obesidad. En ese caso, la asociación hiperplasia-hipertrofia del tejido adiposo es indefectible.

En la inmensa mayoría de los casos de sobrepeso y en todos los casos de sobrepeso con un IMC >30, la hipertrofia siempre está asociada con una hiperplasia celular, a menudo considerable.

Bajo determinadas influencias, especialmente hormonales, algunas células del tejido conjuntivo, llamadas preadipocitos o adipocitos latentes, se transforman definitivamente en adipocitos. La hiperplasia celular se agrava y se traduce en un aumento de las lipodistrofias, en particular con:

- **La pubertad:** los ovarios inmaduros segregan de manera anárquica cantidades importantes de estrógenos, lo que explica la aparición de lipomatosis, a veces muy marcadas (en el lado externo de los muslos [pantalones de montar], caderas, rodillas, abdomen...).
- **Los anticonceptivos orales:** desde el advenimiento de la pildora en mini y microdosis, los efectos negativos son menos marcados, pero siguen existiendo.
- **El embarazo:** las grandes cantidades de estrógenos que se producen durante el embarazo explican la aparición o el aumento de las lipodistrofias, en especial en la zona de los glúteos y en la cara externa de los muslos (pantalones de montar).
- **Los ciclos menstruales:** que se suceden a lo largo de la vida genital de la mujer son, sin duda, un factor de hiperplasia adipocitaria.
- **La premenopausia:** en este período, al igual que en la pubertad, se produce una disfunción de los ovarios que hace que éstos segreguen estrógenos en forma anárquica.
- **La menopausia:** el aumento de peso que se observa en esta etapa corresponde a un déficit estrogénico secundario al cese del funcionamiento ovárico. Entonces, se desarrolla tejido adiposo a la altura del abdomen, en las mamas, las caderas, los brazos y los hombros. A veces disminuye la grasa acumulada en la cara externa de los muslos (pantalones de montar).

Otros factores influyen sobre el aumento de peso, como algunos tratamientos a largo plazo con hormonas, antidepresivos o corticoides. La repetición de los regímenes es un factor agravante. Los sucesivos aumentos de peso se traducen en una reinstalación de la hipertrofia celular y favorecen la hiperplasia de los adipocitos.

Por lo tanto, con el correr de los años, muchos factores y, a veces, todos ellos en conjunto, van agravando el sobrepeso y aumentando el volumen de las adiposidades localizadas. Esto es constante en las mujeres cuyo IMC es superior a 30. Las lipodistrofias son muy comunes en ellas y, con frecuencia, afectan la zona del abdomen, las caderas, la espalda, los brazos, los glúteos, la cara externa de los muslos, la cara posterior, anterior e interna de los muslos, la cara interna y anterior de las rodillas y las pantorrillas.



Caso clínico 2. Paciente de 37 años, se trató con la lipodieta desde el 04/01/1999 hasta el 12/07/1999; su peso inicial era de 93,2 kg con un IMC de 34,66. El peso estabilizado es de 59 kg. El adelgazamiento fue de 34,2 kg, la lipoescultura, de 4,9 litros.

La solución “duradera” al problema de estas mujeres pasa por el tratamiento de las dos causas del sobrepeso. Este objetivo supone combinar las principales ventajas de un excelente régimen, la dieta proteica, con el extraordinario aporte de la lipoaspiración. En otras palabras, se reduce, por un lado, el volumen de los adipocitos y, por el otro, su cantidad. Es así como la alianza entre la dieta proteica y la lipoescultura tiene sentido: **“La lipodieta”** es el tratamiento integral, duradero y estético del sobrepeso.

La lipodieta comprende tres momentos diferentes:

- 1) La dieta proteica
- 2) La lipoescultura



Caso clínico 3. Paciente de 37 años, se trató con la lipodieta desde el 12/02/1999 hasta el 03/07/1999; su peso inicial era de 79,8 kg con un IMC de 31,57. El peso estabilizado es de 55,7 kg. El adelgazamiento es de 24,1 kg, la lipoescultura, de 5,6 litros.

3) La estabilización después de haber logrado el peso ideal
A veces se requiere una cirugía plástica abdominal, una reducción mamaria, o ambas.

