Pérdida involuntaria de peso: que me vea un internista

Unintentional weight loss: have me seen by an internist

Miguel Franco-Álvarez, José Antonio Díaz Peromingo

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Santiago de Compostela.

La pérdida involuntaria de peso (PIP) es un problema clínico importante y frecuente descrito hasta en el 8% de los pacientes adultos y que puede llegar a afectar al 27% de los pacientes mayores de 65 años con fragilidad asociada¹. Si bien existen varias definiciones de PIP, la más aceptada actualmente es la pérdida de un 5% del peso corporal en un mes o del 10% en un periodo de 6 meses o superior. Independientemente del criterio usado, la pérdida de peso no debe ser intencionada, tiene que suponer la queja principal del paciente y haber sido observada por un médico, familiar o cuidador.^{2,3}

La tríada que asocia astenia, anorexia y pérdida de peso es conocida en la literatura en lengua española como síndrome general. En la anglosajona se hace más énfasis en la pérdida involuntaria o no intencionada de peso como signo guía para el estudio de estos pacientes. La búsqueda de una causa para esta PIP representa un auténtico reto diagnóstico, ya que no se trata de una patología encuadrable en ninguna especialidad o dentro de un bloque concreto de estudio en los tratados de Medicina. Tampoco existen guías clínicas validadas y el diagnóstico diferencial es muy amplio. Por todo ello se hace necesario el enfoque generalista, en el que el Internista, en el medio hospitalario, tiene a su disposición los medios diagnósticos necesarios para intentar llevar a buen puerto esta tarea.

La fisiopatología de la PIP no está bien aclarada actualmente. La composición corporal varía con la edad y el peso tiene un pico en torno a los 60 años con una disminución de 0,1-2 kg/año a partir de los 70 años³. Se ha involucrado el papel de distintas citoquinas proinflamatorias como son el factor de necrosis tumoral- α (TNF- α), principal mediador en la pérdida de masa muscular en la caquexia, la interleucina-1 β o la interleucina-6, así como otros factores, entre ellos la colecistocinina o la ghrelina que determinan la activación de vías anorexigénicas junto con la inhibición de vías orexigénicas, lo que conduce a una reducción de la ingesta^{4,5}. Desde el punto de vista etiológico, las causas son múltiples siendo las más frecuentes las tumorales, las enfermedades gastrointestinales no malignas, la patolo-

gía psiquiátrica, los problemas de carácter social y en un porcentaje significativo de casos (6-28%) no se llega a un diagnóstico tras una evaluación concienzuda.^{3,6}

La PIP afecta al 15-20% de los adultos ancianos y está asociada con un aumento en la morbilidad y la mortalidad^{5,6}. Su incidencia anual varía entre el 0,6% y el 7,5% con una tasa de diagnóstico tras la evaluación inicial que va del 33% al 60%.^{2,3}

Dentro de las posibles causas de pérdida involuntaria de peso, probablemente el grupo que más preocupa al clínico es el de la etiología neoplásica. En el presente número de Galicia Clínica, Zambrana-Luque *et al.* se centran en estos pacientes con etiología subyacente neoplásica y en los factores predictores asociados. Este estudio multicéntrico analizó retrospectivamente 366 pacientes ambulatorios con PIP, identificando como etiología subyacente el cáncer en el 9% de los casos. Las causas más frecuentes de PIP fueron la patología orgánica no maligna (32,8%) y los trastornos psiquiátricos (24,6%), destacando la depresión. Los factores predictivos de cáncer incluyeron el sexo masculino, anorexia, así como la presencia de leucocitosis y anemia. Además, la tomografía computarizada torácica y abdominal resultaron ser las pruebas más útiles en los casos con diagnóstico de procesos neoplásicos. El estudio también analizó la demora diagnóstica, encontrando una media de 86 días. La mortalidad a un año fue del 5,5%, siendo significativamente más alta en el grupo con cáncer (39,4%).⁷

Los pacientes adultos con PIP tienen una probabilidad 12,5 veces mayor de tener un cáncer que los que no tienen pérdida de peso. Además, en las personas mayores de 60 años más de 1/10 con PIP será diagnosticada de cáncer. En concreto, la PIP aumenta el riesgo de padecer cáncer en un 11-14% en hombres y en un 3-7% en mujeres sobre el riesgo normal de cáncer asociado a la edad.⁵

En varios estudios, la etiología neoplásica subyace en hasta un tercio de los pacientes con PIP. Dentro de las causas neoplásicas, las de origen

digestivo, particularmente el cáncer colorrectal y el cáncer de estómago, son las más frecuentemente diagnosticadas en estos pacientes.⁵

