Lipedema em homens: série de casos retrospectiva de cinco pacientes de um centro de referência brasileiro

Amato AC, Amato JS, Benitti D, Santos KD

Cureus, 2025;17(7):e87332

Tradução para o português do artigo publicado em inglês, feita com auxílio de inteligência artificial. Não é a versão oficial: em caso de divergência, vale o texto publicado pela revista.

Para citar, use a referência da versão publicada:

Amato AC, Amato JS, Benitti D, Santos KD. Lipedema in Men: A Retrospective Case Series of Five Patients From a Brazilian Referral Center. Cureus. 2025;17(7):e87332. doi:10.7759/cureus.87332

Versão publicada: https://doi.org/10.7759/cureus.87332

Esta tradução on-line: https://vascular.cc/artigos/lipedema-in-men-a-retrospective-case-series-of-five-patients-from-a-brazilian-referral-center/pt/

Publicado originalmente sob a licença CC BY 4.0. Esta tradução é distribuída sob a mesma licença; alteração feita: tradução do inglês para o português.

Resumo

O lipedema é um distúrbio crônico do tecido adiposo tradicionalmente considerado quase exclusivo das mulheres, com estimativas recentes que sugerem prevalência de aproximadamente 0,2% em homens no mundo; a condição continua subdiagnosticada no sexo masculino em razão do pouco conhecimento e da escassa literatura. Esta série de casos retrospectiva do Instituto Amato de Medicina Avançada, em São Paulo, Brasil, descreve as características clínicas, os achados diagnósticos e os resultados do tratamento de cinco pacientes do sexo masculino diagnosticados com lipedema entre janeiro de 2022 e dezembro de 2024. Os pacientes, com 31 a 58 anos (média de 42,6 ± 9,7) e IMC de 29 a 42,4 kg/m², apresentavam todos acúmulo bilateral e simétrico de gordura nos membros inferiores, poupando os pés, com comorbidades endócrinas em 80% dos casos e um participante positivo para HLA-DQ2/DQ8. O diagnóstico baseou-se em critérios clínicos que exigiam acúmulo bilateral e simétrico de gordura, distribuição desproporcional da gordura, sinal de Stemmer negativo, preservação dos pés e pelo menos dois critérios menores. O tratamento conservador, incluindo intervenções dietéticas por quatro a oito semanas, resultou em redução média de peso de 7,0 ± 2,2 kg e redução do volume dos membros inferiores de 2,5 ± 1,1 L. Esses achados demonstram que o lipedema ocorre em homens com características fenotípicas clássicas, e a presença dos marcadores HLA-DQ2/DQ8 em alguns casos sugere possíveis componentes autoimunes e oportunidades para intervenções dietéticas direcionadas. O tratamento conservador produz melhoras significativas em curto prazo, o que justifica estudos prospectivos maiores para estabelecer a prevalência, investigar as associações com o HLA e otimizar as estratégias de tratamento do lipedema masculino.

Categorias: Cirurgia Plástica, Endocrinologia/Diabetes/Metabolismo, Cirurgia Cardíaca/Torácica/Vascular

Palavras-chave: doenças do tecido adiposo, análise de bioimpedância, série de casos, distúrbios da gordura, dieta livre de glúten, HLA-DQ2, HLA-DQ8, lipedema, lipedema masculino

Introdução

O lipedema é um distúrbio crônico e progressivo do tecido adiposo, caracterizado pelo acúmulo bilateral e simétrico de gordura subcutânea predominantemente nos membros inferiores, em geral poupando os pés [1]. Descrita pela primeira vez por Allen e Hines em 1940, na Mayo Clinic, essa condição foi historicamente considerada quase exclusiva das mulheres, com início tipicamente em períodos de mudança hormonal, como a puberdade, a gestação ou a menopausa [1,2].

O lipedema apresenta agregação familiar e parece seguir um padrão de herança autossômica dominante com expressão influenciada pelo sexo [3]. A base genética sustenta a predisposição familiar observada, embora os mecanismos subjacentes à manifestação no sexo masculino continuem pouco compreendidos.

Dados epidemiológicos recentes sugerem que a prevalência do lipedema varia consideravelmente entre as populações. As estimativas atuais indicam que até 18% das mulheres no mundo podem ser afetadas, enquanto aproximadamente 0,2% dos homens têm a condição [4,5]. Especificamente em mulheres brasileiras, a prevalência relatada é de 12,3% [6]. Essas variações provavelmente refletem diferenças nos critérios diagnósticos, nas características das populações e no conhecimento dos profissionais de saúde.

O subdiagnóstico do lipedema, sobretudo em homens, decorre de múltiplos fatores. A condição continua ausente de muitos currículos médicos e programas de formação especializada [7]. Além disso, o lipedema é frequentemente diagnosticado de forma equivocada como obesidade simples, linfedema ou insuficiência venosa crônica [8]. Esse desafio diagnóstico se agrava nos pacientes do sexo masculino, nos quais o índice de suspeição é particularmente baixo.

