

11227
54
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL 20 DE NOVIEMBRE
I. S. S. S. T. E.**

**PROTOCOLO DE ESTUDIO DE PERDIDA
INVOLUNTARIA DE PESO**

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
E S P E C I A L I S T A E N :
M E D I C I N A I N T E R N A
P R E S E N T A :

DRA. DIANA BEATRIZ SALAZAR NAVARRETE



ISSSTE México, D. F.

1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

Introducción	1
Consideraciones Generales	16
Casuística del Hospital "20 de Noviembre"	31
Conclusiones	37
Cuadros	38
Bibliografía	44

INTRODUCCION

La marcada pérdida de peso es generalmente descubierta como una manifestación de enfermedad seria, la lista de causas es extensa y tienen diferentes mecanismos fisiopatológicos. El dilema del clínico es que por lo menos tres consideraciones son de importancia:

1. No todos los pacientes con pérdida de peso tienen enfermedades físicas o una evaluación en algún momento para identificar la enfermedad.
2. A muchos pacientes que señalan perder peso, no se confirma esta pérdida.
3. No existen estudios publicados de causas en pacientes -- con pérdida de peso; así mismo no hay información en la prevalencia del problema.

Con lo anterior, debemos recordar que no hay bases firmes - para la comprensión de un diagnóstico ya probado para los pacientes con pérdida de peso involuntaria.-(1,2,3,4)

Dentro de los problemas en Medicina Interna uno de los que se ha tomado en consideración por su importancia es la pérdida de peso involuntaria, definiéndose ésta, cuando no existen factores conocidos que se involucren en dicha pérdida de

peso. Dentro de los factores que mayor importancia tienen se encuentran los siguientes: disminución voluntaria del aporte energético con fines estéticos; disminución de peso para control de enfermedad ya determinada; uso de medicamentos con el propósito de pérdida de peso (diuréticos, laxantes), ó como consecuencia de una patología ya conocida, es por ello -- que este estudio pretende establecer una ruta diagnóstica que ayude a la identificación de la causa de pérdida de peso sin factor predisponente conocido. (2,5,6)

Consideramos pérdida de peso como un problema cuando éste va del 2 al 5% de peso corporal total en un mes, ya sea cuantificado con una medida de recisión (peso semanal o diario), o valorado por aspectos subjetivos del paciente o allegados a él (tallas de ropa). (1,2,3,4,)

Rabinovits y Cols, clasificaron a los pacientes con pérdida de peso en cinco grupos que consideraban la etiología y es -- posiblemente la más importante de las clasificaciones, los -- grupos son los siguientes; en un grupo de 154: casos: Neoplasias 36%; Enfermedades del tracto gastrointestinal 17%; Alteraciones psiquiátricas 10%; Miscelaneos 13%; y desconocidas- 23% (tabla 1). (3)

Los mecanismos de la pérdida de peso frecuentemente son inex-

CAUSAS DE PERDIDA DE PESO

TABLA 1

DIAGNOSTICOS	No. de PACIENTES	PORCENTAJES
NEOPLASIAS	56	36.3 %
GASTROINTESTINALES	25	
GENITOURINARIO	9	
HEMATOLOGICAS	8	
PULMONARES	6	
PANCREATICAS	1	
CEREBRALES	1	
ORIGEN DESCONOCIDO	6	
ALTERACIONES DEL TRACTO INTESTINAL	26	17 %
ENFERMEDAD PEPTICA	11	
DESORDENES DE LA MOTILIDAD	6	
COLELITIASIS	4	
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	2	
HERNIA DIAFRAGMATICA	2	
DIVERTICULO DE ZENKER'S	1	
DESORDENES PSIQUIATRICOS	16	10 %
DEPRESION	6	
ANSIEDAD	3	
SINDROME ORGANICO CEREBRAL	3	
PSICOSIS	1	
INDETERMINADAS	3	
MISCELANEOS	20	13 %
ENFERMEDADES INFECCIOSAS	6	
ENFERMEDAD RENAL	6	
HIPERTIROIDISMO	3	
DIABETES MELLITUS	3	
ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO	2	
DESCONOCIDAS	36	23 %

Arch. Intern. Med.
Vol. 146, Jan. 1986.

MANIFESTACIONES CLINICAS

TABLA 2

DOLOR ABDOMINAL	48 %
CAMBIOS EN EL HABITO INTESTINAL	36 %
HIPOREXIA	32 %
PLENITUD POSTPRANDIAL	28 %
VOMITO	20 %
DISFAGIA	14 %
REGURGITACION	10 %

Rev. Invest. Clin (Méx)

41: 5-9, 1989

HALLAZGOS FISICOS

TABLA 3

SOPLD PRECORDIAL	20 %
DOLOR EN LA PALPACION DE ABDOMEN	14 %
HEPATONEGALIA	10 %
PULSO ARRITMICO	8 %
PLETORA YUGULAR	6 %
BOCIO	6 %
TELANGIECTASIAS	6 %

Rev. Invest. Clin. (Méx)
41: 5-9, 1989

plicables, sin embargo, con la realización de una adecuada his toria clínica podremos obtener síntomas clínicos asociados con la pérdida de peso, entre ellas destacan las siguientes; dolor abdominal, cambios del hábito intestinal, hiporexia y otras, - (tabla 2). (1)

Dentro de los hallazgos físicos podremos encontrar soplo car-- diaco, dolor a la palpación, hepatomegalia, ganglios y algunos de importancia (tabla 3). (1)

MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS:

Cuando el médico estudia a un paciente en el cual hay antece-- dentes netos o signos físicos de pérdida de peso progresiva, debe buscar la causa del equilibrio calórico negativo y otros signos concomitantes de insuficiencia nutricional.

Por desorientador que pueda parecer el cuadro sólo hay una cau-- sa de pérdida de peso: el sujeto recibe calorías insuficien-- tes para satisfacer sus necesidades.

Los factores psicológicos son muy importantes en cuanto a re gular el ingreso de alimentos. El "apetito" depende en gran medida de hábitos y estado emocional. En caso de dificulta-- des emocionales los individuos suelen presentar anorexia mo--

derada o grave. Cuando el trastorno emocional es muy grave suele presentarse la llamada "anorexia nerviosa", y originar una emaciación verdadera. La tensión nerviosa duradera con falta de apetito puede resultar, por lo menos en parte, de hiperactividad del sistema parasimpático motor del aparato gastrointestinal, y quizá inhibición semejante de la secreción de jugos gástricos.

Los estados de agitación emocional, afectan a menudo la nutrición; la "depresión", inhibe del apetito, lo mismo que la inclinación para conseguir y preparar alimentos. (7,8)

En algunas condiciones clínicas, el metabolismo total esta muy aumentado, de manera que se necesita suministro mayor de todos los materiales nutritivos. Cuando la demanda aumenta y no se satisface, o cuando no puede ingerirse o administrarse con otra vía los nutrientes, suficientes, ocurre pérdida de peso.(9)

En diversos estados patológicos como hipertiroidismo, fiebre, neoplasias, descompensación cardiaca o traumatismo hay disminución de peso.

