Artículo comentado: 2022 American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO): Indications for Metabolic and bariatric Surgery.

Autores del trabajo: Dan Eisenberg, Scott A. Shikora, Edo Aarts, Ali Aminian, Luigi Angrisani, Ricardo V. Cohen, Maurizio De Luca, Silvia L. Faria, Kasey P. S. Goodpaster, Ashraf Haddad, Jacques M. Himpens, Lilian Kow, Marina Kurian, Ken Loi, Kamal Mahawar, Abdelrahman Nimeri, Mary O'Kane, Pavlos K. Papasavas, Jaime Ponce, Janey S. A. Pratt, Ann M. Rogers, Kimberley E. Steele, Michel Suter, Shanu N. Kothari.[1]

Citación (Revista): Surgery for Obesity and Related Diseases 18 (2022) 1345–1356

DOI: doi.org/10.1016/j.soard.2022.08.013

Autor del comentario: Lilliam Flores M

Objetivos del estudio: Posicionamiento de las indicaciones de la cirugía Bariátrica y Metabólica (CByM) de la Sociedad Estadounidense de Cirugía Metabólica y Bariátrica (ASMBS) en base a los conocimientos científicos actuales.

Contexto del estudio: Ante el avance científico en la comprensión de la obesidad, su manejo y el tratamiento quirúrgico (específicamente de la CByM) los dirigentes de ambas sociedades han realizado un posicionamiento conjunto que modifica las anteriores indicaciones para esta cirugía publicadas hace 31 años (1991).

Resultados: Comparando con las indicaciones vigentes, las modificaciones más importantes en las indicaciones se resumen en:

1.- La CByM está indicada en pacientes con obesidad y un IMC $\geq$ 35 kg/m^2 independientemente de la presencia, ausencia o severidad de las patologías asociadas. El cambio radica en que la indicación previa limitaba la indicación en este grado de obesidad a la presencia de patologías asociadas a la obesidad.

2.- Establecen la indicación CByM en los pacientes con IMC entre 30-34,9 kg/m^2 con enfermedad metabólica. Esta indicación no se contemplaba en las indicaciones previas.

3.- Indican que el IMC $\geq$ 27 kg/m^2 en la población Asiática debe de ser considerado obesidad clínica y por lo tanto a estos pacientes se les debe ofrecer la CByM. Esta indicación no se contemplaba en las indicaciones previas.

4.- Indican que los resultados de la CByM consistentemente demuestran seguridad y eficacia.

5.- Niños y adolescentes apropiadamente seleccionados deben ser considerados para la CByM. Esta indicación no se contemplaba en las indicaciones previas.

Limitaciones: Las indicaciones para CByM publicadas en 1991 se basaron en un consenso sin mucha evidencia clínica y con técnicas de cirugía bariátrica en desuso en la actualidad.

Aplicabilidad clínica: En relación a las nuevas indicaciones:

1.- IMC ≥ 35 kg/m2 sin comorbilidades:
El razonamiento que los autores hacen para apoyar esta indicación es por la ineficacia del tratamiento médico para alcanzar una pérdida de peso importante y mantenido en el tiempo y por la característica progresiva de la obesidad con riesgo en el futuro de desarrollar patologías, problemas físicos y consecuencias mentales. Los autores respaldan la ampliación de esta indicación por la innumerable evidencia científica de alta calidad en la seguridad, eficacia a largo plazo, coste efectividad, mejora de la supervivencia y de la calidad de vida de la CByM en los pacientes que viven con este grado de obesidad.
Sin embargo, no debemos de olvidar que los estudios a los que se refieren han sido realizados en pacientes que tenían patologías asociadas susceptibles de mejoría con la disminución de peso y no hay evidencia científica que avale que en población con este grado de exceso de peso sin patología asociada se deba ampliar la indicación de CByM.

2.- IMC 30-34.9 kg/m2 sin comorbilidades que no han tenido una respuesta adecuada a la terapia no quirúrgica:
La indicación de CByM en pacientes con este grado de exceso de peso no fue contemplada en las indicaciones publicadas en 1992. Sin embargo, en la actualización de las recomendaciones del 2013 por la American Society for Metabolic and Bariatric Surgery se reconoció que habían datos emergentes que apoyaban considerar a pacientes con IMC entre 30-34,9 kg/m2 con diabetes mellitus tipo 2 o síndrome metabólico candidatos para CByM. En este sentido, incluso en la actualidad la evidencia que apoya esta indicación en pacientes con obesidad grado I es limitada por el número de pacientes estudiados y por la ausencia de datos a largo plazo que demuestren beneficio. En todo caso, lo que no hay es evidencia para extender esta indicación a toda la población con obesidad grado I independientemente de la presencia o no de patología asociada.

3.- Sujeto mayor con obesidad:
En los últimos años se ha publicado numerosa evidencia que demuestra el beneficio y seguridad de la CByM en paciente con ≥ 65 años, así como, también cada vez hay más evidencia de resultados beneficiosos en pacientes intervenidos de > 70 años. Los autores consideran que en pacientes seleccionados se debe ofrecer como alternativa terapéutica de la obesidad a la CByM, porque se ha mostrado que otros factores, como la fragilidad o el estado cognitivo desempeñan un papel más relevante en el aumento de las complicaciones tras la CByM que la edad en este grupo etario[2].