Apesar de ser uma doença relativamente comum, poucos médicos a conhecem. O diagnóstico do lipedema é clínico e baseia-se principalmente na história e na avaliação clínica [9]. Esse desconhecimento contribui significativamente para o atraso no diagnóstico e para o manejo inadequado.

Ao contrário do que se acreditava, há casos de lipedema em homens documentados desde 2003. Chen et al. relataram em 2004 o primeiro caso em língua inglesa de "síndrome da gordura dolorosa" em um paciente do sexo masculino [10]. Desde então, surgiram relatos de caso esparsos, sugerindo que o lipedema masculino pode ser mais comum do que se reconhecia [11-13].

O reconhecimento do lipedema pela Organização Mundial da Saúde na 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), em 2019, com os códigos EF02.2 e BD93.1Y, representa um marco importante [14]. A publicação recente, em 2024, das diretrizes de prática clínica S2k fornece critérios diagnósticos padronizados [15], e uma proposta de estrutura de definição de caso para pesquisa busca harmonizar os estudos clínicos [16].

Esta série de casos apresenta cinco pacientes do sexo masculino com lipedema de um centro de referência brasileiro, destacando as características clínicas, os achados diagnósticos e os resultados do tratamento, a fim de ampliar o conhecimento sobre essa condição pouco reconhecida em homens.

Apresentação dos casos

Realizamos uma revisão retrospectiva de pacientes do sexo masculino diagnosticados com lipedema no Instituto Amato de Medicina Avançada, em São Paulo, Brasil, entre janeiro de 2022 e dezembro de 2024. O diagnóstico foi estabelecido por critérios clínicos padronizados, que exigiam acúmulo bilateral e simétrico de gordura, distribuição desproporcional da gordura, sinal de Stemmer negativo, preservação dos pés e pelo menos dois critérios menores (dor, facilidade para formar hematomas, edema ortos-

tático, história familiar ou início hormonal). A redução de volume foi medida por análise de bioimpedância multifrequencial. Todos os pacientes deram consentimento informado para o uso dos dados.

Estágio	Aspecto da pele	Alterações do tecido adiposo	Características clínicas
I	Superfície lisa	Espessamento homogêneo da gordura subcutânea; nodularidade fina à palpação	Contorno regular do membro; dor à pressão; facilidade para formar hematomas
II	Aspecto de "colchão" ou de "casca de laranja"	Nódulos maiores; lobulação irregular da gordura	Reentrâncias e depressões na pele; dor moderada; hematomas frequentes
III	Superfície grosseira e irregular, com lóbulos pronunciados	Lobos de gordura grandes e pendentes ("pendurados"); aumento acentuado de volume	Deformidade significativa; limitação funcional; desconforto crônico
IV	Características do lipedema associadas a linfedema secundário	Alterações adiposas do lipedema combinadas com acúmulo de líquido linfático; fibrose	Edema persistente sem e com cacifo; sinal de Stemmer positivo; espessamento da pele; infecções recorrentes (p. ex., celulite)

Tabela 1. Estágios clínicos do lipedema (incluindo o linfedema secundário). A tabela resume os quatro estágios do lipedema, detalhando as alterações características da pele, as alterações do tecido adiposo e as principais características clínicas. O estágio IV indica lipedema combinado com linfedema secundário, com acometimento tanto adiposo quanto linfático.

Caso 1

Homem de 58 anos com obesidade grave (IMC de 42,4 kg/m²) apresentou-se com depósitos persistentes de gordura na face medial das coxas após cirurgia bariátrica. Apesar da redução de peso de 240 para 190 kg após a cirurgia, manteve acúmulo desproporcional de gordura nos membros inferiores. Relatava sensação de queimação nos pés durante o exercício e havia desenvolvido dermatite ocre em ambas as pernas.

O exame físico revelou depósitos de gordura bilaterais e simétricos, predominantemente na face medial das coxas, com demarcação nítida nos tornozelos (Figura 1). O sinal de Stemmer era negativo. O paciente referia dor à palpação das áreas acometidas.



Figura 1. Caso 1: vista anterior dos membros inferiores de um paciente de 58 anos com lipedema estágio III. Note o depósito bilateral e simétrico de gordura subcutânea na região proximal e medial das coxas e nas pernas, com demarcação nítida acima dos tornozelos e preservação dos pés. Há hiperpigmentação compatível com dermatite ocre ao redor dos tornozelos e edema leve do pé direito. Fotografia obtida no início, antes do início do tratamento conservador.

A análise de bioimpedância multifrequencial (Tanita BC-601, Tanita Corporation, Tóquio, Japão) demonstrou distribuição desproporcional da gordura, com porcentagem maior nos membros inferiores do que na parte superior do corpo. O paciente foi classificado como lipedema estágio III segundo a classificação de Schingale, pela presença de depósitos de gordura pendentes.

