

Avaliação e tratamento da perda de peso involuntária e significativa

Evaluation and treatment of significant and unintentional weight loss

Antonio Vaz De Macedo¹, Manoel Otávio da Costa Rocha²

RESUMO

A queixa de perda de peso possui incidência de 13% em pacientes ambulatoriais e 65% em pacientes institucionalizados. Considera-se significativa a perda de 5% ou mais do peso corporal em seis a 12 meses. Associa-se a diversas condições clínicas agudas e crônicas, ao uso de medicamentos e a fatores psicossociais. Constitui fator de risco independente para aumento na morbidade e mortalidade, sendo de particular relevância em indivíduos acima de 40 anos. A familiaridade com o processo de investigação clínica e laboratorial de pacientes com essa queixa pode auxiliar na abordagem e cuidado aos mesmos. Faz-se, aqui, revisão detalhada sobre o tema, incluindo-se comentários sobre os seus principais estudos clínicos disponíveis.

Palavras-chave: Perda de Peso/fisiologia; Magreza/diagnóstico; Magreza/dietoterapia; Prognóstico.

ABSTRACT

The complaint of weight loss has an incidence of 13% in outpatients and 65% in institutionalized patients. It is considered significant the loss of 5% or more of the body weight within 6 to 12 months. It is associated with several acute or chronic clinical conditions, the use of medication and psychosocial factors. It is an independent risk factor for morbidity and mortality increase, particularly relevant in individuals over 40 years old. Familiarity with the process of clinical and laboratory investigation of patients with this complaint can assist in their evaluation and care. This is a detailed review on the subject, including comments on its main clinical studies available.

Key words: Weight Loss/physiology; Thinness/diagnosis; Thinness/diet therapy; Prognosis.

INTRODUÇÃO

A perda de peso constitui queixa comum no consultório, podendo ser o motivo da consulta em aproximadamente 8% dos casos ou se revelar durante a entrevista médica. Apresenta incidência de até 13% em pacientes ambulatoriais e de 50 a 65% nos institucionalizados.¹⁻⁵

A perda modesta de peso pode se dever a oscilações habituais no peso corporal ou ao processo fisiológico natural de envelhecimento. Considera-se involuntária e significativa a perda de 5% ou mais do peso corporal em seis a 12 meses, o que deve suscitar a busca por uma doença subjacente. Exclui-se, aqui, a relacionada ao uso de diuréticos ou proposital de dietas ou medicamentos “para emagrecer”. Bouras *et al.*⁶

¹ Especialista em Clínica Médica pelo Hospital Governador Israel Pinheiro/Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais – Belo Horizonte - MG, Brasil.

² Professor Titular do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte - MG, Brasil.

Recebido em: 22/01/2007

Aprovado em: 20/09/2008

Instituição:

Faculdade de Medicina da UFMG/Apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Endereço para correspondência:

Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde:
Infecção e Medicina Tropical
Faculdade de Medicina da UFMG
Av. Alfredo Balena, 130
CEP: 30130-100
Belo Horizonte - MG, Brasil
Email: rochamoc@medicina.ufmg.br

consideram clinicamente significativa a perda de 4,5 kg ou mais em seis a 12 meses. Outros, ainda, no que diz respeito aos idosos, ressaltam que ela deve ser investigada sempre que houver diminuição de 10% ou mais no peso corporal usual.⁷⁻⁹

A perda de peso inexplicável, recente e progressiva, em pessoa previamente hígida, embora potencialmente grave em qualquer idade, é mais preocupante quando ocorre acima de 40 anos de idade, em vista da maior prevalência de neoplasias e de fatores psicossociais e funcionais mais frequentes nessa faixa etária, especialmente em idosos. Constitui fator de risco independente para aumento na morbidade e mortalidade, particularmente em idosos, nos quais está correlacionada com morte prematura, risco mais alto de incapacidade, aumento nas admissões hospitalares e no tempo de internação, deficiências nutricionais específicas, úlceras de decúbito, fraturas do quadril e menos capacidade de recuperação de ferimentos. A perda de peso significativa também predispõe a infecções e aumento na mortalidade em pacientes submetidos a cirurgias eletivas, além de prejudicar a resposta à terapia medicamentosa. As taxas de mortalidade, nessa população, variam de 9 a 38% em dois a três anos de acompanhamento.^{7,10,11}

Existe aparente correlação entre perda voluntária de peso e aumento nas taxas de mortalidade. Wallace *et al.*³ observaram que essa taxa foi de 36% em dois anos de acompanhamento a pacientes que emagreceram, comparados com 11% entre os que não emagreceram, diferença esta, porém, sem significância estatística ($p = 0,16$).

As mudanças no peso podem refletir perda de massa corporal ou de fluidos. Na primeira situação, ocorre quando há balanço calórico negativo, ou seja, desequilíbrio entre a quantidade de nutrientes e calorias disponíveis e as necessidades fisiológicas do organismo. Isto pode ocorrer por três mecanismos básicos: oferta reduzida de nutrientes/calorias; aumento da demanda metabólica; perda excessiva de nutrientes/calorias. Esses fatores podem coexistir em um mesmo indivíduo. Perdas agudas (em horas a dias), por sua vez, costumam significar perda de fluidos.

