



P-46 - LA MONITORIZACIÓN DE NIVELES Y ANTICUERPOS DE INFLIXIMAB PREDICEN SU EFICACIA INDEPENDIENTEMENTE DE HLA-DQA1*05

Inmaculada Alonso-Abreu¹, Belén Vera¹, Milagros Vela², Andrea Morant¹, Andrés Franco-Maside³, J.S. Medina-Chico¹, Laura Ramos¹, Cristina Reygosa¹, Yvelise Barrios del Pino³, Alejandro Jiménez⁴, Fernando Gutiérrez⁴, Manuel Hernández-Guerra¹ y Marta Carrillo-Palau¹

¹Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. ²Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife. ³Servicio de Inmunología, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. ⁴Unidad de Investigación, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.

Resumen

Introducción: Hasta un 40% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en terapia con infliximab (IFX) presentan fallo primario o secundario. La monitorización de niveles plasmáticos de IFX (pIFX) y anticuerpos antifármaco (ATI) ha demostrado predecir su eficacia, pero se desconoce si el alelo HLA-DQA1*05 impacta en el rendimiento de la monitorización terapéutica.

Objetivos: Evaluar el impacto clínico de la monitorización de niveles pIFX y ATIs en pacientes con EII, y determinar la influencia del alelo HLA-DQA1*05 en la respuesta clínica y la persistencia.

Métodos: Estudio observacional, multicéntrico y prospectivo en práctica clínica real. Se incluyeron pacientes > 18 años con diagnóstico de enfermedad de Crohn (EC) o colitis ulcerosa (CU) que iniciaron IFX entre octubre de 2020 y octubre de 2022. Se registraron características demográficas, parámetros clínicos e inflamatorios, y cuestionarios de calidad de vida (PRO) en visita basal y semanas 6, 14, 30, 12 y 24 meses. En los mismos puntos, se cuantificaron niveles de pIFX y ATI. Se realizó la tipificación genómica del alelo HLA-DQA1*05. El análisis estadístico incluyó correlaciones de Pearson para evaluar la relación entre niveles pIFX y actividad de la enfermedad, curvas ROC para identificar puntos de corte óptimos de pIFX asociados con remisión clínica, y curvas de Kaplan-Meier para determinar la persistencia del tratamiento. Se empleó regresión logística para identificar factores asociados con la suspensión del tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 111 pacientes (46% mujeres, edad 45 ± 17 años) con 38% EC, 54% CU y 6% colitis indeterminada con una mediana de seguimiento de 18(14-24). El 88% eran naïve a anti-TNF y el 39% iniciaron IFX combinado con inmunomoduladores. Al inicio del estudio, el 67% tenía enfermedad activa, con niveles elevados de calprotectina fecal (CF > 150 mg/kg) y PCR (> 5 mg/dL). En la semana 6, niveles pIFX > 3 ?g/mL se asociaron con remisión clínica y persistencia del tratamiento, pIFX > 7 ?g/mL se relacionaron además con menor uso de esteroides y necesidad de intensificación a medio y largo plazo. Al calcular punto de corte óptimo, en semana 6, pIFX > 13 ?g/mL se correspondieron con remisión biológica, que incluía VGS = 0, PCR < 5 y CF < 150. ((AUC = 0,65; p < 0,05). Además, pIFX > 11 ?g/mL predijo remisión biológica a largo plazo (30 semana) (AUC = 0,66; p < 0,05). A los 12 meses, pIFX > 3 ?g/mL se asoció con remisión clínica y persistencia del tratamiento (AUC = 0,66; p < 0,05). De los pacientes incluidos, el 40% (49) suspendió IFX, y 42 de ellos lo hicieron en el primer año. La suspensión precoz se asoció con CF > 150 mg/kg y PCR > 5 mg/dL en basal y niveles pIFX < 7 ?g/mL en semana 6. No se encontró asociación

entre el alelo HLA-DQA1*05 y la suspensión del tratamiento.

Conclusiones: Niveles pIFX > 7 µg/mL predicen remisión clínica y mayor persistencia del tratamiento a medio y largo plazo. La presencia de HLA-DQA1*05 no influye en la decisión de suspensión de IFX.