



AVANCES EN DIABETOLOGÍA

www.elsevier.es/avdiabetol



EDITORIAL

¿Por qué llamarle metabólica cuando en realidad lo que queremos decir es cirugía bariátrica en el paciente con diabetes tipo 2?



Why call it metabolic when what we really want to say bariatric surgery in the patient with type 2 diabetes?

De un tiempo a esta parte la cirugía bariátrica (CB) se ha propuesto como una opción plausible en el algoritmo de tratamiento y manejo de los pacientes obesos con diabetes mellitus tipo 2 (DM2)^{1,2}. Sin embargo a día de hoy no existe consenso y unanimidad a la hora de decidir en qué lugar preciso del algoritmo de tratamiento de la DM2 colocar dicho procedimiento quirúrgico desde el punto de vista de la eficacia, seguridad y coste.

No hay ninguna duda de que en determinados casos no existe opción terapéutica tan eficaz como la CB a la hora de mejorar, e incluso normalizar, el control de la glucemia en pacientes con obesidad grado II-III con DM2³. En estas personas los efectos beneficiosos sobre el metabolismo hidrocarbonado a medio/largo plazo vienen justificados fundamentalmente por la pérdida de peso⁴. Por otra parte, disponemos de datos fehacientes que nos permiten decir que pacientes con obesidad mórbida la CB raramente va a resolver el control glucémico³. Con el riesgo que entraña cualquier generalización y simplificando, podríamos decir que en aquellos pacientes obesos con una DM2 de media/larga evolución, que reciben tratamiento antihiperglucemiante combinado y especialmente insulina, los efectos de la CB sobre el control glucémico a medio plazo van a ser, en el mejor de los casos, parciales y transitorios. En estos además, el efecto de la CB sobre el resto de factores de riesgo cardiovascular dista de ser significativamente mejor del que consigue el tratamiento médico⁵.

Recientemente se ha publicado el posicionamiento de la SEEN/SECO/SEEDO/SED respecto al posible uso de CB en pacientes con DM2 e índice de masa corporal (IMC) 30-35 kg/m²⁶. Creemos que el posicionamiento era necesario, está alineado con la propuesta hecha por la International Diabetes Federation (IDF)², pero quisiéramos subrayar algunas cuestiones que no pueden ser susceptibles de

interpretación. Literalmente se afirma: «...podrían ser candidatos a CB los pacientes con DM2 e IMC 30-35 kg/m² que cumplan los siguientes requisitos: (i) pacientes en los que tras haber sido evaluados por un endocrinólogo, en el contexto de un equipo interdisciplinar, se hayan descartado otras formas de diabetes diferentes de la DM2... (ii) que muestren un deterioro progresivo del control glucémico (hemoglobina glucosilada [HbA1c] >7,5%) a pesar del tratamiento convencional optimizado y en los que, especialmente, coexistan otras comorbilidades mayores no controladas adecuadamente con el tratamiento habitual». A la vista de lo discutido en el párrafo anterior, ¿no se hace necesaria una definición más precisa sobre lo que se entiende por tratamiento convencional optimizado? ¿No es precisamente en el requisito (ii) donde es más probable encontrar el paciente obeso con DM2 menos susceptible de beneficiarse de los efectos que la CB produce sobre el control glucémico? Según lo expuesto anteriormente, ¿no sería más preciso reseñar que los efectos beneficiosos de la CB sobre el control glucémico (y otras alteraciones del metabolismo) son más probables en aquellos pacientes con una DM2 de corta duración y que reciben un tratamiento antihiperglucemiante de baja complejidad (específicamente sin insulina)? ¿A qué comorbilidades y a qué tratamientos se refiere el documento como otras comorbilidades no adecuadamente controladas con el tratamiento habitual?

Finalmente, en el mismo documento de posicionamiento se introduce la definición de cirugía metabólica (CM). Literalmente se dice: «La cirugía metabólica consiste en la aplicación de los procedimientos quirúrgicos encaminados al tratamiento de la DM2 y de los factores de riesgo cardiometabólicos susceptibles de mejoría». Entendemos que en esta definición CM es la CB en el paciente con DM2 y aquí discrepamos con la imprecisión y el carácter algo

presuntuoso, cuanto menos a día de hoy, de la terminología. Probablemente resulta muy difícil evitar un cierto contagio a partir de la moda que impera y que utiliza CM. De todos modos la pérdida de peso ha demostrado ser el principal determinante (aunque no exclusivo) de la mejoría de la DM2 también en el paciente con IMC 30-35 kg/m²⁵. Más aún, no parece claro que los candidatos propuestos para explicar el efecto metabólico de la cirugía hayan demostrado su valor⁴. Por tanto, ¿qué necesidad hay de añadir atribuciones no generalizables, dudosas algunas y secundarias al efecto principal en gran parte, a un procedimiento quirúrgico tan extraordinariamente exitoso en su objetivo principal que no es otro que la reducción de peso (grasa corporal)?

Bibliografía

1. Standards of medical Care in Diabetes 2014. *Diabetes Care*. 2014;37 suppl.1:S14–80.
2. Dixon JB, Zimmet P, Alberti KG, Rubino F, International Diabetes Federation Taskforce on Epidemiology and Prevention. Bariatric surgery: An IDF statement for obese Type 2 diabetes. *Surg Obes Relat Dis*. 2011;7:433–47.
3. Still CD, Wood GC, Benotti P, Petrick AT, Gabrielsen J, Stradel WE, et al. Preoperative prediction of type 2 diabetes remission after Roux-en-Y gastric bypass surgery: A retrospective cohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2014;2:38–45.
4. Vidal J, Jimenez A. Diabetes remission following metabolic surgery: Is GLP-1 the culprit. *Curr Atheros Rep*. 2013;15:357–64.
5. Ikramuddin S, Korner J, Lee WJ, Connett JE, Inabnet WB, Billington CJ, et al. Roux-en-Y gastric bypass vs intensive medical management for the control of type 2 diabetes, hypertension, and hyperlipidemia: The Diabetes Surgery Study randomized clinical trial. *JAMA*. 2013;309:2240–9.
6. Rubio MA, Monereo S, Lecube A, Resa J, Masdevall C, De la Cruz Vigo F, et al. Posicionamiento de las Sociedades SEEN-SECO-SEEDO-SED sobre la cirugía metabólica en la diabetes mellitus tipo 2. *Endocrinol Nutr*. 2014;60:547–8.

Ignacio Conget* y Josep Vidal

Unidad de Diabetes, Endocrinología y Nutrición, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Hospital Clínic i Universitari, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: iconget@clinic.ub.es (I. Conget).