

Editorial

O presente fascículo inclui dois artigos que se dedicam a rever um tema de grande atualidade, revisões geradas a partir das teses de doutorado dos autores.^{1,2} Trata-se de leitura indispensável para entender os desafios que a comunidade científica tem no futuro imediato para definir com maior adequação como rastrear e diagnosticar sarcopenia.

A sarcopenia foi definida no final da década de 1980 como redução da massa muscular esquelética, associada à diminuição de força muscular, desfechos adversos de saúde e mortalidade elevada.³ Durante a década de 1990, uma série de propostas foi desenvolvida tendo como meta a operacionalização do diagnóstico e propondo instrumentos de aferição e valores de referência que separassem massa muscular esquelética normal daquela associada aos eventos acima mencionados.^{4,6}

Um conjunto de evidências epidemiológicas surgidas na década subsequente sugeriu que força muscular e desempenho funcional estão mais fortemente associados a desfechos adversos e mortalidade elevada do que a própria massa muscular.⁷ Tal fato levou vários grupos internacionais a sugerirem que essas variáveis fizessem parte da própria definição conceitual de sarcopenia, assim como de sua definição operacional e de algoritmos de rastreamento e diagnóstico.⁸⁻¹⁰ Provavelmente, as recomendações do European Working Group on Sarcopenia of Older Person (EWGSOP),⁸ publicadas em 2010, foram as que obtiveram o maior número de adeptos. Diversos trabalhos foram publicados, a partir de então, analisando o perfil de força e massa musculares, assim como de desempenho funcional de populações idosas nos vários continentes.^{11,12} Não obstante todo o sucesso da proposta do EWGSOP, logo ficou claro que problemas conceituais e operacionais dificultavam a sua aceitação

consensual. Uma das questões é que a nomeação de pré-sarcopenia, para os casos em que só a massa muscular estava reduzida, criou uma contradição nos termos: a palavra sarcopenia foi gerada a partir dos radicais gregos sarco (carne) e penia (redução). Por outro lado, o algoritmo de rastreamento, composto de um exame da velocidade de marcha (VM) e da força de prensão manual (FPM), quando normal, excluía a possibilidade de serem identificados indivíduos com massa muscular esquelética reduzida. Também preocupante era o fato de que os valores de referência propostos para a VM (0,8 m/s) e a FPM (20 e 30 kgf, para mulheres e homens, respectivamente) levavam à classificação inadequada de populações latino-americanas e sul-europeias.¹³ Pouco tempo atrás, Cruz-Jentoft e colaboradores publicaram a uma versão revista do consenso europeu (EWGSOP-2),¹⁴ Quando comparada com a proposta de 2010, algumas modificações foram introduzidas, resultando em alterações substanciais no algoritmo sugerido para identificação de casos suspeitos. Entre as mudanças, vale a pena salientar a caracterização de alterações da funcionalidade como marcador de gravidade e a redução dos valores de referência de FPM. No entanto, a revisão de 2018 ainda carrega uma série de problemas. Em primeiro lugar, há que se considerar que a estratégia de rastreamento de casos está delineada para selecionar indivíduos suspeitos em situações clínicas definidas — tais como consultórios e ambulatórios médicos — uma vez que não há qualquer evidência científica de que o rastreamento de populações na comunidade tenha eficiência ou efetividade no manejo de sarcopenia. Ainda, o SARC-F, instrumento sugerido para identificação inicial de suspeitos, tem se mostrado de baixa acurácia, devido, sobretudo, a uma reduzida sensibilidade, implicando na exclusão de um

grande número de indivíduos falso negativos. O passo seguinte, a medida da força de membros superiores ou inferiores (FPM e o teste de levantar e sentar em uma cadeira, respectivamente) dos selecionados pelo SARC-F resultará na exclusão de indivíduos sarcopênicos, sem dinapenia. O próximo passo diagnóstico será uma investigação de massa muscular em indivíduos dinapênicos, seguida de uma caracterização de gravidade de acometimento, por meio de testes de função (velocidade de

marcha, SPPB, TUG, teste de caminhada de 400 m). Em resumo, o algoritmo de identificação de casos proposto pelo EWGSOP-2 pode gerar e excluir um grande número de falsos negativos e diagnosticar apenas indivíduos sarcopênicos com dinapenia. Essa abordagem descartaria os portadores de massa muscular esquelética reduzida sem alteração de força ou função, provavelmente aqueles que mais se beneficiariam de intervenção precoce.

Roberto A. Lourenço

Editor executivo

Revista HUPE, Rio de Janeiro, 2017;16(2):69-70

Referências

1. Moreira VG, Lourenço RA. Sarcopenia: uma revisão narrativa das definições. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2017;16(2):116-21.
2. Campos GC, Lopes CS, Lourenço RA. Obesidade sarcopênica e funcionalidade: Uma revisão da literatura. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2017;16(2):101-8.
3. Sarcopenia: origins and clinical relevance. *J Nutr*. 1997;127(5 Suppl):990S-1S.
4. Baumgartner RN, Koehler KM, Gallagher D, et al. Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico. *Am J Epidemiol*. 1998;147(8):755-63.
5. Mitsiopoulos N, Baumgartner RN, Heymsfield SB, et al. Cadaver validation of skeletal muscle measurement by magnetic resonance imaging and computerized tomography. *J Appl Physiol*. 1998;85(1):115-22.
6. Visser M, Fuerst T, Lang T, et al. Validity of fan-beam dual-energy X-ray absorptiometry for measuring fat-free mass and leg muscle mass. *Journal of applied physiology*. 1999;87(4):1513-20.
7. Newman AB, Kupelian V, Visser M, et al. Strength, but not muscle mass, is associated with mortality in the health, aging and body composition study cohort. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2006;61(1):72-7.
8. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing*. 2010;39(4):412-23.
9. Muscaritoli M, Anker SD, Argiles J, et al. Consensus definition of sarcopenia, cachexia and pre-cachexia: joint document elaborated by Special Interest Groups (SIG) "cachexia-anorexia in chronic wasting diseases" and "nutrition in geriatrics". *Clin Nutr*. 2010;29(2):154-9.
10. Morley JE, Abbatecola AM, Argiles JM, et al. Sarcopenia with Limited Mobility: An International Consensus. *J Am Med Dir Assoc*. 2011.
11. Arango-Lopera VE, Arroyo P, Gutiérrez-Robledo LM, Pérez-Zepeda MU. Prevalence of sarcopenia in Mexico City. *European geriatric medicine*. 2012;3(3):157-60.
12. Landi F, Liperoti R, Fusco D, et al. Prevalence and risk factors of sarcopenia among nursing home older residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2012;67(1):48-55.
13. Lourenço RA, Pérez-Zepeda M, Gutiérrez-Robledo L, et al. Performance of the European Working Group on Sarcopenia in Older People algorithm in screening older adults for muscle mass assessment. *Age and Ageing*. 2015;44(2):334-8.
14. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*. 2018.