

La Cirugía de Diabetes está demostrando resolver la enfermedad tanto en pacientes con peso normal como en obesos

Lo afirma el Dr. García Caballero. Su bypass gástrico de Una Anastomosis (BAGUA) es la técnica que mejor se adapta al peso de cada paciente, produce menos cambios en el tubo digestivo y tiene un índice de complicaciones cercano a cero.

Es una auténtica revolución en el campo de la diabetes. El Segundo Congreso Mundial de Cirugía de Diabetes, celebrado en Nueva York en marzo de este año, ha declarado la cirugía como el más potente tratamiento actual contra la diabetes. Supone dejar insulina, antidiabéticos orales, amén de las múltiples pastillas para tratar la hipertensión, el colesterol, el ácido úrico, los triglicéridos, Adiro para la circulación, protector gástrico, lexatin para la ansiedad, etc. Medicación que toman muchos de los pacientes diabéticos.

La cirugía mediante bypass gástrico (sobre todo el de Una Anastomosis) está demostrando que los pacientes dejan toda la medicación, comen normal y pueden empezar a vivir sin la "esclavitud" que supone cuidar de una enfermedad tan exigente. Y sin el continuo temor a la llegada de las temibles complicaciones (ceguera, diálisis o trasplante renal, amputaciones, etc.) que los diabéticos llevan en silencio y con resignación.

El Profesor García Caballero, Acreditado Catedrático de Cirugía de la Universidad de Málaga, es uno de los cirujanos españoles más activos en este campo. Organizador de unas Jornadas Monográficas sobre el tema en 2010, fruto de las cuales llegó la publicación del primer libro que se escribía en el mundo sobre esta cirugía (Diabetes Surgery, editorial McGraw-Hill), y organizador de otras Jornadas que se celebrarán del 16 al 18 de febrero de 2012 con el epígrafe de "Cirugía Diabetes IMC



El Profesor García Caballero presentando sus resultados de cirugía de diabetes durante el 16 Congreso Mundial de Cirugía y Obesidad y Diabetes celebrado a principios de septiembre 2011 en Hamburgo (Alemania)

24-34: cómo y por qué?", en las que se analizarán los rápidos avances que se están produciendo en el control de la diabetes gracias a la llegada de la cirugía.

Repasamos con el profesor García Caballero las claves de la Cirugía de Diabetes como alternativa al tratamiento convencional de esta enfermedad, para aclarar a los pacientes lo que pueden esperar de este nuevo tratamiento.

Profesor, por su experiencia ¿Qué efecto diría que tiene la Cirugía de Diabetes sobre el curso de la enfermedad?

Después de seguir durante los últimos cuatro años a algunas decenas de pacientes diabéticos en los que practicamos un BAGUA (bypass gástrico de una anastomosis), hemos observado que en cada paciente la diabetes hace un efecto distinto. Quiero decir que, cuando llega un nuevo paciente para hacerse esta cirugía, nosotros analizamos si toma pastillas o se pincha insulina, qué niveles de glucemia tiene cada día, cómo está su hemoglobina glicosilada -para ver si la enfermedad está bien controlada con el tratamiento actual- y cómo están sus niveles de Péptido C, para medir su grado de reserva pancreática (0,8 a 4,0 nanogramos por mililitro -ng/ml- son los niveles normales). Lo que no podemos medir antes de la cirugía es cuánto daño le ha hecho ya la enfermedad a ese paciente. Es decir, qué parte de los tejidos afectados ha dejado ya inservibles la vasculopatía (el daño en los vasos sanguíneos) que provoca la diabetes ¿Por qué insisto en explicar esto? Porque después de hacer los análisis de que disponemos en la actualidad, cuando operamos vemos que cada paciente se comporta de una manera distinta a igualdad de los parámetros de partida de que disponemos en la actualidad.

¿Y qué efectos tiene la Cirugía?

En pacientes con menos de 10 años de enfermedad y de menos de 5 años de insulina, si además tienen un nivel de Péptido C pancreático elevado (cuanto mayor, mejor), la resolución es inmediata. En algunos pacientes esta curación se retrasa algunas semanas, mientras que en otros se adelanta. Pero en este grupo de pacientes, si no es de forma inmediata, aproximadamente al mes dejan todo su tratamiento antidiabético (tanto pastillas como insulina) y, por supuesto, el tratamiento que necesitaba para el resto de las enfermedades, que puede variar entre 10 y 23 pastillas al día, en nuestra experiencia.

Cuando el paciente lleva más años con la enfermedad, o más años con la insulina, es aún más importante valorar los niveles de Péptido C pancreático. Aunque tenemos pacientes que han tenido una resolución igual que los anteriores. Pero repito, en estos, el efecto de la enfermedad puede haber sido mayor y retrasar su resolución, que sucederá alrededor de 3 meses después de la cirugía.

Los pacientes con más de 20 años de enfermedad y más de 15 años de insulina, van a resolver sus patologías acompañantes (hipertensión, colesterol...) de forma inmediata o en pocas semanas, pero pueden quedarse con alguna pastilla para su diabetes. De nuevo su reserva pancreática va a jugar un papel central (péptico C).

