

[EL REPORTAJE DEL DÍA PÁG. 25]



Intervención de una cirugía bariátrica.

El quirófano se abre a la diabetes

Los pacientes obesos que también sufren diabetes tipo 2 y no consiguen un control adecuado podrían contar con una nueva opción terapéutica en las técnicas bariátricas. Los primeros estudios científicos sobre la eficacia de lo que se denomina cirugía metabólica han empezado a aportar resultados.



EL REPORTAJE DEL DÍA

INTERVENCIÓN METABÓLICA Inicialmente concebida para corregir la obesidad mórbida, la cirugía bariátrica podría ocupar un lugar en el esquema terapéutico de la diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2). El bisturí parece estabilizar determinados casos donde ya no resultan eficaces los fármacos

antidiabéticos ni las inyecciones de insulina. Bajo el término recién acuñado de cirugía metabólica, los especialistas estudian ahora, con método científico, en qué pacientes y con qué condiciones la modificación anatómica es eficaz para controlar el síndrome endocrino.

De la cirugía de la obesidad a la de la diabetes

■ Sonia Moreno

Desde hace años, los cirujanos vienen observando en los pacientes con obesidad mórbida y diabetes tipo 2 que, tras la cirugía para reducir peso, mejoraba el control del síndrome y en ocasiones remitía. La causa de ese efecto no buscado se encuentra no sólo en la pérdida de kilos sino en los cambios anatómicos que influyen en los niveles de las incretinas, en concreto de GLP-1, y provocan una disminución de la resistencia a la insulina y un aumento de su producción a través de las células beta pancreáticas. ¿Significa eso que la cirugía bariátrica es un tratamiento, como la intervención médica, para la DM2? Planteada la pregunta, era cuestión de tiempo que un estudio científico intentara contestarla. Los dos primeros trabajos diseñados de forma rigurosa para abordar la cuestión aparecieron el mes pasado en la revista *The New England Journal of Medicine*. Ambos comparan de forma prospectiva y aleatorizada el quirófano con la consulta y sus resultados conducen a la misma conclusión: en pacientes obesos con DM2, la cirugía bariátrica alcanza un mejor control glucémico que el tratamiento médico.

Uno de esos ensayos, coordinado en la Universidad Católica de Roma, comparó en 60 pacientes con obesidad mórbida (IMC igual o superior a 35 kg/m²) la cirugía bariátrica (bypass gástrico o derivación biliopancreática) con el tratamiento médico. A los dos años, los pacientes que pasaron por quirófano registraron una tasa de remisión completa de la diabetes que iba del 75 por ciento con el bypass al 95 por ciento en la derivación biliopancreática. No se registró remisión en el grupo con terapia médica. En el otro estudio, realizado en la Clínica de Cleveland sobre 150 enfermos (IMC de 27 a 42), las cifras de éxito fueron más bajas: al comparar dos tipos de cirugía (bypass gástrico o gastrectomía vertical) combinados con terapia frente a esta sin cirugía, los pacientes presentaron al cabo de doce meses una re-



Por primera vez, dos estudios clínicos han demostrado en ciertos pacientes obesos con diabetes que la cirugía metabólica es superior a la terapia médica

No todos los casos son susceptibles de operarse; el enfoque multidisciplinar determina cuál es la mejor opción en cada paciente

misión del 42 y 37 por ciento respectivamente para cada técnica, y del 12 por ciento en los tratados sin bisturí. Los autores sugieren que el estado avanzado de los pacientes intervenidos explica las tasas más bajas.

Las más populares

Estos estudios emplean las técnicas bariátricas más populares; el bypass, de hecho, supone un 70 por ciento de las operaciones de obesidad. Más compleja, pero con mayor resultado metabólico parece la derivación biliopancreática; por el contrario, la gastrectomía vertical (*sleeve*), pese a su sencillez, obtiene un efecto metabólico menos potente que las otras.

Ni el número de pacientes ni el tiempo de seguimiento de estos estudios son contundentes. No obstante, por su rigor científico se han acogido como una señal de que se camina en la buena dirección.



Intervenciones en directo

El Hospital de Bellvitge acaba de acoger el IX Curso Internacional de Cirugía Bariátrica y Metabólica, donde se han reunido algunos de los profesionales con más experiencia en la materia y se ha podido seguir la realización de doce intervenciones en directo. En la foto superior, un momento de una de las operaciones retransmitidas; debajo, los cirujanos y ponentes Almino Ramos (Gastro Obeso Centro, de Sao Paulo), Jordi Pujol Gebellí (Hospital Universitario de Bellvitge y director del curso) y Josemberg Campos (Universidad de Pernambuco, en Recife).

miento de estos estudios son contundentes. No obstante, por su rigor científico se han acogido como una señal de que se camina en la buena dirección.

Así lo ve Jordi Pujol Gebellí, responsable de Cirugía Bariátrica y Metabólica de la Unidad para el Tratamiento

de la Obesidad Mórbida en el Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona), una de las que acumula más intervenciones en España y que está integrada por diversos especialistas. Con ese enfoque multidisciplinar, tiene en marcha un ensayo clínico, pionero en España,

te", dice Pujol.

Si el 20 por ciento de los diabéticos tipo 2 tienen obesidad mórbida, ese porcentaje se duplica en obesos en grado I (IMC de 30 a 35). En estos últimos, la indicación de cirugía metabólica debe regirse por el virtuoso término medio: "Hay que intervenir antes de que aparezcan los factores de mal pronóstico, pero no en una diabetes incipiente". Entre los factores que descartan la intervención está el tener más de diez años de evolución natural de la DM2, así como un largo recorrido con tratamiento insulínico y la aparición de complicaciones asociadas; a nivel analítico, han de estudiarse las cifras de glucemia e insulina en sangre y los niveles del péptido C, que indican la capacidad de reserva pancreática de insulina.

Extremos

En el extremo contrario, la cirugía tampoco se indica si se acaba de diagnosticar el síndrome y el tratamiento médico logra buen control. Puede considerarse adecuado operar entre el segundo y el cuarto año de DM2 o cuando surge una alteración importante en la calidad de vida.

"Con nuestro ensayo y otros en esta línea aprenderemos a seleccionar los subgrupos de enfermos con DM2 candidatos a cirugía y a determinar en qué momento y con qué técnicas se puede contribuir a mejorar o remitir sus síntomas. Pero hay que dejar claro que no todos los pacientes obesos diabéticos deben operarse", matiza el cirujano, que huele de los eslóganes del tipo la diabetes se opera y de una explosión descontrolada de intervenciones en los últimos años.

En cambio, apuesta por el abordaje multidisciplinar con estos pacientes y hace un guiño a los especialistas de la primaria: "La mayoría de los diabéticos se siguen en la AP; tenemos que estudiar cómo conectar el hospital con este nivel asistencial para que nos remitan los casos susceptibles de cirugía, antes de que sea tarde para esa opción".