Sarcopenia, estado nutricional y calidad de vida en mieloma múltiple

Impacto de la intervención nutricional y del ejercicio físico a los 6 meses

A. Trabanco Llano[1], M.P. Chávez Collazos[1], J. Suárez Parrondo[2], D. Carballo Beltrán[1], S. Tirados Menéndez[1], D. Escorcio Faria[1], I. Francés Alexandre[1], C. Cecchini Caballero[1], L. Sanchis Martínez[1], L. Unibaso Iturregui[1], S. Martín Favre[1], S. Fernández García[1], R. Fernández Álvarez[1], B. Ordóñez Fernández[1], G. Méndez Rodríguez[1], E. Sevilla García-Montiel[1], E. González García[1]

[1] Servicio de Hematología y Hemoterapia, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias, España. [2] Fundación Mareo, Real Sporting de Gijón, Asturias, España.

Sarcopenia al inicio: 21,4 %

Sarcopenia en Fútbol Andarín vs al resto: 0 % vs 23,3 %

Fuerza de prensión: 32,7 vs 26,5 kg

INTRODUCCIÓN

La sarcopenia es frecuente en el mieloma múltiple (MM) y se asocia a peor pronóstico funcional y a peor calidad de vida.[1]

Los criterios EWGSOP2[2] y GLIM[3] permiten un diagnóstico estandarizado. El impacto de la intervención nutricional y del ejercicio adaptado sobre la composición corporal en esta población está insuficientemente estudiado.[4]

OBJETIVO

Evaluar la prevalencia de sarcopenia y desnutrición en MM, analizar su evolución a 6 meses tras intervención dietética mediterránea[5] y explorar el impacto del ejercicio adaptado sobre composición corporal, fuerza y calidad de vida.

MÉTODOS

Bioimpedancia
Masa magra, IAME y perímetro de pantorrilla

Dinamometría
Fuerza de prensión manual

Cuestionarios
SARC-F, SF-36 y MEDAS-14

Fútbol Andarín
Deporte adaptado con componente de fuerza

Estudio observacional longitudinal prospectivo (n = 135), con seguimiento a 6 meses (T1) en 71 pacientes. Sarcopenia clasificada según EWGSOP2 y desnutrición según GLIM. Subgrupo de 12 pacientes practicantes de Fútbol Andarín.[10]

Pruebas de Wilcoxon y Mann-Whitney (p < 0,05).

Tabla 1. Características basales (T0)

Variable	Fútbol Andarín (n=12)	Resto (n=123)
Edad (años)	68,4 ± 9,1	72,3 ± 9,9
IMC (kg/m²)	26,8 ± 3,9	27,6 ± 4,6
Masa magra (kg)	53,8 ± 10,5	46,5 ± 8,9
IAME (kg/m²)	19,1 ± 2,3	17,9 ± 2,2
Perímetro pantorrilla (cm)	37,8 ± 2,8	35,7 ± 3,6
Dinamometría (kg) [a]	32,7 ± 7,1 *	26,5 ± 12,6

** p = 0,010 frente al resto (Mann-Whitney). [a] n = 11 y n = 120: se excluyen los registros sin dinamometría válida. IAME estimado a partir de masa magra total por BIA, sin segmentación apendicular.*

RESULTADOS

Prevalencia de sarcopenia del 21,4 % (28/131) y desnutrición GLIM del 5,9 % (8/135). Las dimensiones del SF-36 más deterioradas fueron Salud General (43,8 ± 9,8) y Vitalidad (46,1 ± 6,1). El 59,5 % presentaba adherencia baja a dieta mediterránea (MEDAS < 7).

A los 6 meses la pérdida de masa muscular fue significativa en el conjunto de la cohorte y en el grupo resto, pero no en Fútbol Andarín.

