

### Perspectivas quirúrgicas

## Tratamiento actual de la obesidad: una historia sobre creencias, apegos y confrontación



## Current obesity treatment: A story about beliefs, devotion and confrontation

José María Balibrea <sup>a,b,c</sup>, María Recarte-Rico <sup>d,\*</sup> y María Dolores Frutos <sup>e,f</sup>, en representación de la Sección de Cirugía Bariátrica y Metabólica de la Asociación Española de Cirujanos

<sup>a</sup> Sección de Cirugía Endocrino-Metabólica y Bariátrica, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Barcelona, España

<sup>b</sup> Departamento de Cirugía, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

<sup>c</sup> Cátedra de Investigación en Cirugía iVascular®-UAB, Barcelona, España

<sup>d</sup> Sección de Cirugía Bariátrica y Esofagogástrica, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

<sup>e</sup> Unidad de Cirugía Bariátrica, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

<sup>f</sup> Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia, Murcia, España

«Nada me inspira más veneración y asombro que un anciano que sabe cambiar de opinión»

Santiago Ramón y Cajal

La irrupción de la segunda y tercera generación de fármacos eficaces para el tratamiento de la obesidad supone el inicio de una nueva era en el manejo de una de las enfermedades más prevalentes en nuestro entorno que, en muchos aspectos, supone un más que probable cambio de paradigma. Las indicaciones de cada modalidad, los criterios para evaluar su eficacia, las estrategias terapéuticas y su logística, incluso la propia definición de la obesidad, han cambiado gracias a un mejor conocimiento de la fisiopatología de la misma y de la experiencia acumulada en años de tratamiento. Sin embargo, la necesidad de un enfoque multidisciplinar basado en la evidencia, adecuado a las necesidades y recursos de nuestro entorno, se refuerza<sup>1</sup>.

Frente a la ya conocida eficacia a largo plazo, demostrada en numerosos ensayos clínicos, de una cirugía cada vez más

segura, pero que apenas puede ofrecerse al 1-2% de la población en riesgo, emerge un conjunto de principios activos que ofrece pérdidas ponderales cercanas al 20% del peso total y una notable mejoría de comorbilidades habituales como la diabetes tipo 2, o la disfunción hepática asociada al síndrome metabólico, así como disminución del riesgo cardiovascular global<sup>2</sup>. Aunque la cirugía sigue ofreciendo mejores resultados, su consideración como opción única e indiscutible parece difícil de defender. Desde un punto de vista simplista podría decirse que estos fármacos son la alternativa lógica a la cirugía, y que esta quedará como opción residual para casos más graves o fallos del tratamiento erróneamente denominado «conservador». Esa misma perspectiva nos podría llevar a afirmar que el tratamiento farmacológico (TF) podría no ser suficiente ni perdurar en el tiempo. No debemos olvidar que los mejores resultados de ambas opciones se han obtenido en ensayos clínicos, entornos sumamente controlados y con protocolos de seguimiento exigentes. Recientes publicaciones indican

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mariarecarterico@gmail.com](mailto:mariarecarterico@gmail.com) (M. Recarte-Rico).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2024.11.009>

0009-739X/© 2025 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

que los resultados del TF en «estudios en el mundo real» son distintos<sup>3</sup>. Además, convergen por un lado un conjunto de técnicas quirúrgicas con muy diversos efectos metabólicos y un grupo de fármacos que actúan únicamente sobre las múltiples moléculas implicadas en la más que compleja fisiopatología de la obesidad. Así, es necesario aceptar, como ya se observó con la cirugía y se observa con el TF, que la tasa de variabilidad individual en la respuesta no es despreciable, y cualquier predicción de resultado con las herramientas actuales resulta, cuando menos, aventurada<sup>4</sup>.

Actualmente existe un uso indiscriminado de estos fármacos más allá de sus teóricas indicaciones, sin medidas para mejorar el estilo de vida y sin registros fiables en cuanto a su seguridad y eficacia. La tasa real de abandono de la medicación, tanto por efectos indeseables como (fundamentalmente) imposibilidad para afrontar su coste, no es conocida, pero parece bastante elevada<sup>5</sup>.

