

El síndrome constitucional desde una perspectiva geriátrica

Constitutional Syndrome from a Geriatric Perspective

Recibido: 05 mayo 2021 | Aceptado: 12 julio 2022

CAROLINA MUÑOZ MUÑETÓN^a

Médica residente de Geriátrica, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5861-2411>

ALBERTO RODRÍGUEZ VARÓ

Profesor titular de Medicina Interna y Gastroenterología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Médico gastroenterólogo, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1222-0636>

ESTEPHANIA CHACÓN-VALENZUELA

Médica geriatra, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Miembro del Semillero de Neurociencias y Envejecimiento de la Pontificia Universidad Javeriana-Instituto de Envejecimiento, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8697-8477>

MARÍA PAULA VARGAS

Médica geriatra, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Miembro del Semillero de Neurociencias y Envejecimiento de la Pontificia Universidad Javeriana-Instituto de Envejecimiento, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7470-3054>

DIEGO CHAVARRO-CARVAJAL

Médico internista y geriatra, epidemiólogo clínico. PhD en Investigación Gerontológica, Pontificia Universidad Javeriana. Unidad de Geriátrica del Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia. Miembro del Semillero de Neurociencias y Envejecimiento de la Pontificia Universidad Javeriana-Instituto de Envejecimiento, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8584-3191>

^a Autora de correspondencia: ca.munoz@javeriana.edu.co

Cómo citar: Muñoz Muñetón C, Rodríguez Varón A, Chacón-Valenzuela E, Vargas MP, Chavarro-Carvajal D. El síndrome constitucional desde una perspectiva geriátrica. *Univ. Med.* 2022;63(3). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed63-3.cons>

RESUMEN

La fatiga, la anorexia y la pérdida de peso involuntaria son términos que se han incluido en la definición de síndrome constitucional. Estos acompañan a muchas enfermedades en las que el diagnóstico se realiza mediante síntomas y signos específicos. Sin embargo, en adultos mayores, el término puede llegar a ser más ambiguo y no en todos los casos se asocia con malignidad. Es común que los adultos mayores presenten pérdida del apetito o disminución de la ingesta de alimentos, dado que la anorexia y la disgeusia en el anciano son cambios fisiológicos normales que pueden afectar su metabolismo energético y el estado general de salud. Adicionalmente, las comorbilidades y algunos medicamentos pueden tener un efecto sobre la ingesta alimentaria y la pérdida de peso. Es por esto por lo que es importante tener otros diagnósticos diferenciales de esta entidad clínica, como sarcopenia y fragilidad, que en sus propios criterios diagnósticos están la pérdida de peso y la fatiga. Ante los múltiples diagnósticos diferenciales, actualmente el síndrome constitucional puede ser un reto en la población adulta mayor, y la valoración geriátrica, una herramienta útil para abordarlo.

Palabras clave

pérdida de peso; anorexia; fatiga; astenia; adultos mayores.

ABSTRACT

Fatigue, anorexia, and involuntary weight loss are terms that have been included in the definition of constitutional syndrome. These accompany many diseases in which the diagnosis is made by specific symptoms and signs. However, in older adults the term can become more ambiguous and is not associated with malignancy in all cases. It is common for older adults to have loss of appetite and/or decreased food intake since anorexia and dysgeusia in the elderly are normal physiological changes that can affect their energy metabolism and general health. Additionally, comorbidities and some medications can influence food intake and weight loss. Therefore, it is important to have other differential diagnoses of this clinical entity such as sarcopenia and frailty, which in their own diagnostic criteria include weight loss and fatigue; given the multiple differential diagnoses, constitutional syndrome can be a challenge in the elderly population and geriatric assessment is a useful tool to address it.

Keywords

weight loss; anorexia; fatigue; asthenia; older adults.