4.- Niños y adolescentes: En relación a esta indicación los autores han sido muy generales en sugerir que determinados niños y adolescentes muy bien seleccionados pueden ser candidatos a la CByM, específicamente a gastrectomía tubular. Han resumido la creciente evidencia favorable en relación a la eficacia y seguridad en este grupo de pacientes y describieron la evidencia a medio y largo plazo (10 años) del mantenimiento del peso perdido, así como de la resolución de las patologías asociadas especialmente la diabetes mellitus tipo 2. Sin embargo, también sugieren que los pacientes con obesidad sindrómica o con trastornos del espectro autista debían ser considerados candidatos para una CByM. En este sentido, hay que destacar que esta indicación se basa en un estudio de 12 meses de duración que incluye únicamente 5 adolescentes con estas alteraciones, por lo que, se necesitan tal como lo indican los autores estudios que incluyan más pacientes y a más largo plazo para obtener información de este tipo de cirugías en el desarrollo puberal y en el crecimiento lineal[3].

Opinión personal: Sin duda, era necesaria una actualización de las indicaciones de CByM. Sin embargo, desde mi punto de vista estas indicaciones llegan algo tarde y además destacar que en los grupos de pacientes en los cuales los autores amplían la indicación para CByM no se basa en evidencia científica específica en estos grupos.

Preocupa la afirmación de “fuertemente recomendada” de la indicación de CByM en pacientes con obesidad grado I y II independiente de la presencia o no de las patologías asociadas. Esta recomendación, no tiene en cuenta la eficacia de los medicamentos actuales para perder peso, específicamente de los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón (GLP-1), en España comercializados como liraglutide (saxenda) y semaglutide a dosis de 1 mg/semana (ozempic). Tampoco se tiene en cuenta otros medicamentos para perder peso pendientes de comercializar como el semaglutide a dosis de 2,4 mg/24 h (Wegoby) y tirzepatide (Monunjaro) con pérdidas de peso de 17 % y 22 %, respectivamente muy cercanas a las obtenidas mediante CByM, pero lo que es más importante, estas indicaciones no plantean las preferencias de los pacientes, lo cual es importante averiguar porque no todos los pacientes quieren someterse a una cirugía. Creo que el mejor enfoque para todos los pacientes, pero específicamente para aquellos con un IMC ≥ 35, es una discusión de opciones y una toma de decisiones compartida.

Para los pacientes con obesidad grado I, prefiero la recomendación de la Asociación Estadounidense de Diabetes, que dice: "La cirugía metabólica se puede considerar como una **opción** para tratar la diabetes tipo 2 en adultos con un IMC de 30 a 34,9 que no logran una pérdida de peso duradera y mejora de las comorbilidades, incluida la hiperglucemia, con métodos no quirúrgicos".

Bibliografía relacionada de interés:

[1] D. Eisenberg *et al.*, “2022 American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) and International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO): Indications for Metabolic and Bariatric Surgery,” *Surg. Obes. Relat. Dis.*, vol. 18, no. 12, pp. 1345–1356, 2022, doi: 10.1016/j.soard.2022.08.013.

[2] J. Molero *et al.*, “A Propensity Score Cohort Study on the Long-Term Safety and Efficacy of Sleeve Gastrectomy in Patients Older Than Age 60,” *J. Obes.*, vol. 2020, 2020, doi: 10.1155/2020/8783260.

Información elaborada por Lilliam Flores M*, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clinic, Barcelona*

[3] W. E. S. Ellen Jones, Lauren S. Y. Wood, Brittany E. Matheson, Janey S. A. Pratt, Alyssa M. Burgart, Deanna Garza, "Pilot Evaluation of a Multidisciplinary Strategy for Laparoscopic Sleeve Gastrectomy in Adolescents and Young Adults with Obesity and Intellectual Disabilities," *OBES SURG*, vol. 31, pp. 3883–3887, 2021, doi: https://doi.org/10.1007/s11695-021-05393-y.

Resumen para la población general:

Este es un consenso de Sociedades Científicas de cirugía de la obesidad que actualiza las indicaciones de la cirugía bariátrica. Sin embargo, las nuevas indicaciones a los que se refiere este consenso no se basa en estudios de calidad y a largo plazo que justifiquen ampliar estas indicaciones. En 1992 la evidencia que había era poco y el consenso de indicaciones logro unificar criterios a la espera de evidencia científica. En la actualidad, no da lugar ampliar indicaciones sin una base científica que lo apoye.

En este consenso no se ha tenido en cuenta la opinión de otros profesionales implicados directamente en el manejo de la obesidad, ni tampoco el futuro a corto plazo del tratamiento farmacológico de la obesidad con lo que el paciente se ahorraría las múltiples consecuencias nutricionales y quirúrgicas asociadas a este tratamiento.

Fecha: 20/03/2022

Información elaborada por Lilliam Flores M*, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clinic, Barcelona*