La infección crónica poco activa de la índole de tuberculosis, brucelosis, amigdalitis y artritis pueden conservar al paciente con un peso subnormal al apresurar el metabolismo aunque no

ocurra fiebre. En estas circunstancias, el estímulo al metabolismo parece resultar de la acción de toxinas.

Las enfermedades neoplásicas pueden causar destrucción tisular local y efectos tóxicos generales con aumento del metabolismo y pérdida consecuente de peso. Las alteraciones cardiacas, con taquicardia o descompensación prolongada, aumentan el metabolismo total hasta el 25%, incluso cuando el paciente se conserva en reposo en cama. Los traumatismos accidentales o quirúrgicos en ocasiones causan alteraciones metabólicas notables que se acompañan de pérdida importante de proteínas, vitaminas y otros nutrientes.(5)

La pérdida de peso sin dieta deliberada es un problema más grave que el aumento de peso, porque hay una mayor posibilidad de que exista una enfermedad orgánica; entre las causas se incluyen disminución del apetito, metabolismo acelerado, y pérdida de nutrientes por orina y heces, actuando separadas o combinadas.

La mayoría de los casos se clasifican en cinco categorías, -- Neoplásicas, Trastornos Gastrointestinales, Psíquicos, Misceláneos y Desconocidos. (3)

Los procesos malignos ocultos son la causa más común de pérdi

da de peso en ausencia de signos y síntomas importantes. En la búsqueda de un proceso maligno se debe hacer hincapié, principalmente en el aparato digestivo, páncreas, hígado o pulmón, - aunque también debe tomarse en cuenta el Linfoma y la leucemia. En el cáncer, los mecanismos de pérdida de peso son variados y hay más de un factor involucrado.

Actualmente se ha mencionado a la Caquexina (Factor de Necrosis Tumoral) como uno de los mediadores de la respuesta lítica en las diferentes variedades de neoplasias, enfermedades crónicas como Tuberculosis, diabetes y probablemente en el SIDA. (10,11)

En la actualidad se ha tratado de explicar la pérdida de peso por otros mecanismos fisiopatológicos, teniendo prioridad en estos momentos la caquexina, (factor de necrosis tumoral), ya que se han descubierto propiedades catabólicas inductoras de caquexia, (pérdida de peso muy importante), la caquexina fue inicialmente aislada de un macrófago mediador responsable de la supresión de la enzima lipoproteína lipasa cultivada en adipocitos, también es responsable de la supresión de un número importante de proteínas muchas de las cuales son específicamente producidas en forma natural por adipocitos por ejemplo, la caquexina suprime la expresión de los ácidos grasos ligados a proteínas y ha fosfato dehidrogenasa gliceril fosfato, como también adenosina proteasa del adipocito, todo aparentemente por-

una transcripción del RNA. La caquexina ha demostrado también causar liberación del glicerol en los cultivos de adipocitos, presumiblemente por activación de la hormona sensible lipasa- y por inhibición de la incorporación de acetato a triglicéridos. (10)

Dentro de las enfermedades Gastrointestinales, la esteatorrea evidente u oculta debida a esprue, a pancreatitis crónica, ó fibrosis quística, puede producir pérdida de peso a pesar de aumentos importantes en la ingestión de alimentos. En el diagnóstico diferencial deberán considerarse la diarrea crónica - debida a enfermedad intestinal inflamatoria (con fistulas y - sin ellas) o parásitos, enfermedad esofágica con reflujo o vómito, y aún la úlcera péptica común. El mecanismo de la pérdida de peso en la enfermedad del aparato digestivo en general- se debe a disminución de la ingestión de alimentos, o a defectos de la absorción, aunque por si misma la inflamación tal - vez desempeña un papel en la pérdida de peso en la colitis ulcerosa y enteritis regional. (12,13)

Dentro de los padecimientos psiquiátricos la anorexia nerviosa es la clásica enfermedad psiquiátrica que provoca pérdida- de peso importante. Sin embargo los trastornos neuróticos, esquizofrenia y depresión también son causa de pérdida de peso- por disminución en la ingesta de alimentos; como ejemplo la -

anorexia nerviosa se caracteriza por el deseo de poseer un -- cuerpo esbelto y un exagerado temor de ganar peso, por lo que la persona se autoindica dietas rigurosas, el problema psicodinámico fundamental es la intensa necesidad del individuo de mantenerse controlando su peso y talla su familia y cultura -- contribuyen a que sienta que hay dificultad de controlar su -- cuerpo y su vida; el apetito puede permanecer inalterado aun-- hasta el final de la inanición, sin embargo pueden referir -- nausea y distensión abdominal después de comer y un sentimiento de culpa que es lo que les caracteriza, además pierden interés (por depresión), por la vida social y lo que acontece -- en su entorno.

En el caso de la esquizofrenia la pérdida de peso puede ser -- debido a ilusiones sobre la comida, rechazando ésta, ya que -- cree, "ha sido envenenada", ó "que causa alteraciones anatómicas en su cuerpo", se ha demostrado también alteraciones en -- la función hipotalámica en la anorexia nerviosa, existiendo -- evidencia que tanto la desnutrición como la disminución ponderal acentuada son los responsables de los cambios endócrinos-- múltiples que tienen un fin adaptativo, resultando los cambios de una deficiencia en la síntesis de hormonas hipotalámicas, -- secundaria a falta de prepulsores pudiéndose encontrar Hormona Luteinizante (LH) y estradiol por debajo de valores normales, FSH normal o disminuido y la respuesta anormal de LH al

estímulo agudo de hormona liberadora de hormona luteinizante- (LRH), sugiere la existencia de disfunción hipotalámica como- causa de hipogonadismo, así mismo se mencionan alteraciones - de las hormonas tiroideas.

En conclusión estas alteraciones sugieren naturaleza fundamen- talmente adaptativa endócrina, mismas que presentan recupera- ción al restaurarse el peso teórico, es probable que los pa- trones conductuales como son el grado de actividad física, la- inducción al vómito, el uso de laxantes y/o diuréticos y el - stress desempeñen un papel importante en las variaciones del- período de tiempo en que se recuperan las funciones endócric- nas. (7,8,14,15,16)

Dentro de las causas miscelaneas que podemos encontrar se en- globan enfermedades infecciosas, endocrinológicas, crónico-de- generativas, de la colágena entre otras siendo las más impor- tantes las primeras, dentro de las enfermedades endócrinas en- contramos un gasto calórico enorme, principalmente por un - - aumento en el metabolismo, aunque el incremento de la activi- dad motora también desempeña un gran papel. No se ha estable- cido el mecanismo molecular por el cual la tirotoxicosis cau- sa pérdida de peso, pero se piensa que la hormona tiroidea -- aumenta la actividad sodio-potasio de la ATP sintetasa (ATP- asa) en muchos tejidos, sugiriéndose que la disminución en la

eficacia de las calorías ingeridas se debe a un ciclo deficiente de la síntesis de adenosina (ATP) y rotura, con pérdida de energía en forma de calor. En el "hipertiroidismo" "apático" - predominara la pérdida de peso con la consecuente debilidad. - Dentro de las otras causas de pérdida de peso por hipermetabolismo se encuentran los feocromocitomas siendo el agente inductor la liberación de catecolaminas. El panhipopituitarismo y la insuficiencia suprarrenal también pueden presentarse la pérdida de peso, principalmente como consecuencia de disminución del apetito, secundaria a deficiencia de cortisol.