Introducción

El síndrome constitucional, conocido como el síndrome de las 3A, se define por la presencia de los siguientes hallazgos semiológicos: astenia, adelgazamiento (o pérdida de peso de forma involuntaria superior al 5% en seis meses) y anorexia. Algunos sinónimos que se pueden encontrar en la literatura internacional son el síndrome general o síndrome tóxico, y en otros países se ha definido como la pérdida de peso involuntaria (1). Estas manifestaciones clínicas se pueden presentar en procesos tumorales, infecciosos, inflamatorios o funcionales (2); además, en los adultos mayores no se deben olvidar las causas psicosociales, incluidas la depresión y la demencia (1). Los tumores son la principal causa orgánica, y los más comunes son los del tracto gastrointestinal y los genitourinarios (1).

Por su alta prevalencia, es importante realizar un adecuado abordaje clínico, ya que hasta un 20% de las consultas por medicina interna puede involucrar estos síntomas y hasta en un 25% de los casos no se encuentra una causa evidente, a pesar de una investigación exhaustiva (3). Asimismo, la importancia de identificar este síndrome radica en que la pérdida de peso del 4%-5% o más en un año, o del 10% o más durante

5 a 10 años, se asocia con una mayor mortalidad o morbilidad (4).

Las consideraciones que se deben tener al abordar este síndrome en la persona mayor son varias, dado que se puede correlacionar con diferentes síndromes geriátricos, como la sarcopenia y la fragilidad, y, de igual forma, es posible encontrar que las manifestaciones clínicas se presenten en mayor medida de forma aislada (anorexia, pérdida de peso involuntaria o astenia) en lugar de encontrar el síndrome completo (2). Adicionalmente, un punto clave para tener en cuenta es que la misma pérdida de peso puede darse en el contexto de los cambios fisiológicos normales con la edad o por la misma anorexia en el anciano (4). Esta revisión de tema tiene como objetivo esclarecer las causas más comunes del síndrome constitucional en los adultos mayores y la forma de abordarlas.

Metodología

Se llevó a cabo una revisión crítica de la literatura de manera independiente. La búsqueda se realizó en las bases de datos PubMed, Embase y SciELO. Las palabras clave que se utilizaron fueron *unintentional*, *weight loss* y *elderly*. El término *unintentional* también fue remplazado por *involuntary* y *unintended*, que se usan como palabras sinónimas en inglés. También se realizó otra búsqueda con el término *constitutional syndrome*. Las palabras anteriores se intentaron localizar como palabras en el texto. La única búsqueda que con términos MeSH fue *weight loss* y *elderly*; adicionalmente, los filtros utilizados fueron artículos en inglés y español de los últimos veinte años. Luego, hubo una búsqueda adicional sobre la fisiopatología de la anorexia y la pérdida de peso en el anciano, con un único filtro de idioma (inglés y español). Finalmente, se seleccionaron dieciocho artículos de Pubmed y dos de Embase. Los criterios empleados para definir cuáles eran relevantes fueron que el título, el resumen o los resultados incluyeran aspectos sobre el síndrome constitucional o la pérdida de peso en el anciano. Dado los pocos artículos

asociados con el término *síndrome constitucional*, fue necesario incluir los sinónimos ya nombrados.

Epidemiología

A pesar de ser una entidad común, en Colombia no existen datos registrados respecto a la prevalencia del síndrome constitucional. Según estudios de otros países, se puede presentar en el 1% al 5% de los adultos mayores. Las manifestaciones aisladas como anorexia, pérdida significativa de peso o astenia pueden presentarse en el 20% de los adultos mayores que viven en comunidad o hasta en el 60% de los adultos mayores institucionalizados (3).

Etiología

Las causas del síndrome constitucional en los adultos mayores son variadas, así que el proceso diagnóstico debe incluir una valoración amplia y multidimensional en la cual la valoración geriátrica integral es una herramienta fundamental. En la literatura anglosajona hay algunas ayudas para recordar las causas de la pérdida de peso involuntaria, dentro de las que se encuentran la regla de las nueve D (tabla 1) y la mnemotecnía de *meals on wheels* (comida sobre ruedas) (tabla 2). Es importante tener en cuenta que el cáncer, las enfermedades gastrointestinales no malignas y los problemas psiquiátricos (en particular, la demencia y la depresión) se encuentran consistentemente entre las causas más comunes de pérdida de peso involuntaria (4).

