

Influencia de la obesidad y las citoquinas del tejido adiposo en la respuesta al tratamiento con inhibidores de JAK en artritis reumatoide

P181

M. Novella-Navarro^{1,2}, A. Van Den Rym³, C. López-Pedrer^{4,5}, A. Martínez-Feito⁶, B. Nieto-Carvalho², K.Reche⁶, C. López-Medina^{4,5}, A. Escudero-Contreras^{4,5}, P. Nozal⁶, ME. Miranda-Carús^{1,2}, I. Monjo-Henry^{1,2}, E. De Miguel^{1,2}, A. Balsa^{1,2}, R. Pérez De Diego³, Ch. Plasencia-Rodríguez^{1,2}. ¹Servicio de Reumatología Hospital La Paz. ²Grupo de investigación InmunoReuma IdiPAZ. ³Laboratorio de inmunogenética de las enfermedades IdiPAZ. ⁴Servicio de Reumatología Hospital Reina Sofía, ⁴Instituto Maimónides de investigación biomédica, ⁶Servicio de Inmunología Hospital La Paz.

Introducción

- ✓ El tejido adiposo se comporta como un órgano endocrino que secreta citoquinas comunes a la artritis reumatoide (AR) y adipoquinas que pueden contribuir a un estado inflamatorio asociado a la obesidad.
- ✓ El papel de la obesidad y de las adipoquinas en la fisiopatología, evolución y respuesta a tratamiento en la AR ha tomado gran interés en los últimos años. Pero la evidencia en la literatura todavía no es suficiente para concluir hasta qué punto la obesidad influye sobre la respuesta a las diferentes dianas terapéuticas.

Objetivo

- ✓ Analizar el papel del índice de masa corporal (IMC) en la respuesta clínica a fármacos inhibidores de JAK (iJAK)en pacientes con AR.
- ✓ Investigar los mecanismos fisiopatológicos de la obesidad y los niveles séricos de adipoquinas en la respuesta a tratamiento.

Métodos

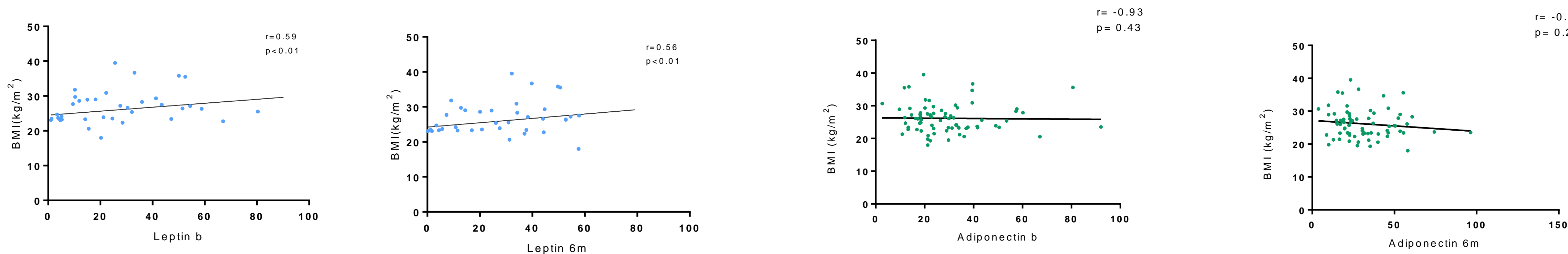
- ✓ Estudio observacional prospectivo de pacientes con AR procedentes de H. La Paz y H. Reina Sofía que iniciaron tratamiento con JAKi.
- ✓ Se recogieron variables en el momento basal (inicio JAKi) y a los 6 meses

basal	6 meses
<div>1.Características demográficas y clínicas</div> <div>2.Actividad clínica:</div> <div>➤Clinical Disease Activity (CDAI)</div> <div>3. Adipoquinas séricas (ELISA):</div> <div>➤Leptina y adiponectina (ng/ml)</div>	<div>1.Actividad/respuesta clínica:</div> <div>➤Clinical Disease Activiyy (CDAI)</div> <div>3. Adipoquinas séricas (ELISA):</div> <div>➤Baja actividad/Remisión (BA/REM)<10</div> <div>➤Leptina y adiponectina (ng/ml)</div>

