



Autor:

Antonio Reguera Teba

Facultativo Especialista de Cirugía General.

Unidad de Cirugía Esofagogástrica, Bariátrica y Endocrino

Complejo Hospitalario de Jaén

Cirugía Metabólica: Pérdida de peso, diabetes y más

El artículo " Metabolic Surgery : Weight Loss, Diabetes, and Beyond " publicado en la Journal of the American Colleague of Cardiology en febrero de 2018, es una amplia revisión de los estudios realizados sobre la cirugía metabólica, sus indicaciones, y los efectos que producen en la pérdida de peso, control glicémico, riesgo cardiovascular y mortalidad.

El alarmante incremento de la prevalencia mundial de la obesidad , caracterizada como índice de masa corporal (BMI) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$, ha crecido de un 5% en 1975 al 13% en 2014, siendo en los Estados Unidos más de un tercio de la población adulta obesa. De manera paralela, hay un aumento en la prevalencia de diabetes mellitus tipo II (DMT2). Actualmente un 9% de la población mundial presenta DMT2 con una proyección de aproximadamente el 12% en 2025.

1. TRATAMIENTO MÉDICO DE LA OBESIDAD

Un cambio en el estilo de vida, debería incluirlo todos los pacientes como manera de prevención primaria, secundaria y terciaria de las complicaciones de la obesidad. Estas medidas incluyen restricción en el aporte calórico, actividad física e intervenciones conductuales. El déficit de energía debería ser de 500 a 750 Kcal diarios. Ejercicio aeróbico moderado de al menos 150 min semanales, distribuidos en 3 a 5 días, combinados con ejercicios de resistencia, 2 o 3 veces por semana.

En combinación con lo anterior, el uso de medicamentos pueden contribuir a una pérdida de peso mayor. Las guías actuales recomiendan el uso de fármacos en individuos con BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ o BMI $\leq 27 \text{ kg/m}^2$ con al menos una comorbilidad asociada.

Comorbilidad cardiovascular y metabólica asociada

Diabetes mellitus tipo II

Hipertensión
Hiperlipemia
Enfermedad coronaria, vascular cerebral y periférica
Ataque cardiaco
Fibrilación auricular
Enfermedad tromboembólica
Apnea obstructiva del sueño
Enfermedad renal crónica

En los Estados Unidos están aprobados el uso de orlistat, lorcaserín, naltrexona-bupropion, fentermina-topiramato, y liraglutida. Aunque no está bien establecido la duración del tratamiento farmacológico, se considera necesario una disminución de al menos 5% del peso en 3 meses para valorar su efectividad. De todos ellos, sólo liraglutide ha demostrado beneficios en la mejora de los riesgos cardiovasculares.

2. CIRUGÍA METABÓLICA

Los ensayos clínicos han demostrado la superioridad de la cirugía sobre el tratamiento médico sólo, tanto en el control glicémico como en la reducción de factores de riesgo cardiovasculares. Los mecanismos se extienden más allá de la pérdida de peso, e incluyen cambios en el perfil hormonal como incremento en la secreción de incretinas, insulina y disminución en la resistencia de insulina.

Las distintas técnicas quirúrgicas pueden realizarse por laparoscopia, e incluyen el Bypass gástrico(BG), gastrectomía tubular(GT), banda gástrica ajustable(BGA) y la derivación biliopancreática con cruce duodenal(DBP).

En la actualidad la gastrectomía tubular ha desplazado al bypass gástrico como el procedimiento más comúnmente realizado.

3. PÉRDIDA DE PESO

En 2004 un metaanálisis que englobaba a 136 estudios, 5 de los cuales eran randomizados, con un total de 22094 pacientes operados de cirugía metabólica consiguieron una media de pérdida de peso de 40 kg. La reducción de peso según el tipo de técnica quirúrgica fue de 43 kg en BG, 29 kg en BGA, 46 kg en DBP, sin embargo no existe información sobre el mantenimiento de la pérdida de peso. La disminución en el peso con la GT se encuentra en el rango entre BG y la BGA.

