

REMISIÓN DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 ¿CIRUGÍA BARIÁTRICA VS ESTILO DE VIDA?

Dr. Juan Pablo Gonzalez-Rivas^{1,2}

¹International Clinical Research Center (ICRC), St Anne's University Hospital (FNUSA), Czech Republic. ²Department of Global Health and Population | Harvard T.H. Chan School of Public Health, Boston, US.

Rev Venez Endocrinol Metab 2020;18(2): 43-45

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una condición prevenible que está causando una pesada carga a los sistemas de salud globalmente. El Atlas de 2019 de la Federación Internacional de Diabetes reporta que la prevalencia global de diabetes en adultos alcanzó 9,3%, representando 463 millones de casos, y se espera que aumente un 51% para el 2045 con 700 millones de casos¹. El número de muertes asociadas a la diabetes fue de 4,2 millones para 2019 y los costos de salud alcanzaron los 760 mil millones de dólares americanos¹.

El desarrollo de la DM2 está estrechamente relacionado con la presencia de sobrepeso y obesidad. El manejo del sobrepeso/obesidad impone severas barreras que limitan su éxito. Los términos sobrepeso y obesidad están asociados a estigmas sociales e inercia por parte de médicos y pacientes para la ejecución de cambios en los individuos en riesgo, permitiendo el avance a sus complicaciones. Similarmente, la prediabetes es un término asociado con falta de conocimiento por parte de los pacientes y falta de acciones efectivas por parte de los médicos. Basados en datos del CDC en Estados Unidos, 8,4 de cada 10 casos de prediabetes desconocen su condición². Esto representa un grupo de muy alto riesgo para desarrollar DM2. Con el objetivo de resolver estos problemas, el Colegio Americano de Endocrinólogos Clínicos propuso la definición

Enfermedad Crónica con Base Cardiometabólica (CMBCD – Cardiometabolic-Based Chronic Disease)³ que engloba dos nuevos conceptos, Enfermedad Crónica Basada en Adiposidad (ABCD – Adiposity-Based Chronic Disease)⁴ y Enfermedad Crónica Basada en Disglucemia (DBCD – Dysglycemia-Based Chronic Disease)⁵, con la intención de optimizar el diagnóstico, estratificación y manejo oportuno del síndrome cardiometabólico³.

En sujetos con prediabetes (DBCD estadio 2), la clave para prevenir o retrasar la aparición de DM2 es la reducción de peso. De igual forma, en sujetos con DM2, la clave para lograr remisión es la reducción de peso. En el estudio DiRECT⁶, un programa intensivo de estilo de vida enfocado en reducción de peso implementando dieta líquida de 800 kcal durante 3 a 5 meses, se demostró que la remisión de la DM2 al año y los 2 años, estuvo directamente relacionada con la pérdida de peso alcanzada. En el primer año, en aquellos que aumentaron de peso la remisión fue 0%, entre los que perdieron 0-5 kg la remisión fue de 7%, entre 5-10 kg fue de 34%, entre 10-15 kg fue de 57%, y en aquellos con más de 15 kg perdidos la remisión fue de 86%⁶. A los dos años, aquellos que mantuvieron una pérdida de peso de al menos 10 kg, el 64% mantuvo remisión⁷. Comparando ambos grupos, el porcentaje de remisión a los dos años se mantuvo en 36% de los participantes del grupo de intervención y 3%

Artículo recibido en: Abril 2020. **Aceptado para publicación en:** Mayo 2020.

Dirigir correspondencia a: Juan Pablo González-Rivas. **Email:** juan.gonzalez@fnusa.cz

en aquellos con cuidado estándar⁷. En el estudio Look AHEAD⁸, el cual consistió en un programa intensivo de estilo de vida comparado con cuidado estándar en sujetos con DM2 para determinar si la reducción de peso reduce la morbimortalidad en estos pacientes, la remisión de DM2 fue 9,2% en el primer año y 3,5% en el cuarto año, en el grupo de intervención, comparado con 1,7% y 0,5% en el grupo estándar, respectivamente⁸. La mayor probabilidad de remisión durante el primer año estuvo asociada a menos años de historia de diabetes (21,2%), más de 6,5% de peso perdido (16,4%) o mejora de la condición física (15,6%)⁸. A diferencia del estudio DiRECT, el estudio Look AHEAD no estuvo enfocado en remisión de DM2, y al comparar ambos estudios el porcentaje de remisión de los grupos de intervención al final del segundo año fue, en el estudio DiRECT 36%⁷ y en el estudio Look AHEAD 9,2%⁸, este último representa un 25% de lo alcanzado en el DiRECT.

