

Kinesiterapia y celulitis

B. Vigourt

Menospreciada y descuidada por algunos profesionales, apreciada y atendida por otros, la celulitis hace sonreír a los primeros y ayuda a enriquecerse a los segundos. Esta no es la única paradoja de una afección muy generalizada y a menudo sobredimensionada por los pacientes afectados. Por esta razón no queríamos limitarnos exclusivamente a una descripción de los tratamientos actuales sino situar al «infiltrado celulálgico» en su verdadero contexto, con su importancia real tanto a nivel del fenómeno en sí como de los medios para combatirlo.

Definición

El término que ha prevalecido, «celulitis», no es el apropiado ya que entre las manifestaciones no hay ningún proceso inflamatorio, aunque éste puede aparecer a largo plazo o en forma asociada. Como no se ha descubierto el elemento causal preciso (a pesar de las investigaciones de los nórdicos), es la sintomatología la que da la o las definiciones (celulalgia, adiposidad localizada, etc.).

En cambio, a partir de los trabajos de Lageze en 1928 y los de Rubens-Duval, se ha establecido formalmente que se trata de una alteración anormal del tejido conjuntivo, cuya sustancia fundamental se modifica por polimerización de los mucopolisacáridos.

Etiología

La celulitis es esencialmente una afección femenina.

Su aparición, al final de la pubertad o con motivo de un episodio de la vida genital femenina, confiere un gran interés a la hipótesis de Marcel Zara (1961) para explicar ciertos síndromes de hiperfoliculinia.

En el caso presente, se trataría de una afección anormal de los receptores adiposos periféricos (considerados como estructuras sexuales secundarias) por los estrógenos.

Sea lo que fuera, en este estadio hay que evitar firmemente la confusión general entre obesidad y celulitis.

Ciertos pacientes esqueléticos, e incluso con hipertiroidismo, presentan infiltraciones, ampliamente extendidas y muy organizadas (figs. 1 y 2).

Mecanismo

Actualmente se admiten cuatro causas, sin que se conozca el mecanismo real:

- una distonía de tipo hormonal, que explicaría por qué el hombre es raramente afectado;
- una producción dermatomérica refleja que expresa el sufrimiento de un órgano profundo (placas a nivel del hígado, etc.);



1 Un miembro celulálgico, puede ser éste...



2 ...pero también este otro.

— la proyección periarticular de un fenómeno reumatoide, aquí también, verdadero reflejo dermatomérico. ¿Qué kinesiterapeuta no ha mejorado considerablemente el síndrome álgico de una artrosis cervical por simple tratamiento de la placa celulálgica de la nuca y los hombros?;

— por último, la eventual presencia de una distonía neurovegetativa, que puede llegar a plantear la cuestión del origen psicossomático de la celulitis, a tal punto que en los últimos años se ha llegado a diferir el tratamiento de mujeres bajo la impresión de un divorcio, por ejemplo, ya que el fracaso era seguro en ausencia de una psicoterapia asociada.

B. VIGOURT: Kinésithérapeute - Moniteur-Cadre D.E. Équipe Para-Médicale Saint-Marceaux II, 14 rue Chabaud - 51100 REIMS.

Fisiología patológica

Los trabajos de Policard y Pollet, y sobre todo los de Lageze, han permitido establecer una evolución en tres fases:

— en primer lugar, una dilatación de los vasos de las trabéculas conjuntivas, seguida por una exudación plasmática serosa que contiene proteínas sanguíneas, en particular fibrina;

— a continuación, una fase de organización durante la cual las fibrillas del tejido conjuntivo normal se aglomeran en fascículos (modificando así la elasticidad del tejido conjuntivo), mientras confluyen alrededor de las cavidades del edema celulítico células conjuntivas que segregan colágeno;

— finalmente, el proceso termina por una esclerosis, durante la cual nódulos fibrosos cicatrizales retráctiles rodean a los vasos y las redes nerviosas.

Semiología

Signos subjetivos

El paciente afectado se queja de:

— pesadez en las piernas;

— dolores agudos al golpearse, incluso levemente;

— dolores agudos ante cualquier presión a nivel de la localización (incluso, el mínimo roce de la faja, el peso de una sábana pueden ser insoportables).

Pero lo esencial de la demanda se relaciona con la idea que el paciente tiene de su imagen corporal, confrontada a los modelos socioculturales, en particular a los que brinda la moda.

