

# IMPACTO DE LA OBESIDAD EN LA ENFERMEDAD PSORIÁSICA MODERADA-GRAVE

Álvaro Román Perea<sup>1</sup>, Victoria María Peinado Nuño<sup>1</sup>, Amalia Pérez Gil<sup>2</sup>, Rosalía Martínez Pérez<sup>1</sup>, María Luisa Velloso Feijóo<sup>1</sup>, Raquel Hernández Sánchez<sup>1</sup>.  
<sup>1</sup>UGC Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. <sup>2</sup>UGC Dermatología. Hospital Universitario Virgen de Valme.



## INTRODUCCIÓN

La **psoriasis** es una dermatosis inflamatoria sistémica que frecuentemente asocia comorbilidades como obesidad, factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y artritis psoriásica (APs). La **obesidad** incide en la **eficacia de los tratamientos**, impidiendo alcanzar la remisión de la enfermedad y aumentando los efectos secundarios de los mismos.

## OBJETIVOS

Análisis del **impacto de la obesidad y el sobrepeso en la respuesta a tratamientos biológicos** en pacientes con psoriasis y/o APs moderada-grave.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Revisión de historias digitalizadas de pacientes de la Unidad Multidisciplinar de Psoriasis-Artritis Psoriásica del Hospital de Valme de Sevilla desde enero 2017 a febrero 2024. Análisis de variables demográficas, antropométricas e índices de actividad de enfermedad (PASI, DLQI, DAPSA y ASDAS) por subgrupos (obesidad vs no obesidad, normopeso vs sobrepeso-obesidad) mediante SPSS.

## RESULTADOS

Se evaluaron **340 pacientes**, 179 hombres (52,6%), con edad mediana 51 años (IQR 43,25-59).

Las **características basales** se muestran en la **tabla 1**.

Hábitos tóxicos	❖ Fumador ○ Actual, n (%) ○ Exfumador, n (%) ❖ Bebedor, n (%)	126 (37,1%) 61 (17,5%) 44 (12,9%)
Comorbilidades	❖ Hipertensión arterial, n (%) ❖ Diabetes mellitus, n (%) ❖ Dislipemia, n (%) ❖ Evento cardiovascular adverso importante, n (%) ❖ Hígado graso no alcohólico (EHNA), n (%)	118 (34,7%) 48 (14,1%) 138 (40,6%) 37 (10,9%) 68 (20,1%)
Parámetros analíticos	❖ Colesterol, mediana (RIC) mg/dl ○ LDL, mediana (RIC) mg/dl ○ HDL, median a(RIC) mg/dl ❖ Triglicéridos, mediana (RIC) mg/dl ❖ Ácido úrico, mediana (RIC) mg/dl ❖ PCR, mediana (RIC) mg/dl ❖ VSG, mediana (RIC) mm/h	175 (170-221) 120 (91-143) 50 (43-64) 114 (77,5-64) 5,2 (4,1-6,1) 2 (0,95-5) 8 (5-15,25)
Sobrepeso y obesidad	IMC, mediana (RIC), kg/m² Obesidad, n (%) ❖ Sobrepeso, n (%) ❖ Grado I (leve) y II (moderada) ❖ Grado III o mórbida	28,73 (25,41-33) 130 (38,2%) 133 (39,1%) 110 (32,4%) 20 (5,9%)
Síntoma inicial	❖ Piel, n (%) ❖ Articular, n (%) ❖ Simultánea, n (%)	399 (89,5%) 33 (9,9%) 2 (0,6%)
Tipo de psoriasis cutánea	❖ Vulgar, n (%) ❖ Inversa, n (%) ❖ Guttata, n (%) ❖ Pustulosa palmoplantar, n (%) ❖ Eritrodérmica, n (%) ❖ Ungueal aislada, n (%)	283 (85%) 14 (4,2%) 8 (2,4%) 17 (5,1%) 1 (0,3%) 10 (3%)
Artritis psoriásica	Total, n (%) ❖ Poliarticular, n (%) ❖ Oligoarticular, n (%) ❖ Mixta, n (%) ❖ Axial, n (%) ❖ Interfalángica distal, n (%) ❖ En estudio, n (%)	159 (46,8%) 54 (33,3%) 52 (32,1%) 27 (16,7%) 16 (9,9%) 10 (6,2%) 3 (1,9%)
Tratamientos	Terapia tópica en el momento de corte, n (%) Fototerapia en el momento de corte, n (%) FAMES en el momento de corte, n (%) Número de FAMES previos, mediana (RIC): ❖ Metotrexato, n (%) ❖ Ciclosporina, n (%) ❖ Dimetil fumarato, n (%) ❖ Leflunomida, n (%) ❖ Sulfasalazina, n (%) ❖ Acitretina, n (%) Tratamiento biológico en el momento de corte, n (%): ❖ Etanercept, n (%) ❖ Adalimumab, n (%) ❖ Golimumab, n (%) ❖ Infliximab, n (%) ❖ Certolizumab, n (%) ❖ Ustekinumab, n (%) ❖ Secukinumab, n (%) ❖ Ixekizumab, n (%) ❖ Guselkumab, n (%) ❖ ADA-Biosimilar, n (%) ❖ Risankizumab, n (%) ❖ Tildrakizumab, n (%) ❖ Spesolimab, n (%) ❖ Bimekizumab, n (%) Número de biológicos previos, mediana (RIC)	325 (95,9%) 113 (33,3%) 169 (49,9%) 1 (1-2) 224 (70,4%) 42 (13,2%) 19 (6%) 15 (4,7%) 14 (4,4%) 4 (1,3%) 206 (60,8%) 10 (4,9%) 20 (9,7%) 1 (0,5%) 5 (2,4%) 2 (1,0%) 21 (10,2%) 15 (7,3%) 7 (3,4%) 25 (12,1%) 58 (33,0%) 14 (6,8%) 16 (7,8%) 1 (0,5%) 1 (0,5%) 0 (0-1)