A perda de peso envolve a ação de diferentes hormônios e citocinas que controlam o apetite e os processos digestivos e metabólicos em geral. Associa-se a diversas condições clínicas agudas ou crônicas, como doenças neoplásicas, inflamatórias e infecto-parasitárias, distúrbios endócrinos e metabólicos, doenças cardiorrespiratórias, gastrointestinais e neu-

rológicas e a efeitos secundários à medicação e fatores ligados à esfera psicossocial.

A familiaridade com o processo de investigação clínica e laboratorial de pacientes que se apresentam com perda de peso pode auxiliar na abordagem e cuidado aos mesmos.

ETIOLOGIA

Infere-se que determinada condição clínica constitui causa de perda de peso quando mudanças no estado de doença se correlacionam com flutuações no peso corporal. A perda de peso constitui dado inespecífico e apresenta inúmeras etiologias possíveis. O câncer, ao contrário do que comumente se pensa, não é o principal responsável pela perda de peso. A maioria dos estudos mostra que cerca de 1/3 dos casos se deve a doenças do trato gastrointestinal (incluindo-se doenças malignas e não-malignas).¹²⁻¹⁴ As causas indefinidas, considerando-se um período de seguimento mínimo de seis meses, representam 11 a 26% dos casos.^{8,9,12-16} O emagrecimento, nestes casos, pode ser justificado por variações no aporte calórico, no metabolismo basal ou no consumo calórico, o que, não raro, deve-se a mudanças nos hábitos de vida ou a alterações psíquicas, em especial a depressão. Os fatores psicológicos, em vários estudos, são responsáveis por 9 a 60% dos casos.^{8,9,12-16}

As causas de perda de peso podem ser divididas, segundo Wise e Craig², em: sociais, psiquiátricas, clínicas e relacionadas à idade. Bouras *et al.*⁶, de forma similar, as dividem em orgânicas, psicossociais ou idiopáticas. As diversas condições clínicas relacionadas com a perda de peso, para facilidade didática, podem ser agrupadas em três categorias básicas:

- oferta reduzida de nutrientes/calorias: a ingestão de alimentos é influenciada por estímulos olfativos, gustativos e visuais, bem como por fatores genéticos, psicológicos e socioeconômico-culturais. A redução do aporte alimentar pode estar presente pela conjunção de vários desses aspectos. A anorexia pode ser verificada na fase inicial ou no decorrer de uma série de processos mórbidos.
- aumento da demanda metabólica: representa situações que envolvem processo de catabolismo acelerado, com redução substancial dos depósitos corporais de gordura e massa proteica, como se percebe nos estados de debilidade crônica do or-

ganismo. Está presente, de maneira geral, nas neoplasias, nos processos febris de diversas origens, na síndrome da resposta inflamatória sistêmica, na sepse, na insuficiência cardíaca congestiva, nas doenças infeccto-parasitárias crônicas, no pós-traumatismo acidental ou cirúrgico extenso e em pessoas com atividades físicas extenuantes ou que estão em período de estirão do crescimento. As condições hipermetabólicas também ocorrem quando do uso continuado de psicotrópicos (anfetaminas, cocaína, heroína, entre outros).

- perda excessiva de nutrientes/calorias: pode haver perda de nutrientes através de vômito, diarreia, glicosúria, proteinúria e drenagem fistulosa. É observada no diabetes *mellitus*, em nefropatias e em processos de má-absorção secundários a tumores, doenças inflamatórias, infecções e parasitoses intestinais e a uso de medicamentos.

O emagrecimento em virtude de aumento do apetite sugere a presença de *diabetes mellitus* ou hipertireoidismo.

As principais condições clínicas relacionadas à perda de peso são:^{1,6-10,12-15,17}

- *doenças infeccto-parasitárias*: síndrome de imunodeficiência adquirida e as suas doenças oportunistas; tuberculose; salmonelose septicêmica prolongada; infecções respiratórias de repetição em crianças; endocardite infecciosa subaguda; abscessos de diversas origens; esquistossomose mansoni; calazar; parasitoses intestinais; gastrenterites; infecções fúngicas sistêmicas, entre outras.
- *doenças endócrino-metabólicas*: diabetes *mellitus*; doença de Addison; hipopituitarismo; hipertireoidismo (incluindo a tireotoxicose apatética do idoso) e hipotireoidismo; doenças mitocondriais; feocromocitoma; hipercalcemia/ hiperparatireoidismo.
- *nefropatias*: insuficiência renal crônica; pielonefrite crônica; síndrome nefrótica; perda de massa corporal magra secundária a flutuações metabólicas da hemodiálise crônica.
- *hepatopatias*: hepatite viral aguda; hepatites crônicas de diversas etiologias; cirrose hepática; insuficiência hepática.
- *doenças hematológicas*: linfomas; leucemias; anemia perniciosa; anemia ferropriva.
- *doenças gastrointestinais*: esofagite; doença do refluxo gastroesofágico; acalásia do esôfago; espasmo esofágico; divertículo de Zenker; distilidade; distúrbios de má-absorção intestinal

secundários a supercrescimento bacteriano, intolerância à lactose, doença celíaca, síndrome do intestino curto, insuficiência pancreática exócrina, fibrose cística e colecistopatias; diarreia crônica de qualquer origem; doença inflamatória intestinal; pós-operatório ou cirurgia prévia (semiobstrução intestinal, má-absorção); hérnia diafragmática; gastroparesia diabética; gastrite atrófica; doença ulcerosa péptica; angina abdominal; enterite/colite actínica; constipação intestinal; fistulas.