Tabla 1
Regla de las nueve D

Dementia (demencia)
Depression (depresión)
Disease (enfermedad aguda o crónica)
Dysphagia (disfagia)
Dysgeusia (disgeusia)
Diarrhoea (diarrea)
Drugs (fármacos y tóxicos)
Dentition (problemas de la cavidad oral)
Dysfunction (discapacidad)

Fuente: adaptada de McMinn et al. (4)

Tabla 2
Mnemotecnía meals on wheels

M	Medicación
E	Problemas Emocionales (especialmente depresión)
A	Alcoholismo, Anorexia nerviosa
L	Paranoia tardía (<i>Late-life paranoia</i>)
S	Alteraciones en la deglución (<i>Swallowing disorders</i>)
O	Factores de la cavidad Oral (caries, desajuste prótesis dentales...)
N	Escasez de recursos económicos (<i>No money</i>)
W	Alteraciones conductuales en relación con demencia (<i>Wandering, vagabundeo</i>)
H	Hiper e hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, insuficiencia suprarrenal
E	Enfermedades y problemas digestivos (<i>Enteric problems</i>)
E	Dificultad para la alimentación (<i>Eating problems</i>)
L	Diets restrictivas (hiposódica, baja en colesterol...) (<i>Low salt, Low cholesterol</i>)
S	Problemas Sociales (soledad)

Fuente: adaptada de McMinn et al. (4).

Causas orgánicas

Dentro de las causas más frecuentes del síndrome constitucional se encuentran las orgánicas, y dentro de estas las neoplasias constituyen la etiología más prevalente (16%-36%). Dentro de las neoplasias más frecuentes que ocasionan estas manifestaciones se encuentran el cáncer colorrectal, el gástrico y el pancreático; seguido por el genitourinario (prostatita y ovario), y, en menor frecuencia, cáncer de mama, cáncer de pulmón y tumores hematológicos como

mieloma, linfomas y leucemias relacionadas con el síndrome mielodisplásico. Entre las causas inflamatorias (2%-4%) encontramos las vasculitis (arteritis temporal y polimialgia reumática) y la artritis reumatoide; igualmente, deben considerarse enfermedades endocrinas, como el hipertiroidismo, la enfermedad de Addison y la diabetes mellitus (4%-11%) (4).

Otras entidades gastrointestinales no neoplásicas que pueden cursar con pérdida de peso son la enfermedad celíaca, la enfermedad inflamatoria intestinal y, en menor frecuencia, el sobrecrecimiento bacteriano; sin embargo, es importante tener en cuenta que en estas entidades usualmente predominan y orientan el diagnóstico etiológico otros síntomas y signos diferentes a la pérdida de peso. Las dificultades mecánicas, como disfagia, odinofagia y mala dentición, por cualquier causa, pueden contribuir a la pérdida de peso, al afectar el deseo o la capacidad de masticar y deglutir los alimentos. Desde el punto de vista infeccioso, la tuberculosis (2%-5%) suele ser una de las enfermedades más asociadas, pero el virus de la inmunodeficiencia humana y las enfermedades parasitarias son también otros diagnósticos para tener en cuenta. Es importante considerar, así mismo, enfermedades crónicas como la insuficiencia renal (4%), patologías cardíacas (2%-9%) y enfermedades respiratorias crónicas como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (6%), que se han asociado no solo con la pérdida de peso, sino directamente con la pérdida muscular como la sarcopenia (1).

Adicional a las causas más frecuentes del síndrome constitucional mencionadas, en los adultos mayores es importante considerar otras situaciones que explicarían o se sobrepondrían con síntomas del síndrome constitucional.

