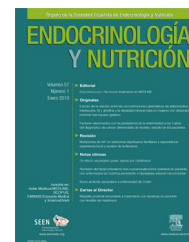




ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

www.elsevier.es/endo



EDITORIAL

Posicionamiento de las sociedades SEEN-SECO-SEEDO-SED sobre la cirugía metabólica en la diabetes mellitus tipo-2



Joint Position Statement of the SEEN-SECO-SEEDO-SED Societies on metabolic surgery for type 2 diabetes mellitus''

Miguel A. Rubio^{a,*}, Susana Monereo^a, Albert Lecube^a, Joaquín Resa^b, Carlos Masdevall^b, Felipe de la Cruz Vigo^b, Mar Garrido^c, Albert Goday^c, Ignacio Llorente^d y Carlos Pesquera^d

^a Representante de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN)

^b Representante de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad Mórbida y Enfermedades Metabólicas (SECO)

^c Representante de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO)

^d Representante de la Sociedad Española de Diabetes (SED)

En España, la posibilidad de utilizar la cirugía gastrointestinal como tratamiento capaz de revertir o mejorar la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) está cobrando cada vez mayor interés. Sin embargo, ante la ausencia de consensos bien establecidos donde esta opción figure en los algoritmos de tratamiento, se ha generado un inusitado interés entre algunos colectivos profesionales por posicionar a la cirugía metabólica como un procedimiento universal útil en un gran número de pacientes diabéticos. Por ello, a principios del año 2013, representantes de las sociedades científicas firmantes de este manuscrito decidimos redactar un documento de posicionamiento que reflejase con claridad las indicaciones del tratamiento quirúrgico de la DM2 en nuestro entorno, y sentar así las bases para un documento de consenso ulterior.

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. Su principal indicación sería en pacientes con obesidad ($IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$), especialmente si la DM2 o sus comorbilidades son difíciles de controlar con cambios

en el estilo de vida y tratamiento farmacológico^{1,2}. Aunque no recomendamos de manera indiscriminada la cirugía metabólica en la DM2 con IMC entre 30 y 35 kg/m^2 , debido a insuficientes datos a largo plazo sobre la reducción de la morbimortalidad cardiovascular y/o del efecto beneficioso sobre las complicaciones microvasculares¹⁻³, se puede plantear su aplicación en ciertas situaciones. Así, analizando la experiencia positiva de algunas series de casos y ensayos clínicos a corto y medio plazo en la mejoría del control glucémico y de las comorbilidades asociadas, consideramos que podrían ser candidatos a cirugía metabólica los pacientes con DM2 e IMC 30-35 kg/m^2 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 (diabetes tipo 1, LADA, MODY...), y (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 (dislipidemia aterogénica, hipertensión arterial, coexistencia de apnea obstructiva del sueño) con el tratamiento habitual^{4,5}. Hoy en día, la inclusión de protocolos de investigación, controlados y confrontados

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marubioh@gmail.com (M.A. Rubio).

con tratamientos convencionales basados en cambios del estilo de vida y tratamiento farmacológico habitual. Conviene también señalar que las tasas de remisión son menores cuando el diagnóstico de la diabetes supera los 10 años, el paciente recibe tratamiento con insulina y existe evidencia de escasa reserva pancreática.

Se debe emplear el concepto de remisión y no el de curación en la evaluación de los resultados tras la cirugía metabólica. Los criterios de remisión de la DM2 propuestos en este posicionamiento son los mismos que los establecidos en 2009 por un grupo de expertos endocrinólogos, cirujanos bariátricos, oncohematólogos y educadores en diabetes, bajo los auspicios de la American Diabetes Association⁶. Estos criterios tienen en cuenta las cifras de HbA1c y de glucemia plasmática en ayunas, la necesidad de tratamiento farmacológico y el tiempo de duración.

Por lo tanto, hablaremos de «remisión parcial de la DM2» en presencia de una cifra de HbA1c no diagnóstica de DM2, es decir, <6,5%, una glucosa basal entre 100 y 125 mg/dl (5,6-6,9 mmol/l) y ausencia de tratamiento farmacológico, al menos durante un año de seguimiento. Por el contrario, la «remisión completa de la DM2» la definiremos como la presencia de una HbA1c <6,5%, una glucosa basal <100 mg/dl (<5,6 mmol/l) y ausencia de tratamiento farmacológico al menos durante un año de seguimiento. Se considera «remisión prolongada de la DM2» cuando la remisión se prolonga durante un mínimo de 5 años. Y finalmente, se define «mejoría de la DM2» cuando tenemos un paciente con una cifra de HbA1c <7% con tratamiento farmacológico. En cualquier caso, la cirugía metabólica en la DM2 debe contribuir en el mayor número de paciente a alcanzar las metas mínimas de un buen grado de control metabólico (con/sin tratamiento activo coadyuvante): HbA1c <7%, cLDL <100 mg/dl, triglicéridos <150 mg/dl, cHDL >40 mg/dl (hombres) y >50 mg/dl (mujeres); así como de presión arterial <140/80 mm Hg.

Otro punto importante que se destaca en el consenso de las 4 Sociedades es que la cirugía metabólica debe ser realizada por un cirujano bariátrico experto (según criterios de competencia aceptados por la SECO), cuya técnica quirúrgica comporte una mortalidad <1%, una morbilidad <10% y un índice de reintervenciones <2% anual. Con relación a la técnica que debe utilizarse, consideramos que la cirugía

metabólica ha de basarse en aquellos procedimientos ya conocidos, pudiendo adaptarse a las nuevas condiciones de peso y control metabólico que necesite el paciente. Los procedimientos novedosos deben formar parte únicamente de ensayos clínicos. Del mismo modo, la cirugía metabólica ha de realizarse en el contexto de una colaboración interdisciplinar que agrupe, con los cirujanos bariátricos, a otros especialistas con los que compartir experiencias y resultados: endocrinólogos, cardiólogos, neumólogos, internistas, radiólogos, investigadores básicos y clínicos, etc.

Como consideración final, creemos fundamental destacar que las sociedades científicas firmantes del presente documento consideran la necesidad de valorar la incorporación progresiva y racional de la cirugía metabólica como un tratamiento alternativo eficaz en los algoritmos de tratamiento escalonado de la DM2.

Bibliografía

1. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2013 (Position Statement). *Diabetes Care*. 2013;36 Suppl 1:S11-66.
2. Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, Timothy Garvey W, Hurley DL, Molly McMahon M, et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient-2013 update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, the Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 2013;9:159-91.
3. Maggard-Gibbons M, Livhits M, Ewing B, Maher AR, Hu J, et al. Bariatric surgery for weight loss and glycemic control in nonmorbidly obese adults with diabetes: A systematic review. *JAMA*. 2013;309:2250-61.
4. Dixon JB, Zimmet P, Alberti KG, Rubino F, on behalf of the International Diabetes Federation: an IDF stance on epidemiology and prevention. *Bariatric surgery: an IDF force for obese type 2 diabetes*. *Diabet Med*. 2011;28:628-42.
5. Lecube A, Burguera B, Rubio MA, Grupo de Trabajo de Obesidad de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GOSEEN). Breaking therapeutic inertia: Should metabolic surgery be considered one more option for the treatment of type 2 diabetes mellitus? *Endocrinol Nutr*. 2012;59:281-3.
6. Buse JB, Caprio S, Cefalu WT, Ceriello A, del Prato S, Inzucchi SE, et al. How do we define cure of diabetes? *Diabetes Care*. 2009;32:2133-5.