Calidad de vida en mieloma múltiple

Sarcopenia, obesidad clínica (criterios Lancet 2025) y obesidad sarcopénica como determinantes del SF-36

A. Trabanco Llano, D. Carballo Beltrán, M.P. Chávez Collazos, S. Tirados Menéndez, D. Escorcio Faria, I. Francés Alexandre, C. Cecchini Caballero, S. Martín Favre, S. Fernández García, L. Sanchis Martínez, L. Unibaso Iturregui, R. Fernández Álvarez, G. Méndez Rodríguez, B. Ordóñez Fernández, E. Sevilla García-Montiel, E. González García

Servicio de Hematología y Hemoterapia, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

2,5 ×
Más pacientes con obesidad por criterios Lancet 2025 que por IMC

44
Pacientes con IMC < 30 reclasificados como obesos

71,7 vs 21,0
Función Física SF-36 sin sarcopenia frente a sarcopenia sin obesidad

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida en el mieloma múltiple (MM) se ve afectada por alteraciones de la composición corporal.[1] La sarcopenia y la obesidad definen fenotipos con distinto impacto funcional.[2,3]

Los criterios Lancet 2025[4] sustituyen el IMC por la adiposidad medida y la limitación funcional, lo que puede cambiar sustancialmente a quién se identifica como paciente con obesidad.

OBJETIVO

Describir el perfil de calidad de vida por dimensiones del SF-36[5,6] en MM y analizar su relación con los fenotipos de composición corporal, comparando su capacidad discriminativa frente al IMC.

MÉTODOS

Composición corporal
Bioimpedancia: masa grasa (%), IAME y perímetro de pantorrilla

Función muscular
Dinamometría de prensión manual

Calidad de vida
SF-36 versión española, ocho dimensiones (0-100)

Estudio observacional transversal sobre 135 pacientes con MM; 121 con clasificación completa de ambos ejes.

Obesidad Lancet 2025[4]: exceso de adiposidad (masa grasa ≥ 25 % en hombres, ≥ 35 % en mujeres), estratificada en preclínica y clínica según exista limitación funcional (SF-36 Función Física < 50). Sarcopenia según EWGSOP2.[2]

Kruskal-Wallis entre los cuatro fenotipos, con post-hoc de Mann-Whitney y corrección de Bonferroni.

Tabla 1. Características por fenotipo

Variable	Sin S sin O (n=49)	Obesidad sin S (n=51)	S sin obesidad (n=8)	Obesidad sarcopénica (n=13)
Edad (años)	70,0 ± 9,1	70,5 ± 10,1	81,4 ± 7,0	76,5 ± 6,9
IMC (kg/m²)	25,1 ± 3,3	30,4 ± 3,5	22,3 ± 4,4	29,2 ± 4,5
Masa grasa (%)	25,2 ± 5,8	35,2 ± 6,6	25,2 ± 8,9	34,4 ± 6,9
Dinamometría (kg)	29,4 ± 11,8	30,3 ± 12,7	13,4 ± 4,8	20,5 ± 6,1

S: sarcopenia (EWGSOP2). O: obesidad (Lancet 2025). Media ± DE.

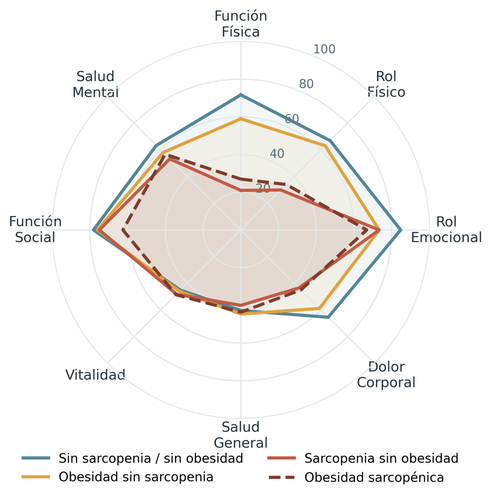


Figura 3. Perfil SF-36 completo por fenotipo.

RESULTADOS

Con criterios Lancet, el 53,6 % de los pacientes clasificables presentaba obesidad (67/125), frente al 20,8 % por IMC ≥ 30 (27/130). Cuarenta y cuatro pacientes con IMC < 30 fueron reclasificados como obesos.