Los clínicos que atienden a pacientes con pérdida inexplicada de peso se encuentran con frecuencia con resultados de pruebas de laboratorio o complementarias que apoyan la posibilidad de que el paciente "pueda tener algo grave de base" pero no existe ninguna prueba guía que se deba hacer al inicio de la evaluación y que oriente de forma definitiva al clínico. A pesar de ello, algunos autores han intentado encontrar esta "prueba guía inicial" y así, por ejemplo, O'Cearbhaill *et al.* se plantearon si el TAC tóraco-abdomino-pélvico podría ser esta prueba. Incluyeron 337 pacientes con PIP y, tras realizar esta modalidad de TAC llegaron a un diagnóstico causal en el 12,8% de los casos, en su mayoría de etiología maligna. En este estudio, la causa más frecuente de patología neoplásica subyacente fue la pulmonar seguida de la gastrointestinal y los cuadros linfoproliferativos.⁸

Actualmente, las principales recomendaciones para evaluar correctamente a estos pacientes son la realización de una anamnesis detallada y una exploración física exhaustiva en búsqueda de signos o síntomas guía que nos ayuden a elegir los estudios posteriores a realizar y tratar de encontrar factores de riesgo para causas graves y tratables, así como valorar de forma adecuada el posible papel de la medicación que toma el paciente de forma habitual. Sigue existiendo controversia sobre qué exploraciones complementarias realizar además de una bioquímica sanguínea completa, hemograma, proteinograma, función tiroidea, PCR, VSG, LDH, análisis de orina y determinación de sangre oculta en heces (3 muestras). Muchos autores abogan por realizar una radiografía de tórax al menos y posiblemente una ecografía abdominal. Para otros el TAC tóraco-abdomino-pélvico sería la prueba de imagen a realizar. Dado que muchos pacientes van a tener una causa digestiva no neoplásica y que, dentro de las neoplásicas las de localización digestiva son de las más frecuentes, para muchos autores la realización de endoscopia digestiva alta y baja también sería recomendable.^{3,8}

La presencia de hipoalbuminemia, leucocitosis, hipercalcemia, trombocitosis y aumento de mar-

cadore inflamatorios se asocian con una mayor probabilidad de cáncer como causa de una PIP⁵. Además, se ha observado que una exploración física anormal está asociada con una mayor mortalidad en pacientes con cáncer³. En el estudio de Zambrana-Luque *et al.*, la concentración de leucocitos y hemoglobina en sangre resultaron en variables predictoras de cáncer como proceso causal de la PIP⁷. En el presente trabajo, la etiología neoplásica es responsable del 9% de los casos y se han llegado a describir tasas superiores al 30% en el contexto de Unidades de Diagnóstico Rápido (UDR).⁹

No existe tampoco consenso en cuanto al seguimiento de los pacientes en los cuales no se ha llegado a un diagnóstico etiológico tras una valoración inicial, pero parece sensato realizarlo durante al menos 2-3 años, ya que con frecuencia se llega a un diagnóstico, en ocasiones de malignidad, durante este período de tiempo.⁹

REFERENCIAS

1. Alibhai SM, Greenwood C, Payette H. An approach to the management of unintentional weight loss in elderly people. *CMAJ*. 2005;172(6):773-80.
2. Stajkovic S, Aitken EM, Holroyd-Leduc J. Unintentional weight loss in older adults. *CMAJ*. 2011;183(4):443-9.
3. Díaz-Peromingo JA, Rodríguez-Cordero M, Valcárcel-García MA, Macía-Rodríguez C, Alende-Castro V, Novo-Veleiro I, et al. *IJMISHR*. 2018; 2(5): 79-91.
4. Ruscin JM, Page RL 2nd, Yeager BF, Wallace JL. Tumor necrosis factor-alpha and involuntary weight loss in elderly, community-dwelling adults. *Pharmacotherapy*. 2005;25(3):313-9.
5. Gaddey HL, Holder KK. Unintentional Weight Loss in Older Adults. *Am Fam Physician*. 2021;104(1):34-40.
6. McMinn J, Steel C, Bowman A. Investigation and management of unintentional weight loss in older adults. *BMJ*. 2011;342:d1732.
7. Zambrana-Luque FJ, Gómez-Marín B, Delgado-Zamorano AC, Vargas-Berni N, Girela-López E, Zambrana JL, Zambrana-Luque JL. Pérdida de peso involuntaria aislada: Características clínicas y factores predictores de malignidad. *Galicia Clin* 2025; 86-2: 8-15.
8. O'Cearbhaill RM, Leonard C, O'Neill D, Morrín MM, Lee MJ. Is CT thorax, abdomen and pelvis a useful test in patients with weight loss? *J Med Imaging Radiat Oncol*. 2022;66(3):345-350.
9. Bosch X, Jordán A, López-Soto A. Quick diagnosis units: avoiding referrals from primary care to the ED and hospitalizations. *Am J Emerg Med*. 2013;31(1):114-23.