

## Cirugía bariátrica vs manejo médico intensivo para la diabetes mellitus tipo 2 – Resultados a 5 años

Schauer PR, Bhatt DL, Kirwan JP, Wolski K, Aminian A, Brethauer SA, Navaneethan SD, Singh RP, Pothier CE, Nissen SE, Kashyap SR; STAMPEDE Investigators.  
N Engl J Med. 2017 Feb 16;376(7):641-651

Los estudios que comparan a largo plazo el tratamiento médico vs quirúrgico para la DM2 son escasos.

Este es un estudio clínico randomizado en 2 grupos: manejo médico intensivo aislado vs cirugía bariátrica (GVM o BGYR) más manejo médico intensivo para DM2. Inició con 150 pacientes con IMC entre 27 y 43kg/m<sup>2</sup> y logró un seguimiento del 90% a 5 años (134 sujetos terminaron el estudio). El objetivo primario fue revisar el porcentaje de pacientes que lograron una Hba1C menor o igual 6% con o sin el uso de medicamentos para la diabetes después de 5 años .

Los investigadores encontraron que a 5 años de seguimiento, en el grupo de manejo médico intensivo, solo el 5% de los sujetos lograron el objetivo primario en comparación con el grupo quirúrgico, donde el 29% de los sujetos que se sometieron a BGYR (valor p no ajustado= 0.01, valor p ajustado= 0.03) y 23% de los sometidos a GVM (valor p no ajustado= 0.03, valor p ajustado= 0.07) lograron el objetivo primario. Además en el grupo quirúrgico encontraron mayor baja de peso corporal, menores niveles de triglicéridos, mayores niveles de cHDL, menor uso de insulina y mejor score de calidad de vida.

Por lo tanto, concluyeron que a 5 años plazo, en sujetos diabéticos tipo 2 con IMC 27 a 43 kg/m<sup>2</sup> , la cirugía bariátrica más manejo médico intensivo es una terapia más efectiva que el manejo médico intensivo aislado para disminuir y en algunos casos resolver la hiperglucemia.

Abreviaturas: DM2: diabetes mellitus tipo 2; GVM: gastrectomía vertical en manga; BGYR bypass gástrico en Y de Roux.; IMC: índice de masa corporal; Hba1C: hemoglobina glucosilada; cHDL: colesterol de alta densidad.

*Comentarios de Especialistas*

**Dra. Verónica Araya**  
**Médico Internista, Especialista en Endocrinología y**  
**Diabetes del Hospital Clínico Universidad de Chile.**  
**Profesor Asociado de la Universidad de Chile.**

De los estudios sobre cirugía bariátrica y diabetes en obesos, éste es el mejor diseñado pues randomizó pacientes sometidos a bypass gástrico Y Roux (BGYR), gastrectomía vertical en manga (GVM) y terapia médica intensificada (TMI), con seguimiento a 5 años.

El estudio concluye que la cirugía logra mantener control metabólico, evaluado con hemoglobina glicosilada (HbA1c) y pérdida de peso, a diferencia del grupo con TMI. Sin embargo, hay que considerar que los pacientes operados recibieron tratamiento farmacológico intensificado para optimizar HbA1c antes y después de la cirugía, lo que probablemente influyó en los buenos resultados a largo plazo.

Es interesante observar que, si bien los pacientes operados redujeron el número de drogas antidiabéticas o insulina a los 6 meses (25% sin medicamentos en GVM y 45% en BGYR), el grupo con TMI también disminuyó su porcentaje de pacientes con 3 o más drogas o insulina.

Respecto a eventos adversos a 5 años, no hubo eventos cardiovasculares en los grupos quirúrgicos, pero en éstos sí se observó la aparición de nefropatía que, si bien no fue significativo comparado con el grupo TMI, debería tenerse en cuenta. Hubo un porcentaje importante de hipoglicemias en ambos grupos quirúrgicos, aunque menor que en el grupo con TMI, lo que también debería considerarse al indicar cirugía.

Desde mi punto de vista, el principal aporte de este estudio es que la cirugía bariátrica puede considerarse como un elemento más en el tratamiento de la diabetes en pacientes con IMC <35 kg/m<sup>2</sup>, siempre y cuando se realice una adecuada selección del paciente, con la mejor compensación posible antes de la cirugía. El paciente debe ser informado de los aspectos positivos y negativos de la cirugía y las expectativas ajustadas a las características de cada caso. Posteriormente, debe mantener control regular, evaluando complicaciones crónicas incluso, cuando hay remisión de la diabetes.



### **Dr. Attila Csendes**

**Prof. Titular y Emérito, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.**

1.-Cual es su opinión acerca del estudio?

Es el estudio mas completo y serio de los 15 estudios prospectivos y randomizados que existen publicados respecto al manejo de la diabetes tipo 2

Ventajas:

a- es a largo plazo a 5 años

b- metodológicamente muy bueno con gran poder estadístico

c- compara el tratamiento de mejor nivel que existe con 2 tipos de cirugía en un centro de excelencia

Desventajas:

a- mezcla en un mismo grupo pacientes con IMC 27 kg/m<sup>2</sup> hasta IMC 43 kg/m<sup>2</sup> sin discriminar bajo y sobre 35 kg/m<sup>2</sup> que es la gran discusión que existe

b- los pacientes son todo diabéticos muy severos con 50% dependientes de insulina, con diabetes de larga duración y muchos descompensados al inicio del tratamiento

2.-Cual es el principal aporte?

Claramente se demuestra que en este tipo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 avanzada la cirugía es significativamente superior al tratamiento en cuanto a baja de peso, control glicémico y de hemoglobina glucosilada. Por lo tanto la cirugía debiera de estar presente en el manejo integral de estos pacientes

3.-Cual es el impacto en Chile?

Lamentablemente estimo que va a ser muy poco por la alta resistencia de los diabetólogos a aceptar que al cirugía es muy eficaz en estos pacientes. Sin embargo hay un grupo reducido de diabetólogos que han aceptado recomendar la cirugía en pacientes altamente seleccionados.

Insisto que entre el gran numero de diabéticos en Chile (sobre un millón de pacientes) debe existir un numero reducido de casos, por lo menos 50 al año que pudieran beneficiarse con esta cirugía