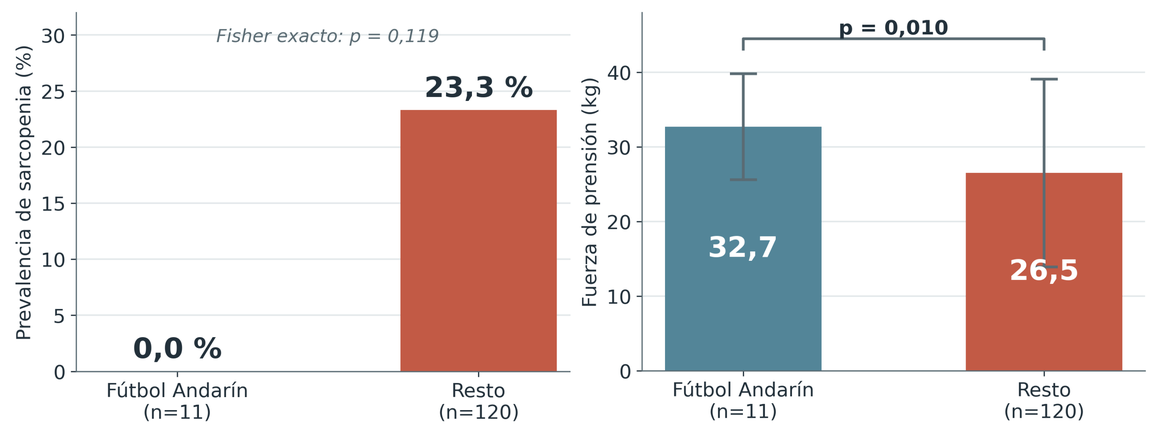


Figura 1. Sarcopenia y fuerza de prensión en T0: Fútbol Andarín frente al resto. La diferencia de prevalencia no alcanza significación (n reducida); la de fuerza sí.

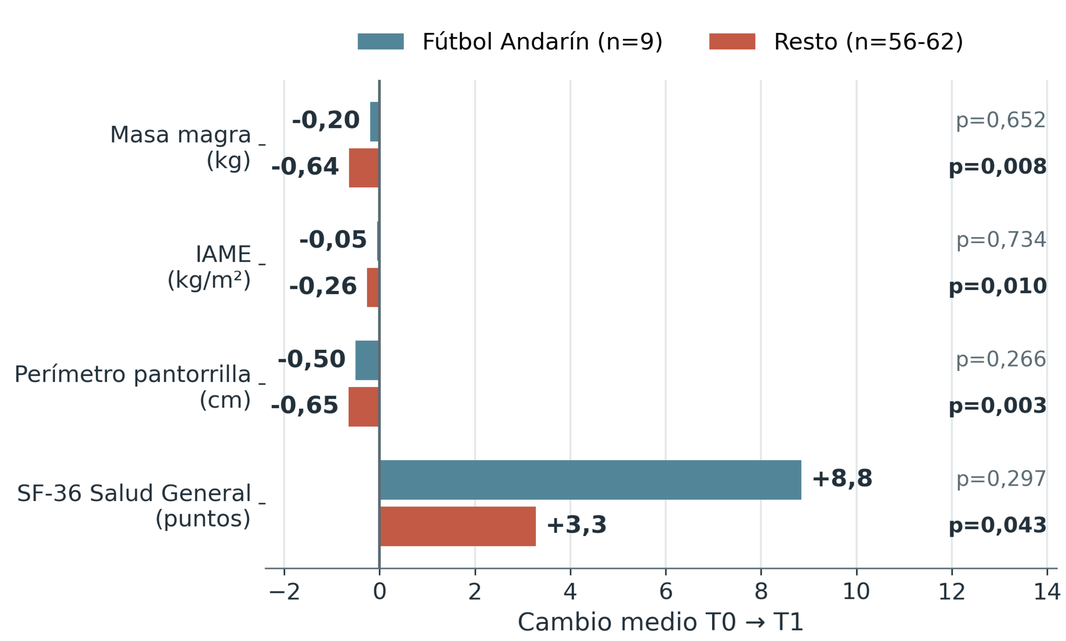


Figura 2. Cambio medio a 6 meses por grupo (Wilcoxon intragrupo). La comparación del cambio entre grupos no fue significativa en ninguna variable (p = 0,41-0,87).

CONCLUSIONES

— Uno de cada cinco pacientes con MM presenta sarcopenia al inicio del seguimiento.

— Pese a la intervención dietética, la masa muscular se deteriora a 6 meses: son necesarias intervenciones combinadas con ejercicio.

— El deterioro fue significativo en el conjunto de la cohorte y en el grupo resto, pero no en Fútbol Andarín, que además partía de mayor fuerza de prensión. El patrón sugiere un posible efecto protector del ejercicio estructurado que este diseño no permite confirmar.

Limitaciones: ausencia de grupo control, sesgo de autoselección y tamaño reducido del grupo de Fútbol Andarín (n = 12; n = 9 con T1), lo que limita la potencia para detectar diferencias entre grupos; pérdida del 47 % en el seguimiento; IAME estimado sin segmentación apendicular; ausencia de datos de tratamiento oncológico.

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. Cederholm T, et al. Clin Nutr. 2019;38(1):1-9.
4. Beaudart C, et al. Osteoporos Int. 2017;28(6):1817-33.
5. Mentella MC, et al. Nutrients. 2019;11(9):2059.
6. Malmstrom TK, et al. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2016;7(1):28-36.
7. Ware JE Jr, Sherbourne CD. Med Care. 1992;30(6):473-83.
8. Alonso J, et al. Med Clin (Barc). 1995;104(20):771-6.
9. Schröder H, et al. J Nutr. 2011;141(6):1140-5.
10. Rodrigues PSM, et al. Int J Environ Res Public Health. 2025;22(10):1533.

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