



AVANCES EN MEDICINA

La cirugía bariátrica frente el tratamiento intensivo en el paciente con diabetes tipo 2: seguimiento a 3 años



Bariatric surgery versus intensive treatment in the patient with type 2 diabetes: A follow-up of 3 years

M. Seguí Díaz^{a,*}, C. Escobar Cervantes^b y J.A. División^{c,d}

^a UBS Es Castell, Menorca, Islas Baleares, España

^b Unidad de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^c Atención Primaria, Centro de Salud Casas Ibáñez, Albacete, España

^d Facultad de Medicina, Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM), Murcia, España

Schauer PR, Bhatt DL, Kirwan JP, Wolski K, Brethauer SA, Navaneethan SD, et al., STAMPEDE Investigators. Bariatric surgery versus intensive medical therapy for diabetes-3-year outcomes. *N Engl J Med.* 2014;370:2002-2013.

Resumen

Fundamento: Los estudios publicados hasta la fecha han mostrado que la utilización de la cirugía bariátrica (CB) en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) se asociaba con mejorías evidentes. Sin embargo, estos trabajos eran de corta duración (1-2 años), sin conocerse con fiabilidad su repercusión a lo largo del tiempo.

Material y métodos: Se evaluaron los resultados a los 3 años de un grupo aleatorizado de 150 personas obesas con

una DM2 descontrolada que recibieron, o terapia antidiabética intensiva (TAI) únicamente, o terapia intensiva además de CB (TAI+CB), en forma de *bypass* en Y de Roux o gastrectomía en manga. El objetivo primario fue determinar los niveles de HbA1c de 6,0% o inferiores.

Resultados: La media y desviación estándar (DE) de la edad de los pacientes en el momento de inicio del estudio fue de 48 ± 8 años (68% fueron mujeres) y de HbA1c fue de $9,3 \pm 1,5\%$. La media y DE del índice de masa corporal (IMC) fue de $36,0 \pm 3,5 \text{ kg/m}^2$. Un 91% de los pacientes completaron los 36 meses de seguimiento. En este tiempo, el 38% de los pacientes del TAI+CB con *bypass* Y de Roux ($p < 0,001$) y el 24% de los que se les hizo gastrectomía en manga ($p = 0,01$) cumplieron el objetivo, frente al 5% del grupo de TAI. La utilización de antidiabéticos, incluido la insulina, fue inferior en el grupo TAI+CB que en el TAI. A su vez, el grupo quirúrgico tuvo mayor porcentaje de reducción de peso frente al estado inicial que el grupo de tratamiento exclusivamente médico, siendo del $24,5 \pm 9,1\%$ en el de *bypass* Y de Roux, y del $21,1 \pm 8,9\%$ en el de gastrectomía en manga, frente a un $4,2 \pm 8,3\%$ del grupo TAI ($p < 0,001$ en ambas comparaciones). Por último, las medidas de calidad de vida fueron significativamente mejores en ambos grupos quirúrgicos que en el grupo exclusivamente

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mseguid5@gmail.com (M. Seguí Díaz).

médico. No se destacaron complicaciones posquirúrgicas tardías.

Conclusiones: En pacientes obesos con DM2 mal controlada, la utilización de una terapia médica intensiva además de CB mejora el control metabólico significativamente a los 3 años de seguimiento, más que la aplicación de una TAI. Todo ello con menor medicación, mayor reducción de peso corporal y mejor calidad de vida.

Comentario

La CB se ha convertido en una alternativa para los pacientes con DM2 y con obesidad, mal control metabólico y FRCV con grandes dificultades para su control. La CB se ha incrementando considerablemente en los últimos años, de modo que se calcula que en el año 2008 se han realizado alrededor de 220.000 CB en EE.UU. y Canadá.

Estudios anteriores han demostrado que la CB es capaz de revertir el estado diabético y de controlar los FRCV al tiempo que se reduce el peso corporal. Sus inconvenientes, sin embargo, están relacionados con la morbilidad de esta técnica quirúrgica. Una morbilidad que han ido mejorando siendo semejante a otras técnicas quirúrgicas (colecistectomía), por ello en la actualidad el principal problema que tiene es la dificultad de realizar la CB en el sistema público debido a su costo y falta de recursos.