Tabla 1. Características basales.

	Comparación obesos vs no obesos (Odds ratio, p)	Comparación normopeso vs sobrepeso-obesidad (Odds ratio, p)
Diabetes mellitus	3,2 (<0,001)	5,1 (0,005)
Hipertensión arterial	2,0 (0,003)	3,3 (<0,001)
Dislipemia	1,9 (0,006)	2,6 (0,001)
MACE	1,6 (0,167)	3,7 (0,035)
Tabaquismo	0,561	0,215
Consumo de alcohol	0,997	0,335

Tabla 2. Niveles de significación estadística (p) en comorbilidades asociadas a APs.

❖ Respecto del **número de tratamientos biológicos previos**, se observó un **mayor número en obesos** respecto de no obesos, aunque sin diferencias significativas (p=0,362). Sí se observaron diferencias (p=0,021) en pacientes con **obesidad grave**, con una línea de tratamiento biológico más que aquellos con obesidad leve-moderada.

❖ Respecto de los **índices de actividad y calidad de vida (figuras 1-4)**, se observaron valores ligeramente más elevados de PASI y DLQI al comparar obesos con no obesos, pero sin diferencias. Sí se observaron **diferencias al comparar el grupo normopeso y el grupo sobrepeso-obesidad** en PASI y DLQI, no así en DAPSA y ASDAS (baja muestra de pacientes). No se encontraron diferencias al comparar entre las diferentes categorías de puntuación de los índices, aunque sí se observó mayor tendencia a **afectaciones moderadas-altas en el grupo sobrepeso-obesidad** respecto del normopeso. Al comparar los valores inicial y final de los índices y el tratamiento actual con biológicos, no se encontraron diferencias significativas en la distribución en ninguno de los grupos.

❖ Respecto de **otras comorbilidades asociadas**, el sobrepeso-obesidad se asoció significativamente con **HTA, DM, DLP y MACE**, sin encontrarse diferencias con tabaquismo y consumo de alcohol (**tabla 2**).