Anorexia del anciano y cambios fisiológicos del envejecimiento

Los cambios fisiológicos que pueden llevar a cambios en la ingesta alimentaria se conocen como la *anorexia en el anciano* (5), también considerado un síndrome geriátrico. Dentro de

los cambios fisiopatológicos del envejecimiento se encuentran la reducción de la masa magra corporal, la masa ósea y la tasa metabólica basal; disminución del sentido del gusto y del olfato, y la alteración en las señales gástricas que lleva a la sensación de saciedad precoz (6). Estudios realizados en adultos mayores sanos sugieren que la pérdida de peso normal relacionada con la edad es de solo 0,1-0,2 kilogramos al año (7), y la mayoría de los pacientes ancianos suelen mantener el peso durante un periodo considerablemente largo de 5 a 10 años. Por esta razón, la pérdida sustancial de peso (5% de pérdida del peso corporal habitual en un lapso de 6 a 12 meses) no debe considerarse un cambio natural relacionado con la edad y siempre debe estudiarse (3).

Además de las alteraciones del estado nutricional, otras correlaciones clínicas relevantes de la anorexia por envejecimiento incluyen desgaste corporal, poca resistencia muscular, rendimiento físico reducido, disminución de la velocidad de la marcha y movilidad reducida (8). La fisiopatología de la anorexia del envejecimiento es compleja, dado que su origen puede ser multifactorial e implica alteraciones de los sistemas reguladores tanto periféricos como centrales. Las alteraciones del sentido del gusto y el olfato que se producen después de los 50 o 60 años contribuyen a reducir la palatabilidad de los alimentos e impacta en la variedad de la dieta. Por otro lado, la “hormona del hambre”, es decir, la grelina liberada por la mucosa gastrointestinal, es modulada negativamente por la leptina y la insulina circulante, cuyas concentraciones pueden estar alteradas en los adultos mayores. Así mismo, la colecistocinina aumenta en edades avanzadas y se ha asociado con anorexia. Por ejemplo, se ha demostrado que estos aumentos en la colecistocinina y del péptido YY circulante pueden transmitir señales anorexigénicas sinérgicas al hipotálamo (5).

Asimismo, el tono muscular y la motilidad gastrointestinal disminuyen durante el envejecimiento. Como consecuencia, las personas mayores pueden experimentar una saciedad más duradera, debido a un retraso en el

vaciamiento gástrico. El tránsito gastrointestinal más lento favorece el estreñimiento y las flatulencias, lo que contribuye a que el deseo de comer disminuya (5). Por último, el estado de inflamación crónica que se da con la edad (*inflammaging*) puede alterar la respuesta de áreas específicas del cerebro a estímulos periféricos, a través de la acción de mediadores circulantes, como las interleucinas1 e interleucinas6 y el factor de necrosis tumoral- α , que suelen aumentar en personas mayores. La reducción de la ingesta de alimentos y el peso corporal causada por esta señalización de citocinas parece deberse principalmente a su efecto sobre el vaciamiento gástrico y a la disminución de la motilidad del intestino delgado (9). Con estas consideraciones, es importante conocer los cambios que pueden darse por el envejecimiento, para así identificar cuándo la pérdida de peso puede ser fisiológica o patológica y detectar a tiempo el síndrome constitucional.

Síndromes geriátricos

La astenia es una de las manifestaciones más insidiosas y difíciles de describir en el síndrome constitucional y hace referencia a la sensación subjetiva de falta de energía o pérdida de fuerza. Este síntoma se presenta hasta en el 25% de los pacientes que acude a una consulta de medicina general (10). La astenia también puede ser secundaria a uno de los síndromes más importantes en geriatría, como es la fragilidad, definida como la disminución de la reserva fisiológica para enfrentar situaciones de estrés agudo y que causan vulnerabilidad a resultados adversos, como mayor mortalidad, discapacidad e institucionalización (11). La astenia también puede ser el resultado de la declinación funcional, que se puede dar en el contexto de cualquier enfermedad o de otros síndromes geriátricos que se describirán a continuación.

La sarcopenia, la caquexia, la malnutrición y la fragilidad son síndromes geriátricos que en muchos casos se sobreponen y se acompañan de la pérdida de masa corporal con la correspondiente pérdida de peso no intencionada

(12), que a su vez está incluida entre sus criterios diagnósticos. Por ejemplo, la fragilidad se evalúa, según Fried et al. (11), por la presencia de tres o más de los siguientes criterios: pérdida de peso no intencional, percepción de agotamiento o cansancio, disminución de fuerza de prensión, velocidad de la marcha lenta y bajo nivel de actividad física.

