



Licenciatura en medicina humana

Carlos Fernando Ruiz Ballinas

Dr. Romeo Antonio Molina Román

Resumen

PASIÓN POR EDUCAR

Medicina Paliativa

6° "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 12 de septiembre del 2025.

La caquexia y la anorexia constituyen síndromes metabólicos y nutricionales de gran relevancia clínica, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas y neoplásicas. La caquexia se define como una marcada pérdida de peso asociada a un compromiso severo de la masa muscular, la cual ocurre de manera progresiva y difícilmente reversible únicamente con la reposición calórica. Por su parte, la anorexia se refiere a la pérdida parcial o total del apetito, situación que potencia el estado de desnutrición al reducir de manera significativa la ingesta de nutrientes. Ambos procesos suelen coexistir, configurando un círculo vicioso en el que la falta de ingesta y las alteraciones metabólicas se potencian mutuamente, llevando a un deterioro clínico progresivo.

Desde el punto de vista etiológico, la caquexia se origina en un desequilibrio metabólico complejo. Entre sus mecanismos fundamentales se encuentra la inhibición de la lipasa lipoproteica, enzima indispensable para la utilización de los lípidos como fuente de energía. Esta alteración, sumada a una ingesta insuficiente de nutrientes producto de la anorexia, conduce a una movilización anormal de las reservas energéticas del organismo. A ello se suma la acción de citocinas proinflamatorias como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), la interleucina-1 y la interleucina-6, que contribuyen a incrementar el catabolismo proteico y a reducir la síntesis de proteínas musculares. También se han descrito alteraciones hormonales, como la resistencia a la insulina, disminución de testosterona y alteración en los niveles de leptina y grelina, lo cual refuerza el estado hipercatabólico.

La evaluación de la caquexia y la anorexia exige un abordaje clínico detallado. El interrogatorio debe centrarse en la pérdida involuntaria de peso, que se considera significativa cuando supera el 5% en seis meses, además de explorar cambios en el apetito, sensación de saciedad temprana y alteraciones en el gusto y el olfato que puedan disminuir la ingesta. El examen físico permite identificar la pérdida de masa muscular, atrofia de tejidos blandos, disminución del panículo adiposo y signos clínicos de desnutrición. A nivel antropométrico, el índice de masa corporal, los pliegues cutáneos, la circunferencia braquial y la fuerza de prensión manual son parámetros clave. El apoyo de estudios de laboratorio es esencial, ya que parámetros como albúmina, prealbúmina, proteína C reactiva y balance nitrogenado permiten valorar el estado nutricional y el grado de inflamación sistémica.

El manejo debe ser integral, escalonado y multidisciplinario. En primer lugar, las medidas generales incluyen un soporte nutricional individualizado. Este soporte no solo implica aumentar el aporte calórico, sino diseñar un plan alimentario adaptado a la tolerancia del

paciente, sus necesidades energéticas y su capacidad digestiva. El fraccionamiento de comidas, el enriquecimiento calórico de las preparaciones y el uso de suplementos nutricionales son estrategias fundamentales. Asimismo, se recomienda fomentar la actividad física moderada, ya que el ejercicio, aunque leve, ayuda a preservar la masa muscular y mejorar la respuesta metabólica. El apoyo psicológico resulta igualmente relevante, dado que la anorexia se ve frecuentemente potenciada por cuadros de depresión, ansiedad o estrés emocional, por lo que el acompañamiento de salud mental mejora la adherencia al tratamiento. Finalmente, el control de la enfermedad de base es el pilar principal: en oncología, por ejemplo, el manejo antitumoral puede detener el avance del síndrome caquético.

En cuanto a las medidas farmacológicas, se dispone de diversas estrategias. Entre los fármacos más utilizados se encuentran los estimulantes del apetito, como el acetato de megestrol, que han demostrado mejorar la ingesta calórica y en algunos casos el peso corporal, aunque sin modificar de manera significativa la masa muscular. Los corticoides también se emplean como agentes orexígenos en casos seleccionados, aunque su uso prolongado se limita por los efectos adversos. Los moduladores metabólicos y anabólicos, como los esteroides anabólicos y algunos agentes hormonales, buscan estimular la síntesis proteica y preservar la masa muscular. Además, se ha investigado el papel de los antiinflamatorios en la reducción de la actividad de las citocinas, aunque los resultados clínicos son aún variables. En casos de ingesta oral insuficiente, es necesario recurrir a soporte nutricional enteral o incluso parenteral, siempre bajo criterios individualizados.

En conclusión, la caquexia y la anorexia representan síndromes clínicos de gran impacto en la evolución de los pacientes con enfermedades crónicas y oncológicas. Su fisiopatología involucra tanto la falta de ingesta como profundas alteraciones metabólicas e inflamatorias que conducen a la pérdida de peso, masa muscular y deterioro funcional. La evaluación integral, basada en parámetros clínicos, antropométricos y de laboratorio, permite identificar el problema de manera temprana. El tratamiento requiere una estrategia multidisciplinaria que combine nutrición, farmacoterapia, rehabilitación física, apoyo psicológico y control de la enfermedad de base. Si no se interviene de manera oportuna, la caquexia progresará hacia una condición irreversible con consecuencias graves en la calidad de vida y la supervivencia del paciente.

Referencias

- Argilés, J. M., Busquets, S., Stemmler, B., & López-Soriano, F. J. (2014). Cancer cachexia: Understanding the molecular basis. *Nature Reviews Cancer*
- Fearon, K., Strasser, F., Anker, S. D., Bosaeus, I., Bruera, E., Fainsinger, R. L., Jatoi, A., Loprinzi, C., MacDonald, N., Mantovani, G., Davis, M., Muscaritoli, M., Ottery, F., Radbruch, L., Ravasco, P., Walsh, D., Wilcock, A., Kaasa, S., & Baracos, V. E. (2011).