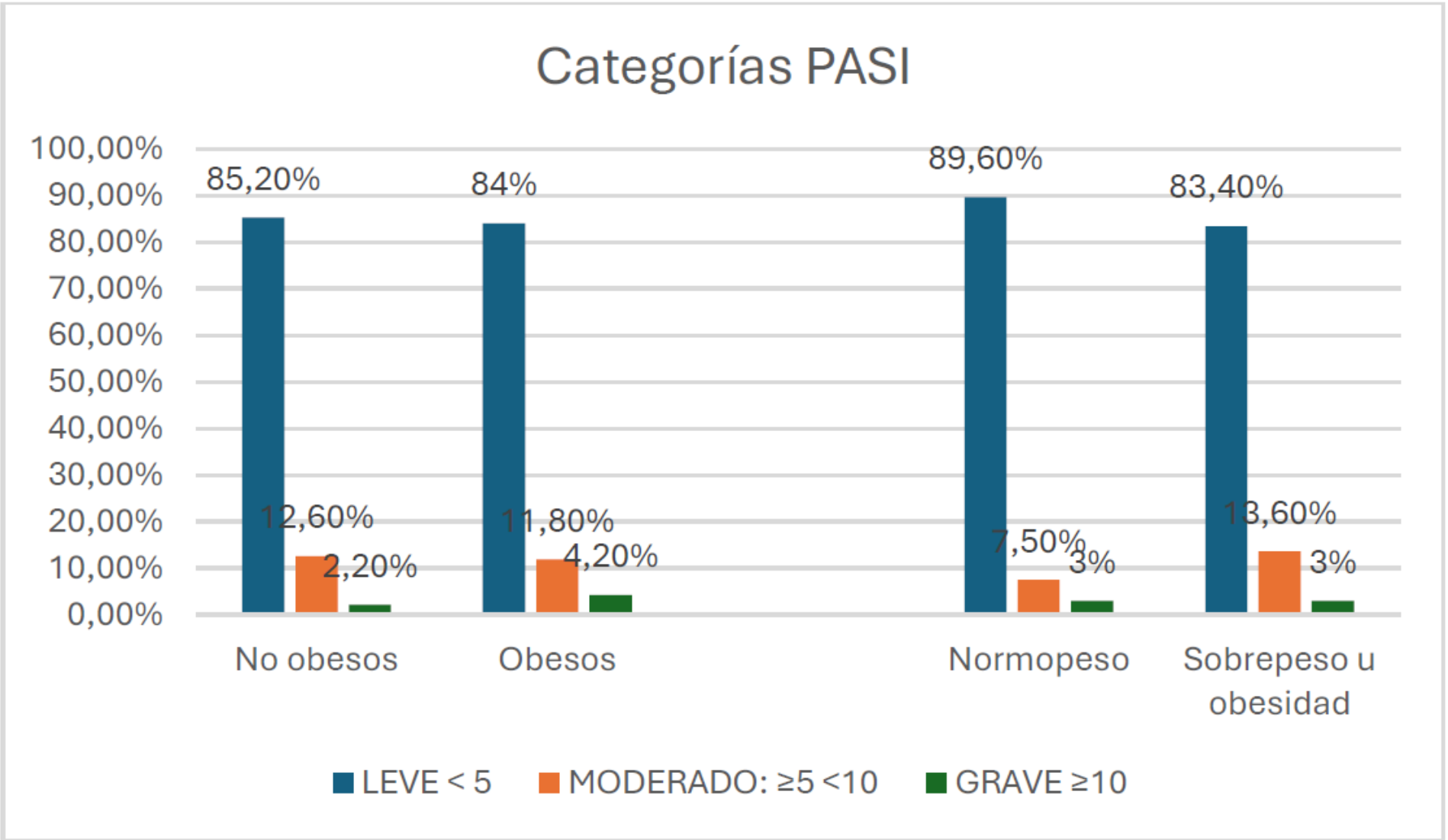


Figura 1. Distribución de las categorías del PASI según obesidad (izquierda) y según sobrepeso u obesidad (derecha).