En la diabetes sacarina, la pérdida de peso inicia principalmente por pérdida de líquidos, secundaria a la diuresis osmótica que induce la hiperglicemia. La pérdida subsecuente ocurre en los insulino-dependientes debido a pérdida calórica (consecuencia de la glucosuria), y a las anomalías hormonales que caracterizan a la enfermedad. La deficiencia de insulina y el exceso de glucagon provocan deterioro en la síntesis de proteína y grasa, y simultáneamente causa aceleración de proteólisis y lipólisis, de manera que el estado neto de energía es catabólica. La pérdida de peso en la diabetes mellitus frecuentemente se acompaña de un aumento en la ingesta de alimentos. (17,18,19,20, 21,22)

En pacientes con pérdida de peso inexplicable siempre deberá-- buscarse infección oculta. Tuberculosis, enfermedades por hon-

gos, abscesos amibianos, endocarditis bacteriana subaguda, -- predominan como causas posibles; el mecanismo probable es de anorexia e inflamación, con inducción en la aceleración de requerimientos metabólicos celulares, el glucagón quizá sea importante en la inducción de un balance nitrogenado negativo y de pérdida de los tejidos en la inflamación y es probable que el estado de hipercatabolismo implique cambios en algunas hormonas. (23,24)

En detecciones inmunológicas la concentración de caquexina -- (subpicomolar) por arriba de los niveles séricos es un dato - importante para la sospecha de enfermedades malignas.

Los estudios futuros pueden establecer que la caquexina puede correlacionarse con síndrome de consución en hombres.

En resumen, el orden corriente de cambios en la fisiopatolo-- gía de las enfermedades con pérdida de peso son los siguien-- tes:

1. Equilibrio negativo del nutrimento, o insuficiencia del -- equilibrio positivo para crecimiento, reparación y sostén.
2. Deficiencia tisular.
3. Cambios bioquímicos.
4. Defectos anatómicos.
5. Cambios endocrinológicos

6. Cambios psíquicos

7. Factor de necrosis tumoral (caquexina).

CONSIDERACIONES GENERALES

Como muchos otros síntomas, la pérdida de peso suele acompañar a un sin fin de patologías, por lo que el paciente en la etapa inicial suele pasarlo inadvertido, sin embargo al ir ésta progresando y mostrarse las manifestaciones secundarias al desgaste, como son: debilidad, fatiga fácil entre otros - acude a consulta sin evidenciar más datos; es en esos momentos cuando el clínico, utilizando todas las habilidades para un adecuado interrogatorio y una minuciosa exploración física, puede identificar otros datos que sirvan para considerar al paciente dentro de alguna patología específica. En este trabajo, habiendo analizado nuestra experiencia respecto de las causas de la pérdida ponderal involuntaria, revisamos en forma sintetizada las principales características clínicas de esas causas.

Dentro de las neoplasias las que son de mayor importancia -- por su prevalencia en nuestro Hospital son: hepática, gastro intestinales diversas, pulmón y próstata.

Las neoplasias de hígado surgen en las células del parénquima hepático o de los conductillos biliares y de ahí sus nombres, se ha asociado con la presencia de cirrosis hepática -- ó hepatitis tipo B predominantemente se presenta en mayor -- porcentaje en pacientes varones. Dentro de los datos clínicos que sobresalen se encuentran; ascitis, ictericia, presencia de soplo sobre el tumor (región hepática) y la inestabilidad tanto hemodinámica como neurológica en un paciente cirrótico previamente compensado.

Dentro de las neoplasias de tubo digestivo tanto alto como -- bajo sobresalen los de estómago así como colon, dentro de --

las características clínicas de mayor importancia en los tu mores de estómago se encuentran sensación de plenitud gástrica, náuseas, regurgitación, presencia de hematemesis y melena que aunado a los antecedentes de ser varón, en edad promedio de 30 a 40 años presencia de gastritis atrófica ó cirugía previa (gastrectomía parcial) nos orienta significativamente hacia la sospecha de una neoplasia de estómago, - la presencia de masa palpable es inespecífica, así como la del ganglio de Virchhoff dado que se encuentra en otro tipo de neoplasias.

En relación al carcinoma de colon debe tenerse la sospecha en pacientes mayores de 40 años que cuenten con factores pre disponibles como es la presencia de poliposis, antecedentes familiares de cáncer de colon, colitis ulcerativa así como enfermedades inmunológicas, los síntomas varían de acuerdo a la localización de la masa tumoral, sin embargo, el sínto ma cardinal son los cambios en el hábito intestinal con pre sencia o no de hemorragia.

Dentro de las neoplasias donde el diagnóstico suele ser muy difícil se encuentran las de páncreas predominantemente --- aquellas que se localizan en la cola de dicho órgano que se presenta en un 25% del total, dentro de la sintomatología - que con mayor frecuencia se encuentra esta la pérdida de pe so aunado a dolor en epigastrio, intenso con irradiación a región lumbar que suele disminuir con la disposición de sen tado o en cuclillas, se ha reportado que en un 65 a 75% de los pacientes con cáncer de páncreas presentan como datos - significativos tromboflebitis. Es de suma importancia en es tos tumores la ley de Curvoisoer Terrier.

Los tumores que tienen su origen en el pulmón presentan cu

tro tipos histológicos que incluyen al de células escamosas que se relacionan con mayor frecuencia con el tabaquismo -- crónico y que es el que ocasiona mayor daño a la mucosa el carcinoma de células pequeñas presenta una diseminación temprana tanto local como a distancia, en relación al adenocarcinoma se presenta en la periferia del pulmón y ocasiona poca o nula obstrucción de las vías aéreas y por último el de células grandes presenta características similares al adenocarcinoma sin embargo presenta cavitaciones tempranas.

Dentro de los síntomas que con mayor frecuencia nos orientan están: la tos, disnea, dolor pleurítico, hemoptisis. La exploración física es inespecífica; podemos o no encontrar adenomegalias y en un 20% la presencia de hipocratismo digital. Es por ello que en los pacientes que tienen ya una enfermedad de base como es la bronquitis crónica, efisema y que inician con inestabilidad respiratoria progresiva acompañados de una marcada pérdida de peso se debe tener la sospecha diagnóstica de patología neoplásica. (3,4,11,17,25,26)

En la segunda causa de pérdida ponderal se encuentran las alteraciones de tracto gastrointestinal, dentro de las que se incluyen los síndromes de mala absorción, ya sea por defecto patológico en la mucosa intestinal o por anomalías intraluminales.

Dentro de las molestias tempranas, estas pueden ser inespecíficas e incluyen principalmente pérdida de peso, anorexia, y distensión abdominal. Mientras mayor sea el avance de la enfermedad la pérdida de peso se vuelve más rápido y posteriormente puede acompañarse de datos de hipoalbuminemia como son el edema de miembros inferiores.

La presencia de signos en la exploración física se relaciona con las alteraciones de la mala absorción de nutrientes y -- suelen ser muy específicos, dentro de estos se incluyen la hiperqueratosis de la piel, visión nocturna disminuida, parestesias, tetania, glositis, neuropatías y alteraciones hemorrágicas, estas se relacionan con deficiencia vitamínica o de minerales, entre otros.