Iniciou-se tratamento conservador, com orientação dietética e encaminhamento à endocrinologia e um programa estruturado de exercícios com ênfase em atividades de baixo impacto. Após oito semanas de tratamento, o paciente obteve perda de 5 kg de peso e redução de 1,5 L de volume dos membros inferiores, medida pela análise de bioimpedância.

Caso 2

Homem de 31 anos, com diabetes tipo 1 desde os sete anos de idade, apresentou-se com acúmulo progressivo de gordura nas pernas ao longo de cinco anos. Sua mãe tinha biotipo semelhante, o que sugere predisposição familiar. Apesar de manter bom controle glicêmico com insulinoterapia e de praticar

musculação regularmente três vezes por semana, notava desproporção persistente dos membros inferiores.

O exame clínico mostrou IMC de 29 kg/m², com acúmulo bilateral e simétrico de gordura nas coxas e nas panturrilhas, poupando os pés. Referia dor leve e facilidade para formar hematomas nas áreas acometidas. A análise de bioimpedância revelou gordura corporal total de 29,9%, mas porcentagens significativamente maiores nas pernas (esquerda, 36,3%; direita, 34,2%) (Figura 2).



Figura 2. Caso 2: imagens de antes e depois, com a distribuição de gordura pela bioimpedância segmentar, de um homem de 31 anos com lipedema. (A) Vista anterior inicial, mostrando aumento bilateral e simétrico do tecido adiposo predominantemente nas coxas e nas panturrilhas, com nítida preservação dos pés. (B) Mapa colorido da análise de bioimpedância segmentar no início: as áreas laranja e vermelhas indicam porcentagem de gordura elevada nos membros inferiores em comparação com o tronco. (C) Vista anterior após oito semanas de tratamento conservador (dieta cetogênica, exercício estruturado e nenhuma intervenção cirúrgica), demonstrando redução visível da circunferência das coxas e melhora do contorno dos membros inferiores. (Na figura: "Before" = antes; "After" = depois.)

A avaliação laboratorial incluiu tipagem HLA, que revelou os marcadores DQ2+ e DQ8+. A ultrassonografia Doppler venosa dos membros inferiores não mostrou sinais de refluxo nem de trombose. A positividade para HLA-DQ2 e DQ8 é particularmente relevante diante de evidências recentes que sugerem maior prevalência desses marcadores em pacientes com lipedema e possíveis benefícios de intervenções dietéticas sem glúten.

O paciente foi diagnosticado com lipedema estágio II e tratado de forma conservadora, sem intervenção cirúrgica. O tratamento incluiu otimização da dieta, considerando abordagens sem glúten em razão da positividade do HLA, e a continuação de seu programa de exercícios. Após oito semanas, obteve perda de 5 kg de peso e redução de 1,5 L do volume dos membros inferiores, com melhora referida da dor.

Caso 3

Homem de 44 anos (IMC de 30,2 kg/m²) apresentou-se com pernas grossas desde sempre, que se mantinham desproporcionais apesar das oscilações de peso. A história familiar era relevante, com apresentação semelhante na mãe e em duas irmãs. Evitava usar bermuda por constrangimento com a aparência das pernas e achava as meias de compressão desconfortáveis.

O exame físico confirmou lipedema estágio II, com depósitos de gordura concentrados nas coxas e nas pernas, sinal de Stemmer negativo e demarcação nítida nos tornozelos (Figura 3). Não havia dor à pal - pação nem sinais de disfunção linfática.

