

RELACIÓN ENTRE LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA Y EL SÍNDROME METABÓLICO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN BADAJOZ.

L.M. Jiménez Liñán¹, J.L. Álvarez Vega², A. Cardenal Escarcena³, R. Veroz González¹, S.M. Rojas Herrera¹, M.Y. Orellana¹, C. Terol-Muñoz¹, J.J. Aznar¹, E. Chamizo¹, A. Ferreira³.

¹Servicio de Reumatología. Hospital de Mérida, Badajoz. ²Sección de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. ³Sección de Reumatología. Hospital Don Benito-Villanueva, Badajoz.

Introducción

La artritis psoriásica (AP) es una enfermedad inflamatoria crónica y heterogénea con manifestaciones articulares y extraarticulares que presenta una elevada comorbilidad, incluyendo enfermedad cardiovascular y síndrome metabólico (SM). Aunque existen estudios al respecto, no existen datos concluyentes acerca de la influencia de la actividad inflamatoria sobre la presencia de SM.

Objetivos

Describir las características demográficas y clínicas, así como de variables analíticas en una cohorte de pacientes con AP, y estudiar la relación entre actividad inflamatoria y SM.

Métodos

Estudio descriptivo, transversal, de pacientes diagnosticados de AP que cumplían criterios de clasificación CASPAR, en tres servicios de Reumatología de la provincia de Badajoz. Se recogieron variables demográficas, clínicas y de laboratorio en la visita del paciente. Valoramos si cada paciente reunía criterios para SM, de acuerdo con los criterios de ATP III revisados en 2005 por la NHLBI/AHA, y evaluamos la actividad de la enfermedad mediante el índice DAPSA y el MDA. Se realizó un análisis estadístico mediante regresión logística multivariante binaria, ajustada por edad, para establecer la relación entre SM y los índices de actividad de enfermedad.

Resultados

Se incluyeron 143 pacientes diagnosticados de AP durante enero de 2022 y noviembre de 2023. El 59,4% son mujeres, edad media de 54,2 ± 11,4 años, y duración de la enfermedad de 7 años (RIC 7). La mediana del IMC es de 27,0 kg/m² (P₂₅: 24,1; P₇₅: 30,4), el perímetro abdominal es de 96 cm (P₂₅: 91; P₇₅: 105) y 57 pacientes (40,7%) cumplen criterios de SM. El 26,6% recibe tratamiento para la HTA, el 33,6% para dislipidemia y el 10,5% para la DM. En relación a la actividad inflamatoria, la mediana de la VSG es de 7 mm/h (P₂₅: 5; P₇₅: 16) y mediana de la PCR de 2,4 mg/L (P₂₅: 1,1; P₇₅: 4,8). La remisión (VLDA) la habían alcanzado el 23,0% y la MDA el 30,4%. La mediana del DAPSA es de 7,2 puntos (P₂₅: 3,0; P₇₅: 13,3), alcanzando la remisión (0-4 puntos) el 40,0% y la baja actividad (5-14 puntos) el 37,0%. El resto de las variables están detalladas en la tabla 1. En el análisis bruto, los pacientes con SM tienen 3,55 puntos más (diferencia de medianas) de DAPSA frente a los que no lo tienen (mediana 9,57 vs 6,02 respectivamente, **p=0,126**) (figura 1). En el análisis multivariable, se objetivó la relación entre DAPSA y el riesgo de SM (tabla 3).

Figura 1.