Signos objetivos

Inspección

Las localizaciones predominantes son:

— la región subglútea y laterotrocantérea;

— la cara interna de las rodillas;

— accesoriamente, las pantorrillas y los tobillos.

No siempre es necesario realizar un pliegue cutáneo para observar la famosa «cáscara de naranja» o los «granos de arroz» (figs. 1 y 2).

Los tegumentos tienen a menudo un aspecto lustroso, mientras que la circulación de retorno presenta cierto déficit.

Palpación

La piel da una impresión de acolchado con elasticidad y movilidad disminuidas.

El tejido celular subcutáneo es grueso, su consistencia está aumentada.

No es raro constatar una sensación de crepitación o de crujido.

La sangre llega mal a la periferia.

El dolor aparece localmente o a distancia en proporciones variables.

Algunos grupos musculares pueden estar hipotónicos, en particular los abdominales, los glúteos y los pelvotrocantéreos.

Mensuración

Sólo tiene valor como prueba comparativa con las que serán efectuadas a lo largo y al final del tratamiento, pero, dado su impacto psicológico, debe considerarse obligatoria. Las medidas se toman a partir de puntos de referencia precisos y permanentes (por ejemplo, 15 cm por encima de la rótula para los muslos), estando el paciente siempre en la misma posición; si los miembros están afectados, la mensuración será bilateral.

Antes de terminar este examen, cuyo objetivo es establecer un plan de tratamiento correcto, conviene:

— determinar la presencia de una eventual acrocianosis;

— diferenciar este cuadro del de un linfedema;

— precisar si aparecen equimosis ante el menor contacto.

En efecto, la fragilidad capilar impone ciertas precauciones de suavidad y la posición de declive para cualquier masaje.

Tratamiento

Frente a este cuadro, la actitud terapéutica, cuando se deja de lado el menosprecio habitual que inspira esta «patología menor», también suele ser paradójica.

Los difusores inyectados o ionizados, así como la masoterapia, tienen una eficacia reducida al ser utilizados en forma aislada, y sólo dan resultados a corto plazo (menos de un año).

En cuanto a los regímenes y diuréticos, además de no corresponder a las líneas dominantes del tratamiento, presentan el inconveniente mayor de no estar exentos de repercusiones ni de peligro.

Líneas dominantes

Surgen naturalmente del planteamiento patológico.

El ataque sintomatológico utilizará infiltraciones, ionizaciones o multiinyecciones de difusores, así como masajes.

Los trastornos de la circulación serán tratados por hidroterapia, masajes o empleando ciertos productos a base de meliloto o de Centella asiática. La presoterapia es eficaz, a condición de tomar precauciones con respecto a la presión (nunca más de 0,2 milibares) y la frecuencia (lenta).

La hipotonía muscular será tratada con ejercicios físicos.

Por último, el eventual *síndrome neurovegetativo* beneficiará enormemente de la hidroterapia, incluso de la relajación.

Se detallará cada una de estas técnicas recordando una vez más, que deben combinarse cuidadosamente en función del estado inicial de cada paciente.

Un tratamiento medio se compone de unas treinta sesiones, con una frecuencia de dos o tres por semana.

Hidroterapia

Al principio de la sesión, la inmersión en medio acuoso a temperatura neutra (32 a 36 °C) y el masaje por baño hirviendo con chorro a presión (4 kg/cm²) tienen una función emoliente y vasodilatadora interesante.

Además, el efecto tranquilizante de este primer contacto, no doloroso, produce cierta sedación nerviosa favorable tanto al inicio de las terapéuticas siguientes como a sus resultados.

Ionizaciones

Las ionizaciones utilizan corrientes de frecuencia media rectificadas, o bien corrientes mediaforéticas para adionar un efecto excitomotor profundo. Su objetivo es introducir directamente en los tejidos partículas micronizadas de productos reguladores de la fisiología cutaneoconjuntiva (fig. 3), mediante electrodos positivos y/o negativos.

Algunos autores piensan que estas técnicas deben reservarse para los casos muy extendidos y muy organizados.

La iontoforesis ha estado de moda en los últimos años, pero actualmente comienzan a conocerse sus limitaciones y fracasos, sobre todo en caso de uso aislado.

Por último, hay que tener mucho cuidado con las quemaduras eléctricas (limpiar bien esponjas y placas antes de cada uso) que se caracterizan por una cicatrización difícil e indeleble.

