



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

## P-77 - ASOCIACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE ADALIMUMAB EN INDUCCIÓN CON LA RESPUESTA BIOQUÍMICA Y EL PERFIL FARMACOCINÉTICO DEL TRATAMIENTO EN ENFERMEDAD DE CROHN

Jose Luis Rueda García<sup>1,2</sup>, Cristina Suárez Ferrer<sup>1,2</sup>, Laura García Ramírez<sup>1,2</sup>, Eduardo Martín Arranz<sup>1,2</sup>, Joaquín Poza Cordón<sup>1,2</sup>, María Sánchez Azofra<sup>1,2</sup>, Clara Amiama Roig<sup>3</sup>, Jesús Noci<sup>1,2</sup>, Lara Perosanz<sup>1,2</sup>, Cristina Cubillo García<sup>1,2</sup>, Cristina García Rojas<sup>1,2</sup>, Katherine Silva<sup>1,2</sup> y María Dolores Martín Arranz<sup>1,2,4</sup>

<sup>1</sup>Unidad de EII, Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario La Paz, Madrid. <sup>2</sup>Instituto de investigación Hospital Universitario La Paz-IdiPAZ. <sup>3</sup>Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario La Paz, Madrid. <sup>4</sup>Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid.

### Resumen

**Introducción:** La utilidad de la determinación de niveles (TDM) de Adalimumab (ADA) durante la inducción con el fármaco en la enfermedad de Crohn (EC) es controvertida.

**Métodos:** Cohorte retrospectiva y unicéntrica de pacientes con EC tratados con ADA y TDM (mediante ELISA) en semana 2 (ADA-w2) y/o semana 6 (ADA-w6). Se recogieron calprotectina fecal (CF), proteína C reactiva (PCR) y niveles en mantenimiento (semana 24 [w24] y semana 52 [w52]). Se consideró remisión bioquímica (RB) CF 200 ug/g y PCR 5 mg/dL. Como objetivo primario se evaluó la asociación de ADA-w6 con RB-w24. Como objetivos secundarios se valoraron las siguientes asociaciones: ADA-w2 y RB-w6/w24/w52, ADA-w6 y RB-w52, correlación ADA-w2/w6 y ADA-w24/w52, así como ADA-w2/w6 y necesidad de intensificación/persistencia de ADA durante el 1<sup>er</sup> año de tratamiento.

**Resultados:** Se incluyeron 112 pacientes (64 en RB-w24); las características se reflejan en la tabla. ADA-w6 era mayor en pacientes en RB-w24 (13,7 &mu;g/ml vs. 10,3 &mu;g/ml, p = 0,0008). ADA-w2 fue mayor en pacientes en RB-w6 (n = 54) (13,5 &mu;g/ml vs. 11,5 &mu;g/ml, p = 0,04). ADA-w6 era menor en pacientes que precisan intensificación en mantenimiento (9,5 &mu;g/ml vs. 14,4 &mu;g/ml, p = 0,0001) así como en pacientes sin persistencia al año (10,8 &mu;g/ml vs. 13,9 &mu;g/ml, p = 0,01). Se halló correlación positiva entre ADA-w6 y ADA-w24/w52 ( $\rho = 0,65/0,55$ ; p 12,3 &mu;g/ml como predictor de RB-w24 con S 50% y E 77,7% (AUC 0,72). La regresión logística identificó como factores asociados a RB-w24: CF basal elevada (OR 0,19, IC [0,06-0,51] p = 0,001), PCR basal elevada (OR 0,11, IC [0,01-0,52], p = 0,01) y ADA-w6 > 12,3 &mu;g/ml (OR 3,44, IC [1,17-11,13], p = 0,02). No se halló significación en el resto de objetivos.



**Conclusiones:** Mayores niveles de ADA-w6 se asociaron a RB-w24 y a un perfil farmacocinético favorable en el mantenimiento (mayores niveles en w24/w52, menor intensificación y mayor persistencia a un año) en EC. ADA-w2 se asoció a RB-w6 pero no a RB-w24/w52.