1) La dieta proteica

El régimen que debemos utilizar para un programa como éste debe tener muchas ventajas sobre otras técnicas adelgazantes, en especial, **una constancia del adelgazamiento** que permita establecer un verdadero calendario; por eso utilizamos sólo la dieta proteica. Este régimen es rápido: como promedio, la mujer adelgaza 11,5 kg en las 5

primeras semanas del régimen y 10 kg cada 5 semanas. El hombre adelgaza 14,5 kg en las 5 primeras semanas y 13 kg cada 5 semanas. Conocer la velocidad del adelgazamiento permite planificar el protocolo de manera muy precisa y, así, determinar la fecha de la intervención.

En efecto, es impensable “encarar” un adelgazamiento de tal magnitud si cada semana de esfuerzo de la paciente no está coronada por un muy buen resultado. Éste es sumamente alentador y es la condición mínima para que la paciente considere el método en su conjunto.

Por otro lado, la dieta proteica mantiene intacta la masa muscular. La ausencia de deterioro muscular y el efecto de tipo anfetamínico que produce la cetosa son dos elementos esenciales para optar por este régimen. El adelgazamiento se logra a expensas de la grasa únicamente.

En la actualidad se conocen muy bien todas las propiedades de la dieta proteica y, aunque no me atribuyo su paternidad, creo haber aumentado notablemente la rapidez y, por lo tanto, la adhesión de los pacientes a un protocolo más estricto de lo habitual y, sin embargo, mucho más fácil de seguir: cada semana de dieta proteica estricta (DE) debe estar precedida por una semana durante la cual se suprime de la alimentación todo aporte de azúcares rápidos y lentos y de grasas, excepto el aceite que se utiliza para aderezar las ensaladas. La ausencia de azúcar prepara al organismo para la dieta proteica que será total y estricta, pues consistirá exclusivamente en preparaciones hiperproteicas. Los alimentos están totalmente prohibidos.

En estas condiciones, a diferencia de las dietas menos estrictas, nunca se observó malestar ni sensación de hambre. Después de la llamada semana de “preparación alimentaria”, siguen dos semanas de dieta estricta (sólo preparaciones hiperproteicas) hasta que se logra el peso deseado para la intervención, después de la cual se reinstala el mismo ciclo hasta que se llega al peso ideal determinado.

Los efectos secundarios

Así pues, la dieta hiperproteica no tiene ningún efecto secundario importante. Los pocos que se han observado son excepcionales y siempre fáciles de superar, les guste o no a los detractores de la técnica... Además, la mayoría de las veces están relacionados con un cumplimiento deficiente por las pacientes o incluso con una prescripción inadecuada de las sales minerales. Una consulta semanal, o cada 15 días como máximo, es necesaria no sólo para la moral de la paciente, sino para evitar los efectos secundarios o interrumpirlos rápidamente.

Los calambres, debidos a un déficit de potasio, suelen ser la consecuencia de haber olvidado tomar los comprimidos de tartrato de potasio o de un aporte insuficiente.

La hipotensión: la presión arterial disminuye generalmente entre 2 y 3 puntos durante las semanas de dieta estricta. No obstante, si disminuye muy bruscamente, hay que interrumpir la DE durante un tiempo.

Los trastornos hipoglucémicos traducen siempre un mal seguimiento del protocolo del régimen, ya sea durante la semana de preparación alimentaria o durante la semana de DE. Ingerir azúcar, aun en cantidades mínimas, basta para bloquear la cetosa y generar un trastorno hipoglucémico. Es necesario tomarse el tiempo, junto con la paciente, para encontrar la causa de su error, que a menudo es involuntario y vol-

ver a encauzar el régimen. Los trastornos hipoglucémicos también se pueden deber a un esfuerzo físico prolongado; de allí la necesidad de limitar la actividad deportiva mientras dure el régimen.

La constipación es el efecto secundario más frecuente de la dieta proteica y está relacionada con la disminución considerable del bolo alimentario. En la mayoría de los casos, se trata de una desaceleración del tránsito, sin una verdadera constipación. El aporte de fibras alimentarias suele paliar este problema.