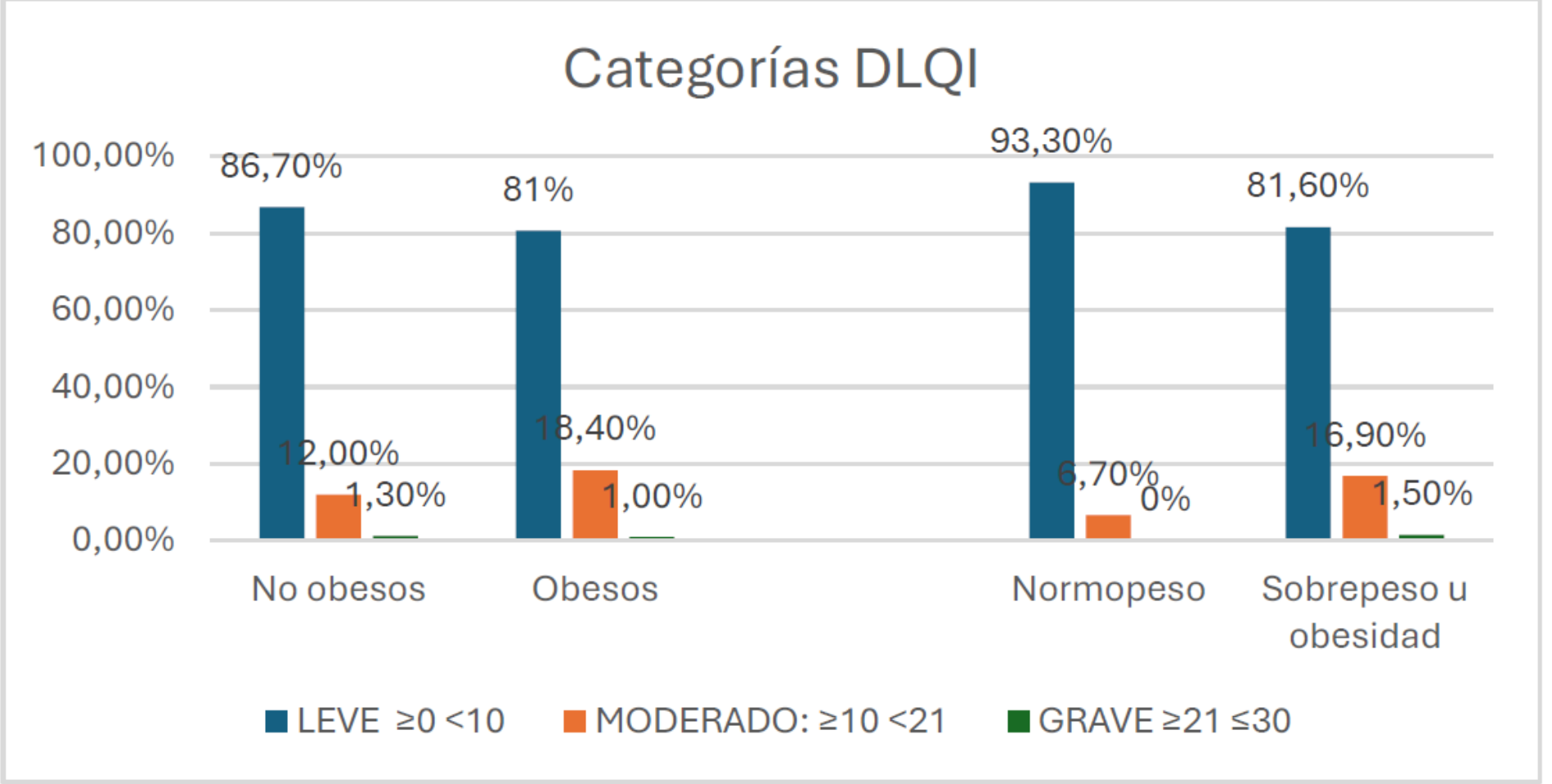


Figura 2. Distribución de las categorías del DLQI según obesidad (izquierda) y según sobrepeso u obesidad (derecha).

