

Profesor García-Caballero Cirujano General y Aparato Digestivo

ENTREVISTA

Una operación por laparoscopia devuelve calidad y años de vida a los diabéticos

“La diabetes se cura por fin, con cirugía”

El Profesor Dr. Manuel García-Caballero es Profesor Titular de Cirugía de la Universidad de Málaga y es Miembro de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO) y de la International Federation of Surgery for Obesity (IFSO), experto en materia de Cirugía de la Obesidad y Diabetes Tipo 2 (Bypass Gástrico Una Anastomosis Laparoscopia, BAGUA), de la que nos habló en profundidad en la siguiente entrevista.

Dice que la Diabetes se cura por primera vez en la historia de la Medicina operando pero que este hecho se descubrió por casualidad al operar a pacientes obesos ¿no?

Así es. Como dice Walter Pories, los cirujanos no estábamos preparados en 1982 para valorar de forma adecuada la observación de que el Bypass Gástrico (empleado habitualmente para tratar a pacientes obesos) curaba la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). De hecho lo que hoy día es el gran debate de cirujanos y endocrinólogos, ya se puso de manifiesto en 1982 (aunque ya se había observado hace muchos años en pacientes operados de gastrectomía por úlcera gástrica y que eran diabéticos pero igualmente no se había valorado su importancia práctica) tras las primeras observaciones de remisión de la diabetes después de cirugía de Bypass Gástrico. Después de 16 años de seguimiento de aquellos pacientes, se confirmó una tasa de remisión de la DM2 del 83%, una mejora de las complicaciones de la DM2, y una reducción de la mortalidad del 4,5% sin cirugía al 1% con cirugía. Han tenido que pasar 25 años para que aquellas primeras observaciones fueran formalmente analizadas por un grupo de 50 expertos de todo el mundo en Marzo 2007 en Roma. Los resultados del análisis se abrieron a la opinión y aportaciones de la comunidad científica con el objetivo de confeccionar recomendaciones (que acaban de aparecer en noviembre 2009) para poder realizar esta cirugía de forma segura y obtener los mejores resultados funcionales en los pacientes. Es decir, lo que se descubrió por casualidad, siguió después la metodología científica estándar para asegurar que cuando se ofrezca el tratamiento quirúrgico de la DM2 a un paciente, esté basado en pruebas que aseguren su efectividad.

Pero, si alguien no es obeso y sí diabético... ¿todo el mundo se puede operar de Diabetes?
Cuándo operar a los pacientes no obesos de índice de masa corporal (peso en kg dividido por talla en metros al cuadrado, IMC) menor de 35 fue el objetivo de las Jornadas Internacionales que organizamos en Málaga 17-19 Febrero 2010, en las que expertos cirujanos, endocrinólogos y científicos básicos de todo el mundo nos reunimos para discutir cuándo operar a los no obesos y qué tipo de operación utilizar. Porque esta es la auténtica Cirugía de la Diabetes. Hasta ahora hemos hecho mayoritariamente Cirugía de la Obesidad en pacientes que además eran diabéticos. Pero el reto y el problema es hacer cirugía en diabéticos tipo 2 con un IMC por debajo de 30, sin obesidad. Ni siquiera en IMC entre 30 y 35 (obesidad simple) donde los datos existentes demuestran un comportamiento en cuanto a la resolución o mejora de la DM2 similar al que tienen los pacientes con

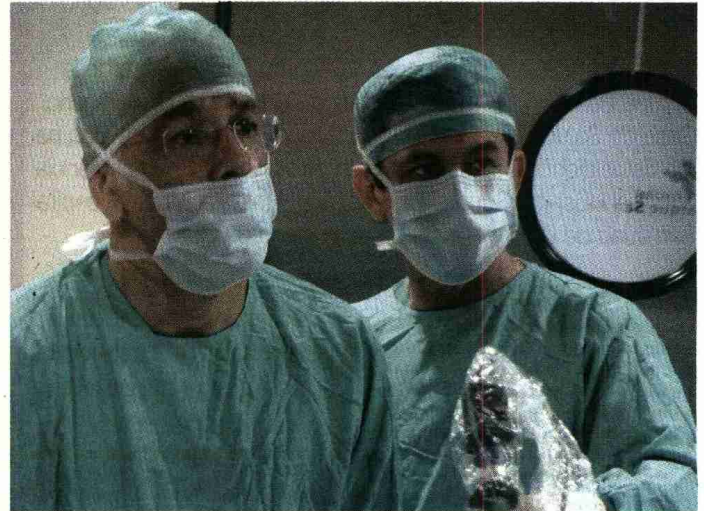
“Lo mejor hablar con pacientes ya operados que quieren compartir su experiencia cuyos teléfonos están en www.cirurgiadelaobesidad.net”

IMC mayor de 35 (obesidad mórbida). Nuestra experiencia personal en pacientes operados con IMC entre 30 y 35 presentada durante las Jornadas de Málaga y en distintos congresos internacionales, pone de manifiesto un comportamiento en todo paralelo en cuanto a la resolución o mejora de la DM2, a la que se obtiene en los pacientes con IMC mayor de 35. En pacientes con IMC por debajo de 30 el mecanismo de desarrollo y progresión de la DM2 puede ser distinto que en los pacientes con IMC por encima de 30. Sin embargo los resultados que hemos obtenido hasta el momento con nuestra operación de BAGUA son iguales que en los pacientes con mas peso (para mas información contactar con los pacientes ya operados cuyo teléfono aparece en www.cirurgiadelaobesidad.net).