En metaanálisis recientes^{1,2}, y últimamente en el de Chang et al.³, sobre ensayos clínicos (ECA) y estudios observacionales (EO) se muestran las bondades de la técnica de la CB. Este último sobre 37 ECA y 127 EO, 161.756 pacientes, y analizando las 3 clases habituales de técnicas quirúrgicas (*bypass* gástrico, la banda gástrica ajustable y la gastrectomía en manga), mostró como la tasa de mortalidad antes de los 30 días fue de un 0,08% (IC 95%: 0,01-0,24%), y a partir del mes del 0,31% (IC 95%: 0,01-0,75%) en los ECA, incrementándose algo más en los EO (0,22 y 0,35%, respectivamente). El IMC pasó de 46 kg/m² de media entre 29-34 kg/m². Las complicaciones de la CB fueron de un 17% (náuseas, vómitos, sangrado, reflujo gastrointestinal, alteraciones nutricionales, electrolitos, deshidratación,...). Siendo el *bypass* gástrico la técnica más efectiva en la pérdida de peso, pero la que tuvo más complicaciones.

Sobre la regresión o remisión de la DM2 existirían estudios que muestran que no se mantiene esta condición en el tiempo. Teniendo en cuenta que «la remisión de la DM2

parcial» se define cuando no existe la necesidad de medicación con una glucosa basal en ayunas (GBA) inferior a 126 mg/dl y/o HbA1c inferiores a 6,5% a los 90 días después de la finalización de la medicación, el estudio Swedish Obese Subjects Study⁴ realizado en 4.000 pacientes obesos mostró como el 72% de los pacientes tuvieron una regresión de la DM2 a los 2 años, aunque solo el 36% mantuvo esta condición a los 10 años de seguimiento. Algo muy superior a lo que puede dar de sí únicamente la TAI, como se vio en el estudio *Action for Health for Diabetes* (Look AHEAD)⁵. En este, el grupo del TAI exclusivamente tuvo unas remisiones de la DM2 del 11,5% (IC 95%: 10,1-12,8%) en el primer año y del 7,3% (IC 95%: 6,2-8,4%) en el cuarto año.

Este estudio que comentamos, es más modesto en cantidad de personas incluídas (150 personas) y objetivos (no remisión de la DM2), pero tiene el valor del seguimiento a 3 años, aunque compara una TAI, como la del Look AHEAD, frente a la CB (TAI + CB) con el objetivo de evaluar los niveles de HbA1c de 6,0% o inferiores (algo similar a la remisión de la DM2). Según el estudio comentado, a los 3 años, el 38% de los pacientes de la CB con *bypass* Y de Roux, y el 24% de la gastrectomía con manga tuvieron HbA1c igual o inferior al 6%, frente al 5% del grupo de TAI, lo que no dejan de ser datos inferiores a los publicados hasta la fecha.

Bibliografía

1. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrback K, et al. Bariatric surgery: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2004;292:1724-37.
2. Padwal R, Klarenbach S, Wiebe N, Birch D, Karmali S, Manns B, et al. Bariatric surgery: A systematic review and network meta-analysis of randomized trials. *Obes Rev*. 2011;12:602-21.
3. Chang SH, Stoll CR, Song J, Varela JE, Eagon CJ, Colditz GA. The Effectiveness and risks of bariatric surgery: An updated systematic review and meta-analysis, 2003-2012. *JAMA Surg*. 2013;149:275-87.
4. Sjöström L. Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial. A prospective controlled intervention study of bariatric surgery. *J Intern Med*. 2013;273:219-34.
5. Gregg EW, Chen H, Wagenknecht LE, Clark JM, Delahanty LM, Bantle J, et al., for the Look AHEAD Research Group. Association of an intensive lifestyle intervention with remission of type 2 diabetes. *JAMA*. 2012;308:2489-96.