El contexto del tratamiento de la obesidad que vivimos actualmente es el de una confrontación en la que prevalecen creencias y apegos por encima de la evidencia científica y, evidentemente, de las necesidades de las personas con obesidad. En la era de la medicina centrada en el paciente estamos perdiendo la perspectiva ya que, en primer lugar, lo que sabemos de la propia enfermedad está cambiando. A la hora de evaluar qué tratamiento es más adecuado para un paciente, debemos tener en cuenta el fin del enfoque «barocentrista» de la enfermedad en favor de la consideración de la actividad del tejido adiposo visceral, inductor de un estado inflamatorio crónico de bajo grado, como principal rasgo definitorio de la obesidad. Sin embargo, por el momento no existe una manera sencilla y factible de determinar ese parámetro. Así, en las puertas del ocaso del índice de masa corporal como casi único factor para indicar un tratamiento para la obesidad, la consideración y ponderación de otros parámetros antropométricos (circunferencias de cadera/cintura), mediciones directas o indirectas de la masa adiposa activa o diversos biomarcadores serán las herramientas que emplearemos para prescribir cualquier tratamiento y evaluar los resultados y la evolución de nuestros pacientes<sup>6</sup>.

La prescripción, en ocasiones, indiscriminada y unilateral de los actuales agonistas del GLP-1, así como los fármacos con acción dual (GLP-1/GIP) y las nuevas moléculas y combinaciones (retalutide, cagisema, survodutide, orforglipron...) ha sido recibida por la comunidad científica y la sociedad general con un inusitado entusiasmo y repercusión mediática desconocida hasta la fecha. Un entusiasmo que obvia aspectos tan relevantes como los problemas con su coste, disponibilidad, la presencia de contraindicaciones (p. ej. historia familiar de carcinoma medular de tiroides) y, fundamentalmente, la necesidad de tratamiento indefinido de cara a mantener pérdidas ponderales aceptables. En estudios de calidad contrastada como la serie STEP o SURMOUNT, la retirada de los agonistas del GLP-1 se ha correlacionado con una recidiva ponderal sistemática<sup>7,8</sup>. Asimismo, en la actualidad ningún fármaco de este grupo ha demostrado la misma eficacia cuando se vuelve a administrar tras un periodo de suspensión. Este mismo problema era ya conocido con la cirugía de revisión para el manejo de la recidiva ponderal ya que, salvo en aquellos casos en los que idealmente se añadía un supuesto

nuevo mecanismo de acción, los resultados han sido decepcionantes. Es muy probable y deseable que el uso de fármacos reduzca en gran medida la indicación de segundas cirugías en no respondedores o recidivas ponderales. Comienzan a aparecer estudios con resultados prometedores en los que añadir GLP-1Ra consigue mejorar estas situaciones. Es decir, existe la posibilidad de «adyuvancia» en el tratamiento de la obesidad<sup>9</sup>. Así, parece lógico (y hasta ahora se había hecho de manera intuitiva) pensar incluso en «neoadyuvancia» con fármacos antes de la cirugía o incluso estrategias para escalar o desescalar tratamientos de manera individualizada. No parece sostenible plantear esquemas de tratamiento sin tener en cuenta todas las opciones: las consecuencias de una cirugía mal indicada son inasumibles, como lo son las de retrasarla, cuando de antemano se sabe que el efecto beneficioso del TF no será suficiente, dadas las características de la obesidad que presente el paciente. Asimismo, este amplio abanico de posibilidades debe encajarse en un contexto de constante comunicación multidisciplinar y adecuada información al paciente. Este debe conocer sus opciones terapéuticas y los resultados esperables; solo así podremos llevar a cabo una toma de decisiones compartida.

