



Reumatología Clínica



<https://www.reumatologiaclinica.org>

RC085 - Manejo del riesgo cardiovascular en la Artritis Psoriásica: estudio comparativo de la eficacia del tratamiento con Metotrexato o Apremilast en monoterapia y combinados en la práctica clínica habitual

N. Barbarroja Puerto¹, M.D. López-Montilla¹, I. Arias de la Rosa¹, C. Torres-Granados¹, M.C. Ábalos-Aguilera¹, I. Gómez-García¹, I. Añón², M.J. Pérez-Galán, I. Añón-Oñate, D. Ruiz¹, A. Patiño-Trives¹, M. Luque-Tevar¹, E. Collantes-Estévez¹, R. López-Pedreira¹ y A. Escudero¹

¹Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Hospital Reina Sofía/Universidad de Córdoba. ²Hospital Universitario de Jaén.

Resumen

Introducción: La artritis psoriásica (PsA) está asociada a múltiples comorbilidades, entre ellas, la enfermedad cardiovascular, siendo de particular interés ya que es la causa principal de mortalidad. Por ello es de particular interés reducir y controlar esta comorbilidad con terapias apropiadas.

Objetivos: Evaluar la eficacia del metotrexato (MTX) y apremilast, solos y en combinación, sobre las manifestaciones clínicas de la enfermedad y la reducción de factores de riesgo cardiovascular.

Métodos: Estudio longitudinal prospectivo en 30 pacientes con PsA diagnosticados según los criterios CASPAR: 10 pacientes fueron tratados con MTX ($12 \pm 2,58$ mg/semana), 10 pacientes con apremilast (60 mg/día) y 10 en terapia combinada durante 6 meses, reclutados en la práctica clínica habitual en el Hospital Reina Sofía de Córdoba y el Hospital Universitario de Jaén. Se recogieron datos clínicos y analíticos a tiempo basal y tras 6 meses de tratamiento: perfil lipídico (colesterol, HDL, LDL, TG, ApoA y ApoB), glucosa e insulina, porcentaje de piel afectada, número de articulaciones dolorosas e inflamadas, DAS28, DAPSA, EVA, PCR y VSG. Se evaluó la presencia de factores de riesgo cardiometabólico como síndrome metabólico (SM) (según criterios del National Cholesterol Education Program (NCEP) adult treatment panel III (ATP III), cumpliendo 3 de las siguientes características: obesidad abdominal (hombres (> 102 cm); mujeres (> 88 cm), TG > 150 mg/dL, HDL (hombres (< 40 mg/dL); mujeres (< 50 mg/dL); tensión arterial $> 130/85$ mmHg; niveles de glucosa > 110 mg/dL), resistencia a la insulina (HOMA-IR $> 2,5$), índice de masa corporal (IMC), ratio ApoB/apoA, índice aterogénico (IA) y SCORE (edad, sexo, colesterol, HDL, hábito tabáquico y diabetes).

Resultados: La monoterapia con apremilast o MTX provocó una modesta reducción de los valores clínicos de inflamación (PCR y VSG) y actividad de la enfermedad (EVA, DAPSA y DAS28) tras 6 meses de tratamiento. Por otro lado, mientras que apremilast redujo el porcentaje de superficie cutánea afectada, MTX no tuvo ningún efecto. Todos estos parámetros se vieron mejorados de una forma más significativa tras la combinación de las ambas terapias. La monoterapia con apremilast mejoró significativamente las alteraciones en el perfil lipídico (reduciendo significativamente los niveles de colesterol y LDL, el ratio ApoB/ApoA y el IA), la resistencia a la insulina y disminuyó el IMC, reduciendo así el número de pacientes con SM. El tratamiento con MTX en monoterapia no tuvo ningún efecto positivo sobre estos parámetros. Ninguno de los

tratamientos tuvo efectos significativos en los valores del SCORE. Los efectos beneficiosos sobre el perfil lipídico de Apremilast se vieron mitigados tras la combinación con MTX. Aun así, la reducción del número de pacientes con SM fue mayor tras terapia combinada de MTX y apremilast comparado con apremilast solo.

Conclusiones: 1) Apremilast mostró superioridad respecto a MTX, ya que además de reducir la inflamación, actividad de la enfermedad y superficie cutánea afectada, modula la alteración en el perfil lipídico, reduce la IR y el peso, mejorando el perfil de riesgo cardiovascular. 2) La terapia combinada mostró unos efectos más significativos en la actividad de la enfermedad que los tratamientos en monoterapia, manteniendo los efectos positivos en el riesgo cardiovascular del apremilast.

Financiado por ISCIII (PI17/01316) co-financiado con FEDER.