

ORIGINAL

Motivo de consulta: pérdida de peso



M. Martín Asenjo*, J.M. Martín Guerra, C. Rodríguez Martín, L.A. Sánchez Muñoz, M. Martín-Luquero Ibáñez y J.M. Prieto de Paula

Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

Recibido el 14 de febrero de 2017; aceptado el 3 de agosto de 2017

Disponible en Internet el 13 de septiembre de 2017

PALABRAS CLAVE

Pérdida de peso;
Diagnóstico;
Neoplasia

Resumen

Antecedentes y objetivo: La pérdida de peso es un motivo frecuente de consulta que abarca múltiples posibilidades diagnósticas. El objetivo de este trabajo es estudiar las características de los pacientes que acuden a consulta por pérdida de peso y establecer la relación de esta con las neoplasias.

Método: Se analizaron datos demográficos, pérdida de peso cuantificada, sintomatología acompañante y diagnóstico de los pacientes que acuden a consulta por este motivo, durante el año 2015.

Resultados: Se incluyeron 226 pacientes, de los cuales el 44,2% presentaba una pérdida de peso $\geq 5\%$ en los 6 meses previos. El diagnóstico más frecuente en este grupo fueron las neoplasias, mientras que en el resto de los pacientes fueron las enfermedades digestivas. Se establece relación entre una pérdida de peso $\geq 5\%$ y la presencia de neoplasias.

Conclusión: Una pérdida de peso superior al 5% en los 6 meses previos se asocia con la presencia de enfermedades neoplásicas, lo que exige un estudio diagnóstico exhaustivo.

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Weight loss;
Diagnosis;
Neoplasm

Reason for consultation: Weight loss

Abstract

Background and objective: Unintentional weight loss is frequent reason to visit a doctor and it has multiple diagnostic possibilities. The objective of this study is to examine the background of the patients who seek consultation for weight loss and to establish the relationship between weight loss and neoplasia.

Method: An analysis was performed on the demographic data, quantified weight loss, accompanying symptomatology, and diagnosis of patients who sought medical advice for unintentional weight loss during the year 2015.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: miguel.martin.asenjo@gmail.com (M. Martín Asenjo).

Results: A total of 226 patients were included, of whom 44.2% of them had an intentional weight loss $\geq 5\%$ in 6 months. The most frequent diagnosis in this group was a neoplasia, whereas in the rest of patients the most common diagnosis was a gastrointestinal disease. In light of this study we can conclude that there is a relationship between unintentional weight loss $\geq 5\%$ and the presence of neoplasia.

Conclusion: An unintentional weight loss greater than 5% in the previous 6 months is associated with the presence of neoplastic diseases, and therefore requires further diagnostic study.

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La pérdida de peso involuntaria es un motivo frecuente de consulta, de alta incidencia –entre el 0,6 y 7,3%^{1,2}– y muy amplias posibilidades diagnósticas. El proceso diagnóstico suele ser dificultoso, pues aunque la mayoría de estos pacientes no tienen ninguna enfermedad maligna, con frecuencia son sometidos de modo indiscriminado a un extenso estudio diagnóstico.

El objetivo del presente trabajo es estudiar las características de los pacientes que acuden a consulta por pérdida de peso y establecer la relación de la misma con las neoplasias.

Material y método

Estudio observacional descriptivo, de carácter retrospectivo, que incluye a los pacientes atendidos en la Unidad de Diagnóstico Rápido del Hospital Clínico Universitario de Valladolid en el año 2015.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, derivados a la consulta por pérdida de peso injustificada. Se excluyó a los pacientes que realizaban dieta o llevaban a cabo otros procedimientos para perder peso y los que estaban diagnosticados previamente de enfermedades que pudieran justificar el adelgazamiento. Se incluyen variables demográficas (edad, sexo, raza), la pérdida de peso cuantificada, la sintomatología acompañante y el diagnóstico.

Se toma como referencia del peso y de su pérdida, el valor medido en los meses previos y la pérdida expresada por los pacientes en consulta o la diferencia entre el valor medido y el actual. Se consideró significativa cuando era superior al 5% de su peso corporal en los últimos 6 meses, no significativa cuando era inferior al 5% e inespecífica cuando el paciente era incapaz de cuantificarla.