Según el consenso del Grupo de Trabajo Europeo sobre Sarcopenia en Personas Mayores (13), la sarcopenia se define como un trastorno músculo-esquelético generalizado que se asocia con mayor probabilidad de resultados adversos, como caídas, fracturas, discapacidad física y mortalidad. Los criterios diagnósticos incluyen la presencia de masa muscular baja más una disminución en rendimiento físico, definido por una marcha lenta o baja fuerza de prensión.

La caquexia se define como una pérdida de peso en presencia de enfermedad, combinada con tres o más de los siguientes cinco criterios: disminución de la fuerza de agarre, fatiga, anorexia, índice de masa libre de grasa baja o bioquímica anormal (proteína C reactiva elevada, anemia o hipoalbuminemia) (14). Dentro de los criterios clínicos para su diagnóstico se encuentra un índice de masa corporal (IMC) $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ o la aparición de una pérdida de peso involuntaria combinada con un $\text{IMC} < 22 \text{ kg/m}^2$. Como se puede observar, todos estos síndromes incluyen astenia o pérdida de peso dentro de su diagnóstico, por lo que el síndrome constitucional puede sobreponerse a todas estas entidades de gran importancia y prevalencia en el adulto mayor (figura 1).

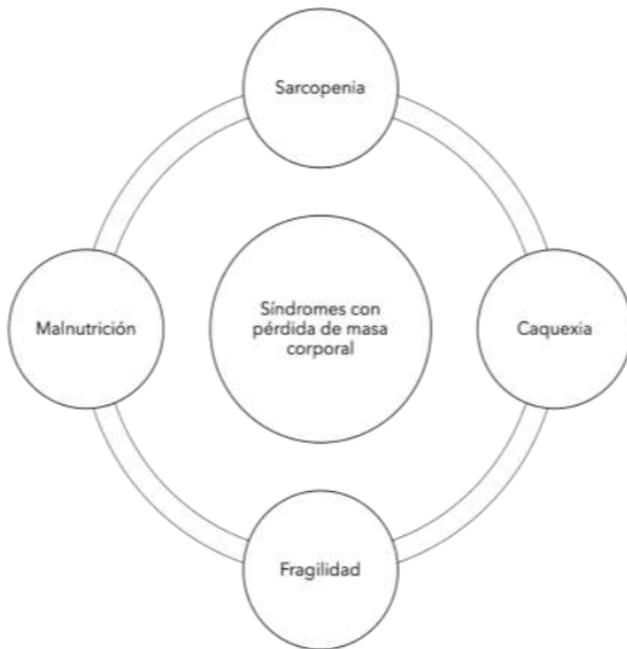


Figura 1
Síndromes con pérdida de masa corporal en adultos mayores y que se relacionan con la pérdida de peso no intencionada

Disgeusia

Algunos estudios han demostrado alteraciones del gusto hasta en el 13,9% de las personas institucionalizadas, en comparación con el 3,2% de las personas que viven en la comunidad. El envejecimiento puede afectar la función gustativa, aumentar los umbrales de electrogustometría y reducir la densidad de las papilas fungiformes (15). Las alteraciones en el gusto son unas de las reacciones adversas medicamentosas más comúnmente reportadas, al punto que llegan a presentarse hasta en un 75% de los pacientes. Entre los medicamentos asociados están los macrólidos, los antimicóticos, las fluoroquinolonas, los inhibidores de la proteína cinasa, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, los inhibidores de la HMG-CoA reductasa, las estatinas y los inhibidores de la bomba de protones, entre otros. Uno de los mecanismos demostrados para la afectación del gusto es la excreción de los medicamentos en la saliva, que generan

interacciones con diferentes receptores, lo que altera la propagación del potencial de acción en las membranas celulares de las neuronas aferentes y eferentes y altera la función del neurotransmisor (16).