- *neoplasias*: carcinomas do trato gastrointestinal, geniturinário e pulmonar.
- *doenças do tecido conjuntivo/doenças inflamatórias*: lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatoide, esclerodermia, poliarterite nodosa, arterite de células gigantes, amiloidose.
- *doenças pulmonares*: doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística, bronquiectasia, infecção crônica.
- *doenças cardiovasculares*: insuficiência cardíaca congestiva grave (caquexia cardíaca), isquemia crônica.
- *deficiências nutricionais específicas*: hipovitaminoses (vitaminas B12, D, C, ácido fólico, tiamina), deficiência de sais minerais (zinco, selênio), desnutrição proteico-energética (*kwashiorkor*, marasmo), alcoolismo.
- *doenças psiquiátricas e neurológicas*: anorexia nervosa, bulimia, depressão, ansiedade, demência (doença de Alzheimer), doenças neuromusculares e degenerativas (doença de Parkinson, esclerose lateral amiotrófica, *miastenia gravis*), acidente vascular cerebral, tetraplegia, disfagia, distúrbios associados à senilidade (disgeusia, perda olfativa, imobilidade, dependência), distúrbios conversivos, psicoses, fobia de colesterol, fobia de engasgos, mania, comportamento manipulador.
- *malaformações congênitas*: estenose hipertrófica do piloro, cardiopatias, doenças neurológicas (distúrbios da mastigação e deglutição, déficits motores e de coordenação, paralisia cerebral).

Existem, ainda, causas secundárias ao uso de medicamentos, os quais podem interferir nos processos de digestão e absorção dos alimentos, na saciedade, no apetite e no metabolismo em geral. Assumem especial importância nos idosos, que, não raro, utilizam múltiplos medicamentos. Os principais medicamentos responsáveis por esse efeito com seus respectivos mecanismos fisiopatológicos são:^{17,18} digitálicos (redução

do apetite, náusea, vômito, diarreia); anti-histamínicos, inibidores da enzima conversora de angiotensina, carbamazepina, alopurinol, levodopa, clofibrato, lítio, baclofeno (disgeusia, anorexia); levotiroxina, anfetaminas (hipermetabolismo); antibióticos (diarreia, má-absorção); teofilina (hipermetabolismo, dispepsia, náusea, anorexia); antidepressivos tricíclicos, diuréticos, clonidina (xerostomia); anti-inflamatórios não-esteroidais, inibidores de recaptção de serotonina (dispepsia, náusea, hiporexia); laxativos (diarreia). Thompson e Morris¹³ encontraram 9% dos casos de perda de peso em seu estudo relacionado ao uso de medicamentos.

Segundo Robbins¹⁷, podem-se resumir as causas de perda de peso em idosos com o mnemônico dos nove “Ds”: dentição (próteses dentárias mal-adaptadas, dor ao mastigar, diminuição do paladar, lesões gengivais); disgeusia (perda do olfato e do paladar com a idade, efeito de drogas); disfagia; diarreia; doença; depressão; demência (perda progressiva dos instintos de sede e fome); disfunção (perda de ente querido, condições socioeconômicas precárias, dependência); drogas. Estão envolvidos, muitas vezes, um ou mais fatores.

O câncer é a causa identificável isolada mais comum de perda de peso nos idosos (Morley *et al.*¹⁹), responsável por menos de 20% dos casos. O subgrupo isolado mais frequente nessa população (Marton *et al.*¹⁵; Rabinovitz *et al.*¹²) é o de causas indefinidas, incluindo-se psiquiátricas, particularmente a depressão.

A Tabela 1 relaciona os cinco principais estudos disponíveis na literatura relativos à perda de peso, com ênfase na distribuição das etiologias encontradas.¹²⁻¹⁶

O câncer, nesses cinco estudos, é, isoladamente, a causa orgânica mais comum da perda de peso; entretanto, as doenças não-malignas predominam em seu conjunto, sendo as que acometem o trato gastrointestinal as de particular relevância, por constituírem a causa orgânica não-maligna mais frequente. A avaliação negativa situou-se em torno de 25% nos três primeiros estudos, sendo menor nos dois últimos. As causas psiquiátricas apresentaram variação mais ampla.

