Gastroenterol Hepatol. 2022;45(Espec Congr 1):89

Gastroenterología y Hepatología

https://www.elsevier.es/gastroenterologia

57 - CAMBIO DE UN RÉGIMEN INTENSIFICADO DE INFLIXIMAB INTRAVENOSO A DOSIS ESTÁNDAR SUBCUTÁNEA EN ADULTOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: NUESTRA EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

I. Chivato Martín Falquina[1], R.M. Saiz Chumillas[1], M.L. Arias García[2], L.A. Hernández[1], B. Vicente González[3], N. Revilla Cuesta[3], L. Andrés Pascual[1] y B. Sicilia Aladrén[2]

[1]Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Burgos. [2]Servicio de Aparato Digestivo, Unidad de Enfermedad Inflamatoria, Hospital Universitario de Burgos. [3]Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital Universitario de Burgos.

Resumen

Introducción: Elegir la subpoblación en la que el cambio de infliximab intravenoso (i.v.) a subcutáneo (s.c.) pueda ser eficiente es un reto por el mayor coste de la nueva formulación de infliximab s.c.

Métodos: Desde marzo de 2021, 14 pacientes diagnosticados de EII (enfermedad de Crohn-EC- o colitis ulcerosa - CU), en remisión clínica desde al menos 6 meses con infliximab i.v., que habían precisado intensificación, por una monitorización reactiva y pérdida de respuesta, o por una monitorización proactiva (niveles 3 ?g/ml), fueron cambiados a infliximab s.c. Analizamos de forma retrospectiva, niveles de calprotectina fecal (CF), proteína C reactiva (PCR), tratamiento concomitante, niveles valle, adherencia al tratamiento, necesidad de intensificación o recaída, y eventos adversos hasta semana 8.

Resultados: Cuatro pacientes (28,57%) estaban diagnosticados de EC, 10 (71,4%) de CU. La media de tratamiento con infliximab, los motivos de iniciar e intensificar el biológico, y los regímenes de intensificación se muestran en la tabla. Once pacientes (78,57%) mantenían un régimen intensificado en el momento del *switch*. Todos los pacientes estaban en remisión clínica y bioquímica (CF 200 ?g/g y PCR 10 mg/dl) antes del *switch*. Los niveles valle medios antes del *switch* eran 6,98 ?g/ml (RIQ 2,4-10,5); a las 8 semanas 14,12 ?g/ml (RIQ 12,22-22,7) (p = 0,003). Trece pacientes (92,8%) siguieron tratamiento y se mantuvieron en remisión clínica. Ningún paciente presentó eventos adversos.

Características basales	N= 14
Edad (años), mediana (RIQ)	49,5 (38-64)
Peso (kg), mediana (RIQ)	70 (61-80)
Sexo (masculino), *n* (%)	9 (62,3)
Fumador o exfumador, *n* (%)	8 (57,1)
Clasificación de Montreal	
Enfermedad de Crohn	
Localización	
L1 *n* (%)	1 (25)
L2 *n* (%)	1 (25)
L3 *n* (%)	1 (25)
L4 *n* (%)	1 (25)
Patrón	
B1 *n* (%)	1 (25)
B2 *n* (%)	1 (25)
B3 *n* (%)	2 (50)
Colitis ulcerosa	
Extensión	
E2 *n* (%)	5 (50)
E3 *n* (%)	5 (50)
Gravedad	
S0 *n* (%)	10 (100)
Duración de la enfermedad (meses), mediana (RIQ)	99,5 (53-262)
Cirugías previas (Enfermedad de Crohn), *n* (%)	2 (14,28)
IFX original, *n* (%)	2 (14,28)
Tratamiento concomitante, *n* (%)	12 (85,71)
Salicilatos tópicos, *n* (%)	9 (64,28)
Immunomoduladores, *n* (%)	9 (64,28)
Corticoesteroids, *n* (%)	5 (37,71)
Motivos para iniciar IFX iv	
Corticodependencia, *n* (%)	6 (42,85)
Corticorefractariedad, *n* (%)	6 (42,85)
Estrategia top-down en fenotipo B2, *n* (%)	2 (14,28)
Tiempo en tratamiento con IFX iv (meses), mediana (RIQ)	53 (33-59)
Tiempo en remisión clínica (meses), mediana (RIQ)	48 (23-58)
Pacientes intensificados en el momento del switch, *n* (%)	11 (78,6)
Motivo de intensificación	
Pérdida de respuesta, *n* (%)	5 (35,7)
Monitorización terapéutica proactiva, *n* (%)	8 (57,1)
Inducción intensificada, *n* (%)	1 (7,1)
Régimen de intensificación	
10mg/kg/8 semanas *n* (%)	11 (78,6)
10mg/kg/6 semanas *n* (%)	1 (7,1)
5mg/kg/6 semanas *n* (%)	2 (14,3)

Conclusiones: En nuestro centro, cambiar a dosis estándar de infliximab s.c. en pacientes que previamente habían necesitado intensificación de infliximab i.v. mantuvo la remisión clínica y bioquímica, doblando los niveles valle del fármaco y sin eventos adversos.

0210-5705/© 2022 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.