Las deposiciones blandas: este efecto indeseable es poco frecuente, aunque puede afectar, pero siempre en forma transitoria, a personas habitualmente constipadas.

La caída del cabello es un fenómeno común todo régimen para adelgazar, pero con éste afecta sólo a una persona de cada cien. Se la puede detener fácilmente con un tratamiento apropiado.

La insuficiencia renal o hepática: estas complicaciones sirvieron de argumento contra la dieta hiperproteica durante muchos años y, así, demoraron su adopción. En realidad, los casos dudosos fueron más que los confirmados. Por mi parte, nunca comprobé alteraciones significativas de la función hepática o renal en los cientos de personas tratadas.

El estado depresivo reactivo está presente en una de cada dos personas y es casi constante en las pérdidas de peso >40 kg, sobre todo si el tratamiento incluyó una cirugía plástica abdominal. Este estado es comparable en todo con lo que ocurre en el posparto. Se justifica que un psicólogo intervenga en el tratamiento médico-quirúrgico del sobrepeso.

Los inconvenientes

La halitosis es el inconveniente más constante. Es lo que demuestra al paciente que está siguiendo bien el régimen y refleja la eliminación de cuerpos cetónicos muy volátiles por vía respiratoria.

Los trastornos del ciclo menstrual son muy frecuentes, como en todos los regímenes, y no son un efecto específico de la dieta proteica.

El aumento de la sensibilidad al frío, debido a la disminución de la "capa adiposa", es más marcado que en los otros regímenes, porque el adelgazamiento es a la vez más rápido y más importante; esto se intensificará después de la lipoescultura.

2) La lipoescultura

La lipoescultura, otra etapa fundamental del protocolo, constituye un aporte revolucionario al tratamiento de la obesidad. Produce avances notables, en especial gracias a la técnica de Klein, que permite eliminar volúmenes de hasta 4 litros en intervenciones ambulatorias y de 10 a 12 litros con hospitalizaciones de unos pocos días.

No voy a analizar nuevamente la técnica de Klein, pero me gustaría insistir en algunos puntos esenciales para el éxito del protocolo de la **lipodieta**:

- el protocolo debe estipular una fecha adecuada para la intervención
- la decisión sobre el tratamiento abdominal (plástica)
- una técnica profunda que se completa con una aspiración superficial

La elección de la fecha de la intervención depende de muchos criterios: la edad de la paciente, la calidad de su



Caso clínico 4. Paciente de 38 años, se trató con la lipodieta desde el 02/05/2000 hasta el 29/11/2000; su peso inicial era de 79,9 kg con un IMC de 30,07. El peso de estabilización es de 52,5 kg. El adelgazamiento fue de 27,4 kg, la lipoescultura, de 5 litros.

piel, la magnitud del volumen por eliminar... Para no equivocarse, se requiere un análisis cuidadoso de estos criterios y, sobre todo, una vasta experiencia. La lipoescultura debe realizarse en un tejido adiposo todavía firme, con una piel aún en condiciones de adaptarse bien en la zona donde se va a realizar la nueva unión. En la mayoría de los casos, la intervención se efectúa en la mitad del régimen, rara vez más tarde. Un pliegue cutáneo marcado a la altura del abdomen o en el lado interno de los muslos y, más aún, las estrías, comprometen la calidad del resultado. Cuando están presentes, lo mejor es proponer que el acto quirúrgico se realice antes. La intervención es, sin duda, más difícil para el cirujano, los volúmenes por aspirar son mayores, pero hay más probabilidades de lograr una buena unión. En este caso, lo esencial del régimen

se hará después de la intervención. Es posible que uno tenga que operar a una paciente que inicialmente pesó 100 kg y cuyo peso ideal es 60 kg, cuando pesa ¡96 kg!

Decisión sobre el tratamiento abdominal: algunos abdomenes, que en otros tiempos estaban sistemáticamente destinados a la cirugía plástica, se pueden “salvar” con la lipoescultura si la intervención se realiza precozmente, como se describe más arriba. Si la piel está demasiado distendida por un régimen muy avanzado, se impone una lipectomía y la fecha de la lipoescultura dependerá solamente de las otras zonas.

