



O-19 - FUNCIÓN CELULAR BETA, SENSIBILIDAD A INSULINA Y REGANANCIA PONDERAL: PAPEL EN LA RESOLUCIÓN DE LA DIABETES TIPO 2 A LARGO PLAZO TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL

A. Pané Vila, J. Viaplana, A. de Hollanda, A. Ibarzabal, E. Ortega, J. Vidal y A. Jiménez

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Resumen

Introducción: Aproximadamente un 70% de los pacientes con obesidad y diabetes tipo 2 (DT2) alcanzan la remisión de la DT2 tras una gastrectomía vertical (GV). Sin embargo, un 30-50% de los que presentan una remisión inicial sufren una recaída a largo plazo. El papel de la función celular beta, la sensibilidad a insulina y la evolución ponderal en la remisión y recaída de la DT2 no han sido evaluados en estudios prospectivos.

Objetivos: Comparar (1) la función celular beta/sensibilidad a insulina pre-cirugía y al año de la intervención en pacientes con o sin remisión inicial de la DT2 tras GV y (2) la función beta celular/sensibilidad a insulina (pre-cirugía y al año) y la recuperación ponderal (RP) a largo plazo (5 años) entre pacientes con remisión mantenida vs con recaída tras GV.

Material y métodos: Estudio longitudinal prospectivo (5 años) que incluyó candidatos a GV con DT2. La función beta (AIRg) y la sensibilidad a insulina (SI) se evaluaron antes y a los 12 meses de GV mediante un test de tolerancia a la glucosa intravenosa modificado con insulina. Para el cálculo de la AIRg y SI se utilizó el software MINMOD Millennium. El índice de disposición (ID) se calculó como AIRg*SI. La remisión/no remisión inicial se definió según los criterios propuestos por la American Diabetes Association. La recidiva se definió como la reaparición de criterios de DT2 tras un período mínimo de un año en remisión.

Resultados: Se incluyeron 23 pacientes (78,3% mujeres, 52,7 (9,3) años, IMC: 44,9 (4,7) Kg/m²) con una DT2 de 5 años (RIQ: 4-9) de evolución y una HbA1c pre-cirugía de 8,0 (1,5)%. De los 23 pacientes, 16 alcanzaron la remisión al año de la GV. Aquellos sin vs con remisión inicial, presentaban características clínicas indicativas de DT2 más avanzada y menor ID pre- y post-cirugía ($p = 0,001$). De los 16 pacientes que inicialmente remitieron, 7 sufrieron una recaída. Estos pacientes tenían peor función beta basal (AIRg: $p = 0,037$ y ID: $p = 0,05$), pero similar SI. En la revaloración a 1 año de la cirugía, el grado de mejoría en AIRg ($p = 0,033$), pero no en SI, fue más marcado en el grupo con recidiva. Por tanto, un año post-GV, los dos grupos eran comparables en AIRg, SI e ID. El grupo con recaída presentó una mayor RP vs el grupo con remisión mantenida (24,8% vs 5,1%, $p = 0,030$). En modelos de regresión logística, el ID pre-cirugía fue el único factor predictivo de remisión y la RP, el único factor asociado a la recidiva ($p = 0,040$).

Conclusiones: En pacientes con DT2 relativamente avanzada, la función beta pre-cirugía es crítica en la remisión inicial de la enfermedad y la RP es un factor fundamental en la recidiva tras GV.