Na mais recente dessas investigações, de Bilbao-Garay *et al.*¹⁶, as variáveis preditivas, negativa ou positiva de uma doença orgânica foram: idade > 50 anos (OR:8,6; IC:95%:1,7-43,6); sintomas psiquiátricos (OR: 0,2; IC95%: 0,1-0,8); tabagismo (OR: 14,3; IC95%: 2,3-74); presença de “sintomas-guia”, isto é, os que apontam para uma doença específica, como sintomas respiratórios ou gastrointestinais (OR: 8,0; IC95%: 1,8-34,4); e anemia (OR: 3,1; IC95%: 2,5-387).

Leduc *et al.*⁸ e Huerta *et al.*⁹ revelaram maior prevalência de transtornos psiquiátricos (sobretudo estresse e depressão) e de causas orgânicas em 60 e 42%; e 29 e 34% em suas casuísticas, respectivamente.

ANAMNESE

Na obtenção da história clínica de pacientes que se queixam de perda de peso, deve-se certificar, inicialmente, da existência real do problema, de sua magnitude e de sua evolução. A perda rápida de peso pode sugerir doença orgânica. O estabelecimento do diagnóstico (doenças orgânicas *versus* não-orgâ-

Tabela 1 - Distribuição da frequência das causas de perda de peso involuntária e significativa em cinco estudos, prospectivos ou retrospectivos, e idade média dos respectivos pacientes

Etiologia e idade dos pacientes	Autores Principais				
	Marton(%) ⁽¹⁾	Rabinovitz(%) ²	Thompson(%) ⁽²⁾	Lankisch(%) ⁽¹⁾	Bilbao-Garay(%) ¹
Doenças Malignas	19	36	16	24	23
TGI	3	16	29	13	6
Doenças Não-Malignas	54	40	60	60	66
Orgânicas	45	30	40	49	32
TGI	14	17	11	19	6
Psiquiátricas	9	10	20	11	33
Não-definida	26	23	24	16	11
Idade Média (+/-DP)	59,3 (17,5)	64,2 (12,8)	72 (-)	68 (14)	59 (19)
Critério para Perda de Peso (%Peso Corporal)	≥ 5 (6 meses)	≥ 5 (tempo indefinido)	≥ 7,5 (6 meses)	≥ 5 (6 meses)	≥ 5 (3 meses) ou > 10 (6 meses)

TGI: Trato Gastrointestinal; ¹Prospectivo; ² Retrospectivo

nicas), segundo Rabinovitz *et al.*¹² e Bilbao-Garay *et al.*¹⁶, não conseguiu prever a magnitude e a duração da perda de peso, isto é, pacientes que perderam peso em menos de seis meses não diferiram dos que o perderam mais lentamente.

Em alguns casos, existem registros de prontuário médico que permitem quantificar a perda de peso; em outros, o paciente é capaz de avaliar de maneira precisa sua perda de peso. No entanto, quando não for possível a obtenção direta de dados confiáveis, pode-se estimar a perda de peso a partir de dados indiretos, como o relato, pelo paciente, de que suas roupas vêm se tornando a cada dia mais frouxas ou a confirmação, por familiares ou amigos, da real perda de peso. Estes dados, associados ao exame clínico, permitem excluir, segundo Marton *et al.*¹⁵, cerca de metade dos casos inicialmente considerados como perda de peso significativa. Nestes casos, deve-se investigar possíveis sintomas subjacentes: alguns indivíduos podem interpretar, erroneamente, sintomas como fadiga, mal-estar, fraqueza e depressão como perda de peso. Situação contrária se dá quando o próprio paciente não reconhece ou então subestima a sua real perda de peso.

Em estudo prospectivo avaliando a variabilidade na percepção subjetiva da perda de peso entre pacientes com câncer, doenças orgânicas não-malignas e transtornos psicossomáticos, observou-se tendência a subestimar a perda de peso naqueles com câncer, a superestimá-la naqueles sem doença orgânica e certo equilíbrio entre aqueles com doença orgânica não-maligna.²⁰

Especial atenção deve ser dada, na história clínica, a variações no apetite; hábito alimentar e dietas recentes; digestão; hábito intestinal; micção; aparecimento de sinais como sangramentos exteriorizados, lesões de pele, alteração na fonação, tosse, dispneia, hemoptise, dor torácica, palpitações, febre ou dor; sintomas neurológicos e emocionais; comorbidades conhecidas; deficiência na cicatrização de feridas; além de sintomas inespecíficos, como calafrios, sudorese, fadiga e fraqueza muscular.

A anamnese deve, ainda, incluir a história pregressa completa, com ênfase em doenças prévias como tuberculose e acidente vascular encefálico; doenças psiquiátricas; antecedentes cirúrgicos; história ocupacional e social (isolamento, pobreza, perda de ente querido, baixo nível de escolaridade, estado funcional); uso de medicamentos, álcool, tabaco e drogas ilícitas; fatores de risco para infecção pelo vírus

da imunodeficiência humana (HIV). A abordagem de transtornos psicológicos e funcionais reveste-se de especial importância nos idosos. Às vezes, torna-se necessário recorrer a testes formais, como o *Mini-Mental State Examination*.