Algunos autores han considerado que ante la presencia de pérdida peso, dolor abdominal, fiebre y artralgias se debe sospechar la enfermedad de Whipple; linfoma intestinal, enfermedad de Crohn o tuberculosis intestinal, así mismo debe recordarse que existen alteraciones de la absorción cuando hay diversos procedimientos quirúrgicos como el caso del síndrome del intestino corto, después de una resección intestinal, o los síndromes postgastrectomía.

Como vemos los síndromes de absorción defectuosa pueden relacionarse con una gran variedad de procesos patológicos de la mucosa del intestino delgado, que tienen en común la absorción defectuosa de nutrientes por el aparato gastrointestinal. Todos estos síntomas que ocasionan pérdida de peso deb--ben contrastarse con los estados de mala digestión en que la anomalía intraluminal origina la falta de absorción de -- los nutrientes con el consecuente deterioro progresivo del paciente. (3,4,13)

Dentro de las patologías de mayor importancia que originan la pérdida de peso involuntaria, de predominio en pacientes jóvenes y mujeres se encuentran los desórdenes emocionales -- que generalmente se acunian con el nombre de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

En la anorexia nerviosa la sintomatología esencial de este trastorno consiste en el rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima de unos valores mínimos normales para una determinada edad y talla; miedo intenso a ganar peso o a convertirse en una persona obesa.

Existen criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa, dentro de los mismos se incluyen los siguientes:

- a). Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerado para la edad y talla.
- b). Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, aun estando por debajo del peso normal.
- c). Alteración en la percepción del peso, la talla o la silueta corporal: por ejemplo, la persona se queja de que se "encuentra obeso" aún estando emaciada o cree que alguna parte de su cuerpo resulta "desproporcionada", incluso estando por debajo del peso normal.
- d). En las mujeres, se ha observado como dato especial la ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Como podemos observar en todos los criterios se hace incapie en la pérdida de peso tan importante que posteriormente muestra datos clínicos de debilidad, fatiga fácil, disnea entre otros, esto por disminución del aporte calórico, en relación a la bulimia nerviosa se considera que la sintomatología esencial con el que cursa este trastorno es el episodio recurrente de voracidad (consumo rápido de una gran cantidad de comida en un periodo corto de tiempo); percepción de falta de control de la ingesta durante los episodios de voracidad, vómito provocado y una preocupación persistente por la silueta y el peso. para que esto se pueda considerar como proble-

ma deben presentarse los episodios por más de dos ocasiones, los alimentos suelen ingerirse en forma disimulada o incluso en secreto, la comida es engullida con rapidez, sin ser masticada apenas, una vez que ha comenzado la ingesta, se van añadiendo alimentos para continuar con la comilona, esta termina cuando se presenta malestar abdominal, sueño, interrupción por la vida social, o provocación del vómito, este en algunos casos alivia las molestias abdominales, el vómito -- puede presentarse por si mismo o ser provocado por el paciente.

Definitivamente durante los primeros días es difícil encontrar alteraciones físicas concluyentes, pero al transcurrir el tiempo y la pérdida de peso va siendo más importante se presentan alteraciones que incluyen desequilibrio hidroelectrolítico, arritmias cardiacas y muertes súbitas.

Por la importancia que implican las complicaciones es indispensable durante el interrogatorio inicial poner atención a las alteraciones de la personalidad que nos puedan indicar -- que la pérdida de peso sea secundario a una patología emocional. (1,4,7,8,14,15)

Sin embargo probablemente un grupo donde las múltiples patologías dificultan el diagnóstico rápido es el de miscelaneos, dado que incluyen patologías infecciosas, crónica degenerativas, así como el SIDA; patología que en las últimas fechas tiene un interés especial por la mortalidad que presenta. En todas ellas la pérdida de peso es notoria y suele ser el primer síntoma que se manifiesta y que motiva el ingreso hospitalario. En relación a los procesos infecciosos son de relevancia, las endocarditis bacterianas, tuberculosis pulmonar o intestinal, micosis profunda.

En relación a la endocarditis bacteriana recordar que la mayor parte de los pacientes que presentan esta infección tienen una cardiopatía subyacente, alteraciones valvulares, antecedentes de procedimientos quirúrgicos que involucren esa área, así como la administración intravenosa de drogas, pero también puede presentarse en cualquier otra persona que no tenga patología alguna. Aunque la regla no es la presencia de fiebre como se ha descrito comunmente en todo proceso infeccioso en la endocarditis en un 70% de los pacientes suele estar presente, sin embargo, la pérdida de peso ocasionalmente suele ser el primer síntoma, pueden haber síntomas inespecíficos como son la disnea, artralgias, o diarrea, a la exploración física en un 90% hay un soplo cardíaco cambiante; dentro de las lesiones periféricas hay petequias, hemorragias subungueales, nódulos de Osler, lesiones de Janeway y -- manchas de Roth aunque éstas suelen presentarse en un porcentaje muy bajo de pacientes. (2,3,4)

En relación a la tuberculosis pulmonar ésta se inicia cuando una persona sensible a la enfermedad inhala las gotitas en aerosol que contienen microorganismos viables. Debemos considerar que existe un grupo de personas que tiene mayor sensibilidad para la enfermedad como son los inmunodeficientes y aquellos que se encuentran desnutridos o viven en hacinamiento; típicamente el paciente se presenta por una pérdida de peso que ha ocasionado fatiga y anorexia, la febrícula puede o no estar presente, la sudoración nocturna así como la tos suelen ser un indicador que acompaña a la pérdida de peso a la exploración física lo único que llama la atención es el mal estado general; pueden o no haber datos pulmonares como son estertores crepitantes apicales. (23).

Dentro de las micosis las que ocasionan mayor pérdida de pe-

so son las pulmonares, recordando que suelen afectar con mayor frecuencia a aquellos pacientes que se encuentran con algún inmuno compromiso, las infecciones por hongos incluyen - la histoplasmosis, coccidioidimicosis y blastomicosis. Dentro de las manifestaciones clínicas se incluyen tos no productiva, fiebre, dolor torácico importante, disnea y fatiga; a la exploración física se encuentra un paciente con datos de insuficiencia respiratoria de diferente intensidad que puede - ir desde lo mas leve hasta un estado que requiere de apoyo - ventilatorio; así como datos de toxiinfección severa.

En la actualidad un gran porcentaje de los pacientes que acuden a atención médica por pérdida de peso involuntario, su - estudio revela la presencia de infección por HIV.

El síndrome causado por el virus de inmunodeficiencia adquirida (HIV), en el cual existen factores predisponentes para - contraer dicha infección como son la conducta sexual atípica, así como la aplicación de drogas intravenosas con agujas previamente utilizadas, las transfusiones sanguíneas entre - -- otras. El virus puede afectar todas las células que expresen el antígeno T4 que sirve como receptor para HIV; ya en su interior puede replicarse y causar fusión o muerte por mecanismos aun no bien conocidos. Muchos pueden permanecer asintomáticos y cuando los síntomas se presentan pueden ser bastante inespecíficos, sin embargo, en un gran porcentaje la pérdida ponderal es la regla, la presencia de fiebre, sudoración, malestar general y ocasionalmente datos de infecciones oportunistas sirven de guía para sospechar esta patología.