Si asumimos el contexto actual del tratamiento de la obesidad, las dinámicas que hasta ahora hemos implementado en los comités y unidades multidisciplinarias deben evolucionar. Como cirujanos debemos dar un paso adelante y asumir que debemos participar desde la primera decisión terapéutica, e implicarnos en el manejo de estos pacientes más allá de la confirmación de la indicación, la elección de una técnica o la identificación y tratamiento de complicaciones y resultados insatisfactorios. Necesitamos asumir que la complejidad de la obesidad requiere análisis más pormenorizados y complejos en la toma de decisiones y aceptar que muchos pacientes se van a beneficiar de un TF inicial, y de plantear estrategias consensuadas razonables cuando este no sea suficiente o la cirugía no dé los resultados esperados<sup>10</sup>. Es el momento de asumir el reto del tratamiento quirúrgico de la obesidad desde el conocimiento profundo de su fisiopatología y de las alternativas terapéuticas, la cuidadosa indicación, la ejecución excelente y la consideración de todos los puntos de vista de todas las partes que solo buscan el beneficio para el paciente.

---

### **Declaración sobre el uso de IA generativa y de las tecnologías asistidas por la IA en el proceso de redacción**

Para la redacción de este manuscrito no se han empleado herramientas de inteligencia artificial.

---

### **Conflicto de intereses**

JMB declara realizar colaboraciones remuneradas como consultor, ponente y/o redactor de textos para Medtronic®, Abex®, Smith & Nephew®, Braun® e iVascular®.

MRR declara no tener conflicto de intereses.

MDF declara no tener conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lingvay I, Cohen RV, Roux CWL, Sumithran P. Obesity in adults. *Lancet*. 2024;404:972-87. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01210-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01210-8).
2. Jalleh RJ, Rayner CK, Hausken T, Jones KL, Camilleri M, Horowitz M. Gastrointestinal effects of GLP-1 receptor agonists: mechanisms, management, and future directions. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2024;9:957-64. [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253\(24\)00188-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253(24)00188-2).
3. Gasoyan H, Pfoh ER, Schulte R, Le P, Butsch WS, Rothberg MB. One-year weight reduction with semaglutide or liraglutide in clinical practice. *JAMA Netw Open*. 2024;7:e2433326. <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.33326>. PMID: 39269703.
4. Perdomo CM, Cohen RV, Sumithran P, Clément K, Frühbeck G. Contemporary medical, device, and surgical therapies for obesity in adults. *Lancet*. 2023;401:1116-30. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02403-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02403-5).
5. Deanfield J, Verma S, Scirica BM, Kahn SE, Emerson SS, Ryan D, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with obesity and prevalent heart failure: a prespecified analysis of the SELECT trial. *SELECT Trial Investigators Lancet*. 2024;404(10454):773-86. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01498-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01498-3). PMID: 39181597.
6. The Council on Science and Public Health, American Medical Association. Support removal of BMI as a standard measure in medicine and recognizing culturally-diverse and varied presentations of eating disorders and indications for metabolic and bariatric surgery [consultado 7 Sep 2024]. Disponible en: <https://www.ama-assn.org/system/files/a23-csaph07.pdf>
7. McGowan BM, Bruun JM, Capehorn M, Pedersen SD, Pietiläinen KH, Muniraju HAK, et al., STEP 10 Study Group. Efficacy and safety of once-weekly semaglutide 2.4 mg versus placebo in people with obesity and prediabetes (STEP 10): A randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre phase 3 trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2024;12:631-42. [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587\(24\)00182-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(24)00182-7).
8. Aronne LJ, Sattar N, Horn DB, Bays HE, Wharton S, Lin WY, et al., SURMOUNT-4 Investigators. Continued treatment with tirzepatide for maintenance of weight reduction in adults with obesity: The SURMOUNT-4 Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2024;33:38-48. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2023.24945>.
9. Esparham A, Mehri A, Dalili A, Richards J, Khorgami Z. Safety and efficacy of glucagon-like peptide-1 (GLP-1) receptor agonists in patients with weight regain or insufficient weight loss after metabolic bariatric surgery: A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2024;e13811. <http://dx.doi.org/10.1111/obr.13811>.
10. Samuels JM, Patel MB, Niswender KD. Time to rethink the approach to treating obesity. *JAMA Surg*. 2024;159:841-2. <http://dx.doi.org/10.1001/jamasurg.2024.1502>.