



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

P-28 - EFICACIA DE DIFERENTES PAUTAS DE INFILIXIMAB EN EL TRATAMIENTO DEL BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA REFRACTARIO A CORTICOIDES ENDOVENOSOS (CORRECT STUDY: COLECTOMY RATES REGARDING INFILIXIMAB TREATMENT SCHEDULE FOR STEROID- REFRACTORY ULCERATIVE COLITIS)

Jordina Llaó¹, Jordi Guardiola², Pilar Nos³, Isabel Pérez Martínez⁴, Beatriz Sicilia⁵, Irene Moraleja⁶, Mª José García⁷, Lorena Bernal⁸, Patricia Suárez⁹, Carlos González Muñoz¹⁰, Javier P. Gisbert^{11,12}, Ignacio Marín Jiménez¹³, Fernando Gomollón^{12,14}, Ramón Dosda¹⁵, Elena Betoré¹⁶, Xavier Calvet^{12,17}, Angel Ponferrada¹⁸, Carlos Taxonera¹⁹, Miquel Marqués Camí²⁰, Fernando Bermejo²¹, Francisco Mesonero²², Berta Caballol^{12,23}, Manuel Barreiro de Acosta²⁴, Marta Teller²⁵, Lidia Cabrinety²⁶, Isabel Pascual²⁷, Pilar Varela²⁸, Manuel Van Domselaar²⁹, Milagros Vela³⁰, Luis Bujanda³¹, Yamile Zabana³², Guillermo Alcaín³³, Carles Leal³⁴, Sílvia Casteller², Míriam Mañosa¹ y Eugeni Domènech¹

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ²Hospital Universitari de Bellvitge, l'Hospitalet de Llobregat. ³Hospital Universitari i Politècnic La Fe, València. ⁴Hospital Universitario Central de Asturias e Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA), Oviedo. ⁵Hospital Universitario de Burgos. ⁶Hospital de Galdakao. ⁷Hospital Universitario Marqués de Valdecilla e IDIVAL, Universidad de Cantabria, Santander. ⁸Hospital General Universitario Dr. Balmis e ISABIAL, Alicante. ⁹Complejo Asistencial Universitario de León. ¹⁰Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau, Barcelona. ¹¹Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS Princesa), Universidad Autónoma de Madrid. ¹²Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD). ¹³Hospital Gregorio Marañón; Medicine Faculty, Complutense University, Madrid. ¹⁴Hospital Clínico Lozano Blesa, Instituto de investigación sanitaria de Aragón (IIS), Zaragoza. ¹⁵Hospital General de Castellón. ¹⁶Hospital San Jorge, Huesca. ¹⁷Parc Taulí, Hospital Universitari, Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí, Departament de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona. ¹⁸Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ¹⁹Hospital Clínico San Carlos e Instituto de Investigación del Hospital Clínico San Carlos [IdISSC], Madrid. ²⁰Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida. ²¹Hospital de Fuenlabrada. ²²Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ²³Hospital Clínic, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona. ²⁴Hospital Universitario de Santiago. ²⁵Althaia, Xarxa Assistencial Universitaria de Manresa. ²⁶Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona. ²⁷Hospital Clínico de Valencia. ²⁸Hospital de Cabueñas, Gijón. ²⁹Hospital de Torrejón. ³⁰Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife. ³¹Hospital Universitario de Donostia, San Sebastián. ³²Hospital Mútua de Terrassa. ³³Hospital Virgen de la Victoria, Málaga. ³⁴Consorci Sanitari de Vic.

Resumen

Introducción: Los brotes graves de colitis ulcerosa ocurren hasta en el 15% de los pacientes. El tratamiento de primera línea son los corticoides endovenosos, pero hasta un 30% de los pacientes no responderá. En los brotes graves corticorrefractarios (BGCR), tanto ciclosporina como infliximab (IFX) han demostrado su eficacia en evitar la colectomía. Dado que diversos estudios han correlacionado los niveles de IFX con la respuesta clínica; y teniendo en cuenta que en el escenario de un brote grave existe una mayor carga inflamatoria (con proteína C reactiva muy elevada y albúmina baja) junto con un aumento de la pérdida intestinal de proteínas, lo que aumenta el aclaramiento del fármaco; se ha propuesto que la utilización de dosis más elevadas de IFX podría mejorar su eficacia en este contexto. No obstante, la evidencia al respecto es limitada y con resultados controvertidos.

Objetivos: Describir las pautas de tratamiento con IFX en BGCR y evaluar su eficacia a corto y medio plazo.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional y multicéntrico; donde se incluyeron pacientes ≥ 18 años, con BGCR que habían recibido tratamiento con IFX (mínimo 2 infusiones) y con un seguimiento mínimo de 3 meses o hasta colectomía/muerte; incluidos en el registro ENEIDA de GETECCU.

Resultados: Se incluyeron 339 pacientes, 207 en pauta convencional (PC) y 132 en pauta intensificada (cualquiera de las tres primeras infusiones > 5 mg/kg) y/o acelerada (segunda infusión antes de 11 días o tercera antes de los 21 días de la segunda) (PIA). No se encontraron diferencias en las características basales de los dos grupos, a excepción de una menor albúmina y uso previo de tiopurinas en la PIA; mediana 30 vs. 31 y 25 vs. 38,2%, p 0.002; respectivamente. La tasa de colectomía a 30, 90 días y 1 año fue significativamente mayor en la PIA (12,9 vs. 1,5; 15,2 vs. 3,9 y 20,9 vs. 9,6; respectivamente, p 0.05). No se encontraron diferencias en la proporción de pacientes que al año discontinuaron IFX (43% PIA vs. 42% PC) ni con aquellos que requirieron la reintroducción de esteroides (15% PIA vs. 22% PC).

Conclusiones: en BGCR las pautas aceleradas y/o intensificadas se asocian a un aumento significativo de la tasa de colectomía al primer y tercer mes, por lo que su uso no sería recomendado, al menos con los criterios utilizados actualmente.