Bilbao-Garay *et al.*¹⁶, baseando-se em modelo de regressão logística multivariada, desenvolveram um escore (escala) de risco clínico variando de -4 a +7 para estratificar a probabilidade de doença orgânica em alta, média e baixa. O modelo apresenta sensibilidade de 94% e especificidade de 68%. A elevada sensibilidade desse escore permite minimizar as chances de se classificarem os portadores de doença orgânica como de baixo risco. Classificou-se o risco clínico de acordo com a Tabela 2.

Tabela 2 - Escore de risco clínico para estratificação da probabilidade de doença orgânica em alta, média ou baixa

Variáveis clínicas	Escore
Idade > 50 anos	+3
Tabagismo	+2
"Sintomas-guia"	+1
Sintomas psiquiátricos	-4
Anemia	+1

< 1: baixa probabilidade; 1 a 3: probabilidade moderada; > 3: alta probabilidade.

As variáveis mais comumente associadas à doença orgânica neste estudo foram: sexo masculino, idade > 50 anos, consumo de álcool > 40 g/dia, tabagismo, anormalidades em exames laboratoriais "básicos" e necessidade de internação hospitalar (p < 0,05). Os sintomas depressivos e a doença psiquiátrica prévia foram mais frequentes no grupo de doenças não-orgânicas.

EXAME FÍSICO

O exame físico deve ser amplo e minucioso. Deve-se estar atento para a aparência geral do paciente e para sinais de desnutrição proteico-energética, tendo-se em mente as áreas mais comumente afetadas: cabelos, olhos, lábios/cavidade oral e pele. Deve ser dada ênfase também ao exame do abdômen e do sistema músculo-esquelético e neurológico. Atentar para linfadenomegalias, alterações mamárias ou da tireoide e estigmas de doença sistêmica, como icterícia, aranhas vasculares, eritema

palmar, ginecomastia e circulação colateral no abdômen em hepatopatias crônicas. A fundoscopia, o toque retal e o exame ginecológico/pélvico devem ser feitos rotineiramente.

As avaliações antropométricas da gordura corporal fornecem informação clínica mais precisa de um indivíduo com história de perda de peso, embora não constituam medidas diretas do estado nutricional. Na prática clínica, é comum a aferição de peso, altura e índice de massa corporal - IMC = peso (kg)/altura (m²) - além da medida da espessura da prega cutânea, na avaliação da percentagem de gordura corporal e gordura corporal total. As medidas de prega cutânea baseiam-se no fato de que metade de todo o tecido adiposo do corpo localiza-se no subcutâneo. Essas medidas fornecem estimativa razoável da gordura corporal, principalmente nos jovens e nas mulheres. A correlação é tanto mais significativa quanto mais alto o número de regiões avaliadas. A medida da relação cintura-quadril, por sua vez, constitui estimativa da distribuição central do tecido adiposo.¹⁹

Para estimativa da massa corporal magra, medidas mais específicas são necessárias. Os valores obtidos com essas medidas podem ser analisados de forma mais adequada ao serem alocados em tabelas de peso, altura e IMC específicas.

EXAMES COMPLEMENTARES

A literatura médica e a experiência clínica mostram que as causas orgânicas para perda de peso são quase sempre evidentes após as primeiras avaliações. Em muitos casos, embora, seja necessário prosseguir com avaliação extensiva para elucidação do diagnóstico preciso ou da magnitude do processo de doença, raramente há dúvidas em relação à gravidade de um dado processo mórbido. A história clínica inicial, complementada pelo exame físico e exames laboratoriais básicos, em praticamente todos os pacientes com anormalidades orgânicas, permitem ao médico decidir sobre a continuidade da propedêutica, por intermédio de exames mais específicos. Deve-se optar por um período expectante, de observação e acompanhamento clínico cuidadosos, diante de diagnóstico indefinido, em vez de se recorrer, de imediato, à propedêutica exaustiva à procura de uma neoplasia ou outra doença oculta.

Diagnóstico laboratorial

A propedêutica laboratorial deve ser constituída inicialmente, quando o exame clínico minucioso não permite definir o diagnóstico, por: hemograma completo; velocidade de hemossedimentação (VHS); urinálise; exame parasitológico de fezes; aferição plasmática de glicose de jejum, creatinina, hormônio tireoestimulante, ionograma, lipidograma, transaminases, fosfatase alcalina, bilirrubinas e albumina; e na existência de fatores de risco da sorologia para o vírus da imunodeficiência humana. Somam-se a estes a pesquisa de sangue oculto nas fezes, em indivíduos com mais de 40 anos, e os demais exames recomendados para rastreamento do câncer (citologia oncótica do colo uterino, mamografia, antígeno prostático específico, retossigmoidoscopia flexível, entre outros), na linha das diretrizes nacionais e internacionais vigentes.^{1,2,6,10,12,13,15,16}

A telerradiografia de tórax em PA e perfil também está incluída nessa avaliação inicial. Marton *et al.*¹⁵ concluíram ser este o exame mais útil na propedêutica da perda de peso, por ser capaz de mostrar sinais de cardiomegalia, massas, infiltrados, cavitações, derrames e adenopatias. Neste estudo, encontrou-se alteração radiológica em 41% dos pacientes com causa orgânica para a perda de peso.