Todos los análisis estadísticos se realizaron con el paquete SPSS v22. Las variables cuantitativas se presentan como media (desviación estándar) y las cualitativas, como porcentaje. Para comprobar la distribución normal de las variables se realizó una prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las comparaciones entre variables cualitativas

se realizaron mediante la prueba de la chi cuadrado. Las comparaciones entre variables cuantitativas se llevaron a cabo mediante la prueba de análisis de la varianza (ANOVA) con comparaciones múltiples a posteriori mediante la prueba de Bonferroni. Se consideran diferencias estadísticamente significativas cuando el valor de la p fue menor de 0,05.

Los autores declaran que este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, y se han seguido los procedimientos establecidos en el centro para el tratamiento de datos de los pacientes.

Resultados

Se incluyeron 226 pacientes, 111 (49,1%) varones y 115 (50,1%) mujeres, con una edad media de $66,8 \pm 16,1$ años. El 75,2% son derivados desde Atención Primaria y el 24,8%, de Urgencias y otras especialidades.

De los 226 pacientes, 100 (44,2%) presentaban una pérdida de peso significativa, 80 (35,4%), una pérdida de peso no significativa y 46 (20,4%) no concretaban con exactitud la misma.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron síntomas digestivos (47,8%) y astenia (20,2%). El 24% manifestaban otra sintomatología, mientras que el 8% se encontraban asintomáticos. En la [tabla 1](#) se muestran las características de los pacientes incluidos según la sintomatología.

Los síntomas digestivos son mayoritarios en los 3 grupos; no obstante, su proporción es menor en aquellos que no concretan la pérdida de peso (32,6%), donde son más frecuentes la astenia y otros síntomas.

En la [tabla 2](#) se muestran las características de los pacientes incluidos según el diagnóstico final. Los pacientes con pérdida de peso significativa eran predominantemente hombres (57%) con una edad media de $65,5 \pm 16,1$ años. El diagnóstico más habitual fueron las neoplasias (36%), seguido de las enfermedades del aparato digestivo (25%). Un 24% fueron diagnosticados de otras enfermedades y hasta en un 15% no se llegó a un diagnóstico concluyente que justificara la pérdida de peso.

Los 80 pacientes con pérdida de peso no significativa tenían una edad media de $67,9 \pm 16,7$ años, la mayoría eran

Tabla 1 Características de los pacientes incluidos. Sintomatología

	Edad media \pm DE (años)	Sexo: varo- nes/ mujeres (%)	Digestiva (%)	Astenia (%)	Asintomáticos (%)	Otros (%)
Total, N = 226	66,81 \pm 16,11	49,1/51,1	47,8	20,2	8,0	24,0
Pérdida de peso \geq 5%, n = 100	65,52 \pm 16,11	57,0/43,0	52,0	15,0	8,0	25,0
Pérdida de peso < 5%, n = 80	67,86 \pm 16,66	40,0/60,0	51,3	22,5	8,7	17,5
Pérdida de peso no cuantificada, n = 46	67,80 \pm 16,75	47,8/52,2	32,6	28,3	6,5	32,6

Tabla 2 Características de los pacientes incluidos. Diagnósticos definitivos

	Edad media \pm DE (años)	Sexo: varo- nes/ mujeres (%)	Neoplasia (%)	Digestivo (%)	Otros (%)	Sin diagnóstico (%)
Total, N = 226	66,81 \pm 16,11	49,1/51,1	19,5	34,1	31,0	15,4
Pérdida de peso \geq 5%, n = 100	65,52 \pm 16,11	57,0/43,0	36,0	25,0	24,0	15,0
Pérdida de peso < 5%, n = 80	67,86 \pm 16,66	40,0/60,0	3,8	45,0	35,0	16,2
Pérdida de peso no cuantificada, n = 46	67,80 \pm 16,75	47,8/52,2	10,9	34,8	39,1	15,2

mujeres (60%) y la causa más frecuente fueron las enfermedades digestivas (45%), seguidas de otros diagnósticos donde predominaban las enfermedades infecciosas, autoinmunes y endocrinológicas (35%). En un 16,2% de los pacientes el diagnóstico no fue concluyente, mientras que un 3,8% fueron diagnosticados de alguna neoplasia.