La explicación física, puede ser normal y unicamente encon-trarnos ante un paciente con malestar general. Debe buscarse intencionalmente presencia de lesiones en mucosa, adenomega-

lias o lesiones dérmicas.(1,2,4,5,18,23)

Y el último grupo se relaciona con aquellas ocasiones que a pesar de estudiarse detenidamente sin olvidarse ningún sistema u órgano no es posible localizar patología funcional, orgánica o psíquica que este ocasionando la pérdida de peso, es importante mencionar que un porcentaje de éstas desafortunadamente tienen un final trágico se ha reportado en estudios de necropsias que no se encuentra alteración alguna.

LA CLINICA Y EL LABORATORIO

En nuestro medio resulta prioritario la optimización de los recursos existentes, por ello, en casos específicos donde no se encuentra establecido diagnóstico nosológico deberán tomarse en consideración aquellos padecimientos que fundamentados en correlación clínica demuestran sobradamente su prevalencia estadística en el grupo poblacional que nos ocupa.

Se menciona que los estudios de laboratorio y gabinete proveen ayuda para: a). detectar factores de riesgo, b). identificar padecimientos asintomáticos, c). precisar el diagnóstico en pacientes donde la evidencia clínica no es concluyente, d). descartar ciertos padecimientos, e). fundamentar -- con mayor precisión ciertas consideraciones pronósticas, -- f). lograr un seguimiento entre "numérico" de algunos padecimientos, g). obtener mayor precisión en las prescripciones al medir niveles en el suero de algunas drogas y h). valorar los efectos terapéuticos a través de indicadores cuantificables.

Es indudable que el uso adecuado del laboratorio proporcio-

na un auxilio, en ocasiones decisivo para adoptar tal o cual conducta ante un problema médico; sin embargo, un uso adecuado significa mucho más de lo que en apariencia cabría suponer. - Cuando se solicita un examen de laboratorio, se debe hacer hincapié en la sensibilidad y especificidad que se tiene para el problema clínico de que se trate. (4,26)

Es por todo lo anterior que cuando hablamos de pérdida de peso, síntoma que acompaña a múltiples patologías, es de primordial importancia la identificación de otra sintomatología, de hallazgos casuales a la exploración física y de esa manera solicitar estudios de laboratorio y gabinete que confirmen la sospecha clínica y no que hagan retroceder en relación al tiempo y esfuerzo que se han empleado en el problema.

Recordemos que los procesos patológicos que pueden ocasionar pérdida de peso se pueden agrupar en cinco grupos principales, cada uno de ellos con características particulares y datos orientadores. (4,26)

En relación al grupo de neoplasias, no existen actualmente -- pruebas o alteraciones biológicas conocidas como patognomónicas de las neoplasias malignas y la mayoría de las alteraciones tanto humorales como hematológicas coinciden con las que se registran en algunos síndromes inflamatorios. Dentro de -- las manifestaciones que se presentan, está la anemia, sobre todo en neoplasia de tubo digestivo, esto debido a la pérdida sanguínea oculta o evidente de las neoplasias de estómago y colon. Se ha observado que la neutrofilia absoluta suele acompañar a procesos neoplásicos de pulmón, páncreas e hígado. Se ha otorgado una atención especial a los niveles séricos de -- las proteínas en los procesos neoplásicos, dado que se ha encontrado una disminución importante de albúmina, de predominio en los procesos de tubo digestivo, hígado y páncreas. Pue-

den aparecer proteínas anormales en determinados tipos de cáncer como son alfafetoproteínas en el hepatoma primario, sin embargo esto también se ha observado en pacientes sanos cuando el valor está por encima de 10,000ng/ml se debe considerar la existencia de proceso neoplásico. El antígeno carcinoembrionario está presente en el suero de pacientes que presentan cáncer de colon u otros procesos neoplásicos de tubo digestivo, páncreas e hígado.

Un aspecto sumamente importante es la elevación enzimática -- que orienta al clínico hacia una neoplasia, así es el caso de la fosfatasa alcalina que suele estar incrementada en neoplasias hepáticas, colon y de hueso. La DHL se observa incrementada en procesos tumorales hepáticos u óseos sin ser específica. La fosfatasa ácida elevada orienta a un proceso de próstata. (4,17,21,26)

Se ha descrito una relación importante entre la disminución de albúmina y la elevación de la fosfatasa alcalina con una especificidad de 87% y una sensibilidad de 17%, para neoplasias. (3)

Evidentemente que la tecnología ha incrementado los apoyos para clínicos en el estudio de un paciente, sin embargo cada solicitud deberá tener una característica que incremente su valor. Así, en los casos de neoplasias de tracto gastrointestinal será de mayor importancia la solicitud de una panendoscopia ya sea superior e inferior, en relación a un ultrasonido, ya que éste tendrá mayor importancia en una neoplasia de hígado o páncreas, recordando que se observará la lesión tumoral cuando sea mayor de 5 cm.

La TAC ha sido en las últimas fechas un estudio que ha disminuido los falsos negativos, por su gran sensibilidad para una

visualización completa de diversos órganos.

En el cáncer hepático y de páncreas su ayuda no se limita a la localización, sino que por medio de ella se pueden realizar tomas de biopsias por punción.

El estudio histopatológico es el principal método diagnóstico y de acuerdo a ello se establece el pronóstico del paciente.- En el caso de las neoplasias de pulmón, cuando existe invasión a bronquiolos, o compresión extrabronquial, la realización de broncoscopia es en muchos casos diagnóstica.(13,17,21,25)

En relación a los trastornos gastrointestinales el examen de heces tiene su máxima indicación clínica, comprende la observación directa, macroscópica y el análisis químicos, bacteriológicos y parasitológicos de la deposición, ya sea espontánea, o mejor aún, después de una comida de prueba. Como se ha mencionado desde la observación directa se puede obtener datos de importancia que incluyen color, consistencia, olor; - estos son aspectos de suma importancia que pueden mostrar alteraciones en patologías como son insuficiencia gástrica, biliar ó pancreática. El color de las heces esta dado por la estercobilina y estercobilinógeno, las alteraciones en la excreción de estos pigmentos ocasionan diversidad de colores en las heces que pueden orientar alguna patología específica. así, un exceso de biliverdina indica tránsito acelerado; la acolia ó ausencia de pigmento biliar nos indica obstrucción biliar por cualquier causa. Sin embargo lo que mas llama la atención en las patologías con pérdida de peso es el estudio de los restos alimentarios dado que muestran alteraciones en la mayor parte de las patologías donde existe absorción deficiente, - pues la aparición de ellos prácticamente señala trastornos - " proximales " al colon, o esto es, el hallazgo anormal en -

estómago, páncreas, intestino delgado.

La presencia de un exceso de grasa (esteatorrea), obedece a uno o varios mecanismos, que incluyen tránsito acelerado, - deficiencia enzimática, hipersecreción endógena, entre otros, se considera anormal cuando las grasas exceden en un 25% de la fracción total, existen diversos procesos donde se observa esta alteración como son esprue, enfermedad celiaca, tumores de páncreas, enfermedad de Whipple, tuberculosis intestinal y la pancreatitis crónica.