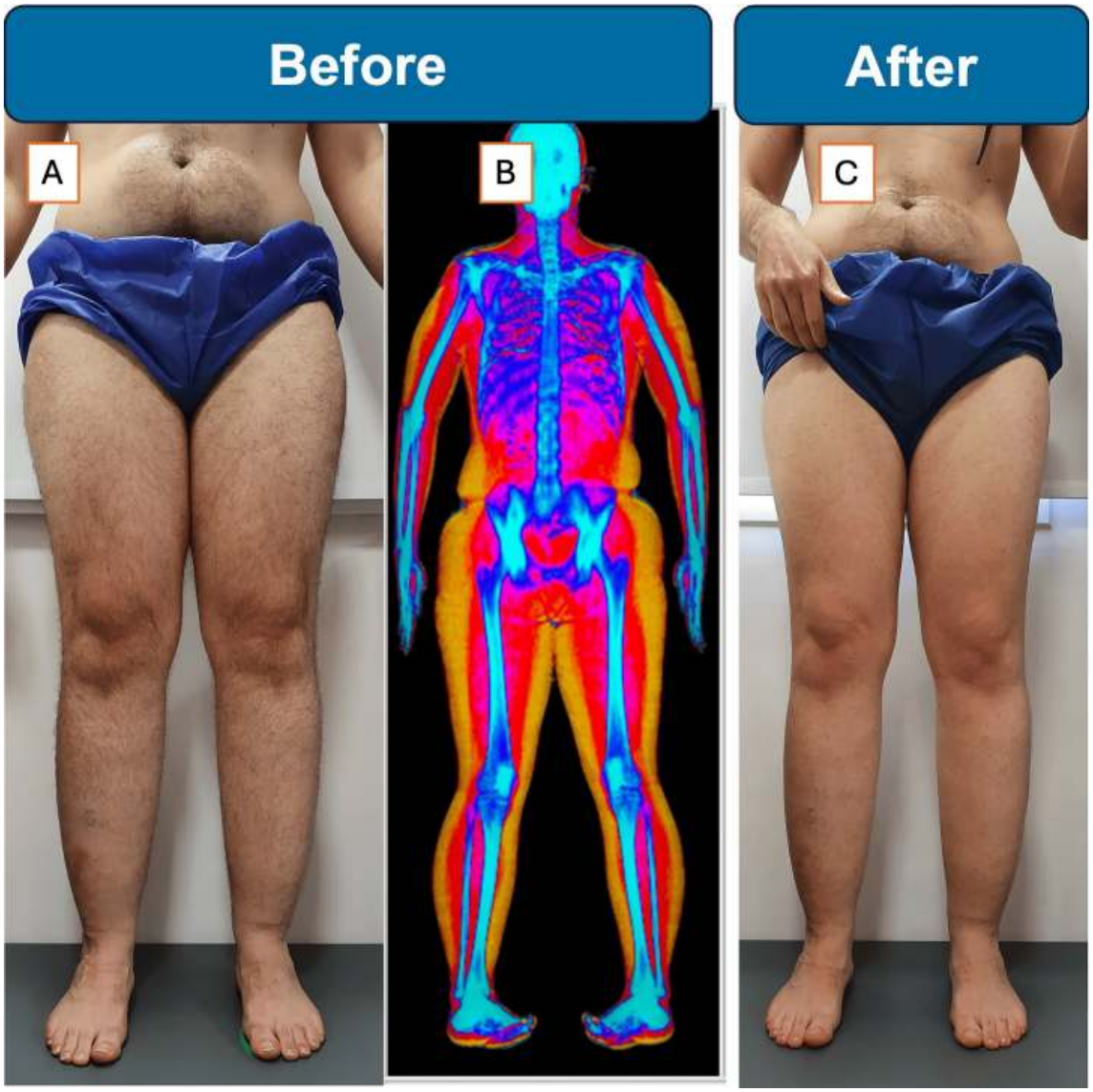


Figura 3. Caso 3: imagens de antes e depois, com a distribuição de gordura pela DXA, de um homem de 44 anos com lipedema. (A) Fotografia anterior inicial, demonstrando acúmulo de gordura pronunciado e simétrico nas coxas e nas panturrilhas, com preservação dos pés. (B) Mapa de absorciometria de raios X de dupla energia (DXA) no início: as cores quentes indicam maior concentração de gordura nos membros inferiores em relação ao tronco. (C) Fotografia anterior após quatro semanas de terapia combinada com dieta cetogênica, semaglutida e lisdexanfetamina, mostrando redução acentuada da circunferência das coxas e contorno mais uniforme dos membros. (Na figura: "Before" = antes; "After" = depois.)

O paciente já usava Ozempic (semaglutida) para controle do peso e Vyvanse (lisdexanfetamina) para transtorno do déficit de atenção, com efeitos colaterais leves, incluindo palpitações e sudorese matinal. Também apresentava estresse crônico e refluxo gastroesofágico.

Iniciou-se dieta cetogênica (< 20 g de carboidratos por dia), com a continuação de seus medicamentos. Recomendou-se avaliação hormonal. Após quatro semanas de tratamento conservador, obteve resultados notáveis, com redução de 10 kg de peso e diminuição de 4 L do volume dos membros inferiores, a melhor resposta de nossa série.

Caso 4

Homem de 36 anos com obesidade grave (IMC de 42,4 kg/m²) e cirurgia prévia de banda gástrica apresentou-se com predomínio de gordura na metade inferior do corpo e edema persistente do pé direito após um trauma ocorrido anos antes. Havia reduzido o peso de 155 para 134,3 kg com dieta e exercício, mas convivia com altos níveis de estresse por administrar uma rede de restaurantes.

A análise de bioimpedância revelou nível de gordura visceral de 22, porcentagem de gordura corporal total de 39,8% e idade metabólica de 90 anos. A distribuição da gordura mostrou claro predomínio na metade inferior do corpo. Os achados laboratoriais incluíram ferritina elevada (342 ng/mL), hiperinsulinemia (28 μU/mL) e deficiência de vitamina D (18 ng/mL).