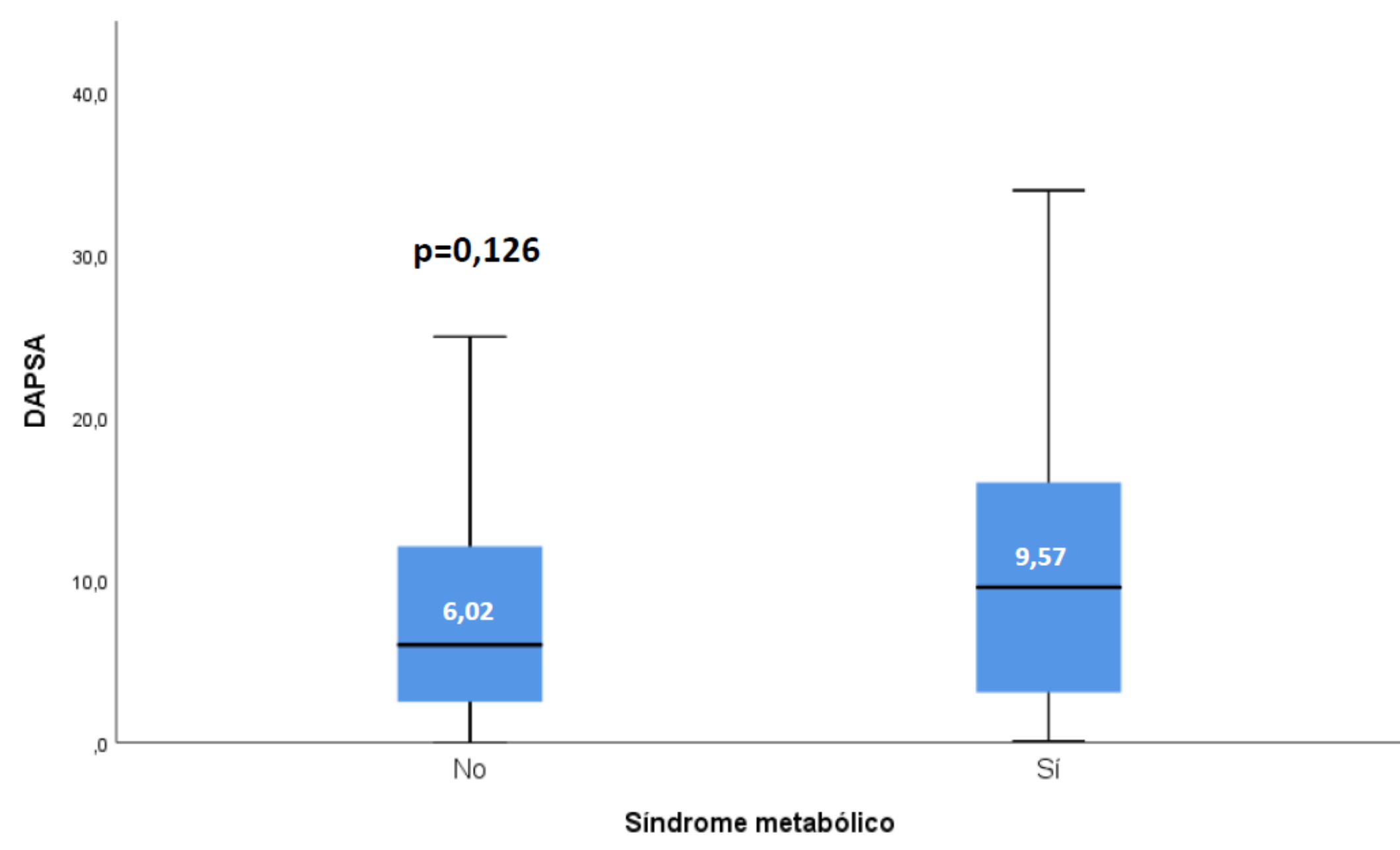


Tabla 3. Relación DAPSA y SM, ajustado por edad.

	OR	IC 95%	Sig.
DAPSA	1,05	1,0 - 1,1	0,067
DAPSA > 14 puntos	2,7	1,1 - 6,3	0,023

Tabla 2. Tratamiento

FAMEsc	
- Metotrexato, n (%)	69 (48,3)
- Sulfasalazina, n (%)	3 (2,1)
- Leflunomida, n (%)	3 (2,1)
FAMEde/sd	
- Apremilast, n (%)	19 (13,3)
- Jakinibs, n (%)	3 (2,1)
FAMEb	
- Anti-TNF	45 (31,5)
- Anti-IL12/23, n (%)	10 (7,0)
- Anti-IL 23, n (%)	4 (2,8)
- Anti-IL 17, n (%)	13 (9,1)
Asociaciones de FAME:	
- FAMEb+FAMEsc, n (%)	29 (20,3)
- FAMEde/sc+FAMEsc, n (%)	7 (4,9)

Tabla 1. Características de la muestra estudiada (n= 143)

Sexo	Hombre, n (%)	85 (59,4)	Tipo afectación articular	
	Mujer, n (%)	58 (40,6)	Periférica, n (%)	114 (79,7%)
			Axial, n (%)	10 (7,0%)
			Mixta, n (%)	19 (13,3%)
Edad (años)	54,2 (DE: 11,4)		Dominios y afectación extraarticular	
			Afectación cutánea, n (%)	133 (93,0)
			Afectación ungueal, n (%)	86 (60,1)
			Uveítis, n (%)	5 (3,5)
			Dactilitis, n (%)	38 (26,8)
			Entesitis, n (%)	30 (21,0%)
			EII, n (%)	2 (1,4%)
Tiempo evolución enfermedad (años)	7 (RIC: 7)		VSG (mm/h)	7 (P ₂₅ : 5; P ₇₅ : 16)
IMC (kg/m²)	27,0 (P ₂₅ : 24,1; P ₇₅ :30,4)		PCR (mg/L)	2,4 (P ₂₅ : 1,1; P ₇₅ : 4,8)
Perímetro abdominal (cm)	96 (P ₂₅ : 91; P ₇₅ : 105)		MDA	
			No, n (%)	63 (46,7)
			MDA, n (%)	41 (30,4)
			Remisión, n (%)	31 (23,0)
Triglicéridos (mg/dl)	98 (P ₂₅ : 76; P ₇₅ : 134)		DAPSA (mediana)	7,2 (P ₂₅ : 3,0; P ₇₅ : 13,3)
HDLcol (mg/dl)	55 (P ₂₅ : 43; P ₇₅ : 65)		DAPSA (actividad)	
			Remisión, n (%)	55 (40.1%)
			Baja, n (%)	50 (76.6%)
			Moderada, n (%)	30 (21.9%)
			Alta, n (%)	2 (1.5%)
Síndrome metabólico, n (%)	57 (40,7)		BASDAI (n=20)	3.4 (P ₂₅ : 2.1; P ₇₅ : 5.6)

Conclusiones

- En nuestro estudio, el porcentaje de pacientes con AP y SM es similar al de otros estudios publicados.
- Próximo a la significación estadística, que probablemente no se alcanza por el tamaño muestral, DAPSA se relaciona con el SM.
- Una actividad moderada o elevada medida por DAPSA aumenta de forma significativa el riesgo de SM.
- De acuerdo con estos resultados, deberíamos evaluar la presencia de SM en todos los pacientes con AP, especialmente aquellos en los que no se consigue un control de la actividad inflamatoria. Son necesarios nuevos estudios que reafirmen la existencia de esta relación.