Por último, los pacientes con diabetes Tipo II de larga duración que han agotado su reserva pancreática (Péptido C 0,00-0,1 ng/ml) o los pacientes con Diabetes Tipo I que igual tienen una reserva pancreática nula no son en teoría candidatos para esta cirugía, pero a pesar de habérselo explicado, tanto a ellos como

En pacientes con menos de 10 años de enfermedad y de menos de 5 años de insulina, si además tienen un nivel de Péptido C pancreático elevado, la resolución es inmediata.

familiares, algunos han querido operarse. Los resultados demuestran que han pasado de necesitar 3 inyecciones diarias de insulina a solo una pequeña cantidad diaria de insulina lenta o bien sólo antidiabéticos orales. Los hallazgos en este grupo de pacientes vienen a demostrar que el páncreas no es el único responsable del metabolismo de la glucosa porque, si fuera así, la cirugía no tendría ningún efecto en estos pacientes y sin embargo produce una mejoría que incluso lleva a no tener que utilizar insulina. Hoy día hay varios grupos en el mundo trabajando en esta línea, algunos de los cuales estarán presentes en nuestras Jornadas del próximo mes de febrero en la Facultad de Medicina de Málaga.

Hasta el momento, todos los pacientes intervenidos con BAGUA han resuelto la enfermedad o mejorado de forma muy significativa tras la cirugía. Para ampliar información y datos se puede hablar con pacientes ya operados cuyo contacto se encuentra en la página web www.cirurgiadelaobesidad.net.

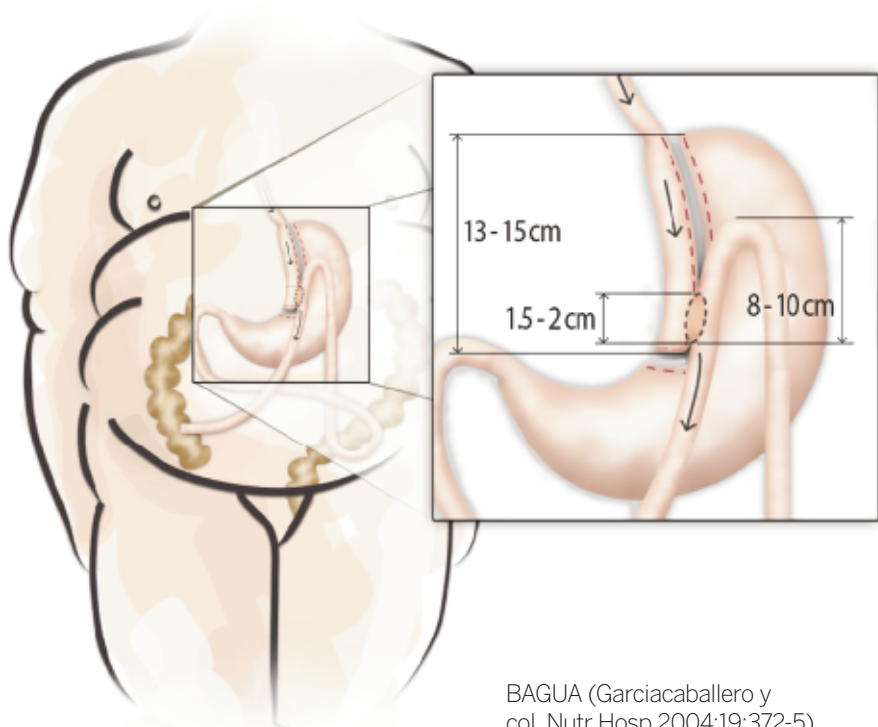
¿Qué complicaciones y/o efectos secundarios puede tener el paciente?

Esto es muy importante para poder ofrecer una alternativa a un tratamiento médico: correr mínimo riesgo. Por eso, hemos empezado comentando las ventajas de disponer de la cirugía adecuada. Es la limitación de la mayoría de los grupos que intentan hacer esta cirugía. Todos vienen de la cirugía de obesidad y practican siempre el mismo procedimiento para todos los pacientes. Nosotros tenemos una cirugía que se adapta a las necesidades de cada paciente. Siempre lo hemos hecho así en los obesos. Por eso, ahora es más fácil adaptarse a los diabéticos, pues seguimos haciendo lo mismo que hemos hecho los últimos 11 años. Mientras, la mayoría de los grupos están intentando adaptar sus procedimientos a las necesidades de los pacientes diabéticos, sobre todo a los que tienen un peso normal (1,70 m y 70 kg para que nos entendamos).

Es una cirugía hecha por laparoscopia, de una hora de duración, con alta a las 48 horas de la intervención e incorporación inmediata a la vida normal. Los riesgos podrían ser los generales de cualquier cirugía por laparoscopia. Tiene un periodo de transición y adaptación al nuevo circuito gastrointestinal de unas semanas y después pueden comer de todo, abandonando la dieta para siempre.

MÁS INFORMACIÓN

www.cirurgiadelaobesidad.net



BAGUA (Garcíacaballero y col. Nutr Hosp 2004;19:372-5)