Alguns autores incluem, entre os exames iniciais, as dosagens plasmáticas de ácido úrico, ureia, proteína C-reativa, desidrogenase lática, γ -glutamil transferase (γ -GT), proteínas totais e globulina, tiroxina livre, cálcio e fósforo (particularmente em idosos); eletrocardiograma; e ultrassonografia abdominal.^{6,8,12,14,15} Outros exames podem se fazer necessários, orientados por suspeitas clínicas específicas.

No estudo de Marton *et al.*¹⁵, mais de 2/3 dos pacientes com boa evolução clínica tinham exames laboratoriais iniciais normais, enquanto os que evoluíram para óbito ou deterioração clínica apresentavam esses exames alterados. Segundo Bilbao-Garay *et al.*¹⁶, os pacientes avaliados, com doença orgânica e perda de peso, tiveram valores de hemoglobina e colesterol mais baixos em relação àqueles com doenças não-orgânicas. Os níveis de VHS e transaminases, por sua vez, mostraram-se mais altos naqueles indivíduos.

A dosagem sérica de albumina tem importância no rastreamento, na determinação do risco de desnutrição e na monitorização da resposta à terapia, além de ser método de baixo custo e fácil realização. Não constitui marcador precoce ideal de desnutrição,

entretanto, possui meia-vida plasmática prolongada (20 dias) e grande volume de distribuição. As causas de hipoalbuminemia consistem em diminuição do aporte proteico, além de enteropatias perdedoras de proteína, doenças hepáticas e síndrome nefrótica.¹⁹

A contagem de linfócitos e os testes cutâneos de hipersensibilidade tardia também constituem indicadores do estado nutricional, porém são inespecíficos. Os marcadores que melhor refletem alterações agudas no estado nutricional são a transferrina, a prealbumina ligadora de tiroxina e a proteína ligadora de retinol, sendo os dois últimos exames mais sensíveis. Apresentam, porém, aplicação e acesso limitados na prática clínica.¹⁹

Diagnóstico por imagem

Algumas vezes, torna-se necessária a realização de procedimentos adicionais, como: endoscopia digestiva alta (ou exame contrastado do esôfago-estômago-duodeno), no caso de disfagia ou hemorragia digestiva alta; retossigmoidoscopia flexível, colonoscopia (ou enema opaco), na vigência de anemia ferropriva, melena, hematoquezia ou suspeita de doença inflamatória intestinal; ultrassonografia, tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética do abdômen, na existência de dor abdominal ou visceromegalias/massas ao exame físico; tomografia computadorizada de tórax, diante de massas, cavitações, alargamento do mediastino ou outras anormalidades à radiografia de tórax; tomografia computadorizada de crânio/encéfalo, no caso de cefaleia suspeita, sinais focais, convulsões; mamografia, em caso de achados anormais ao exame das mamas; biópsia de diversos órgãos e tecidos, como pele, linfonodos, duodeno, medula óssea e músculos; cintilografia óssea, de tireoide, etc., no rastreamento do câncer e suas metástases. Outros exames, como laparoscopia, laparotomia exploradora, ultrassonografia abdominal com doppler de vasos mesentéricos, estudos genéticos e moleculares, são reservados para casos excepcionais.^{10,16}

Thompson e Morris¹³ consideram de grande valor diagnóstico os seguintes exames: função tireoidiana, pesquisa de sangue oculto nas fezes, enema opaco, retossigmoidoscopia, endoscopia digestiva alta e estudo contrastado do trato digestivo superior. A tomografia computadorizada de tórax não é útil como exame de rastreamento de “doenças ocultas”.

TRATAMENTO

A abordagem do paciente que se apresenta com perda de peso significativa fundamenta-se, sempre que possível, na correção do(s) fator(es) causal(is). Atenção precoce à nutrição e prevenção da perda de peso durante períodos de estresse ou trauma agudo, em especial durante internações hospitalares, pode ser valiosa, já que a realimentação nem sempre é bem-sucedida. A terapia nutricional, no entanto, deve ser feita de maneira criteriosa, tendo-se em mente os riscos potenciais da realimentação, além de outras complicações, como traumas e infecções.¹⁹

Existem diversas fórmulas para calcular as necessidades calóricas de um indivíduo, baseadas na idade e intensidade do estresse metabólico. Possui boa aplicabilidade para a maioria das pessoas a meta terapêutica inicial de 35 kcal/kg/dia (variando de 30 a 40 kcal/kg/dia), de acordo com o peso ideal, constituída de 20% de proteínas ou mais.⁶ Diversos compostos alimentares estão disponíveis no mercado, cada qual com suas indicações específicas, diferindo na densidade calórica, osmolaridade e conteúdo de proteína, lipídeo, carboidrato e eletrólitos.