Otra de las causas de disgeusia en el anciano son los trastornos neurocognitivos, partiendo desde el deterioro cognitivo leve o trastorno neurocognitivo por enfermedad de Alzheimer, pues se han asociado con un mayor deterioro del olfato y del gusto, en comparación con las personas que no lo presentan (17). Adicionalmente, la ínsula, una región del cerebro involucrada en la cognición del gusto, se puede afectar en el trastorno neurocognitivo por enfermedad de Alzheimer y en el trastorno neurocognitivo vascular. Además, los medicamentos que se prescriben para el tratamiento de los trastornos neurocognitivos, por ejemplo, los inhibidores de la colinesterasa, también pueden contribuir a la alteración del gusto (18). En la enfermedad de Parkinson se ha encontrado que el 9% de quienes la padecen puede presentar disgeusia, alteración que aumenta con la progresión de la enfermedad, y disosmia, hasta en un 70% de los casos (19), síntoma que también es reportado en el trastorno neurocognitivo por cuerpos de Lewy.

Causas farmacológicas

Las causas farmacológicas pueden ser responsables de determinadas manifestaciones generales (sobre todo anorexia y adelgazamiento), especialmente en pacientes mayores que tienen polifarmacia. La lista de fármacos que por distintos mecanismos pueden provocar alguna manifestación del síndrome constitucional es amplia (tabla 3), entre los que se destacan la digoxina, el ácido acetilsalicílico, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, las estatinas y los diuréticos (1).

Tabla 3
Efectos secundarios de medicamentos y suplementos que pueden contribuir a la pérdida de peso

Efectos adversos	Medicamento o suplemento
Anorexia	Amantadina, anticonvulsivantes, benzodiazepinas, digoxina, levodopa, metformina, nicotina, opiáceos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
Xerostomía	Anticolinérgicos, antihistamínicos, clonidina, diuréticos de asa.
Disgeusia o disosmia	Alcohol, alopurinol, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antibióticos (por ejemplo: ciprofloxacina, claritromicina o metronidazol), bloqueadores de los canales de calcio, agentes de quimioterapia, hidroclorotiazida, hierro, litio, metformina, opiáceos, fenitoína, propranolol, espironolactona, estatinas, antidepresivos tricíclicos.
Disfagia	Antibióticos (por ejemplo: doxiciclina), bifosfonatos, agentes quimioterapéuticos, corticosteroides, hierro, levodopa, antiinflamatorios no esteroideos.
Náuseas o vómito	Antibióticos, bifosfonatos, digoxina, hierro, levodopa, metformina, opiáceos, estatinas, antidepresivos tricíclicos.

Fuente: adaptada de Alibhai et al. (3)

Causas psicosociales

Los problemas psiquiátricos, en particular el trastorno neurocognitivo y la depresión, son la principal causa de pérdida de peso inexplicable en el 10% al 20% de los pacientes adultos mayores (4); sin embargo, esta cifra puede elevarse hasta un 58% en los adultos mayores institucionalizados (20).

Factores socioeconómicos

La pobreza o el aislamiento social pueden contribuir a la pérdida de peso en las personas mayores, debido a la ingesta inadecuada de alimentos y a la desnutrición (1). El deterioro físico o cognitivo puede impedir que las personas mayores realicen compras de forma autónoma y reduzcan la ingesta de los alimentos, por no tener acceso a aquellos de su preferencia. La incapacidad para cocinar o alimentarse por sí mismos puede ocasionar una ingesta insuficiente, al depender de algún cuidador, lo que también genera horarios estipulados para las comidas y así una disminución en la flexibilidad (3).

Diagnóstico y tratamiento

No hay pautas clínicas o un sistema estandarizado para investigar este problema común y complejo, y aunque existían algoritmos relacionados con esta entidad en adultos mayores, como el de Castro Alvirena y Verdejo Bravo (2), ninguno incluye aspectos de la valoración geriátrica integral. Teniendo esto en mente, se creó un nuevo algoritmo, cuyo pilar y característica diferencial es esta herramienta, por lo que es la primera vez que será empleado en la práctica clínica (figura 2).