El examen bacteriológico y parasitológico es de suma importancia y tiene como fin comprobar la existencia de un desequilibrio en la flora habitual del intestino ó atestigua la presencia de un gérmen anormal en el intestino como es el caso del bacilo de Koch, vibrion colérico entre otros gérmenes que son los que puedan identificarse por visión directa, que la realización de estudios con contraste son de utilidad, por ejemplo los enemas de bario, las series esofagogas troduodenales pueden mostrar alteraciones a nivel de mucosas, como zonas de bordes borrosos, presencia de úlceras, - entre otras, y en estos casos la realización de panendoscopias pueden ser positivas en más del 95% de los casos, encontrando datos como hiperemia de la mucosa, petequias, divertículos, pólipos, estrecheces. La toma de biopsia y la confirmación histopatológica nos apoya los diagnósticos clínicos ya establecidos y de esa manera se inicia el manejo con veniente. (2,4,13)

En relación a las alteraciones psiquiátricas que ocasionan pérdida de peso ya se ha comentado que la anorexia nerviosa así como la bulimia son las que se presentan con mayor frecuencia, y aunque pueden existir alteraciones laboratoria--

les, éstas son consecuencia de la disminución del aporte calórico, y pueden manifestarse como deficiencias vitamínicas, anemia, desequilibrio hidroelectrolítico, entre otras, en este aspecto el laboratorio no es diagnóstico, sino la valoración íntegra por el personal experto en esta indicará la realización de pruebas psiquiátricas especiales.(7,8,11)

Un grupo muy amplio de enfermedades que ocasionan la pérdida de peso involuntario incluye alteraciones con hipermetabolismo, como son las afecciones hormonales, procesos infecciosos, y una patología que en la actualidad afecta a gran número de personas, ocasionando una mortalidad elevada es el SIDA. En estos casos, diversas pruebas de laboratorio deben incluirse, en los procesos infecciosos la realización de -- pruebas rutinarias, como la biometría hemática, pueden mostrar desde anemia, común en la endocarditis bacteriana, así como leucocitosis, hasta la leucopenia que se encuentra en patologías con inmunocompromiso como es el SIDA. La realización de cultivos, tanto de secreciones como de sangre son -- de ayuda diagnóstica. Para las patologías e endocrinológicas será necesario la realización de titulaciones de las -- hormonas, como son las tiroideas para poder precisar el -- diagnóstico.

Las titulaciones de inmunoglobulinas, complemento y DNA, entre otras serán de utilidad cuando la sospecha clínica en -- una paciente joven incluye una colagenopatía. La que más -- frecuentemente ocasiona pérdida de peso es el lupus eritematoso sistémico.

En relación a la endocarditis, en un 90% los hemocultivos -- son positivos; sin embargo la ecocardiografía actualmente -- hace el diagnóstico en más de un 98% de los casos al visualizarse las alteraciones valvulares y la presencia de vege-

taciones.

En el caso del SIDA, los antecedentes de factores de riesgo, así como la disminución de peso importante, orientan al clínico a solicitar anticuerpos y antígenos de HIV así como cultivos directos virales. La prueba se lleva a cabo por ELISA.

Al tener la prueba positiva se deberá confirmar con Western Blott, pues esta es la definitiva.

En relación al último grupo de causas de pérdida de peso es difícil buscar un método clínico y paraclínico que apoye la busqueda de la entidad nosológica específica, esto sí consideramos que los pacientes quedan sin diagnóstico en número importante.

Es por ello que siempre se ha comentado que ninguna batería de exámenes, incluidos los de gabinete, pueden sustituir a la práctica clínica; es ésta la que puede modificar la validez predictiva de un resultado positivo o anormal. La práctica clínica es la determinante de la utilidad de los estu- dios paraclínicos.

Puede afirmarse, que mejorar la atención médica no radica en ampliar los medios tecnológicos de diagnóstico, con una deficiente relación médico paciente; el principal recurso -- real y efectivo para resolver los problemas clínicos es mejorar la relación entre el médico y el enfermo.

CASUÍSTICA DEL HOSPITAL " 20 DE NOVIEMBRE "

Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes que ingresaron al Servicio de Medicina Interna del Hospital " 20 de Noviembre " en un periodo comprendido de enero de 1985 a diciembre de 1990 teniendo como único diagnóstico inicial Pérdida de Peso en Estudio, no presentando algún factor coadyuvante que condicionara dicha entidad.

Se incluyeron un total de 50 pacientes, de los cuales 24(48%); fueron mujeres y 26(52%) hombres, siendo una relación de 1:1.

La edad promedio fue de 45.8 años, siendo el rango entre 15 y 85.

Los días y estancia hospitalaria en promedio fueron de 17.6 días; siendo la mayor de 45 días y la menor de 4.

Los pacientes fueron divididos en 5 grupos de acuerdo a la etiología de la Pérdida de peso (Cuadro I).

El primero correspondió a los Miscelaneos que comprendió a 26 pacientes (52%), dentro de este grupo se incluyeron a las siguientes patologías: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); Diabetes Mellitus (D.M.); Lupus Eritematoso Sistémico (LES); Cirrosis Hepática; Hipertiroidismo e Infecciones (Cuadro II).

El segundo grupo comprendió a Neoplasias (Hepáticas de colon, pulmonares, de próstata y gástricas); (Cuadro III) con un total de 13 pacientes (26%).

El tercero fueron las alteraciones psiquiátricas con un total

de 5 pacientes (10%) incluyendo anorexia nerviosa y estados-depresivos (Cuadro IV).

El cuarto grupo tomó en cuenta a las enfermedades del tracto gastrointestinal como son enfermedades ácido pépticas, enfermedad de Crohn; y las parasitosis (Cuadro V) con 4 pacientes (8%).

Por último el quinto grupo perteneció a los padecimientos -- con etiología desconocida que incluyó 2 pacientes (4%) (Cuadro I).

Las causas más frecuentes que ocasionaron la Pérdida de Peso fueron por orden decrecientes; SIDA con 10 pacientes (20%);- Cáncer Hepático 6 pacientes (12%); Diabetes Mellitus 5 pa- - cientes (10%) y la Anorexia Nerviosa con 4 pacientes (8%) -- (Cuadro VI).

Desde 1981 se realizan estadísticas sobre las causas de Pérdida de Peso, en la primera reportada por el Dr. Marton se - encontró que el mayor porcentaje correspondió a las altera-- ciones psiquiátricas con un 35% siguiendole el grupo de mis- celaneos con 32% (alteraciones hormonales, colagenopatias y - procesos infecciosos entre otros), correspondió a las neopla- sias un 19% y por último las alteraciones gastrointestinales 14%.

Rabinovitz en 1985 reportó una serie de 154 pacientes con -- los siguientes resultados: Neoplasias 37%, trastornos gastro- intestinales 17%, miscelaneos 13%, y alteraciones psiquiá- ricas 10%.

En México no fue sino hasta 1989 que el Dr. Huerta en el Ins

tituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán reporta un estudio en el que incluyó 50 pacientes, las alteraciones psiquiátricas ocuparon el primer lugar seguido por orden descendiente, miscelaneos 22%, trastornos gastrointestinales 16% y las causas desconocidas 10%.

