



Gastroenterología y Hepatología

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



P-87 - EFICACIA Y SEGURIDAD DEL USO DE USTEKINUMAB INTRAVENOSO EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Vanessa Camila Jarrín Pesantes, Óscar Moralejo Lozano, María Abanades Tercero, Lucía Ruano Pérez, Rosario Salmoral Luque, Concepción Muñoz Rosas y Rafael Ángel Gómez Rodríguez

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Toledo.

Resumen

Introducción: Ustekinumab (UST) está aprobado para pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) moderada-grave que no responden al tratamiento estándar y/o anti-TNF. Se ha reportado remisión clínica hasta en un 43,8-53,1% a la semana 52; no obstante, hasta el 35% de los pacientes experimentan pérdida de respuesta con el tiempo. En este contexto, se ha propuesto el mantenimiento intravenoso (IV) de UST como una alternativa. Nuestro objetivo es evaluar la eficacia del mantenimiento de UST IV en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) con respuesta parcial o pérdida de respuesta a UST subcutáneo (SC).

Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluyó a pacientes con EII activa a pesar del tratamiento con UST subcutáneo (SC). El objetivo principal fue la remisión clínica, definida como un Índice de Harvey-Bradshaw (HBI) ≤ 4 para la EC y un *score* de Mayo parcial (pMS) ≤ 2 para la CU. La remisión bioquímica fue un objetivo secundario, definida como calprotectina fecal $< 250 \mu\text{g/g}$ o proteína C reactiva (PCR) $< 5 \text{ mg/L}$. Otros objetivos secundarios fueron los niveles basales de UST y cualquier efecto adverso. Las variables se analizaron a la semana 12 y al final del seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes. El final del seguimiento para el IHB fue en el día 127,5 (101,5, 215), y para el pMS en el día 112 (83, 173). En la EC, la remisión clínica fue significativa tanto a la semana 12 (basal 37,5%, semana 12 81,25%, $p = 0,0156$) como al final del seguimiento (75,0%, $p = 0,0312$). Por el contrario, en la CU, la remisión clínica no mostró una reducción significativa (basal 22,22%, semana 12 22,22%, final 55,56% [$p = 0,25$]); sin embargo, el pMS se redujo significativamente a la semana 12 (basal 5,11 [desviación estándar DE 2,71]; semana 12 3,67 [DE 2,18], $p = 0,026$) y al final del seguimiento (2,78, DE 2,44, $p = 0,0407$). La calprotectina fecal no disminuyó significativamente (basal 1900,4 [539, 2690]; semana 12 1580,95 [1006,8, 2111,2]; final 1689,3 [1006,8, 2192,7]; $p > 0,05$) ni mostró remisión bioquímica significativa (basal 4,35%; semana 12 18,18%; final 17,39%; $p > 0,05$). Por otro lado, la PCR tuvo una disminución significativa (basal 5,8 [2, 11,5]; semana 12 3,8 [2,1, 10,9] $p = 0,1382$; final 3,6 [1,65, 7,85] $p = 0,0075$), pero no remisión bioquímica significativa (basal 40%; semana 12 56,52% $p = 0,1250$; final 62,50% $p = 0,0703$). No se observaron diferencias en los resultados de calprotectina o PCR al analizar subgrupos de pacientes con EC o CU. Los niveles de UST aumentaron durante el estudio (basal 4,47 [DE 4,50]; semana 12 8,45 [DE 3,69] $p = 0,1960$; final 11,02 [DE 4,22] $p = 0,0345$). Se registraron

efectos adversos en 3 de 25 pacientes: artralgias y astenia, habiéndose suspendido el tratamiento solo en uno de estos.

Conclusiones: El tratamiento de mantenimiento con UST IV puede ser una alternativa en pacientes con EII que tienen respuesta parcial o pérdida de respuesta al UST SC, particularmente en la EC.