Inyecciones

A base de difusores de mucopolisacáridas, parecen bien indicadas en caso de placas celulíticas muy localizadas.

Son prescritas por el médico y realizadas generalmente por enfermeras; pueden ser intramusculares, o bien subcutáneas.

No obstante, la técnica más utilizada actualmente es la *infiltración subcutánea, local, «en estrella»* (técnica Laforest-Vigourt), efectuada después de la hidroterapia y antes del masaje.

El disolvente habitual se reemplaza por un anestésico liviano, para evitar las reacciones dolorosas que a veces pueden ser responsables de la interrupción del tratamiento (figs. 4, 5 y 6).

Además, para disminuir las reacciones cutáneas, de las cuales la más corriente es la aparición de una amplia aureola, debe reforzarse la asepsia; también puede reemplazarse ventajosamente el alcohol al 90 % por la tintura de yodo. En efecto, si bien las reacciones cutáneas no son graves, suelen ser factores de preocupación para el paciente (fig. 7).

En las primeras sesiones, las infiltraciones se realizarán en los muslos, cara externa; después, en la cara interna de las rodillas. Eventualmente, las caderas, el abdomen, los miembros seguirán a continuación. Puede ser interesante intercalar algunas inyecciones intramusculares.

Cualquiera sea la técnica utilizada, hay que tener cuidado con las reacciones alérgicas, en general poco graves; a menudo pueden evitarse mezclando el difusor con productos tales como el extracto de *Cynara scolymus*.

Mesoterapia

Las multiinyecciones no entran en el contexto de la kinesiterapia y por lo tanto exponen a los que las practican al riesgo de ejercicio ilegal de la medicina. Además, sus accidentes alérgicos, por suerte poco frecuentes, son particularmente peligrosos.

Masaje

Efectuada unos 10 minutos después de la ionización o inyección, la terapia manual es un elemento esencial de cualquier tratamiento anticelulitis válido.

El paciente se recuesta sobre la camilla, en posición de declive para facilitar el paso de la barrera circulatoria de la pelvis menor.

Las primeras maniobras, locales, tendrán por objetivo difundir lo más ampliamente posible el producto inyectado o ionizado.

A continuación, sigue el masaje anticelulálgico habitual, que debe ser profundo y enérgico, pero sin «pellizcar» ni traumatizar los tejidos.

En este terreno, en efecto, si bien el masaje suave es totalmente ineficaz, hay que evitar absolutamente entrar en el círculo vicioso: equimosis, organización del exudado, formación de tejido fibroso.

Al respecto, las clásicas «maniobras de Wetterwald» —relajación digital de los tejidos más superficiales, levantados y separados de los planos subyacentes— son ciertamente un método de elección, a condición de ser realizadas con una muy buena técnica, ya que pueden resultar catastróficas en caso contrario.

Ejercicios

Consagrados a los grupos musculares hipotónicos, serán efectuados con ropa de gimnasia (jogging) abrigada y con cadencia rápida.



3 Electroterapia: difusores y trabajo muscular involuntario.



4 Infiltración en el eje...



5 ...con la rotación de la jeringa hacia arriba comienza la infiltración «en estrella»...

Se dejará un espacio importante para los intercambios respiratorios.

Relajación

«La relajación al terminar la sesión» parecería ser una constante de la kinesiterapia.

No obstante, la relajación es una psicoterapia y, por lo tanto, es dominio de los profesionales formados a este efecto, de lo contrario se corren riesgos de desencadenar fenómenos incontrolables y peligrosos para el paciente.



6 ...que termina con la jeringa dirigida hacia abajo.



7 El resultado final de la infiltración es esta mancha rojiza. No hay que alarmarse si en los días siguientes se desarrolla y se rodea de una aureola blancuzca.

consignas de relajación, primero segmentaria y luego global, centradas en las nociones de peso, temperatura, respiración lenta e inercia, excluyendo la introducción de toda imagen mental.

Así practicada, la relajación somática sumará sus efectos benéficos a los de la hidroterapia preliminar.

Resultados

La perspectiva actual respecto al manejo de tales tratamientos es suficiente para afirmar que no presentan ni verdadera contraindicación ni complicación seria.

No obstante, el verdadero valor de una terapéutica anticelulálgica se juzga en realidad por el lapso de tiempo transcurrido sin recidivas, que no debe ser inferior a los dos años para ser concluyente.