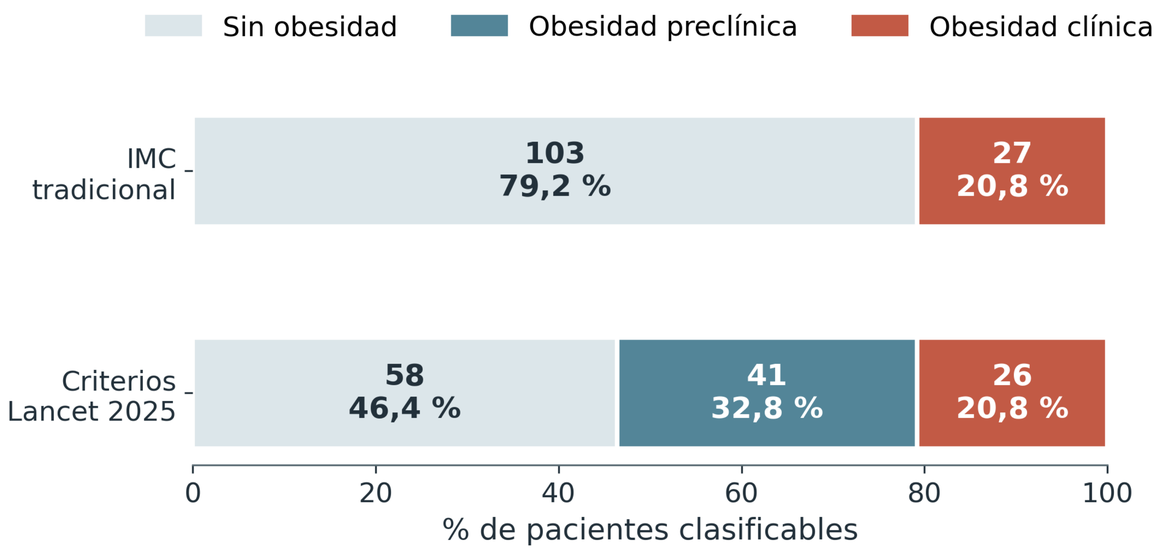


Figura 1. Clasificación de la obesidad por IMC y por criterios Lancet 2025.

La Función Física difirió significativamente entre fenotipos (Kruskal-Wallis p < 0,001), al igual que el Rol Físico (p = 0,045). El resto de dimensiones no mostró diferencias significativas.

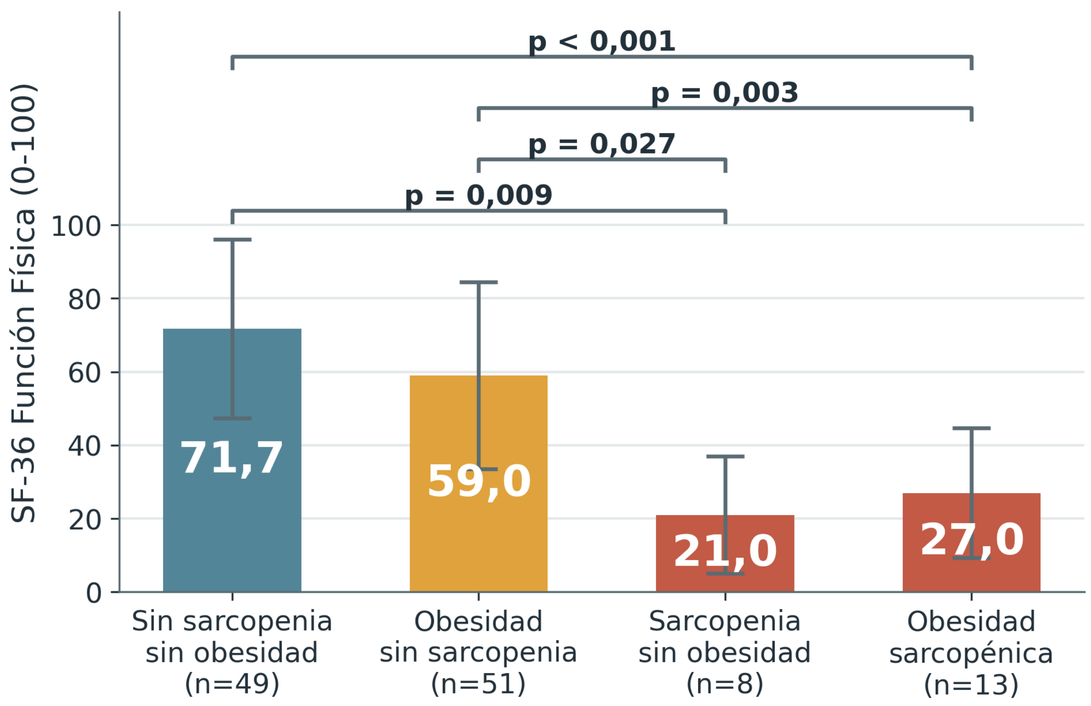


Figura 2. SF-36 Función Física por fenotipo (Kruskal-Wallis p < 0,001). Post-hoc de Mann-Whitney con corrección de Bonferroni.

CONCLUSIONES

— Los criterios Lancet 2025 identifican 2,5 veces más pacientes con obesidad que el IMC, y reclasifican como obesos a 44 pacientes con IMC normal o sobrepeso.

— La sarcopenia, y no la obesidad, es el principal determinante de la función física: los dos grupos con sarcopenia puntúan por debajo de 30 sobre 100.

— La obesidad sarcopénica no muestra mayor deterioro que la sarcopenia aislada, lo que apunta a la pérdida muscular como factor clave.

Limitaciones: diseño transversal; grupos con sarcopenia de tamaño reducido (n = 8 y n = 13); los grupos con sarcopenia son además significativamente mayores en edad, que puede actuar como factor de confusión; SF-36 Función Física se emplea a la vez como criterio de obesidad clínica y como variable de resultado; IAME estimado sin segmentación apendicular.

Bibliografía

1. Dac DT, et al. Int J Hematol. 2025;122(1):25-34.
2. Cruz-Jentoft AJ, et al. Age Ageing. 2019;48(1):16-31.
3. Donini LM, et al. Obes Facts. 2022;15(3):321-35.
4. Rubino F, et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2025;13(3):221-62.
5. Ware JE Jr, Sherbourne CD. Med Care. 1992;30(6):473-83.
6. Alonso J, et al. Med Clin (Barc). 1995;104(20):771-6.

Los autores declaran ausencia de conflicto de intereses.
Área temática: Gammapatías monoclonales.