Finalmente, el grupo de 46 pacientes que no cuantificaban la pérdida de peso eran mayoritariamente mujeres (52,2%), con enfermedades digestivas (34,8%) y, hasta en el 39,1% de los casos, con otras enfermedades. El 10,9% fueron diagnosticados de una neoplasia y en el 15,2% no se llegó a un diagnóstico concluyente.

Globalmente considerado, de todos los pacientes con pérdida de peso como motivo principal de consulta se diagnosticó de neoplasia a 44 de ellos (19,4%). La pérdida de peso superior al 5% se relacionó significativamente con la presencia de neoplasias ($p < 0,001$). Si eliminamos a los pacientes que no especifican la pérdida de peso, como posible factor de confusión, se mantiene la relación entre la presencia de neoplasias y una pérdida de peso superior al 5% ($p < 0,001$).

Realizamos análisis por sexo y edad, sin que se observara ninguna relación entre la presencia de neoplasia y el sexo ($p = 0,95$). Sin embargo, la edad superior a 50 años se relacionó con la presencia de neoplasia ($p = 0,010$).

Entre estas, las más frecuentes fueron las del aparato digestivo, que suponen el 56,8% de las mismas (9 neoplasias de colon, 8 de páncreas y 8 de estómago). El resto de los tumores fueron predominantemente ginecológicos, renales, pulmonares y hematológicos. En 4 pacientes con diseminación metastásica en el momento del diagnóstico no se llegó a diagnosticar el tumor primario.

Discusión y conclusiones

Nuestro estudio incluye a todos los pacientes que acuden a consulta por pérdida de peso y constituye la serie de casos

más amplia publicada hasta el momento. Aunque el criterio más fiable para determinar dicha pérdida es objetivarla a través de los valores medidos en consulta y cotejarlos con valores medidos previamente, buena parte de las veces estos no existen, por lo que debemos partir del dato que el paciente nos proporciona.

Establecer un límite a partir del cual debemos considerar la pérdida de peso como importante es difícil e incierto. Si se utilizan criterios muy estrictos, pacientes con enfermedades potencialmente graves pueden pasar desapercibidos, mientras que si utilizamos criterios laxos, someteríamos a múltiples exploraciones complementarias a pacientes sin enfermedad subyacente. La mayoría de los casos de series publicadas utilizan el límite de una pérdida de peso superior al 5% en 6 meses para definirla como grave o significativa, que en estudios epidemiológicos se asocia con un aumento de la mortalidad posterior³. Por ello, nos parece razonable utilizar dicha cifra como el límite para establecer la importancia de la pérdida de peso.

En este trabajo se establece una clara relación entre una pérdida de peso superior al 5% en los 6 meses previos y la presencia de enfermedades neoplásicas. Ello justifica que, ante este dato, deba llevarse a cabo un estudio exhaustivo para descartar la presencia de neoplasias, con independencia de que el diagnóstico más frecuente sean las enfermedades digestivas. Lo anterior se hace más necesario, de acuerdo con los resultados de nuestro estudio, cuando la pérdida de peso significativa tiene lugar en pacientes mayores de 50 años.

Las neoplasias son más frecuentes en el grupo que no concreta la pérdida de peso que en aquellos con una pérdida de peso inferior al 5%. Esto se debe a que probablemente en el primer grupo, los pacientes destacan otros síntomas, pasando desapercibida la pérdida de peso, en ocasiones importante.

Tabla 3 Series de casos de pérdida de peso

Estudio, referencia y año	Tipo de estudio (pacientes)	País	Pacientes	Edad media (años)	Neoplasias (%)	Gastrointestinal (%)	Otros (%)	Sin diagnóstico (%)
Marton et al. ⁴ , 1981	Prospectivo (91)	EE. UU.	≥ 5% de peso en 6 meses	59	19	14	12	26
Rabinovitz et al. ⁵ , 1986	Retrospectivo (154)	Israel	≥ 5% de peso en 6 meses	64	36	17	14	23
Thompson y Morris ⁶ , 1991	Prospectivo (45)	EE. UU.	Edad ≥ 63 y ≥ 7,5% de peso en 6 meses	72	16	11	20	24
Lankisch et al. ⁷ , 2001	Prospectivo (158)	Alemania	≥ 5% de peso en 6 meses	68	24	19	-	16
Bilbao-Garay et al. ¹ , 2002	Prospectivo (78)	España	≥ 5% de peso en 3 meses o ≥ 10% en 6 meses	59	23	6	38	11
Metalidis et al. ⁸ , 2008	Prospectivo (101)	Bélgica	≥ 5% de peso en 6-12 meses	64	22	15	24	28
Wu et al. ⁹ , 2011	Retrospectivo (136)	Taiwán	≥ 5% de peso en 6-12 meses	80	17	-	-	26
Chen et al. ¹⁰ , 2010	Retrospectivo (50)	Taiwán	≥ 5% de peso	79	6	22	19	16

