

ENTREVISTA

“Ahora conocemos con más seguridad qué pacientes se curan de diabetes u obesidad con cirugía”

Profesor Manuel García Caballero

Autor del primer libro sobre Cirugía de Diabetes que se ha escrito en el mundo

“Nuestro Bypass Gástrico de Una Anastomosis (BAGUA) es la intervención que tiene menos complicaciones y mejores resultados por sus características únicas”, así nos lo confirmó el propio Profesor Manuel García Caballero, todo un experto en la materia.

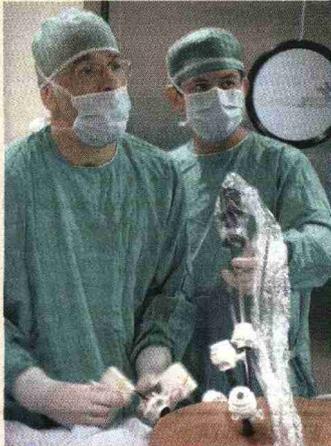
¿Por qué tiene el BAGUA unas características únicas?

Porque es la única intervención que existe que mantiene el tubo digestivo de unas características similares a las personas normales. Es decir, todas las demás intervenciones tienen 3 partes: un trozo de intestino por el que pasa sólo la comida, otro por el que pasa sólo la bilis y otro en el que se juntan ambas cosas.

Mientras, en condiciones normales y en el BAGUA, sólo existe un trozo de intestino por el que pasa la bilis y otro en el que se junta con la comida cuando sale del estómago. Esto evita el Síndrome de DUMPING, que ocasiona a los pacientes con asialimentaria trastornos y bochornos después de comer, ocasionando una mala calidad de vida. Además, con el tiempo, este trozo de intestino por el que pasa sólo la comida se adapta a su nueva situación y todos los pacientes reganan peso, requiriendo volver a ser operados entre un 10 y 15% de ellos, lo que no sucede en el caso del BAGUA.

¿Estas características, qué importancia tienen en el caso de operaciones de pacientes diabéticos?

En los pacientes diabéticos la cirugía debe tener dos características principales:



- 1- Que no pierdan excesivo peso. Esto en el caso de las intervenciones con un trozo de intestino por el que pasa sólo la comida, es difícil de conseguir porque se hace el mismo tipo de intervención para todos los pacientes, mientras que en el caso del BAGUA, siempre hacemos la intervención adaptada a las características del paciente. Es decir, nunca hacemos dos intervenciones iguales.
- 2- Que la comida caiga lo más bajo posible en el intestino, para que la resolución de la diabetes sea posible. Por la misma razón que hemos dicho antes (no tener un trozo de intestino sólo en contacto con la comida, sin bilis) con nuestro BAGUA conseguimos que la comida entre en contacto con la mucosa del intestino a niveles más bajos que con el resto de las intervenciones.

¿Por qué hay ahora más seguridad en la resolución de la obesidad y diabetes?

Esencialmente porque con la experiencia ganada en los últimos 10 años sabemos cómo tiene que ser el estómago de grande y qué longitud de intestino debemos excluirle a cada paciente. De esta manera, en el caso de los obesos ni pierden más peso de la cuenta ni engordan de nuevo y en el caso de los diabéticos, con peso normal o simple sobrepeso, evitamos la pérdida de peso excesivo.

¿Es importante el peso para operar a un paciente de diabetes?

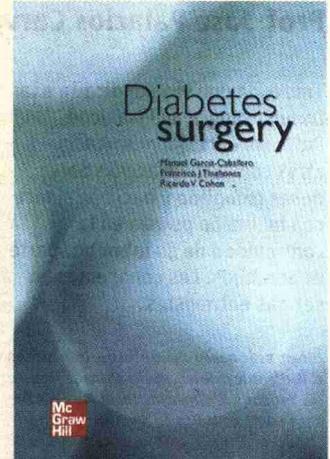
Hasta hace poco tiempo, la mayor parte de la experiencia en cirugía de diabetes provenía de los pacientes que se operaban por obesidad y que además, presentaban diabetes. Por esta razón, creíamos que la diabetes se asociaba a la obesidad y que se resolvía con la pérdida de peso, sin embargo, hay dos hechos que desdican esta creencia: el primero y más importante es que tanto los pacientes diabéticos y obesos como los pacientes diabéticos de peso normal se curan de su diabetes desde el primer día después de la cirugía. Es decir, sin ninguna pérdida de peso. La segunda razón que desdice la antigua creencia, es que algunos pacientes diabéticos obesos siguen necesitando tratamiento después de la cirugía; por tanto, con la experiencia hemos aprendido que el peso no es una causa constante en la generación de diabetes y tampoco tiene una relación directa con su curación.

