



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

R. Rivera Díaz<sup>1</sup>, E. Vilarrasa<sup>2</sup>, M Ribera<sup>3</sup>, E. Roe<sup>2</sup>, T. Kuerder<sup>4</sup>, A.I. Zayas<sup>5</sup>, L. Martínez-Molina<sup>6</sup>, J. Mataix Díaz<sup>7</sup>, I.M. Rodríguez-Nevado<sup>8</sup>, T. Usero-Bárcena<sup>9</sup>, D. de la Mano<sup>10</sup>, C. García-Donoso<sup>1</sup>, G. Guinea<sup>11</sup>, V. Martín<sup>11</sup> y M. Ferran<sup>12</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>2</sup>Departamento de Dermatología. Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona. <sup>3</sup>Departamento de Dermatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. <sup>4</sup>Departamento de Dermatología. Hospital FR Fuenlabrada. <sup>5</sup>Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. <sup>6</sup>Departamento de Dermatología. Hospital de Viladecans. <sup>7</sup>Departamento de Dermatología. Hospital Marina Baixa. Alicante. <sup>8</sup>Departamento de Dermatología. Hospital Infanta Cristina. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. <sup>9</sup>Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. <sup>10</sup>Departamento de Dermatología. Hospital San Agustín. Avilés. <sup>11</sup>Departamento Médico. Novartis Farmacéutica. Barcelona. <sup>12</sup>Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario La Paz. Madrid. <sup>13</sup>Departamento 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/m<sup>2</sup> (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]  $\text{kg}/\text{m}^2$ ;  $p < 0,0001$ ) 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  $\leq 3$  y  $> 3$  ( $p < 0,0001$ ) o  $\leq 5$  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.