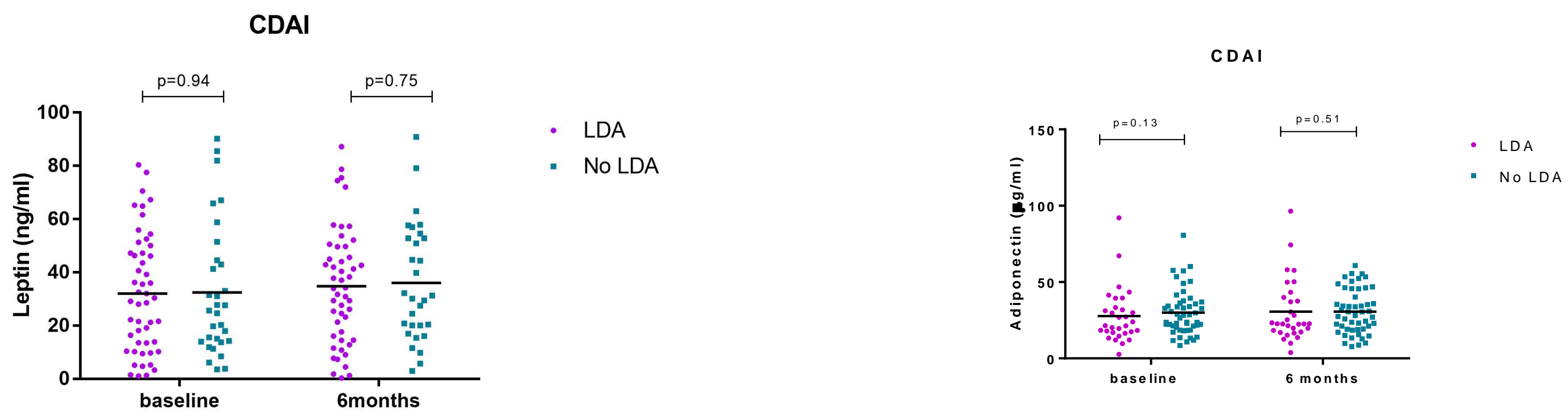
- ✓ Los pacientes se clasificaron de acuerdo a su IMC como **normopeso** (IMC<25kg/m²) o **sobrepeso/obesidad** (IMC≥25kg/m²)
- ✓ Los niveles de leptina y adiponectina se determinaron mediante ELISA.
- ✓ **Análisis estadístico:** las variables cualitativas se analizaron mediante Chi-cuadrado. Las variables cuantitativas se analizaron usando el test U-Mann Whitney. Las correlaciones entre CDAI, IMC y adipoquinas se analizaron con el test de Spearman (p<0,05).

Resultados

- ✓ Se incluyeron un total de 81 pacientes.
- ✓ 44 pacientes (**54.3%**) tenían un **IMC ≥25kg/m2**
- ✓ Los pacientes con mayor IMC tenían mayor edad y un mayor tiempo de evolución de la enfermedad hasta el inicio de iJAK.
- ✓ No se observaron diferencias significativas entre los pacientes clasificados con normopeso frente a los pacientes con sobrepeso/obesidad en cuanto a:
 - ✓ inicio de iJAK en monoterapia o iJAK como primer tratamiento para la AR
 - ✓ la presencia de FR y/o ACPA.
 - ✓ índices de actividad de la enfermedad basal y a los 6 m, ni en la frecuencia de alcanzar la BA/REM.
- ✓ Se observó **correlación positiva** entre **IMC** basal y niveles de **leptina** (r=0,59; p<0,01) y a los 6 meses (r=0,56, p>0,01) y **No** se observó **correlación** con **IMC** y niveles de **adiponectina**.



- ✓ No se encontró correlación entre IMC, niveles de adipoquinas y actividad de la enfermedad.



- ✓ 50 pacientes (61,7%) alcanzaron BA/REM a los 6 meses independientemente del IMC y de los niveles de adipoquinas.

Conclusiones

- ✓ El IMC elevado se asocia con mayores niveles de leptina pero esto no condiciona el alcance de la BA/REM en pacientes tratados con iJAK, por lo que este mecanismo de acción podría ser adecuado para el tratamiento de pacientes con AR que presenten sobrepeso u obesidad.