Finalmente, 2 estudios randomizados han publicado los resultados a 5 años, demostrando la durabilidad de la pérdida de peso después de BG, GT y DBP.

4. DIABETES Y CONTROL GLICÉMICO

Muchos pacientes con DMT2 operados de cirugía metabólica han conseguido la completa remisión de la diabetes, definida como cifras normales de HbA_{1c} o control de niveles de glucosa en plasma sin necesidad de fármacos antidiabéticos.

En el estudio realizado por el Swedish Obese Subject (SOS) que analiza los resultados a los 15 años, concluyen que existe una remisión de la DMT2 en pacientes de cirugía metabólica del 72% frente al 16% que no se operaron ($p < 0.001$).

Los resultados de la cirugía en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DMT1) han sido mucho menos estudiado en comparación con Los DMT2. Una pérdida de peso significativa (aproximadamente un descenso de BMI de 10 kg/m²), reduce la resistencia a la insulina, mejorando los niveles de Hb1_{AC}. Sin embargo, estos pacientes precisan una estricta monitorización de los niveles de glucosa durante el postoperatorio, por la mayor incidencia de cetoacidosis diabética e hipoglucemias.

5. RIESGO CARDIOVASCULAR Y MORTALIDAD.

Los estudios publicados sobre eventos cardiovasculares y mortalidad provienen de estudios observacionales. El estudio sueco (SOS) publica una disminución de complicaciones cardiovasculares (infarto de miocardio y ACV) (IC95%: 0.54 a 0.83 $p < 0.001$) con cirugía metabólica, así como una disminución de la mortalidad (IC 95%: 0.29 a 0.76: $p = 0.002$).

6. COMPLICACIONES

El LABS (Longitudinal Assessment of Bariatric Surgery) analiza de manera observacional los resultados de la cirugía metabólica, encontrando una mortalidad del 0.35% a los 2 años de la misma, siendo más frecuente en la DBP, que BG,GT y BGA. La mortalidad es mayor en cirugía abierta que en la laparoscópica. La causa más frecuente de muerte es el tromboembolismo pulmonar, seguido de problemas cardiacos y fugas intestinales.

Presenta una morbilidad a los 30 días de la cirugía de aproximadamente 9%, incluyendo eventos cardiopulmonares, fugas anastomóticas, obstrucción intestinal, hemorragia y déficits nutricionales.

Las deficiencias nutricionales son más frecuentes a largo plazo, principalmente tras la DBP y BG.

7. ELECCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Las guías clínicas actuales recomiendan la cirugía metabólica en pacientes con BMI ≥ 40 kg/m², o en pacientes con BMI ≥ 35 kg/m² con comorbilidades. La prevalencia de comorbilidades en pacientes con BMI de 35 a 39.9 kg/m² es alta, aproximadamente del 50%, 10% y 20% para hipertensión, diabetes y dislipemia respectivamente. La cirugía metabólica debería considerarse también en pacientes con BMI de 30 a 34.9 kg/m² con pobre control de la DMT2.

En términos de eficacia bariátrica y metabólica, la DBP es la más efectiva, pero así mismo la que presenta mayor índice de complicaciones, por lo que queda reservado para la obesidad extrema (BMI ≥ 60 kg/m²).

La cirugía metabólica está contraindicada en pacientes con abuso de alcohol o drogas, enfermedad psiquiátrica descontrolada, falta de comprensión de los riesgos y beneficios, así como ausencia de compromiso de suplementos nutricionales y de seguimiento a largo plazo.

Los pacientes operados de cirugía bariátrica necesitan controles nutricionales cada 6 meses durante los dos primeros años y posteriormente de manera anual.

Referencia:

Pereek et al. Metabolic Surgery: Weight Loss, Diabetes and Beyond. JAAC 2018;71:670-87.