



# Gastroenterología y Hepatología



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

## P-72 - RESULTADOS DE VIDA REAL CON UPADACITINIB EN MONO Y COMBOTERAPIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN GRAVE

Marisa Iborra, Paula Ripoll, Alejandro Mínguez, Guillermo Bastida, Mariam Aguas, Alejandro Garrido, Elena Cerrillo y Pilar Nos

Gastroenterología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

### Resumen

**Introducción:** El upadacitinib (UPA) es el primer inhibidor de JAK oral aprobado para el tratamiento de la enfermedad de Crohn (EC). Los datos de eficacia y seguridad proceden principalmente de los ensayos clínicos.

**Objetivos:** Evaluar la efectividad y seguridad en vida real de UPA a corto plazo, tras inducción, en pacientes con EC.

**Métodos:** Estudio unicéntrico, observacional y prospectivo en pacientes que recibieron UPA desde la aprobación. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y de enfermedad, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), así como tratamientos previos. Se evaluó la mejoría clínica y la mejoría biológica (PCR y calprotectina fecal, los eventos adversos (EA) y hospitalizaciones.

**Resultados:** Incluimos 16 EC: 10 mujeres (63%), edad 37,5 (26-43) años, 2 con  $\geq$  65 años y tiempo evolución enfermedad 14,9 (4,7-16,4) años. Siete pacientes (44%) no tenían FRCV, 3 (18%) tenían 1 y 6 (38%)  $\geq$  2 FRCV. Ocho (50%) habían recibido al menos 2 antiTNF, 7 (44%) vedolizumab, 12 (75%) ustekinumab y 3 (19%) otro anti-JAK. La indicación principal fue inducción de remisión por actividad luminal en monoterapia 6 (38%) y combinado con biológico 4 (25%); tratamiento MEI en monoterapia 1 (6%) y combinado con biológico 3 (19%); profilaxis de recurrencia 1 (6%) y enfermedad perianal 1 (6%). Ocho pacientes (50%) llevaban biológico asociado al inicio de UPA (4 anti-TNF, 2 vedolizumab y 2 ustekinumab). Las dosis de inducción fueron 45 mg en 12 (75%) pacientes, 30 mg en 3 (19%) y 15 mg en uno (6%). Presentaron EA 8 pacientes: 6 leves (acné (2), dislipemia, bronquitis, cefalea, hipopotasemia) y 2 graves, con UPA en monoterapia, sin clara relación y que llevó a la retirada sin completar inducción (angioedema e infección por *E. coli* productora de toxina Shiga). En la tabla se especifica la respuesta al tratamiento clínica y bioquímica.

IHB

PCR mg/L

CF  $\mu\text{g/g}$

Remisión clínica

Normalización C

**Conclusiones:** UPA es efectivo y seguro a corto plazo en pacientes con EC muy refractarios, incluso a otros anti-JAK, y en combinación con tratamientos biológicos.