

ARTIGO · CULTURA & SAÚDE

Antes do bisturi

História, pressa e sabedoria no tratamento do lipedema

Alexandre Campos Moraes Amato

Cirurgião vascular · Amato Duo, São Paulo · Presidente da Associação Brasileira de Lipedema.

Recebido para publicação em julho de 2026 · Categoria: Artigo · Idioma: Português

RESUMO

A medicina repete, há séculos, o gesto de cortar antes de compreender. A partir desse hábito — ilustrado pela lobotomia e pela longa hegemonia da cirurgia na apendicite — o autor discute o momento atual do lipedema, doença crônica e inflamatória do tecido adiposo. Argumenta que a lipoaspiração alivia, mas não cura: cerca de metade das pacientes segue precisando de tratamento conservador, a gordura tende a retornar e a inflamação subjacente permanece intocada. Defende uma nova ordem de cuidado — desinflamar, conhecer o próprio corpo e, só então, e em casos selecionados, operar — e reinterpreta o incômodo estético como sinal interoceptivo de sofrimento físico real, não como vaidade.

PALAVRAS-CHAVE: lipedema; lipoaspiração; tratamento conservador; inflamação; gordura gluteofemoral; decisão compartilhada.

Alexandre Campos Moraes Amato Cirurgião vascular. Amato Duo, São Paulo. Presidente da Associação Brasileira de Lipedema.

Ensaio para Cultura e Saúde (ISSN 2595-7546).

Um velho hábito da medicina

Há um gesto que a medicina repete há séculos e do qual quase nunca se envergonha: cortar antes de compreender. Quando não entendemos uma doença, mas dispomos de uma faca, a tentação de usar a faca é enorme, porque ela oferece o que a compreensão ainda não dá: uma ação imediata, visível, definitiva na aparência.

A história guarda exemplos que hoje nos causam arrepio. A lobotomia transorbital, popularizada nos anos 1940, prometia curar a angústia humana com um instrumento parecido com um furador de gelo introduzido pela órbita ocular. Era rápida, podia ser feita fora do centro cirúrgico, e por isso se espalhou. Só depois a ciência mostrou o tamanho do dano. Foi, como gosto de dizer, um caso em que a evolução técnica atropelou a evolução do conhecimento.

Há exemplos menos trágicos e igualmente instrutivos. Por quase um século, a apendicite teve um único tratamento imaginável: a cirurgia. E era um bom tratamento, salvou

multidões. Mas o próprio sucesso da operação atrasou por décadas a pergunta simples: e se, em muitos casos, bastassem antibióticos? A pergunta só foi levada a sério quando alguém teve a coragem de duvidar de um hábito que funcionava.

A lição desses episódios não é que a cirurgia seja má. É que **o sucesso aparente de um procedimento pode adormecer a curiosidade** e adiar respostas melhores. Quando a faca resolve o que se vê, deixamos de investigar o que não se vê.

A vez do lipedema

Trago essa história porque o lipedema vive hoje o seu próprio momento de tentação. É uma doença crônica do tecido adiposo, quase exclusiva das mulheres, marcada por dor, sensação de peso e um acúmulo desproporcional de gordura nas pernas que não cede como se esperaria à dieta e ao exercício. Para muitas pacientes, depois de anos ouvindo que eram apenas "obesas que não se esforçam", a lipoaspiração surge como a promessa há muito procurada: retirar a gordura-problema e encerrar o sofrimento.

Eu opero. Aprendi a técnica com quem a domina e vejo, no pós-operatório, o alívio real da dor e a alegria de mulheres que voltam a caminhar sem incômodo. Não des-

prezo isso. Mas justamente por operar é que me sinto obrigado a dizer, com todas as letras, o que a euforia costuma calar: **a cirurgia do lipedema alivia, mas não cura.**

A evidência disponível é modesta e, quando se olha o longo prazo, cheia de sinais de alerta. Cerca de metade das pacientes continua precisando do tratamento conservador depois de operada. A gordura retirada tende a voltar ao longo do tempo, muitas vezes num lugar pior, o abdômen visceral. E a operação trata a gordura, o produto final da doença, sem tocar na inflamação que a produziu. Retira-se a fumaça, não o incêndio.

Por que temos tanta pressa

Se a cirurgia não é a solução definitiva, por que corremos tanto para ela? Porque a dor apressa. Quem sofre quer alívio agora, não daqui a meses. E há uma sabedoria antiga sobre esse impulso.

O famoso "teste do marshmallow" ofereceu a crianças uma escolha: comer um doce imediatamente ou esperar e receber dois. As que conseguiam esperar tendiam a se sair melhor na vida adulta. A capacidade de adiar a gratificação, longe de ser mero traço de temperamento, é uma competência que se aprende, e que a saúde raramente ensina. No lipedema, "comer o marshmallow" é correr para a sala de cirurgia no auge da crise, quando os sintomas gritam e a pressa parece a única resposta razoável.

Reconhecer isso não é culpar a paciente. É o contrário. A decisão de operar costuma ser tomada no pior momento possível, num pico de dor e de angústia, um estado de vulnerabilidade emocional que se parece muito com a fase de "barganha" que descrevemos no luto. Tomar uma decisão irreversível nesse estado, diante de alguém que se beneficia dela, reúne todas as condições que deveriam nos fazer respirar antes de agir. O papel de um bom profissional não é aproveitar esse momento; é ajudar a atravessá-lo.