O exame físico confirmou lipedema estágio III, com depósitos significativos de gordura e linfedema leve do pé direito (Figura 4). O paciente foi tratado com Ozempic, e o Vyvanse foi acrescentado para controle do apetite. Recebeu orientação dietética abrangente, com um programa estruturado de exercícios. Após seis semanas, obteve perda de 7,5 kg de peso e redução de 2,5 L do volume dos membros inferiores.



Figura 4. Caso 4: vistas anterior e lateral de antes e depois de um homem de 36 anos com lipedema estágio III. (A) Fotografias anterior e lateral iniciais, mostrando acúmulo pronunciado e bilateral de tecido adiposo nas coxas e nas panturrilhas, com preservação dos pés; note o avental adiposo mais pesado na face medial das coxas e o leve edema do pé direito. (B) Imagens anterior e lateral correspondentes após seis semanas de terapia combinada com semaglutida, lisdexanfetamina, dieta com restrição calórica e exercício, demonstrando redução visível da circunferência das coxas, melhora do contorno dos membros e resolução do edema do pé direito.

Caso 5

Homem de 44 anos (IMC de 35 kg/m²) com disfunção endócrina apresentou-se descrevendo as pernas como "largas", característica também presente em sua irmã, que manteve pernas grandes apesar da ci - rurgia bariátrica. Desenvolveu hipotireoidismo após tireotoxicose viral e era tratado com levotiroxina 50 mcg ao dia e bupropiona para o humor.

O exame físico revelou lipedema estágio II, com acúmulo bilateral de gordura nos membros inferiores e notável fragilidade capilar (Figura 5). A absorciometria de raios X de dupla energia (DXA) confirmou gordura corporal total de 38,5%, com distribuição desproporcional nos membros inferiores. Os cálculos de IMC ajustado e as razões de gordura sustentaram o diagnóstico de lipedema.



Figura 5. Caso 5: vistas anterior, lateral e posterior iniciais de um homem de 44 anos com lipedema estágio II. As fotografias (A) anterior, (B) lateral e (C) posterior demonstram acúmulo bilateral e simétrico de gordura subcutânea, predominante nas coxas e nas nádegas, com demarcação nítida acima dos tornozelos e preservação dos pés. Note o fenótipo de "pernas largas" e a relativa preservação do contorno das pernas, apesar do excesso adiposo global. Este paciente tinha hipotireoidismo pós-viral em uso de levotiroxina e história familiar positiva (irmã), e as imagens foram obtidas antes do início da dieta cetogênica e do acompanhamento endocrinológico.

Foi prescrita dieta cetogênica sem glúten, com acompanhamento endocrinológico regular. Após seis semanas de tratamento conservador, obteve perda de 7 kg de peso e redução de 3 L do volume dos membros inferiores.

Resumo dos resultados

Os cinco pacientes apresentaram resposta positiva ao tratamento conservador ao longo de quatro a oito semanas, com seguimento médio de 6,2 ± 1,8 semanas. O grupo obteve redução média de peso de 7,0 ± 2,2 kg (variação de 5 a 10 kg) e redução média do volume dos membros inferiores de 2,5 ± 1,1 L (variação de 1,5 a 4,0 L). Notavelmente, todos os pacientes com dor no início referiram melhora dos sintomas, e nenhum evento adverso relacionado ao tratamento foi observado durante o período do estudo. Esses resultados sugerem que abordagens de tratamento conservador podem produzir benefícios significativos em curto prazo em pacientes do sexo masculino com lipedema.

Discussão

Esta série de casos apresenta cinco pacientes do sexo masculino com características clínicas compatíveis com lipedema, contribuindo para a literatura, limitada porém crescente, sobre essa condição em homens. Nossos achados estão de acordo com relatos recentes que sugerem que o lipedema masculino

pode ser mais prevalente do que historicamente se reconhecia, com estimativas atuais de prevalência de aproximadamente 0,2% [4,5].

O fenótipo clínico de nossos pacientes do sexo masculino se assemelhou muito às apresentações clássicas femininas, com acúmulo bilateral e simétrico de gordura nos membros inferiores e a característica preservação dos pés. Esse achado corrobora outros relatos de caso recentes [11-13,17] e sugere que os critérios diagnósticos centrais permanecem consistentes entre os sexos. As diretrizes S2k de 2024 [15], embora desenvolvidas principalmente a partir de populações femininas, mostraram-se aplicáveis ao nosso grupo masculino.