As modalidades de suporte nutricional são constituídas pela nutrição enteral, parenteral (central ou periférica) e por gastro ou jejunostomia. A alimentação pela via oral deve ser mantida sempre que possível, mesmo quando se recorre às medidas de suporte nutricional, devido aos seus benefícios psicológicos e na manutenção da integridade do trato gastrointestinal.¹⁹ O suporte nutricional, no caso particular do idoso, deve continuar até que se atinja peso dentro de 10% do valor ideal e o paciente consiga se alimentar a ponto de manter o peso nesse nível.¹⁹

Várias drogas promovem o aumento no apetite e ganho de peso. Podem ser divididas em: **agentes orexígenos** - corticosteroides (dexametasona, metilprednisolona); progestágenos (acetato de megestrol, acetato de medroxiprogesterona); dronabinol (marinol); antagonistas da serotonina (ciproheptadina); tetrahydrocannabinol; antidepressivos tricíclicos; **agentes anabólicos** - hormônio do crescimento, fator de crescimento insulina-símile, andrógenos (testosterona, diidrotestosterona, análogos da testosterona, oxandrolona); e **agentes anticatabólicos** - anticitocinas dietéticas (ácidos graxos ômega 3); derivados de metilxantinas (pentoxifilina); inibidores de gliconeogênese (sulfato de hidrazina); drogas com possível atividade anticitocina (talidomida, melatonina).^{1,21}

Essas drogas apresentam, entretanto, efeitos colaterais diversos e não há evidências concretas para sua indicação. Em casos selecionados, como em pacientes com síndrome de imunodeficiência adquirida, câncer e com doenças em estágios terminais, algumas dessas drogas podem ser empregadas, embora não haja estudos demonstrando aumento na sobrevida em longo prazo.

Podem ser adotadas determinadas condutas como o uso de agentes procinéticos em casos de gastroparesia diabética e de nitratos ou bloqueadores de canais de cálcio na angina abdominal. Casos secundários à depressão costumam ter boa resposta a antidepressivos tricíclicos.

Pode contribuir para o aumento na aceitação da dieta pelos pacientes com doenças debilitantes crônicas, como doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência cardíaca avançada, a instituição de medidas práticas como fracionamento da dieta em múltiplas pequenas refeições e administração de medicamentos com os alimentos (para minimizar efeitos adversos potenciais como anorexia, saciedade precoce e náusea). Deve-se atentar para restrições dietéticas muito rigorosas que possam dificultar a aceitação da dieta. A realização de atividades físicas, por sua vez, com intensidade adaptada para cada paciente, costuma melhorar o apetite e a condição de bem-estar geral.

Em idosos, além de suporte social adequado, a abordagem da deficiência nutricional deve incluir, em cada caso, orientações em relação à dieta, saúde oral, preferências individuais, suplementos dietéticos, tempero de alimentos, assistência à alimentação e supervisão por nutricionista.^{6,22}

As possibilidades terapêuticas para a doença de base são restritas, com atenção especial para a melhoria das condições gerais do doente, respeitando-se sempre o limite terapêutico e tendo como princípio a qualidade de vida do paciente.

PROGNÓSTICO

O estado nutricional afeta a condição de bem-estar geral, a função cognitiva, o curso de doenças crônicas e o prognóstico de maneira geral. Deve ser monitorizado o estado nutricional do indivíduo, mesmo quando não se chega a uma etiologia definida, uma vez que o baixo peso, assim como a perda de peso, estão relacionados, independentemente da etiologia, à maior morbidade e mortalidade.^{3,10,14,15,23}

Em estudo prospectivo desenvolvido por Wallace *et al.*³, a perda de peso constituiu o fator independente mais importante na predição de mortalidade, como ficou demonstrado por análise de regressão logística. Os autores referiram que a perda de peso involuntária aumentou em duas a três vezes a mortalidade.

Marton *et al.*¹⁵ demonstraram cinco atributos preditivos de mau prognóstico: idade além de 80 anos, diagnóstico de câncer, comprometimento do estado funcional, resultado de exames laboratoriais iniciais alterados e peso no ano anterior à perda de peso inferior a 90,7 kg. Na avaliação de Wallace *et al.*³, a mortalidade mais significativa foi encontrada nas pessoas com IMC inicial inferior a 24 kg/m². A taxa de mortalidade mais baixa entre os que perderam peso, embora sem significância estatística, ocorreu naqueles com IMC inicial acima de 30 kg/m². O *Framingham Heart Study*²³, de maneira similar, demonstrou que o risco relativo de morte é quase duas vezes mais alto em indivíduos com mais de 65 anos de idade do que naqueles que estejam no extremo inferior do IMC.

A associação de diversas percentagens de perda de peso com a mortalidade foi avaliada por Wallace *et al.*³, que concluíram que o ponto de corte ótimo para perda de peso involuntária e clinicamente significativa em um ano é de 4%. Os resultados gerais do estudo, no entanto, não variaram significativamente quando se consideraram os pontos de corte de 4 ou 5%. Além disso, perda de peso além do valor de corte de 4 ou 5% não aumentou a mortalidade.