Por otra parte, la casi totalidad de los estudios coinciden en que los peores resultados se obtienen en los pacientes con un largo periodo de evolución de la enfermedad, y cuantos más años de tratamiento con insulina (los pacientes en tratamiento con sólo anti-diabéticos la resolución es total e inmediata, nunca mas toman nada y comen de todo) debido al deterioro de la células beta del páncreas. Por tanto parecería obvio operar a todos los DM2 en tratamiento con anti-diabéticos orales de forma precoz, sobre todo a aquellos con IMC por encima de 30. Los endocrinólogos presentes en las Jornadas de Málaga estuvieron de acuerdo en que la cirugía estaría indicada en todos los DM2 insulino-dependientes, y en aquellos pacientes en los que la metformina fracasara en el control de la glucemia y hubiera que empezar a suplementarla con dosis de insulina. Este sería el momento más adecuado para plantear la cirugía.

La operación ¿soluciona la diabetes para siempre?

Es opinión unánime que el procedimiento quirúrgico utilizado debe incluir un puente del marco duodenal (como hace el Bypass Gástrico) un mecanismo de importancia central para la resolución de la DM2, gesto que no incluye ninguna de las técnicas restrictivas (Banda Gástrica y Gastroplastia Tubular). Y por tanto ahí podría radicar su menor eficacia y su fracaso a largo plazo. Esto es, para que nos entendamos, la técnica del Bypass Gástrico además de hacer una bolsa de estómago, excluye una parte del intestino (se que-



“Al paciente diabético con normo peso los cambios que le hacemos en la intervención son menores que sobre un obeso”

da dentro, no se quita nada pero la comida no pasa por esta parte del intestino), así que la comida pasa por una parte del estómago (la mitad aproximadamente), pero por otro lado, y ahí está la explicación de la “curación” de la diabetes, la comida no pasa por la parte del intestino que no deja que se produzca insulina, por el marco duodenal, el cual está pegado al páncreas, por lo que así no se secretan las sustancias que impiden que se produzca insulina, y de esta manera es cuando se produce más insulina: creemos que entonces, es cuando se soluciona la diabetes.

Asimismo, otro dato importante: la insulina que se pone desde fuera no tiene las mismas propiedades ni efectos que la que produce el organismo. Por ejemplo: la insulina de fuera no puede dar una protección cardiovascular responsable de las complicaciones más temidas por los enfermos, como el fracaso cardiaco (riesgo de infarto agudo), retinopatía (posibilidad de quedarse ciego), nefropatía diabética (necesidad de diálisis o trasplantes de riñón) y alteraciones vasculares en miembros inferiores y pie diabético (amputaciones). En cambio, cuando operamos, al producir el organismo de nuevo su propia insulina, la protección reaparece y se para el deterioro de estos órganos fundamentales para la vida y la vida se alarga, como se ha comprobado en estudios a largo plazo.

Hablemos de la operación ¿es complicada?

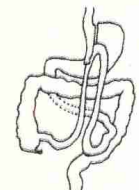
Se trata de una cirugía fisiológica a la que no hay que tener miedo. Es decir, estómago e intestino están sanos y si los tratamos bien e introducimos sólo los cambios mínimos necesarios, no va a haber problemas. Con la experiencia acumulada, el riesgo hoy día es insignificante. Y los beneficios incalculables: poder comer lo que se quiera, pres-

cindir de pastillas y por supuesto de insulina... Se trata de una operación de entre 1 y 2 h mediante laparoscopia, que puede ser realizada incluso a través del ombligo constituyendo así una cirugía mínimamente invasiva y segura: se trabaja con 20 aumentos, no se “rompe” casi nada, la precisión es muy buena... y a las 48 h, el paciente sale del hospital SIN ANALGÉSICOS ni ningún otro tratamiento y listo para hacer vida normal.

Una última observación: al paciente diabético con peso normal los cambios que le hacemos en la intervención son mucho menores que los que hacemos sobre un obeso, y por tanto la recuperación es mas rápida en todos los aspectos.

¿Cuál es “el secreto” del éxito de una intervención así?

Saber preparar bien al paciente y ponerse en manos de un cirujano que haya hecho muchas y durante muchos años. Se considera que para que un cirujano este formado tiene que haber hecho 150 o más intervenciones de este tipo, sino está en lo que denominamos “curva de aprendizaje”, lo que entraña más riesgos. Otras dos recomendaciones: que la operación sea por laparoscopia (hoy día casi nadie opera abriendo el abdomen) y que la operación no sea restrictiva pura (banda gástrica o gastroplastia tubular), pues no solucionan definitivamente la diabetes al no “puentear” el duodeno.



MÁS INFORMACIÓN
www.cirurgiadelaobesidad.net - Tel. 660265845