O lipedema é frequentemente diagnosticado de forma equivocada ou confundido com linfedema primário, obesidade e insuficiência venosa crônica [18]. As principais características do diagnóstico diferencial incluem as seguintes: o lipedema aparece quase exclusivamente em mulheres, é simétrico e poupa os pés, ao passo que o linfedema costuma ser assimétrico, com edema que pode acometer todo o membro, incluindo os pés. O lipedema muda pouco com a elevação ou a compressão e se associa a dor e facilidade para formar hematomas. A obesidade caracteriza-se pelo aumento da gordura distribuída por todo o corpo. A insuficiência venosa crônica pode causar edema e dor; entretanto, geralmente não é simétrica e costuma apresentar-se com varizes.

Um achado marcante foi a alta prevalência de distúrbios endócrinos (80% dos casos), incluindo diabetes tipo 1, hipotireoidismo e síndrome metabólica. Essa observação está de acordo com hipóteses emergentes sobre influências hormonais na patogênese do lipedema [17,19]. A presença dessas comorbidades sugere que os níveis hormonais absolutos podem ser menos importantes do que as razões entre hormônios ou a sensibilidade específica de cada tecido [20]. A positividade para HLA-DQ2/DQ8 no caso 2 levanta questões intrigantes sobre possíveis componentes autoimunes, que merecem investigação adicional [21]. Pesquisas recentes demonstraram que pacientes com lipedema têm prevalência significativamente maior de HLA-DQ2 (47,4%) e HLA-DQ8 (22,2%) do que a população geral, sugerindo um possível vínculo entre a sensibilidade ao glúten e a inflamação do lipedema [21]. Esse achado é particularmente relevante, pois pode explicar a melhora clínica observada com intervenções dietéticas sem glúten em nossos casos, e abre novos caminhos para abordagens de tratamento personalizadas baseadas em marcadores genéticos.

Três pacientes (60%) relataram história familiar positiva, com parentes do sexo feminino afetadas, o que sustenta a predisposição genética com possível herança autossômica dominante e expressão influenciada pelo sexo [22,23]. A manifestação no sexo masculino, apesar do típico predomínio feminino, pode indicar modificadores genéticos ou ambientais adicionais que requerem investigação.

Os desafios diagnósticos do lipedema masculino são ampliados pela baixa suspeição clínica. Nossa experiência demonstra o valor da análise de bioimpedância multifrequencial para documentar objetivamente a distribuição desproporcional da gordura. O achado consistente de porcentagens de gordura mais altas nos membros inferiores do que na composição corporal global oferece apoio diagnóstico crucial quando as características clínicas isoladamente podem ser questionadas.

O tratamento conservador produziu resultados notáveis em curto prazo, com redução média de peso de 7,0 kg e redução de volume de 2,5 L em aproximadamente seis semanas. Esses resultados superam os resultados típicos do tratamento da obesidade e sugerem que intervenções direcionadas ao lipedema podem ser particularmente eficazes [24,25]. O uso bem-sucedido de agonistas do GLP-1 (semaglutida) está de acordo com relatos recentes de sua eficácia no lipedema [26], embora os mecanismos específicos requeiram estudo adicional. A adoção de abordagens dietéticas sem glúten em alguns casos pode ser particularmente benéfica para pacientes com positividade para HLA-DQ2/DQ8, pois evidências recen-

tes sugerem um possível vínculo inflamatório entre o consumo de glúten e os sintomas do lipedema em indivíduos geneticamente suscetíveis [21]. O possível vínculo entre a ingestão de glúten e condições autoimunes não celíacas tem sido cada vez mais reconhecido [27], o que sustenta a justificativa para intervenções dietéticas em pacientes com lipedema HLA-positivos.

A linfocintilografia intradérmica pode se mostrar valiosa para diferenciar o lipedema dos distúrbios linfáticos e merece ser incluída em estudos prospectivos futuros.

Nossos achados têm implicações clínicas importantes. Os profissionais de saúde devem considerar o lipedema em homens que se apresentam com gordura desproporcional na metade inferior do corpo, sobretudo naqueles com história familiar positiva ou comorbidades endócrinas. Ferramentas de avaliação objetiva, como a análise de bioimpedância, podem apoiar o diagnóstico quando existe suspeição clínica. A pesquisa de HLA-DQ2/DQ8 pode ser considerada em casos selecionados, sobretudo naqueles com comorbidades autoimunes ou que possam se beneficiar de intervenções dietéticas.

As limitações do estudo incluem o pequeno tamanho da amostra, o desenho retrospectivo, o curto período de seguimento (média de 6,2 semanas), a ausência de confirmação histopatológica e a falta de tipagem HLA sistemática em todos os pacientes. A experiência de um único centro pode limitar a generalização. Os resultados em longo prazo e a durabilidade do tratamento continuam desconhecidos.

As prioridades para pesquisas futuras incluem estudos de prevalência em larga escala, a investigação dos perfis hormonais e de fatores genéticos, como a tipagem HLA, ensaios clínicos randomizados de intervenções como abordagens dietéticas sem glúten para pacientes HLA-positivos, e a avaliação de resultados em longo prazo. O desenvolvimento de critérios diagnósticos e protocolos de tratamento específicos para o sexo masculino pode se justificar à medida que mais casos forem identificados.