Na pesquisa de Lankisch *et al.*¹⁴, a percentagem de peso perdida, tal como no estudo de Wallace *et al.*³, não se mostrou fator de mortalidade estatisticamente significativo e o prognóstico não diferiu entre pacientes com perda de peso sem causa definida e aqueles com causa não-maligna.

Em análise retrospectiva de pacientes com perda de peso, a taxa de mortalidade total no primeiro ano de seguimento foi de 16%. Houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo de causas orgânicas e o de causas não-orgânicas ou indefinidas: 23% *versus* 4% ($p < 0,001$).¹⁶ Outros trabalhos demonstraram taxas de mortalidade mais altas, de 25 a 38% em um a dois anos, o que pode refletir variações nos critérios de seleção e no tempo de seguimento ou, ainda, diferença nos recursos assistenciais locais e na época de realização dos mesmos.^{3,12,14,15} Na investigação de Thompson e Morris¹³, houve menos mortalidade (9% em dois anos).

A perda de peso voluntária também parece se correlacionar com aumento na mortalidade, o que pode se dever à presença de comorbidades, doenças subjacentes não reconhecidas ou alterações fisiopatológicas consequentes a essa perda.³ Novas investigações, entretanto, são necessárias para confirmar essa correlação.

REFERÊNCIAS

1. Reife CM. Involuntary weight loss. *Med Clin North Am.* 1995; 79:299-313.
2. Wise GR, Craig D. Evaluation of involuntary weight loss. *Postgrad Med.* 1994; 95(4):143-50.
3. Wallace JI, Schwartz RS, LaCroix AZ, Uhlmann RF, Pearlman RA. Involuntary weight loss in older outpatients: incidence and clinical significance. *J Am Geriatr Soc.* 1995; 43(4):329-37.
4. Chang JI, Katz PR, Ambrose P. Weight loss in nursing home patients: prognostic implications. *J Fam Pract.* 1990; 30:671-4.
5. Morley JE, Kraenzle D. Causes of weight loss in a community nursing home. *J Am Geriatr Soc.* 1994; 42:583-5.
6. Bouras EP, Lange SM, Scolapio JS. Rational approach to patients with unintentional weight loss. *Mayo Clin Proc.* 2001; 76:923-9.
7. Gilmore SA, Robinson G, Posthauer ME, Raymond J. Clinical indicators associated with unintentional weight loss and pressure ulcers in elderly residents of nursing facilities. *J Am Diet Assoc.* 1995; 95(9):984-92.
8. Leduc D, Rouge PE, Rousset H, Maitre A, Champay-Hirsch AS, Massot C. Étude clinique de 105 cas d'amaigrissements isolés en médecine interne. *Rev Med Interne.* 1988; 9(5):480-6.
9. Huerta G, Viniegra L. La pérdida ponderal involuntaria como problema clínico. *Rev Invest Clin.* 1989; 41(1):5-9.
10. Reife CM. Weight loss. In: Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editors. *Harrison's principles of internal medicine.* New York: McGraw-Hill; 2005. p.233-5.
11. Fischer J, Johnson MA. Low body weight and weight loss in the aged. *J Am Diet Assoc.* 1990; 90:1697-706.
12. 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.
13. Thompson MP, Morris LK. Unexplained weight loss in the ambulatory elderly. *J Am Geriatr Soc.* 1991; 39(5):497-500.
14. Lankisch PG, Gerzmann M, Gerzmann JF, Lehnick D. Unintentional weight loss: diagnosis and prognosis. The first prospective follow-up study from a secondary referral center. *J Intern Med.* 2001; 249:41-6.
15. Marton KI, Sox Jr HC, Krupp JR. Involuntary weight loss: diagnostic and prognostic significance. *Ann Intern Med.* 1981; 95:568-74.
16. Bilbao-Garay J, Barba R, Losa-García JE, Martín G, García de Casasola G, Castilha 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.
17. Robbins LJ. Evaluation of weight loss in the elderly. *Geriatrics.* 1989; 44(4):31-7.
18. Moriguti JC, Moriguti E, Ferrioli E, Cação JC, Lucif Jr N, Marchini JS. Involuntary weight loss in elderly individuals: assessment and treatment. *Sao Paulo Med J / Rev Paul Med.* 2001; 119(2):72-7.
19. Morley JE, Silver AJ, Fiatarone M, Mooradian AD. Geriatric grand rounds: nutrition and the elderly. *J Am Geriatr Soc.* 1986; 34(11):823-32.
20. Ramboer C, Verhamme M, Vermeire L. Patients' perception of involuntary weight loss: implications of underestimation and overestimation. *Br Med J.* 1985; 291:1091.
21. Ottery FD, Walsh D, Strawford A. Pharmacologic management of anorexia / cachexia. *Semin Oncol.* 1998; 25(2, Suppl 6):35-44.
22. Schiffman SS, Warwick ZS. Flavor enhancement of foods for the elderly can reverse anorexia. *Neurobiol Aging.* 1988; 9:24-6.
23. Harris T, Cook EF, Garrison R, Higgins M, Kannel W, Goldman L. Body mass index and mortality among non-smoking older persons. The Framingham Heart Study. *JAMA.* 1988; 259:1520-4.