



P301 - Pacientes con psoriasis moderada-grave tratados con metotrexato en condiciones de práctica clínica en España: Estudio FirST

R. Rivera Díaz¹, E. Vilarrasa², M Ribera³, E. Roe², T. Kuerder⁴, A.I. Zayas⁵, L. Martínez-Molina⁶, J. Mataix Díaz⁷, I.M. Rodríguez-Nevado⁸, T. Usero-Bárcena⁹, D. de la Mano¹⁰, C. García-Donoso¹, G. Guinea¹¹, V. Martín¹¹ y M. Ferran¹²

¹Departamento de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ²Departamento de Dermatología. Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona. ³Departamento de Dermatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. ⁴Departamento de Dermatología. Hospital FR Fuenlabrada. ⁵Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. ⁶Departamento de Dermatología. Hospital de Viladecans. ⁷Departamento de Dermatología. Hospital Marina Baixa. Alicante. ⁸Departamento de Dermatología. Hospital Infanta Cristina. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. ⁹Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ¹⁰Departamento de Dermatología. Hospital San Agustín. Avilés. ¹¹Departamento Médico. Novartis Farmacéutica. Barcelona. ¹²Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ¹³Departamento de Dermatología. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Los pacientes (pts) con psoriasis (Pso) moderada-grave presentan mayor prevalencia y gravedad de enfermedad hepática grasa no alcohólica (NAFLD). Los pts con Pso y artritis psoriásica (APs) presentan mayor prevalencia y gravedad de NAFLD y síndrome metabólico (SM). El estudio FirST analizó el impacto de la Pso moderada-grave en la calidad de vida de pts tratados con metotrexato (MTX) \geq 16 semanas (S), la respuesta clínica en Pso, el riesgo de esteatosis y fibrosis hepática y la proporción de pts con APs, SM y otras comorbilidades.

Métodos: Estudio observacional, no intervencionista, transversal, retrospectivo, multicéntrico, en práctica clínica. Pts \geq 18 años con Pso en placa moderada-grave tratados con MTX \geq 16 semanas antes de su inclusión. Datos primarios obtenidos de una única visita rutinaria: DLQI, VAS de prurito, CESTEP, PASI, BSA y PGA. Para determinar riesgo de esteatosis y fibrosis hepática a través de HSI y NAFLD se recogieron datos de hasta 16 semanas previas a la visita de estudio. Clasificación de hepatopatía: 1) Riesgo de esteatosis (HSI; riesgo alto \geq 36). 2) Riesgo de fibrosis avanzada F3-F4 (FIB-4: bajo $<$ 1,3; alto $>$ 2,67; intermedio 1,3-2,67; NAFLD-FS: bajo $<$ -1,455; alto $>$ 0,676; intermedio -1,455-0,676).

Resultados: 457 (96,0%) pts evaluables: hombres 56,5%, edad media (DE) 53,3 (14,0) años, diagnóstico Pso 10,8 (12,8) años, APs confirmada por reumatólogo 18,4%, IMC 28 (5,1) kg/m² (IMC $>$ 25 72,4%), consumo de alcohol ($>$ 30 g/d) 2,9%. Comorbilidades: metabólicas 44,4%, cardiovasculares 27,5%, SM 22,0%, psiquiátricas 13,1%, filtrado glomerular $<$ 90 mL/min 30,0%. Tratamiento MTX: dosis media 12,6 (4,6) mg/S, tiempo medio 2,5 (2,7) años (43,5% $>$ 2 años). 64,1% pts con riesgo alto de esteatosis hepática. 37,2% con riesgo intermedio/alto de fibrosis hepática

avanzada por NAFLD-FS ($> -1,455$) y 26,4% por FIB-4 ($> 1,3$). Los pts con riesgo intermedio/alto de fibrosis avanzada mediante ambos índices llevaban más tiempo con MTX (NAFLD-FS $> -1,455$: 158,1 [203,3] S vs $< -1,455$: 118 [114,6] S; $p = 0,0356$; FIB-4 $> 1,3$: 181,7 [205,1] S vs FIB-4 $< 1,3$: 108,6 [190,4] S; $p < 0,0001$). Además, en el análisis multivariante se observó una relación positiva entre el tiempo en tratamiento con MTX y el riesgo de fibrosis tanto con NAFLD ($p = 0,0097$) como con FIB-4 ($p = 0,0076$). Otras variables como la edad (64,2 [12,0] vs 46,6 [12,1] años; $p < 0,0001$) e IMC (29,8 [6,0] vs 26,7 [4,4] kg/m^2 ; $p < 0,0001$) se correlacionaron con riesgo intermedio/alto de fibrosis. Se observó una relación positiva estadísticamente significativa entre la presencia de artritis psoriásica y la respuesta clínica valorada mediante el PASI, únicamente cuando se categoriza según valor ≤ 3 y > 3 ($p < 0,0001$) o ≤ 5 y > 5 ($p = 0,0347$). También se observó una relación estadísticamente significativa entre la presencia de APs y el PGA/IGA ($p = 0,0016$) con una mayor proporción de pacientes con respuesta inadecuada (PGA > 1) entre los que presentaban APs. No se observó una relación estadísticamente significativa entre la presencia de APs y la CVRS medida según las diferentes categorizaciones del DLQI, ni con el riesgo de fibrosis (según FIB-4 o NAFLD), ni de estenosis hepática (según HSI).

Conclusiones: Los pts con Pso y uso más prolongado de MTX presentan mayor riesgo de fibrosis hepática avanzada. El presentar APs no se correlaciona con mayor riesgo de fibrosis/esteatosis hepática.