Conclusões

Esta série de casos confirma que o lipedema acomete homens com características fenotípicas clássicas comparáveis às apresentações femininas. Os cinco pacientes demonstraram acúmulo bilateral e simétrico de gordura nos membros inferiores, com a característica preservação dos pés. A alta prevalência de comorbidades endócrinas e de história familiar positiva sugere mecanismos fisiopatológicos complexos, que requerem investigação adicional.

O tratamento conservador, incluindo intervenções dietéticas, programas de exercícios e terapia medicamentosa adjuvante, produziu melhoras significativas em curto prazo em todos os pacientes. O reconhecimento precoce por meio da avaliação clínica e de medidas objetivas, como a análise de bioimpedância, permite intervenção oportuna.

O reconhecimento do lipedema masculino desafia os paradigmas diagnósticos tradicionais baseados no sexo e reforça a necessidade de abordagens clínicas inclusivas. Os profissionais de saúde devem ter em mente que o lipedema pode ocorrer em homens, sobretudo naqueles com distribuição desproporcional da gordura, história familiar ou distúrbios endócrinos. O possível papel da tipagem HLA e das intervenções dietéticas representa uma área emergente, que requer investigação adicional.

São urgentemente necessários estudos prospectivos multicêntricos com critérios diagnósticos padronizados para determinar a prevalência real, elucidar os mecanismos subjacentes, como as possíveis associações com o HLA, e estabelecer diretrizes de tratamento baseadas em evidências para o lipedema masculino. A inclusão de pacientes do sexo masculino nas pesquisas sobre lipedema promoverá uma compreensão mais abrangente e otimizará o cuidado de todos os indivíduos afetados.

Informações adicionais

Contribuições dos autores

Todos os autores revisaram a versão final a ser publicada e concordaram em se responsabilizar por todos os aspectos do trabalho.

Concepção e desenho: Alexandre C. Amato, Keller D. Santos

Aquisição, análise ou interpretação dos dados: Alexandre C. Amato, Juliana S. Amato, Daniel Benitti, Keller D. Santos

Redação do manuscrito: Alexandre C. Amato, Keller D. Santos

Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Alexandre C. Amato, Juliana S. Amato, Daniel Benitti

Supervisão: Alexandre C. Amato

Declarações

Seres humanos: O consentimento informado para o tratamento e para a publicação em acesso aberto foi obtido de todos os participantes deste estudo ou dispensado. O Comitê de Ética do Instituto Amato emitiu a aprovação CEP-AMATO/2025-045. Todos os procedimentos realizados em estudos com participantes humanos estiveram de acordo com os padrões éticos de nosso comitê institucional de pesquisa e com a Declaração de Helsinque de 1964 e suas emendas posteriores ou padrões éticos comparáveis. **Conflitos de interesse:** Em conformidade com o formulário uniforme de declaração do ICMJE, todos os autores declaram o seguinte: **Informações sobre pagamentos/serviços:** Todos os autores declararam não ter recebido apoio financeiro de nenhuma organização para o trabalho submetido. **Relações financeiras:** Todos os autores declararam não ter, no presente nem nos três anos anteriores, relações financeiras com organizações que possam ter interesse no trabalho submetido. **Outras relações:** Todos os autores declararam não haver outras relações ou atividades que possam parecer ter influenciado o trabalho submetido.

Referências

1. Allen EV, Hines EA: Lipedema of the legs: a syndrome characterized by fat legs and edema . Proc Staff Meet Mayo Clin. 1940, 15:184-7.
2. Wold LE, Hines EA, Allen EV: Lipedema of the legs; a syndrome characterized by fat legs and edema . Ann Intern Med. 1951, 34:1243-50. 10.7326/0003-4819-34-5-1243
3. Child AH, Gordon KD, Sharpe P, Brice G, Ostergaard P, Jeffery S, Mortimer PS: Lipedema: an inherited condition. Am J Med Genet A. 2010, 152A:970-6. 10.1002/ajmg.a.33313
4. Kruppa P, Georgiou I, Biermann N, Prantl L, Klein-Weigel P, Ghods M: Lipedema-pathogenesis, diagnosis, and treatment options. Dtsch Arztebl Int. 2020, 117:396-403. 10.3238/arztebl.2020.0396
5. Bertsch T, Erbacher G, Elwell R: Lipoedema: a paradigm shift and consensus. J Wound Care. 2020, 29:1-51. 10.12968/jowc.2020.29.Sup11b.1
6. Amato AC, Amato FC, Amato JL, Benitti DA: Lipedema prevalence and risk factors in Brazil . J Vasc Bras. 2022, 21:e20210198. 10.1590/1677-5449.202101981
7. Herbst KL, Kahn LA, Iker E, et al.: Standard of care for lipedema in the United States . Phlebology. 2021, 36:779-96. 10.1177/02683555211015887