Por último, me gustaría insistir sobre **la importancia de la técnica de superficie**, que es obligatoria en todos los casos de piel muy distendida, a causa de la abundancia del contenido.

Si bien la aspiración profunda dibuja las formas y es el verdadero tratamiento para la hipertrofia celular, la aspiración de superficie permitirá obtener una mejor unión de la piel; este trabajo superficial consiste en despegar sólo la grasa subcutánea para permitir que, durante la cicatrización, la piel se retraiga convenientemente, para así adaptarse mejor. Esta intervención quirúrgica, larga y fastidiosa, a menudo es algo hemorrágica y puede causar hematomas subcutáneos en el período posquirúrgico. No obstante, éstos son superficiales, nunca revisten importancia y desaparecen en 2 ó 3 semanas. La ecografía puede ser útil en ciertos casos de piel “fina” o de adherencia subcutánea.

3) La estabilización

Esta etapa, que hoy todas las obras médicas e incluso la prensa femenina especializada califica de casi “banal”, sólo tiene sentido aquí, después de la **lipodieta**. Sin embargo, todo el mundo sabe que después de cualquier régimen, nunca se logró estabilizar el resultado obtenido en forma durable y nunca lo logrará si no se trata la hiperplasia de los adipocitos. Esto seguirá siendo así mientras el cuerpo médico en su conjunto no deje de dar falsas esperanzas a sus pacientes...

El carácter definitivo del resultado es la consecuencia del régimen (tratamiento de la hipertrofia), de la lipoaspiración de todas las zonas involucradas (tratamiento de la hiperplasia celular), de la adquisición por la paciente de una hermosa silueta (fundamental), pero también de esta etapa de estabilización seguida de una supervisión de la paciente durante un año.

La estabilización propiamente dicha dura entre 4 y 5 semanas. Las pacientes asisten consultas semanales. Consiste en fi-

jar etapas durante las cuales los aportes de preparaciones hiperproteicas disminuyen en forma progresiva, a medida que aumentan los aportes de nutrientes. Se trata de un proceso comparable al buceo, como bien lo describió el doctor Metanowski: *“Todo ascenso demasiado rápido puede causar un accidente de descompresión cuando la inmersión ha sido prolongada. Las etapas son fundamentales para permitir la eliminación del nitrógeno de la sangre. Un ascenso demasiado rápido también puede provocar una sobrepresión pulmonar por el aumento enorme de los volúmenes de aire en los pulmones: sólo un ascenso lento permite evitar los problemas relacionados con estas modificaciones bruscas de volumen”*.

Este esquema es comparable en todos sus aspectos con el que encontramos en el marco:

- de una dieta proteica: todo ascenso calórico excesivamente rápido o desequilibrado hace que el peso se recupere muy rápidamente.
- de una lipoescultura: todo nuevo aumento del volumen de las zonas operadas podría ocasionar una mala “readaptación” de la piel. Todo aumento de peso, aunque sea moderado, en los seis meses siguientes a una lipoescultura disminuirá la calidad del resultado.

Después de esta fase de “estabilización” en la que las pacientes logran su peso ideal, no hay que abandonarlas, sino quedar a su disposición en todo momento y también imponerles una supervisión mínima. Las pacientes se deben controlar al mes de finalizada la estabilización y después a los 3, 6, 9 y 12 meses.

Entonces, y sólo entonces, el peso ideal de la paciente se transforma en su peso cerebral, el peso al que su cerebro tiende en forma permanente.

Conclusión

La lipodieta es el tratamiento integral “duradero” y estético del sobrepeso.

Es necesaria para todas las pacientes cuyo índice de masa corporal es mayor o igual a 30 ($IMC = P \text{ kg}/T^2 \text{ cm}^2$).

Resulta fundamental para lograr un resultado definitivo.

Es el vínculo entre el **“tratamiento médico”** del sobrepeso, con todas sus consecuencias para la hipertensión arterial, la diabetes, la hiperlipidemia, etc.) y su **“tratamiento estético”**, teniendo en cuenta que, en mi opinión, estos dos aspectos son tan fundamentales como inseparables.