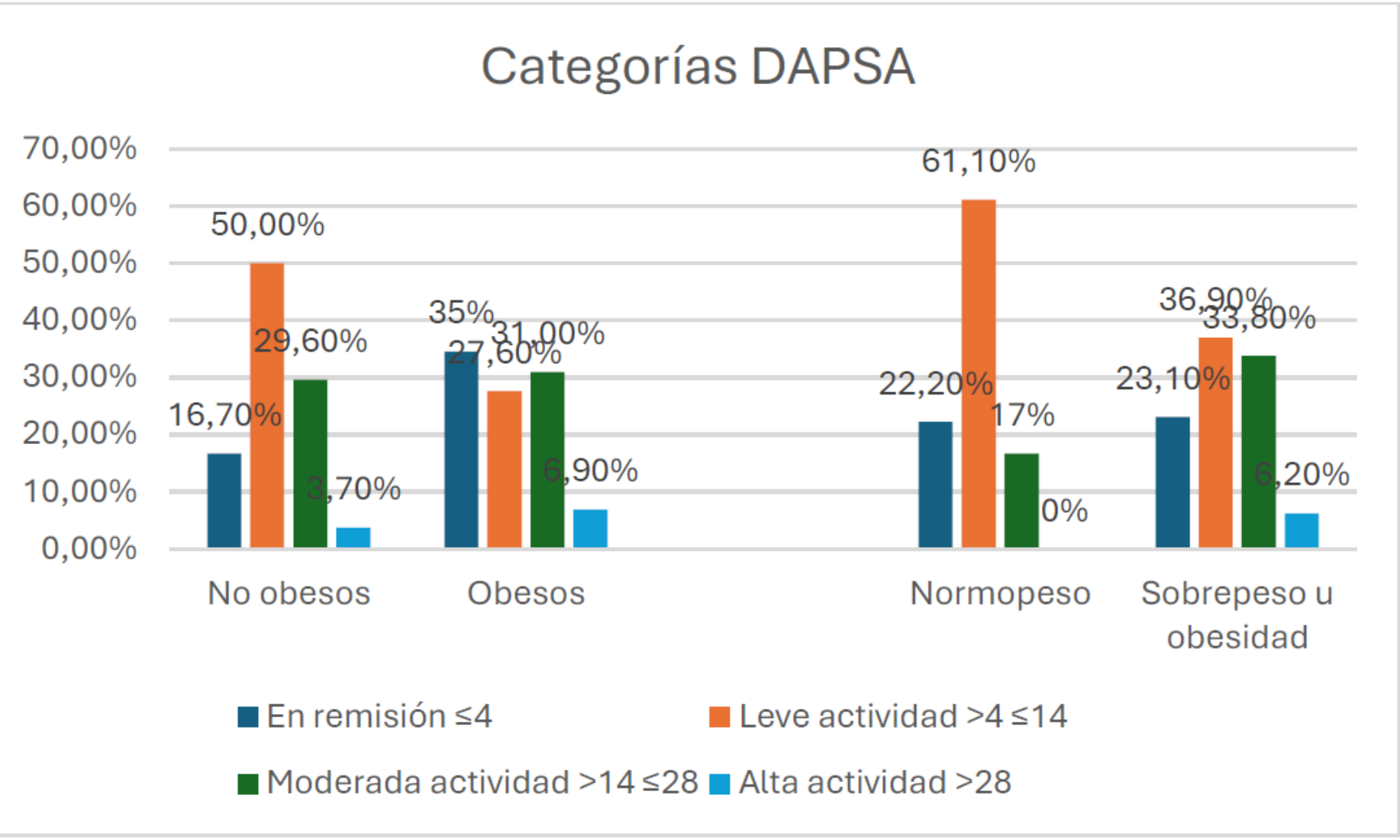


Figura 3. Distribución de las categorías del DAPSA según obesidad (izquierda) y según sobrepeso u obesidad (derecha).

