

¿Un nuevo enfoque para tratar la hipertensión en personas con obesidad? Estudio SURMOUNT-5 con tirzepatida

Dr Gustavo Lavenia, médico especialista en Nefrología e Hipertensión arterial, Magister en mecánica vascular e hipertensión arterial, Director Médico de NEFFRON y NEFROSUR de la ciudad de Rosario. Coordinador del grupo de cardiorrenometabolismo de la SAHA.

Comentario del artículo: : Louis J. Aronne, M.D., Deborah Bade Horn, D.O., Carel W. le Roux, M.D., Ph.D., Wayne Ho, M.D., Beverly L. Falcon, Ph.D., Elisa Gomez Valderas, M.Sc. and et al. For the SURMOUNT-5 Trial Investigators. Tirzepatide as Compared with Semaglutide for the Treatment of Obesity. *N Engl J Med.* 2025 May 11; doi:10.1056/NEJMoa2416394

Este estudio fue un ensayo clínico abierto, controlado, de fase 3b, en el que participaron 751 adultos con obesidad, sin diabetes tipo 2, aleatorizados en una proporción 1:1 para recibir la dosis máxima tolerada de tirzepatida (10 mg o 15 mg) o de semaglutida (1,7 mg o 2,4 mg), por vía subcutánea, una vez por semana durante 72 semanas.

Los criterios de inclusión fueron: personas mayores de 18 años, con un IMC ≥ 30 , o un IMC ≥ 27 acompañado de al menos una complicación preespecificada relacionada con la obesidad (hipertensión arterial, dislipidemia, apnea obstructiva del sueño o enfermedad cardiovascular), y que hubieran reportado al menos un intento fallido de bajar de peso con dieta. El estudio se desarrolló entre abril de 2023 y noviembre de 2024.

El objetivo primario fue evaluar el porcentaje de cambio de peso desde el inicio hasta la semana 72. Entre los criterios secundarios se incluyeron la proporción de pacientes con reducción de peso de al menos 10 %, 15 %, 20 % y 25 %, y los cambios en el perímetro de cintura al mismo tiempo.

Entre los resultados, se observó que el cambio porcentual de peso al finalizar el estudio fue de -20,2 % (IC del 95 %: -21,4 a -19,1) con tirzepatida, y de -13,7 % (IC del 95 %: -14,9 a -12,6) con semaglutida ($p < 0,001$). En cuanto a la circunferencia de cintura, la reducción fue de -18,4 cm (IC del 95 %: -19,6 a -17,2) con tirzepatida y de -13,0 cm (IC del 95 %: -14,3 a -11,7) con semaglutida ($p < 0,001$).

Los participantes del grupo de tirzepatida tuvieron mayor probabilidad que los del grupo de semaglutida de alcanzar reducciones de peso de al menos un 10 %, 15 %, 20 % y 25 %.

Los eventos adversos más frecuentes en ambos grupos fueron gastrointestinales, en su mayoría de intensidad leve a moderada, y se presentaron principalmente durante la fase de titulación de dosis.

Un punto destacado del estudio fueron los cambios en los factores de riesgo cardiometabólicos. Con respecto a la presión arterial sistólica (PAS), se observó una disminución con tirzepatida de -10,2 mmHg (IC del 95 %: -11,4 a -8,9) y con semaglutida de -7,7 mmHg (IC del 95 %: -8,9 a -6,4). La presión arterial diastólica (PAD) también mostró mejoras con ambos tratamientos. En el grupo tratado con tirzepatida, el impacto sobre la PAS y la PAD fue más marcado a medida que el descenso de peso era mayor. En los pacientes que lograron una reducción ≥ 30 % del peso corporal, se observaron disminuciones de PAS de -15,5 mmHg (IC del 95 %: -18,7 a -12,2) y de PAD de -9,2 mmHg (IC del 95 %: -11,5 a -6,8). Un hallazgo similar se observó en la rama semaglutida, aunque con menor frecuencia. La hemoglobina glucosilada, la glucemia y el perfil lipídico (colesterol no-HDL, LDL, TGC y VLDL) también mejoraron con ambos tratamientos.

Conclusión: El estudio SURMOUNT-5 aporta evidencia de que una estrategia centrada en el peso corporal, que incluya agentes con impacto metabólico, podría convertirse en un pilar emergente en el tratamiento integral del paciente hipertenso con obesidad. Sabemos que una reducción >10 mmHg en la PAS tiene impacto clínico y en la reducción de eventos cardiovasculares, por lo cual incorporar un agonista dual como tirzepatida puede ser una estrategia racional, al igual que un monoagonista como semaglutida, aunque con un efecto de menor magnitud.