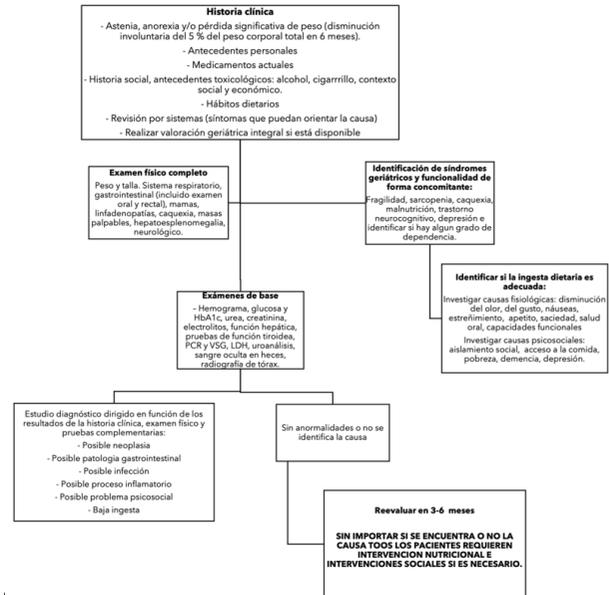


Figura 2
Abordaje diagnóstico del síndrome constitucional en adultos mayores
Fuente: modificado a partir de (2-4).

En relación con el tratamiento del síndrome constitucional, este debe ser individualizado, dependiendo de la causa; lo importante es que incluso en la fase diagnóstica se realicen intervenciones nutricionales, pues lo que se quiere lograr es que el paciente mejore su ingesta y el aporte calórico. En ocasiones, hasta se debe considerar el uso de suplementos nutricionales, adaptándose a cada caso (2). Desde el inicio se debe intervenir este aspecto para disminuir los múltiples desenlaces adversos

que tiene la pérdida de peso, especialmente en la funcionalidad y autonomía de la persona mayor.

Pronóstico

Dependerá directamente de la identificación y tratamiento de las causas reversibles o subyacentes del síndrome. Entre más temprano se realicen intervenciones nutricionales y se identifique la causa, se tendrá un mejor pronóstico, pues se evitará la malnutrición y consecuentemente el riesgo de deterioro funcional en el anciano.

Conclusión

El síndrome constitucional es una entidad común en las personas mayores y está asociado con resultados adversos en salud, como aumento de la morbimortalidad y dependencia. Las causas son diversas: orgánicas, farmacológicas, baja ingesta, síndromes geriátricos, trastornos psicológicos, incluso factores sociales o económicos. A pesar de una búsqueda exhaustiva, hasta en un cuarto de las personas mayores no se encuentra una causa médica evidente, por lo que si la evaluación inicial es negativa, se sugiere, desde la identificación del cuadro clínico, iniciar las intervenciones nutricionales y realizar un seguimiento tres meses después para continuar la búsqueda y evaluar el estado nutricional, y así mismo establecer si han desarrollado más síntomas o signos que indiquen otra opción diagnóstica.

Entonces, el síndrome constitucional es un reto diagnóstico, por la cantidad de diagnósticos diferenciales y la superposición que existe con otros síndromes, como fragilidad, sarcopenia y caquexia, por lo que para su abordaje es fundamental la valoración geriátrica integral.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado.