Asimismo, conviene señalar que, bien condicionada durante las sesiones iniciales, esta terapéutica debe reaccionar ante los primeros signos de reaparición del síndrome, de modo que el eventual recurso a un nuevo tratamiento se sitúe frente a una sintomatología menos pronunciada.

No obstante, existen cuadros clínicos tan importantes que Yves Kermorgant ha escrito: «El tratamiento ambulatorio en consultorio privado, de una afección en la cual se imbrican tantos factores diversos (vasculares y nerviosos) y la ausencia del reposo indispensable no contribuyen a facilitar el trabajo del terapeuta».

En efecto, se observa que, si bien los dolores de los miembros inferiores o la sensación de piernas pesadas desaparecen entre la sexta y la décima sesión, mientras aparecen los primeros resultados visibles y medibles, la eficacia del tratamiento es mayor cuando los pacientes están en licencia laboral.

Sin llegar a recomendar la creación de centros de «prevención de las enfermedades de sociedad», hay que llamar la atención sobre el hecho de que la celulitis no siempre es la simple preocupación estética o la molestia soportable que creemos.

Al contrario, su organización evolutiva puede transformar la vida social y familiar de ciertas mujeres en un verdadero calvario.

En ausencia de formación específica, el kinesiterapeuta sólo puede asegurar un «retorno a la calma» o una relajación somática.

De una vez por todas, convendría que este punto sea bien precisado, para el buen entendimiento de los profesionales y la seguridad de los pacientes.

Después del masaje o de los ejercicios, el paciente se recuesta confortablemente en una atmósfera calma y sin iluminación violenta. Se le puede dar entonces, con voz pausada,

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención: VIGOURT B. – Kinésithérapie et cellulite. – Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France), Kinésithérapie. Médecine physique. Réadaptation, 26-585-A-10, 4 p.

Bibliografía

CARIEL L. – Le point sur la cellulite et son traitement par diélectrophorèse exato-motrice. – Cah. Kinesithér., 1975, n° 53, 81-88.

DELEGAY J.M. – Electrologie. – Encycl. Méd. Chir. Paris, Kinésithérapie, 4.4.10, 26145 A¹⁰.

HENDRICKX A. – Massage réflexe du tissu conjonctif. – Encycl. Méd. Chir. Paris, Kinésithérapie, 3.18.05, 26130 A¹⁰.

ILLOUZ G. et VAN VOOREN P. – Hydrokinésithérapie et talassothérapie. – Encycl. Méd. Chir. Paris, Kinésithérapie, 4.2.04, 26140 A¹⁰.

JOSEPH R. – Action physiologique du massage. – Congrès d'Evian, 1966.

LAFORST PH. et VIGOURT B. – Massage et thiomucase dans le traitement de la cellulite. – Kinésithérapie, 1983.

PINTO R. – La cellulite : considérations thérapeutiques à propos de son traitement par l'Esberiven. – Gaz Méd. Fr., 1979, 86, n° 31, 3587-3591.

SAMUEL J. – Le massage. – Encycl. Méd. Chir. Paris, Kinésithérapie, 3.22.08, 26100 A¹⁰, 26115 A¹⁰, 26110 A¹⁰, 26120 A¹⁰, et 26125 A¹⁰.

SEZE S. (de), LEVERNEUX J., TELLIER M. et VIALA J. – Massage, kinésithérapie et rééducation. – Lamarre-Poinat, édit. Paris, 1964.

STEVENIN Ph. – Techniques de prise de conscience corporelle. – Encycl. Méd. Chir. Paris, Kinésithérapie, 3.23.09, 26135 A¹⁰.

TENAILLEAU A. – A propos de 80 cas de cellulite traités par l'extrait titré de Centella asiatica. – Ouest Méd., 1978, 31, n° 13, 919-924.

TROISIER O., STROHL A., MEZIERE A. et DEVOS S. – Massage transversal profond. – Encycl. Méd. Chir. Paris, Kinésithérapie, 3.24.03, 26133 B¹⁰ et B²⁰.

Nuestro servicio de documentación le propone algunas referencias bibliográficas recientes

DUPONT M. Les effets du drainage lymphatique manuel sur la cellulite. Ann Kinésithér 1990 ; 17 : 363-365.

PETIT A. Endermologie. La kinésithérapie plastique LPG. Kinésithérapie Scientifique 1997 ; 366 : 45-48.