8. Bertsch T, Erbacher G, Corda D, et al.: Lipoedema - myths and facts, part 5 . Phlebologie. 2020, 49:31-50. 10.1055/a-1012-7670
9. Shavit E, Wollina U, Alavi A: Lipoedema is not lymphoedema: a review of current literature . Int Wound J. 2018, 15:921-8. 10.1111/iwj.12949
10. Chen SG, Hsu SD, Chen TM, Wang HJ: Painful fat syndrome in a male patient . Br J Plast Surg. 2004, 57:282-6. 10.1016/j.bjps.2003.12.020
11. Crescenzi R, Donahue PM, Petersen KJ, et al.: Upper and lower extremity measurement of tissue sodium and fat content in patients with lipedema. Obesity (Silver Spring). 2020, 28:907-15. 10.1002/oby.22778
12. Ishaq M, Bandara N, Morgan S, et al.: Key signaling networks are dysregulated in patients with the adipose tissue disorder, lipedema. Int J Obes (Lond). 2022, 46:502-14. 10.1038/s41366-021-01002-1
13. Al-Ghadban S, Pursell IA, Diaz ZT, Herbst KL, Bunnell BA: 3D spheroids derived from human lipedema ASCs demonstrated similar adipogenic differentiation potential and ECM remodeling to non-lipedema ASCs in vitro. Int J Mol Sci. 2020, 21:8350. 10.3390/ijms21218350
14. World Health Organization: International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) . (2019). https://icd.who.int/en/.
15. Reich-Schupke S, Schmeller W, Brauer WJ, et al.: S1 guidelines: lipedema. J Dtsch Dermatol Ges. 2017, 15:758-67. 10.1111/ddg.13036
16. Keith L, Seo C, Wahi MM, et al.: Proposed framework for research case definitions of lipedema . Lymphat Res Biol. 2024, 22:93-105. 10.1089/lrb.2023.0062
17. Torre YS, Wadeea R, Rosas V, Herbst KL: Lipedema: friend and foe. Horm Mol Biol Clin Investig. 2018, 33:/j/hmbci.2018.33.issue-1/hmbci-2017-0076/hmbci-2017-0076.xml. 10.1515/hmbci-2017-0076
18. Katzer K, Hill JL, McIver KB, Foster MT: Lipedema and the potential role of estrogen in excessive adipose tissue accumulation. Int J Mol Sci. 2021, 22:11720. 10.3390/ijms222111720
19. Wright T: Introduction to Lipedema. Vein Directory . (2020). https://www.veindirectory.org/magazine/article/education/introduction-to-lipedema.
20. Szél E, Kemény L, Groma G, Szolnoky G: Pathophysiological dilemmas of lipedema. Med Hypotheses. 2014, 83:599-606. 10.1016/j.mehy.2014.08.011
21. Amato AC, Amato LL, Benitti D, Amato JL: Assessing the prevalence of HLA-DQ2 and HLA-DQ8 in lipedema patients and the potential benefits of a gluten-free diet. Cureus. 2023, 15:e41594. 10.7759/cureus.41594
22. Paolacci S, Precone V, Acquaviva F, et al.: Genetics of lipedema: new perspectives on genetic research and molecular diagnoses. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2019, 23:5581-94. 10.26355/eurrev_201907_18292
23. Michelini S, Herbst KL, Precone V, et al.: A multi-gene panel to identify lipedema-predisposing genetic variants by a next-generation sequencing strategy. J Pers Med. 2022, 12:268. 10.3390/jpm12020268
24. Grigoriadis D, Sackey E, Riches K, et al.: Investigation of clinical characteristics and genome associations in the 'UK Lipoedema' cohort. PLoS One. 2022, 17:e0274867. 10.1371/journal.pone.0274867
25. Buso G, Depairon M, Tomson D, Raffoul W, Vettor R, Mazzolai L: Lipedema: a call to action!. Obesity (Silver Spring). 2019, 27:1567-76. 10.1002/oby.22597

26. Wollina U: Lipedema-an update. Dermatol Ther. 2019, 32:e12805. 10.1111/dth.12805
27. Lerner A, Shoenfeld Y, Matthias T: Adverse effects of gluten ingestion and advantages of gluten withdrawal in nonceliac autoimmune disease. Nutr Rev. 2017, 75:1046-58. 10.1093/nutrit/nux054

Tradução não oficial — Amato AC, Amato JS, Benitti D, Santos KD. Lipedema in Men: A Retrospective Case Series of Five Patients From a Brazilian Referral Center. Cureus. 2025;17(7):e87332. doi:10.7759/cureus.87332 — https://vascular.cc/artigos/lipedema-in-men-a-retrospective-case-series-of-five-patients-from-a-brazilian-referral-center/pt/