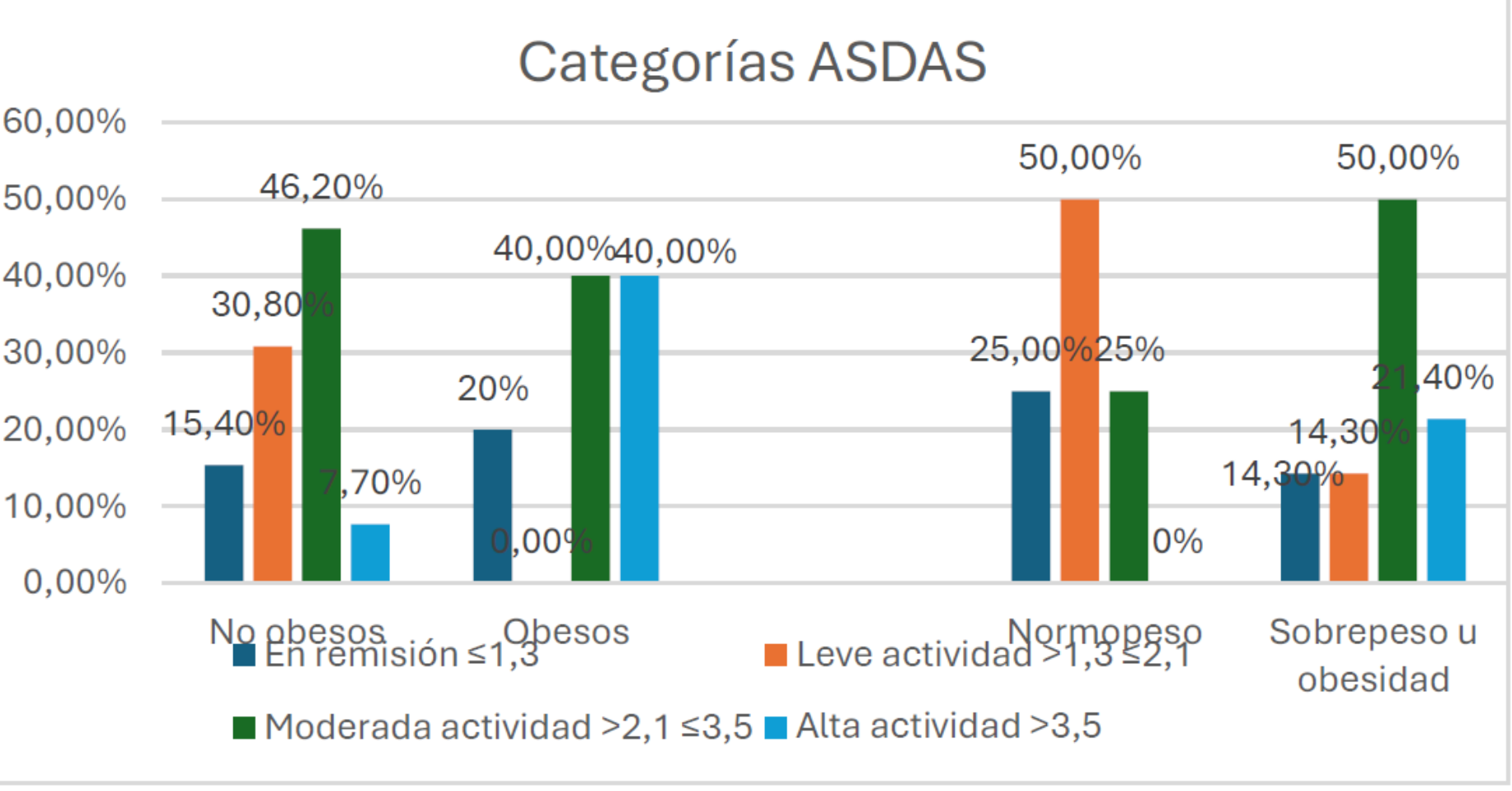


Figura 4. Distribución de las categorías del ASDAS según obesidad (izquierda) y según sobrepeso u obesidad (derecha).

## CONCLUSIONES

La **obesidad** y el **sobrepeso** tienen un **impacto negativo** en la enfermedad psoriásica medido mediante **índices de actividad más altos, mayor afectación en la calidad de vida y mayor número de líneas de biológicos agotados**. Será necesario un abordaje terapéutico integral que considere a la vez ambas condiciones, siendo la **modificación en los hábitos de vida** primordial en el manejo.