

“Effects of gastric bypass surgery in patients with type 2 diabetes and only mild obesity”

Cita bibliográfica:

Cohen RV, Pinheiro JC, Schiavon CA, Salles JE, Wajchenberg BL, Cummings DE. Effects of gastric bypass surgery in patients with type 2 diabetes and only mild obesity. Diabetes care 2012;35(7):1420-8.

Autor del comentario:

Juan Girbés Borrás
Unidad de Endocrinología
Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.
Email: jgirbesb@yahoo.es

Introducción

A pesar del amplio abanico de posibilidades terapéuticas actuales para la diabetes tipo 2, sigue siendo difícil controlar una gran proporción de pacientes. Muchos de los tratamientos actuales favorecen la ganancia de peso, así como las hipoglucemias. El tratamiento con cirugía bariátrica de la diabetes tipo 2 con by-pass gástrico en Y de Roux ha mostrado resultados excelentes, con remisiones de la diabetes entre el 80 y 85% de los casos. El consenso de los Institutos Nacionales de Salud americanos limita la cirugía bariátrica, en los pacientes con IMC entre 35 y 40 kg/m², a aquellos que presentan comorbilidad, como por ejemplo la diabetes mellitus. Pero la mayor parte de pacientes con diabetes tipo 2 quedaría encuadrada en el grupo obesidad clase I, con un IMC entre 30 y 35 kg/m². Los autores pretenden comprobar la hipótesis de que los pacientes con diabetes tipo 2 mal controlada y obesidad clase 1 (IMC entre 30 y 35 kg/m²) se beneficiarán del tratamiento con by-pass gástrico en Y de Roux realizado por vía laparoscópica. Para ello realizaron un estudio prospectivo de 6 años de duración.

Diseño del estudio y metodología

Estudiaron 66 pacientes consecutivos con diabetes tipo 2 e IMC entre 30 y 34,9 kg/m², que fueron elegidos para tratamiento con by-pass gástrico en Y de Roux. El tamaño muestral fue elegido de forma pragmática, y era el que les permitía la financiación que disponían. Los pacientes estudiados fueron 40 hombres y 26 mujeres, de 47±11 años (rango 31-63), todos de raza blanca. Todos tenían diabetes tipo 2 mal controlada (HbA1c>8%) a pesar del tratamiento con modificaciones de estilo de vida, fármacos orales o insulina durante más de 1 año. Se excluían los casos de diabetes tipo 1, diabetes secundaria, presencia de Ac anti-GAD, péptido C en ayunas <1 ng/ml, o falta de respuesta del péptido C a una comida estándar (8 kcal/kg, con 1 g de glucosa/kg de peso). También eran criterios de exclusión la adicción al alcohol o drogas, evento vascular reciente, enfermedad maligna, hipertensión portal, incapacidad para la colaboración y la incapacidad mental.

Se realizó un seguimiento postquirúrgico con visitas a los 7, 30 y 90 días, y después a los 6, 12, 24, 48 60 y 72 meses. No tuvieron pérdidas de seguimiento. El seguimiento incluía orientación nutricional, así como suplementación a partir del día 30 con citrato cálcico, colecalciferol, polivitamínicos y elementos traza. Desde los 3 meses, inyecciones mensuales de vitamina B.

Se realizó una titulación de la medicación, con reducción de dosis si la glucemia basal y posprandial eran <120 mg/dl y <160 mg/dl respectivamente. Retiraban la medicación cuando la HbA1c era inferior a 6,4%. Se definió la remisión de la diabetes cuando la HbA1c era inferior a 6,5% en ausencia de medicación. Había mejoría cuando se requería mediación oral a dosis inferior a la inicial con HbA1c<7%.

Se realizó también un seguimiento de comorbilidades: tensión arterial (se consideraba normotenso si TA <130/80 en ausencia de medicación), lípidos (normalización si en ausencia de medicación colesterol LDLc <130 mg/dl en los paciente con resolución de la diabetes, LDLc<100 mg/dl si diabetes persistente, triglicéridos <150 mg/dl). También se estimó el riesgo cardiovascular con la puntuación UKPDS (UKPDS risk engine).

Resultados

En cuando a complicaciones, tuvieron 15% de complicaciones menores. No hubo complicaciones mayores ni mortalidad. El tiempo medio operatorio fue 46 ± 12 minutos (33-155 min), y la estancia hospitalaria entre 1,5 y 4 días.

Se observo remisión de la diabetes en 58 casos (88%), sin recurrencia de la diabetes. Hubo mejoría de la diabetes, sin total remisión, en 11 pacientes (11%). Sólo en un caso no se observó mejoría de la diabetes.

Se observó una disminución del perímetro de la cintura, sin diferencia entre los grupos de mejoría o remisión de la diabetes.

En cuanto a otros parámetros de riesgo cardiovascular, se observó resolución de la hipertensión en 58%, de la hipercolesterolemia en 64%, y de la hipertrigliceridemia en 58%. También mejoró la predicción de riesgo a 10 años con el criterio UKPDS, disminuyendo un 71% el riesgo de cardiopatía isquémica, 84% la cardiopatía isquémica fatal, 50% el ictus, y 57 % el ictus fatal.

Conclusiones de los autores

Este es el estudio de mayor duración y de mayor tamaño muestran publicado hasta ahora que valora el tratamiento de la diabetes con cirugía bariátrica. Los resultados metabólicos son al menos tan buenos como los observados en los pacientes con $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$, y la técnica parece ser al menos tan segura o más, en estos pacientes. Los resultados de este estudio apoyan el uso del by-pass gástrico en Y de Roux en pacientes con diabetes mal controlada e IMC entre 30 y 35 kg/m^2 . Los autores comentan que este pequeño cambio incluiría un número elevado de pacientes, y se necesitarán más estudios para recomendar la cirugía de forma rutinaria en la diabetes tipo 2 con $IMC < 35 \text{ kg/m}^2$.

Comentarios propios

El artículo abre la posibilidad del tratamiento con cirugía metabólica en pacientes con diabetes mal controlada y obesidad de tipo 1. No se trata de un ensayo aleatorizado, pero realizan una selección consecutiva y no presentan pérdidas en el seguimiento, por lo que el posible sesgo difícilmente modificaría sustancialmente las conclusiones, habida cuenta de los resultados habituales en este tipo de pacientes con otras terapias. Hay que destacar que la definición de

remisión de la diabetes que utilizan no es la misma que la utilizada en otros trabajos, donde la definen como una $HbA1c < 6\%$ sin tratamiento durante un año, lo que podría hacer que los resultados no fueran tan brillantes numéricamente. Finalmente hay que destacar que las intervenciones han sido realizadas en un único centro con mucha experiencia, y para extrapolar los resultados a otros centros serán necesarios estudios multicéntricos.

En nuestro país, donde este tipo de intervenciones se realizan en un número limitado de centros, y las listas de espera para la cirugía bariátrica son, en algunos lugares, de varios años, nos resulta difícil pensar que se pudiera considerar la cirugía metabólica como opción en los casos de diabetes mal controlada y obesidad leve.

Conclusiones

La cirugía metabólica va ganando terreno en el tratamiento de la diabetes con obesidad. Este trabajo abre la posibilidad de tratamiento con by-pass gástrico en los casos de diabetes tipo 2 con obesidad y mal control glucémico. Son necesarios más estudios, pero es posible que en el futuro esta opción esté en las guías de práctica clínica también para los casos de diabetes mal controlada con obesidad leve.