En nuestro estudio como se ha hecho ya mención el mayor porcentaje correspondió a las miscelaneas, sin embargo, debemos tomar en consideración que fue hasta 1985 cuando en nuestro País se identifica y estadifica el SIDA como patología de alta incidencia.

Así mismo, dentro del grupo de miscelaneos se incluye a patologías crónico degenerativas, colagenopatías, alteraciones hormonales así como infecciosas, dentro de estas la Diabetes Mellitus y la Cirrosis Hepática figuran por su frecuencia; el resto de las patologías mencionadas tuvieron una prevalencia similar por lo que, las podemos considerar como poco frecuentes.

El segundo grupo corresponde a las neoplasias donde se puede considerar que existe semejanza en relación a la literatura reportada donde los tumores gastrointestinales, hepáticos y de páncreas son los que ocupan un lugar predominante, en nuestro estudio el cáncer hepático se presentó en 6 pacientes (12%).

A diferencia del estudio del Dr. Marton en Estados Unidos y del Dr. Huerta de México en donde las alteraciones psiquiátricas ocuparon los primeros lugares, en nuestro Hospital únicamente se reporto un total de 5 pacientes siendo un 20% del total.

Las alteraciones gastrointestinales ocuparon un cuarto lugar y por último las de etiología no conocida.

RUTA DE DIAGNOSTICO PARA
PERDIDA DE PESO

(a) Disminución voluntaria de aporte calórico

SI
↓
Se termina el estudio
(Indicar dieta apropiada)

NO
↓
¿ Existe Fiebre ?

SI
↓
Descartar
SIDA
Neoplasia
Infecciones

NO
↓
¿ Tiene manifestaciones pulmonares ? (b)

SI
↓
Descartar
Neoplasias
Infecciones
Abscesos

NO
↓
(e) Identificar manifestaciones gastrointestinales

SI
↓
Descartar
SIDA
Enfermedad ácido
péptica.
Enfermedades benignas (c).
Neoplasias digestivas (estómago, colon, hígado ó pancreas).

NO
↓
Explore posibilidades menos frecuentes.
Alteraciones de la personalidad.
Manifestaciones de descarga Adrenérgica.
Alteraciones tiroideas
Infecciones oportunistas
Enfermedad de la colágena
Otras alteraciones

↓
Serología HIV, marcadores tumorales inespecíficos (FA, = DHL, albúmina), biometría hemática completa, cultivos, BAAR.

↓
Biometría Hemática completa, química sanguínea, electrolitos séricos, pruebas de absorción intestinal, endoscopia superior e inferior, marcadores tumorales específicos (d), gammagrama hepatoesplénico, TAC abdominal.

↓
Cultivos de expectoración, BAAR, Rx. de tórax, tomografía lineal, broncoscopia con lavado y cepillado.

↓
Perfil hormonal, test de personalidad, cultivos, anticuerpos (DNA, Sm, otros), inmunoglobulinas, complemento.

ACLARACIONES

(a) La disminución voluntaria de aporte calórico considera do sin que existan los siguientes aspectos:

- 1.- Imposibilidad física de la persona para la alimentación.
- 2.- Desagrado por los alimentos.
- 3.- Patología que impida la alimentación adecuada.

(b) Manifestaciones pulmonares que se presentan con mayor frecuencia:

Disnea
Hemoptisis
Dolor pleurítico

(c) Enfermedades benignas gastrointestinales:

Diverticulos
Pólipos

(d) Marcadores tumorales específicos:

Alfafetoproteína
Antígeno carcinoembrionario

(e) Manifestaciones digestivas más frecuentemente asociadas:

Anorexia
Diarrea
Sangrado de tubo digestivo alto ó bajo
Distensión abdominal
Dolor en epigastrio
Cambios del hábito intestinal

CONCLUSIONES

1. El fin principal de éste trabajo de revisión es dejar en el Servicio de Medicina Interna una ruta diagnóstica establecida con el cual el clínico disminuye la estancia hospitalaria, utilice los medios auxiliares de diagnóstico de manera óptima en aquellos pacientes que ingresen con pérdida de peso involuntario.
2. Proponemos la utilización de la ruta diagnóstica durante el transcurso de 6 a 12 meses con el fin de valorar la utilidad del estudio y realizar las modificaciones de acuerdo a las necesidades del Servicio de Medicina Interna.
3. En la presente revisión encontramos que la pérdida de peso en nuestro hospital, comparada con la literatura mundial, presenta una diferencia significativa en los casos de miscelaneos en la que se reporta un 52% contra 13, 32 y 22 % de los estudios publicados; esto debido a que a partir de 1985 se hizo presente en nuestro país el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

HOSPITAL " 20 DE NOVIEMBRE "

CAUSAS DE PERDIDA DE PESO

CUADRO 1

DIAGNOSTICO	No. de PACIENTES	PORCENTAJES
MISCELANEOS	26	52 %
NEOPLASIAS	13	26 %
ALTERACIONES PSIQUIATRICAS	5	10 %
ENFERMEDADES DEL TRACTO INTESTINAL	4	8 %
DESCONOCIDOS	2	4 %
TOTAL	50	100 %

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 39 -

HOSPITAL " 20 DE NOVIEMBRE "

CAUSAS DE PERDIDA DE PESO

MISCELANEOS

CUADRO II

DIAGNOSTICO	No. de PACIENTES	PORCENTAJES
S.I.D.A.	10	38.46 %
DIABETES MELLITUS	5	19.23 %
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	2	7.69 %
CIRROSIS HEPATICA	2	7.69 %
HIPERTIROIDISMO	2	7.69 %
ENDOCARDITIS BACTERIANA	1	3.84 %
INFECCION DE VIAS URINARIAS	1	3.84 %
TUBERCULOSIS PULMONAR	1	3.84 %
CARDIOPATIA	1	3.84 %
MIASTENIA GRAVIS	1	3.84 %
TOTAL	26	100 %

HOSPITAL " 20 DE NOVIEMBRE "

CAUSAS DE PERDIDA DE PESO

NEOPLASIAS

CUADRO III

DIAGNOSTICOS	No. de PACIENTES	PORCENTAJES
HEPATICAS	6	46.15 %
COLON	2	15.3 %
PULMON	2	15.3 %
PROSTATA	2	15.3 %
GASTRICO	1	7.69 %
TOTAL	13	100 %

HOSPITAL " 20 DE NOVIEMBRE "

CAUSAS DE PERDIDA DE PESO

ALTERACIONES PSIQUIATRICAS

CUADRO IV

DIAGNOSTICO	No. de PACIENTES	PORCENTAJES
ANOREXIA NERVIOSA	4	80 %
ESTADO DEPRESIVO	1	20 %
TOTAL	5	100 %

ENFERMEDADES DEL TRACTO GASTROINTESTINAL

CUADRO V

DIAGNOSTICO	No. de PACIENTES	PORCENTAJES
ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA	2	50 %
ENFERMEDAD DE CROHN	1	25 %
PARASITOSIS	1	15 %
TOTAL	4	100 %