Referencias

1. Suárez-Ortega S, Puente-Fernández A, Santana-Báez S, Godoy-Díaz D, Serrano-Fuentes M, Sanz-Peláez O. Síndrome constitucional: entidad clínica o cajón de sastre. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [internet]. 2013 Sep-Oct;51(5):532-5. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=95899>
2. Castro Alvirena JD, Verdejo Bravo C. Protocolo diagnóstico y tratamiento del síndrome constitucional en los pacientes mayores. *Medicine*. 2014;11(62):3720-4. [https://doi.org/10.1016/S0304-5412\(14\)70834-0](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(14)70834-0)
3. Alibhai SMH. An approach to the management of unintentional weight loss in elderly people. *Can Med Assoc J*. 2005;172(6):773-80.
4. McMinn J, Steel C, Bowman A. Investigation and management of unintentional weight loss in older adults. *BMJ*. 2011;342(mar29 1):d1732-d1732. <https://doi.org/10.1136/bmj.d1732>
5. Landi F, Picca A, Calvani R, Marzetti E. Anorexia of Aging. *Clin Geriatr Med*. 2017;33(3):315-23. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2017.02.004>
6. Clarkston WK, Pantano MM, Morley JE, Horowitz M, Littlefield JM, Burton FR. Evidence for the anorexia of aging: gastrointestinal transit and hunger in healthy elderly vs. young adults. *Am J Physiol-Regul Integr Comp Physiol*. 1997;272(1):R243-8.
7. Wallace JI, Schwartz RS. Epidemiology of weight loss in humans with special reference to wasting in the elderly. *Int J Cardiol*. 2002;85(1):15-21. [https://doi.org/10.1016/s0167-5273\(02\)00246-2](https://doi.org/10.1016/s0167-5273(02)00246-2)
8. Landi F, Russo A, Liperoti R, Tosato M, Barillaro C, Pahor M, et

- al. Anorexia, physical function, and incident disability among the frail elderly population: results from the iSIRENTE study. *J Am Med Dir Assoc*. 2010 May;11(4):268-74. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.12.088>
9. Yeh S-S, Blackwood K, Schuster MW. The cytokine basis of cachexia and its treatment: are they ready for prime time? *J Am Med Dir Assoc*. 2008 May;9(4):219-36. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2008.01.003>
10. González Barón M, Camps C, Carulla J, Cruz JJ, Lorenzo A, Montalar J, et al. Estudio de la astenia tumoral: constitución del grupo ASTHENOS. *Rev Clínica Esp*. 2002;202(10):525-8. [https://doi.org/10.1016/S0014-2565\(02\)71135-1](https://doi.org/10.1016/S0014-2565(02)71135-1)
11. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146-57.
12. Gingrich A, Volkert D, Kiesswetter E, Thomanek M, Bach S, Sieber CC, et al. Prevalence and overlap of sarcopenia, frailty, cachexia and malnutrition in older medical inpatients. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):120. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1115-1>
13. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019;48(1):16-31. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>
14. Evans WJ, Morley JE, Argilés J, Bales C, Baracos V, Guttridge D, et al. Cachexia: a new definition. *Clin. Nutr*. 2008;27(6):793-9.
15. Syed Q, Hendler KT, Koncilja K. The impact of aging and medical status on dysgeusia. *Am J Med*. 2016;129(7):753.e1-753.e6. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2016.02.003>
16. Tuccori M, Lapi F, Testi A, Ruggiero E, Moretti U, Vannacci A, et al. Drug-induced taste and smell alterations: a case/non-case evaluation of an Italian database of spontaneous adverse drug reaction reporting. *Drug Saf*. 2011;34(10):849-59. <https://doi.org/10.2165/11593120-000000000-00000>
17. Steinbach S, Hundt W, Vaitl A, Heinrich P, Förster S, Bürger K, et al. Taste in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *J Neurol*. 2010;257(2):238-46. <https://doi.org/10.1007/s00415-009-5300-6>
18. Suto T, Meguro K, Nakatsuka M, Kato Y, Tezuka K, Yamaguchi S, et al. Disorders of "taste cognition" are associated with insular involvement in patients with Alzheimer's disease and vascular dementia: "Memory of food is impaired in dementia and responsible for poor diet". *Int Psychogeriatr*. 2014;26(7):1127-38. <https://doi.org/10.1017/S1041610214000532>
19. Kashihara K, Hanaoka A, Imamura T. Frequency and characteristics of taste impairment in patients with Parkinson's disease: results of a clinical interview. *Intern Med*. 2011;50(20):2311-5. <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.50.5935>
20. Kraenzle D. Causes of weight loss in a community nursing home. *J Am Geriatr Soc*. 1994 Jun;42(6):583-5.