¿Cuándo se puede asegurar a un paciente obeso que no va a volver a engordar?

Aunque esto es siempre difícil, sí se ha visto que el tipo de cirugía tiene una importancia central; es decir, cuando sólo se opera en el estómago (casos de la banda gástrica, de la gastroplastia tubular o la antigua gastroplastia vertical anillada) lo que se llaman procedimientos restrictivos, la pérdida de peso alrededor del 40% del peso que sobra y el índice de fracasos y necesidad de volver a operarse está por encima del 30%, por eso se han ido abandonando poco a poco. Por tanto, para asegurar que un paciente no va a engordar de nuevo hay que hacer una cirugía que reduzca el estómago y que reduzca la longitud del intestino por donde pasa la comida, y como hemos dicho antes, el procedimiento más equilibrado es el BAGUA en base a que tiene las mismas partes que una persona normal, pero reducidas. Mientras, el resto de procedimientos que tocan estómago e intestino crean un trozo de intestino que no existe en las personas normales por el que pasa sólo la comida y es el que da problemas de reganancia de peso a largo plazo.

¿Cuándo se puede asegurar a un paciente diabético que no va a volver a necesitar ni insulina ni pastillas?

La experiencia que nuestro grupo ha acumulado en cirugía de diabetes en los últimos años (pacientes que se operan para curar su diabetes con peso normal) demuestra que la diabetes se resuelve de forma distinta dependiendo de las características del paciente. Así, podemos distinguir cuatro grupos de pacientes: los que desde la cirugía no vuelven a necesitar nada o son pacientes diabéticos de menos de 10 años de evolución, que nunca se han puesto insulina o llevan poco tiempo poniéndose insulina y con unos niveles de Péptido C altos.



El Profesor García-Caballero es autor del primer libro sobre Cirugía de Diabetes que se ha escrito en el mundo.

Hay otro grupo de pacientes que aunque abandonan completamente la insulina necesitan entre 1 y 4 semanas algún comprimido de netmorfina para controlar su diabetes (son pacientes con más años de enfermedad o con más años de insulina y niveles de Péptido C más bajo).

Un tercer grupo de pacientes necesitan alguna insulina durante el primer mes y pastillas durante algún mes más (2 o 3); estos son pacientes de edad más avanzada, con alrededor de 20 años de enfermedad y 10 años de insulina, más niveles de Péptido C entre 0,5 y 1 ng/ml.

Por último, están los pacientes que tienen niveles de Péptido C entre 0,00 y 0,10 ng/ml, es decir, ninguna reserva pancreática similar a pacientes con Diabetes Mellitus Tipo I y que son, o bien pacientes Tipo I desde niños o bien pacientes que han desarrollado la diabetes Tipo I de adultos (LADA) o bien pacientes con más de 30 años de Diabetes Mellitus Tipo II que han agotado su reserva pancreática. Estos pacientes pueden incluso quedarse sin ninguna insulina, pero con netmorfina o bien necesitan pequeñas cantidades de insulina (aproximadamente 4 o 5 veces menos que antes de la cirugía).

En resumen, hoy día podemos aplicar la cirugía sabiendo con bastante precisión, cómo puede ser el pronóstico del paciente.

El gran debate y la gran demanda de los pacientes diabéticos que más sufren y necesitan una solución, los Tipo I ¿se pueden operar? ¿Qué pueden esperar de la cirugía?

La respuesta a esta pregunta se desprende de lo que he contestado en la pregunta anterior, es decir, en todos los casos van a tener un mayor control de su diabetes con pequeñas cantidades de insulina, llegando en algunos casos (especialmente los tipo LADA) a controlarse sólo con anti-diabéticos orales.

MÁS INFORMACIÓN
www.cirurgiadelaobesidad.net

