Gastroenterología y Hepatología 47 (2024):S107

Gastroenterología y Hepatología

https://www.elsevier.es/gastroenterologia

P-75 - REMISIÓN CLÍNICA MANTENIDA TRAS *SWITCH* A VEDOLIZUMAB SUBCUTÁNEO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL INCLUSO EN LOS PREVIAMENTE INTENSIFICADOS CON VEDOLIZUMAB INTRAVENOSO. RESULTADOS A UN AÑO

Laura Andrés Pascual, Lara Arias García, Rosa María Saiz Chumillas, Irene Chivato Martín-Falquina y Beatriz Sicilia Aladren

Hospital Universitario de Burgos.

Resumen

Introducción: El vedolizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado indicado en el brote moderado a grave en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). El vedolizumab subcutáneo (SC), ha supuesto una ventaja, en relación a su administración domiciliaria, para los pacientes. Este estudio analiza el porcentaje en la remisión clínica y bioquímica tras 52 semanas de seguimiento, en pacientes en tratamiento inicial con vedolizumab intravenoso (IV) tras *switch* a vedolizumab SC.

Métodos: Se realizó un estudio unicéntrico, descriptico, observacional y retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de EII (19 pacientes), que en el momento de inclusión se encontraban en tratamiento con vedolizumab IV y posteriormente se continuó tratamiento con vedolizumab SC. Por otra parte, se analizó la relación entre los pacientes que estaban bajo un esquema terapéutico intensificado con vedolizumab IV y los niveles sanguíneos del fármaco, frente a los pacientes que no estaban intensificados durante 52 semanas de seguimiento.

Resultados: Diez pacientes (52,6%) fueron diagnosticados de colitis ulcerosa (CU) y 9 pacientes (47,3%) de enfermedad de Crohn (EC). Las razones por las que se inició el tratamiento con vedolizumab IV fueron: pérdida de respuesta a un primer anti-TNF en 10 pacientes (52,6%) y en 3 pacientes (15,7%), se observó una pérdida de respuesta a dos anti-TNF previos. El vedolizumab IV se inició como tratamiento de primera línea en 4 pacientes (21%) por antecedentes neoplásicos y riesgo aumentado de infecciones. Finalmente, en 2 pacientes con EC (10,5%) se inició el tratamiento con vedolizumab como prevención de la recurrencia. 8 pacientes (42,1%) estaban en tratamiento intensificado con vedolizumab IV antes del switch a vedolizumab SC. Todos los pacientes (19; 100%) alcanzaron la remisión clínica y 15 pacientes (78,9%) lograron la remisión bioquímica previamente al switch a vedolizumab SC. Tras 52 semanas de seguimiento, todos ellos lograron las remisión clínica y 17 pacientes (89,4%) la remisión bioquímica. Por lo tanto, la remisión bioquímica se logró hasta en un 10% más de los pacientes después del *switch*. Se objetivó que la remisión bioquímica se logró en un 87% de los pacientes en tratamiento con vedolizumab IV intensificado frente al 100% de los pacientes que no se encontraban bajo el tratamiento intensificado. No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes en régimen intensificado y los que no lo estaban. Se suspendió vedolizumab SC en un paciente durante el seguimiento, por presentar dolor muscular iniciándose de nuevo vedolizumab IV.

Conclusiones: La remisión clínica se mantuvo tras el *switch* a vedolizumab SC, lográndose una remisión bioquímica en el 89,4% de los pacientes tras un año de seguimiento. Los niveles del fármaco se mantuvieron, incluso en los pacientes previamente intensificados con vedolizumab IV.

0210-5705/© 2024 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.