En la [tabla 3](#) se muestran los estudios publicados hasta la fecha⁴⁻⁹. En la mayoría de ellos se utiliza una pérdida de peso superior al 5% como referencia de gravedad^{4,5}. En comparación con nuestro trabajo, la mayoría muestra una menor proporción de neoplasias. El motivo más probable es que nuestros pacientes proceden de la Unidad de Diagnóstico Rápido, dispositivo utilizado por el Servicio de Urgencias y por los médicos de Atención Primaria para el estudio ambulatorio de pacientes con sospecha de enfermedad grave. Aun así, la tasa de pacientes en los que no se llega a un diagnóstico concreto o la de enfermos con procesos no oncológicos digestivos es elevada.

Los datos de este estudio ponen de manifiesto que en pacientes mayores de 50 años que muestren una pérdida de peso superior al 5% en los 6 meses previos se debe descartar la presencia de neoplasia de forma preferente.

Como principales limitaciones de este estudio citaríamos la ocasional subjetividad de las cifras de pérdida de peso y la probable selección de pacientes más graves por el dispositivo donde se han estudiado.

En conclusión, las enfermedades digestivas han supuesto, en nuestro estudio, la causa más frecuente de la pérdida de peso. Sin embargo, cuando esta es superior al 5% en los 6 meses previos y cuando la edad de los pacientes es superior a los 50 años, se asocia con la presencia de enfermedades neoplásicas. Ello exige, especialmente en estos supuestos, un estudio diagnóstico exhaustivo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Bilbao-Garay J, Barba R, Losa-García JE, Martín H, García de Casasola G, Castilla V, et al. Assessing clinical probability of organic disease in patients with involuntary weight loss: A simple score. *Eur J Intern Med.* 2002;13:240-5.
2. Hernández JL, Riancho JA, Matorras P, González Macías J. Clinical evaluation for cancer in patients with involuntary weight loss without specific symptoms. *Am J Med.* 2003;114:631-7.
3. Sahyoun NR, Serdula MK, Galuska DA. The epidemiology of recent involuntary weight loss in the United States population. *J Nutr Health Aging.* 2004;8:510-7.
4. Marton KI, Sox HC, Krupp JR. Involuntary weight loss: Diagnostic and prognostic significance. *Ann Intern Med.* 1981;95:568-74.
5. Rabinovitz M, Pitlik SD, Leifer M, Garty M, Rosenfeld JB. Unintentional weight loss: A retrospective analysis of 154 cases. *Arch Intern Med.* 1986;146:186-7.
6. Thompson MP, Morris LK. Unexplained weight loss in the ambulatory elderly. *J Am Geriatr Soc.* 1991;39:497-500.
7. Lankisch PG, Gerzmann M, Gerzmann JF, Lehnick D. Unintentional weight loss: Diagnosis and prognosis. The first prospective follow-up study from a secondary referral centre. *J Intern Med.* 2001;249:41-6.
8. Metalidis C, Knockaert DC, Bobbaers H, Vanderschueren S. Involuntary weight loss. Does a negative baseline evaluation provide adequate reassurance? *Eur J Intern Med.* 2008;19:345-9.

9. Wu JM, Lin MH, Peng LN, Chen LK, Hwang SJ. Evaluating diagnostic strategy of older patients with unexplained unintentional body weight loss: A hospital-based study. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011;53:e51-4.
10. Chen SP, Peng LN, Lin MH, Lai HY, Hwang SJ, Chen LK. Evaluating probability of cancer among older people with unexplained, unintentional weight loss. *Arch Gerontol Geriatr.* 2010;50 Suppl 1:S27-9.