

¿QUÉ TAN POSIBLE ES LA REMISIÓN DE LA DIABETES TIPO 2 SIN CIRUGÍA BARIÁTRICA?

Dr. Juan P. González-Rivas

Clínica de Estudios Cardio-Metabólicos Los Andes, Mérida, Venezuela.

Rev Venez Endocrinol Metab 2018;16(2): 63-64

Antes del descubrimiento de la insulina, Allen planteaba que el establecimiento de una dieta de muy bajo contenido calórico (400-500 kcal/día) podría ser beneficioso para tratar pacientes con diabetes, logrando mantenerlos sin glucosuria o cetonuria por largos periodos de tiempo¹. Actualmente, la Terapia Médica Nutricional es la herramienta más importante para el manejo de las recomendaciones dietéticas de personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), logrando reducciones de HbA1c de 0,5% a 2%². Sin embargo, estas estrategias nutricionales para la remisión de la DM2 no habían sido adecuadamente estudiadas.

El estudio Diabetes Remission Clinical Trial (DiRECT) publicado en Lancet, en febrero de 2018³, planteó evaluar si un efectivo manejo del peso (reducción de 15 kg) en áreas de atención primaria produciría una remisión sostenida de la DM2. Aleatoriamente asignaron 306 individuos con obesidad y DM2, con una duración menor a 6 años, sin tratamiento con insulina, para recibir intervención basada en un programa de manejo de peso versus cuidados estándar, en 49 centros de atención primaria en Escocia e Inglaterra. El grupo de intervención recibió fórmulas de remplazo dietético total (825 - 853 kcal/día por 3 a 5 meses), seguido de una reintroducción por pasos de alimentos durante 2 a 8 semanas. Luego, apoyo estructurado para el mantenimiento de peso a largo plazo. El tratamiento hipoglucemiante y antihipertensivo fue suspendido el día de inicio de la intervención y reintroducido en caso de ser requerido. En la etapa de reintroducción de alimentos se recomendó un incremento de la

actividad física hasta alcanzar 15000 pasos por día³.

A los 12 meses del estudio, 24% del grupo de intervención y ninguno del grupo control alcanzó una reducción de 15 kg de peso ($p < 0,0001$). La remisión de la DM2, definida como HbA1c $< 6,5\%$ sin tratamiento por más de 2 meses, fue de 46% en el grupo de intervención y 4% en el grupo control ($p < 0,0001$). La proporción de sujetos que remitió varió de acuerdo al porcentaje de peso perdido de la población total. 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 perdidos 34% de remisión, entre 10-15 kg perdidos 57% de remisión, y en aquellos con más de 15 kg perdidos 86% de remisión. Adicionalmente, se observó una reducción en el uso de medicación (antidiabéticos, antihipertensivos, hipolipemientes y otros). Todos estos beneficios fueron observados con un mínimo incremento de eventos adversos en el grupo de intervención³.

"Sr(a), usted padece DM2, esa es una condición IRREVERSIBLE, por lo que debe tomar este tratamiento toda su vida..." Ésta es, más o menos, la declaración que se le hace rutinariamente a toda persona que se le diagnostica DM2, cosa que ya NO ES completamente cierta, tomando en cuenta los resultados del estudio DiRECT. En cambio, lo más acertado posiblemente sería decirle "Sr(a), usted padece DM2, esa es una condición REVERSIBLE para la mayoría de las personas que en etapa temprana logran perder una significativa cantidad de peso (más de 10 a 15 kg), mientras lo

logra, debe tomar el siguiente tratamiento..." Así, posiblemente, ha cambiado el paradigma.

El tema de las reducciones significativas de peso y remisión de la DM2 siempre había sido territorio de la cirugía bariátrica⁴. Sin embargo, pocos pacientes cumplen los criterios, y muy pocos pueden cubrir los costos para una bariátrica. Los resultados del estudio DiRECT aparecen como una luz en el nuevo sendero del tema de la remisión de la DM2, poniendo de nuevo el enfoque en la terapéutica obeso-céntrica, dando esperanza a las personas con DM2 de que en sus manos está una posibilidad de remisión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allen FM. Studies concerning diabetes. J Am Med Assoc 1914;LXIII:939-43.
2. Hamdy O, Barakatun-Nisak MY. Nutrition in diabetes. Endocrinol Metab Clin North Am 2016;45:799-817.
3. Lean ME, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, Peters C, Zhyzhneuskaya S, Al-Mrabeh A, Hollingsworth KG, Rodrigues AM, Rehackova L, Adamson AJ, Snichotta FF, Mathers JC, Ross HM, McIlvenna Y, Stefanetti R, Trenell M, Welsh P, Kean S, Ford I, McConnachie A, Sattar N, Taylor R. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. Lancet 2018;391:541-551.
4. Sjostrom L, Peltonen M, Jacobson P, Ahlin S, Andersson-Assarsson J, Anveden A, Bouchard C, Carlsson B, Karason K, Lonroth H, Naslund I, Sjostrom E, Taube M, Wedel H, Svensson PA, Sjöholm K, Carlsson LM. Association of bariatric surgery with long-term remission of type 2 diabetes and with microvascular and macrovascular complications. Jama 2014;311:2297-304.