En un estudio publicado en el Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism titulado “Bariatric surgery vs lifestyle intervention for diabetes treatment: 5-year outcomes from a randomized trial”, Courcoulas y col⁹. describen un interesante estudio aleatorizado controlado que tenía como objetivo comparar la remisión de DM2 siguiendo tratamientos quirúrgicos o no quirúrgicos. Sesenta y un participantes fueron aleatoriamente asignados para recibir cirugía bariátrica (Bypass gástrico en Y de Roux o banda gástrica laparoscópica ajustable) o un programa de estilo de vida de pérdida intensiva de peso durante un año. Ambos grupos fueron seguidos durante 4 años. Como era de esperar, al final del quinto año los sujetos con intervenciones quirúrgicas redujeron mayor cantidad de peso que el grupo de estilo de vida, Y de Roux -24,9 kg, banda gástrica -12,6 kg, y estilo de vida -4,5 kg ($p < 0,001$), igualmente, la remisión de DM2 fue significativamente mayor en estos grupos, Y de Roux 60%, 45% y 30%, al primer, segundo y quinto año, respectivamente, banda gástrica 29%, 29% y 19%, respectivamente, y estilo de vida 0%, 0% y 0%, respectivamente⁹. No hubo significativas complicaciones en los diferentes grupos, demostrando la seguridad de las intervenciones. Los autores no explican la

causa de la falta de remisión del grupo de estilo de vida a pesar de una discreta reducción de peso. En este estudio la intervención de estilo de vida fue basada en el programa Look AHEAD, la cual fue una limitación descrita por los autores y evidente a la hora de hacer comparaciones de efectividad.

Los hallazgos reportados por Courcoulas y col⁹, más que comparar de forma justa la cirugía bariátrica contra los cambios de estilo de vida en pacientes con DM2, refuerza el concepto de que las intervenciones basadas en reducción intensiva de peso son las estrategias más efectivas para remitir la DM2, y hasta ahora, la cirugía bariátrica es la forma más efectiva de reducción de peso. Sin embargo, la cirugía bariátrica no es una alternativa factible ni aceptada para todos los casos. Es necesario innovar estrategias que permitan intensivas reducciones de peso de forma aceptable, apropiada y que se puedan escalar a varios niveles. La pérdida de peso con dieta líquida en el estudio DiRECT demostró ser efectiva luego de dos años de intervención, actualmente este estudio se está escalando a nivel poblacional con más de 5000 pacientes en el Reino Unido y Escocia (https://www.diabetes.org.uk/about_us/news/nhs-type2-remission-pilot), sin embargo, la dieta líquida tampoco es ampliamente aceptada como una estrategia para reducción de peso. Alimentos sintéticos sólidos con niveles bajos de calorías (800 kcal/día) han demostrado ser efectivos y bien aceptados para reducir de peso y prevenir o retrasar la DM2¹⁰, sin embargo, el costo relacionado con esta alternativa es elevado y no está disponible globalmente.

La pesada carga que impone globalmente la obesidad y DM2, ahora llamadas en el modelo de enfermedad crónica ABCD y DBCD, demandan la innovación de nuevas estrategias que permitan intervenir efectivamente a los sujetos en riesgo en cada etapa de la CMBCD. Mientras tanto, en la práctica clínica diaria, una apropiada y oportuna identificación, estratificación e intensivo manejo y seguimiento son las mejores estrategias que podemos emplear.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. International Diabetes Federation (IDF). Diabetes Atlas Ninth Edition 2019. Accessed on Feb 5, 2020. Available online <https://www.diabetesatlas.org/en/>.
2. National Diabetes Statistics Report. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Accessed on Jan 15, 2020. Available online: <https://www.cdc.gov/diabetes/data/statistics-report/prevalence.html>.
3. Mechanick JI, Farkouh ME, Newman JD, Garvey WT. Cardiometabolic-based chronic disease, adiposity and dysglycemia drivers: JACC state-of-the-art review. *J Am Coll Cardiol* 2020;75:525-538.
4. Mechanick JI, Hurley DL, Garvey WT. Adiposity-based chronic disease as a new diagnostic term: The American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology position statement. *Endoc Pract* 2017;23:372-378.
5. Mechanick JI, Farkouh ME, Newman JD, Garvey WT. Cardiometabolic-based chronic disease, addressing knowledge and clinical practice gaps: JACC State-of-the-art review. *J Am Coll Cardiol* 2020;75:539-555.
6. Lean ME, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, Peters C, Zhyzhneuskaya S, Al-Mrabeh A, Hollingsworth KG, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. *Lancet (London, England)* 2018;391:541-551.
7. Lean MEJ, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, Peters C, Zhyzhneuskaya S, Al-Mrabeh A, Hollingsworth KG, et al. Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2019;7:344-355.
8. Gregg EW, Chen H, Wagenknecht LE, Clark JM, Delahanty LM, Bantle J, Pownall HJ, Johnson KC, Safford MM, Kitabchi AE, et al. Association of an intensive lifestyle intervention with remission of type 2 diabetes. *Jama* 2012;308:2489-2496.
9. Courcoulas AP, Gallagher JW, Neiberg RH, Eagleton EB, DeLany JP, Lang W, PUNCHAI S, Gourash W, Jakicic JM. Bariatric surgery vs lifestyle intervention for diabetes treatment: 5-year outcomes from a randomized trial. *J Clin Endocrinol Metab* 2020;105:866-876.
10. Christensen P, Meinert Larsen T, Westerterp-Plantenga M, Macdonald I, Martinez JA. Men and women respond differently to rapid weight loss: metabolic outcomes of a multi-centre intervention study after a low-energy diet in 2500 overweight, individuals with pre-diabetes *Diabetes Obes Metab* 2018;20:2840-2851.