HOSPITAL " 20 DE NOVIEMBRE "
PRINCIPALES CAUSAS DE PERDIDA DE PESO
CUADRO VI

DIAGNOSTICO	No. de PACIENTES	PORCENTAJES
S.I.D.A.	10	20 %
Ca HEPATICO	6	12 %
DIABETES MELLITUS	5	10 %
ANOREXIA NERVIOSA	4	8 %

CUADRO VII. COMPARACION MUNDIAL DE CAUSAS
DE PERDIDA DE PESO

PAIS	USA	ISRAEL	MEXICO*	MEXICO**
AÑO	1981	1985	1989	1992
AUTOR	MARTON	RABINOVITZ	HUERTA	SALAZAR
NEOPLASIAS	19 %	37 %	10 %	26 %
TRASTORNOS GASTROINTESTINALES	14 %	17 %	16 %	08 %
ALTERACIONES PSIQUIATRICAS	35 %	10 %	42 %	10 %
MISCELANEOS	32 %	13 %	22 %	252 %
DESCONOCIDOS	-	23 %	10 %	04 %

‡ Incluye pacientes con SIDA

* Instituto Nacional de Nutrición

** Hospital " 20 de NOVIEMBRE " I.S.S.S.T.E.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Huerta G., Viniegra L. LA PERDIDA PONDERAL INVOLUNTARIA COMO PROBLEMA CLINICO. Rev. Invest. Clin. (Méx). 1989; 41: 5-9.
- 2.- Marton K., Soz H., Krupp J. INVOLUNTARY WEIGHT LOSS: DIAGNOSTIC AND PROGNOSTIC SIGNIFICANCE. Ann. Intern. Med. 1981; 95: 568-574.
- 3.- Rabinovitz M., Leifer M., Pitlin S., Et Al. UNNINTENTIONAL WEIGHT LOSS. Arch. Int. Med. 1986; 146: 186-188.
- 4.- Wilson J., Beraunwald E., Isselbacher., Et Al. Test book Harrison Principles of Internal Medicine. 12a. Edición. 1991; 259-261.
- 5.- Bannister B., Havard C. PATIENTS WHO LOSE WEGHT. Br. Med.J. 1983; 286: 84.
- 6.- Winfield P. WEIGHT LOSS AND THE BELT. Ann. Intern. Med. 1973; 79: 910.
- 7.- Fosater B. EATING DISORDERS; OBESITY AND ANOREXIA NERVOSA Williams Text Boock of Endocrinology. Séptima Edición, JD Saunders, 1985: 1081.
- 8.- Garfinkel P., Garner D., Kaplan. DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF EMOTIONAL DISORDERS THAT CAUSE WEIGHT LOSS. Can. Med. Assoc J. 1983; 129: 939-945.
- 9.- Fenniger L., Mider G. ENERGY AND NITROGEN METABOLISM IN CANCER. Adv. Cancer Res. 1954; 2: 229.
- 10.- Beutler B., Cerami A. CACHECTIN: MORE THAN A TUMOR NECROSIS FACTOR. N. Eng. J. Med. 1987; 316: 379.
- 11.- Dewys W. ANOREXIA AS A GENERAL EFFECT OF CANCER. Cancer. 1979; 43:2013-2019.
- 12.- Donaldson R., Joyce C., Feinstein A. EFFECT OF RESTRAINTS ON DIAGNOSTIC APPROACHES TO ABDOMINAL PAIN AND WEIGHT LOSS. Am. J. Med. 1986; 81: 641-647.

- 13.- Marton K., Sox H., Wasson J., Et Al. THE CLINICAL VALUE OF THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT ROENTGENOGRAM SERIES. Arch. Internn. Med. 1980; 191-195.
- 14.- Dewys W., Costa G., Hernkin R. CLINICAL PARAMETERS RELATED TO ANOREXIA. Cancer Fret Rep. 1981; 65: 49-52.
- 15.- Méndez J., García E., Salinas J. ANOREXIA NERVIOSA FUNCION ENDOCRINA DURANTE LAS FASES DE PERDIDA Y RECUPERACION DE PESO CORPORAL. Rev. Invest. Clin. 1989; 41: 337-343.
- 16.- Van Meyenfeldt M., Soeters P. MECHANISMS OF ANOREXIA IN CANCER AND POTENTIAL WAYS FOR INTERVENTION. Clin. Oncol. 1986; 5: 293-306.
- 17.- Dewys W., Begg C., Lavin P., Et Al. PROGNOSTIC EFFECT OF WEIGHT LOSS PRIOR TO CHEMOTHERAPY IN CANCER PATIENTS. Am. J. Med. 1980; 69: 491-497.
- 18.- Pittman J., Cohen P. THE PATHOGENESIS OF CARDIAC CACHEXIA. N. Eng. J. Med. 1964; 20: 403-409.
- 19.- Roxchini A., Key J., Bondie D., Et Al. THE EFFECT OF WEIGHT LOSS ON THE SENSITIVITY OF BLOOD PRESSURE TO SODIUM IN OBESE ADOLESCENTS. N. Eng. J. Med. 1989; 321: 580-585.
- 20.- Terepka A., Waterhouse C. METABOLIC OBSERVATIONS DURING FORCED FEEDING OF PATIENTERS WITH CANCER. AM. J. Med. 1956; 20: 225-238.
- 21.- Warnold C., Lundholm K., Shersten T. ENERGY BALANCE AND BODY COMPOSITION IN CANCER PATIENTS. CANCER RES. 1978; 38: 1801-1807.
- 22.- Wood P. Stefrinck M., Dreon D., Et Al. CHANGES IN PLASMA LIPIDS AND LIPOPROTEINS IN OVERWEIGHT MEN DURING WEIGHT LOSS THROUGH DIETING AS COMPARED WITH EXERCISE. N. Eng. J. Med. 1988; 319: 1173-1179.
- 23.- Pittik S., Fainstein V., Bodey G. TUBERCULOSIS MIMICKING CANCER; A REMINDER. Am. J. Med. 1984; 76: 822-825.

- 24.- Tuck M., Sowers J., M Dornfeld L., Et Al. REDUCTION IN PLASMA CATECHOLAMINES AND BLOOD PRESSURE DURING WEIGHT LOSS IN OBESE SUBJECTS. Acta Endocrinol. 1983; 102: 252-257.
- 25.- Grosvenor M., Bulcavage L., Chlebowski R. SYMPTOM POTENTIALLY INFLUENCING WEIGHT LOSS IN CANCER POPULATION. Cancer. 1989; 63: 330-334.
- 26.- Theologides A. WEIGHT LOSS IN CANCER PATIENTS. Cancer. 1977; 27:205-208.
- 27.- Viniegra Leonardo. LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO CLINICO EN LA VALIDEZ PREDICTIVA DE LOS EXAMENES DE LABORATORIO. Rev. Invest. Clin. 1980; 32: 287-294.
- 28.- Broomfield P., Chopra R., Sheinbaum R., Et Al. EFFECTS OF URSODEOXYCHOLIC ACID AND ASPIRIN ON THE FORMATION OF LITHOGENIC BILE AND GALLSTONE DURING LOSS OF WEIGHT. N. Eng. J. Med. 1988; 319: 1567-1572.