A gordura não é a vilã que parece

Boa parte da pressa nasce de um mal-entendido sobre a própria gordura. Aprendemos a vê-la como um estorvo a ser eliminado, e as imagens de gordura lipedêmica, avermelhada e fibrosa, reforçam a impressão de algo intrinsecamente ruim que precisa sair depressa. Mas o vermelho é inflamação, não maldade; e o tecido adiposo é um órgão, não um entulho.

A gordura das coxas e dos quadris, em particular, tem um papel protetor. Ela armazena com segurança o excesso de ácidos graxos, produz hormônios úteis e associa-se a um perfil metabólico mais saudável. Retirar grandes volumes dela é uma intervenção metabólica de verdade, cujos efeitos não aparecem numa escala de dor nem numa foto de "antes e depois". Lembro sempre de Emil Kocher, que ganhou o Nobel ao perceber, tarde, que remover a

tireoide curava um problema e criava outro. Trocava-se uma doença por outra. Diante de um órgão que também trabalha a nosso favor, a prudência recomenda pensar duas vezes antes de removê-lo em nome da estética.

O incômodo estético é um sinal, não uma vaidade

Aqui toco no ponto mais delicado e mais humano. Muitas mulheres com lipedema são rotuladas, explícita ou veladamente, como exageradas com a própria aparência, quase como portadoras de um transtorno de imagem corporal. É uma injustiça, e os dados a desmentem. Em estudo do nosso grupo com 1.300 pacientes, a insatisfação estética acompanhou muito mais de perto a **carga de sintomas** do que o peso ou o volume das pernas. Ou seja: quando os sintomas melhoram, a satisfação com o corpo melhora, mesmo sem grande mudança na balança.

Isso muda tudo. O incômodo com as pernas não é uma miragem psiquiátrica; é uma leitura interna, interoceptiva, de um sofrimento físico real. A mulher percebe o próprio corpo por dois canais, o que vê e o que sente por dentro, enquanto quem está ao redor só enxerga o primeiro. Não admira que haja um descompasso. E se o desconforto estético é, no fundo, a voz da inflamação, então a resposta mais lógica não é cortar a pele, e sim **acalmar a inflamação**. Tratada a causa, boa parte da queixa estética se resolve por acréscimo.

Uma outra ordem para o cuidado

Do que foi dito nasce uma sequência diferente, e mais sábia, de cuidar do lipedema.

Primeiro, **desinflamar**. Alimentação anti-inflamatória, sono, controle do estresse oxidativo, compressão, movimento de baixo impacto: é aqui que mora a maior parte do alívio, e é aqui que quase toda paciente pode melhorar. Já demonstramos que o lipedema pode ser conduzido sem cirurgia, com ganho real de qualidade de vida.

Segundo, **conhecer-se**. Aprender quais gatilhos acendem a inflamação no seu corpo, um alimento, uma noite mal dormida, um período de estresse, é um poder que nenhuma cirurgia oferece. A paciente que conhece o próprio corpo deixa de ser passageira e passa a ser piloto do seu tratamento.

Só então, e apenas em casos selecionados, entra a cirurgia, num papel modesto e tardio: não como resgate de um tratamento malfeito, mas como um passo final, quase um prêmio, para quem já estabilizou a doença. Operar tecido já desinflamado é operar em terreno favorável. Operar no meio do incêndio é pedir para o incêndio piorar.

O elogio da espera

Vivemos uma cultura que confunde rapidez com eficácia e que desconfia de tudo que pede tempo. A medicina não escapa disso: valorizamos a transformação dramática,

a foto impressionante, a solução que cabe numa tarde de centro cirúrgico. Mas há uma forma de sabedoria, antiga e pouco na moda, que consiste em compreender antes de agir e em respeitar aquilo que o corpo faz por bons motivos.

O lipedema não é uma sentença nem uma sina, e a mulher que o carrega não precisa de pressa; precisa de informação, de acolhimento e de tempo. A cirurgia tem o seu lugar, menor e mais tardio do que o mercado sugere. O maior tratamento, quase sempre, começa muito antes do bisturi, e às vezes o dispensa. Que a história da medicina, com suas facas apressadas e suas lições tardias, nos sirva de conselho: nem tudo o que se pode cortar deve ser cortado, e quase nada deve ser cortado com pressa.

Leituras

- Amato AC, Amato JL, Benitti D. Efficacy of liposuction in the treatment of lipedema: a meta-analysis. *Cureus*. 2024;16(2):e55260.
- Amato ACM, Benitti DA. Lipedema can be treated non-surgically: a report of 5 cases. *Am J Case Rep*. 2021;22:e934406.
- Amato ACM, Amato JLS, Benitti DA. The efficacy of ketogenic diets as a potential nutritional intervention for lipedema: a systematic review and meta-analysis. *Nutrients*. 2024;16(19):3276.
- Amato ACM. *A Beleza do Lipedema*. São Paulo: Amato Duo; 2024.
- Manolopoulos KN, Karpe F, Frayn KN. Gluteofemoral body fat as a determinant of metabolic health. *Int J Obes*. 2010;34(6):949-959.