



Gastroenterología y Hepatología



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

P-89 - USTEKIMUMAB (UST) EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII): OPTIMIZACIÓN Y PERSISTENCIA

Claudia Cepero¹, Paula Oliver¹, Gemma Valldosera^{1,2}, Carme Abadia de Barbarà^{1,2}, Lidia Cabrinety^{1,2}, Alicia Moline^{1,2}, Carolina Serena², Pilar López³, Albert Pardo¹, Joan Carles Quer¹ y Margarita Menacho^{1,2}

¹Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona. ²Grupo IBODI, Instituto de Investigación Sanitaria Pere Virgili (IISPV), Tarragona. ³Servicio de Farmacia, Hospital Joan XXIII, Tarragona.

Resumen

Introducción: Ustekinumab (UST) ha demostrado su eficacia como tratamiento de inducción y mantenimiento en la enfermedad de Crohn (EC) y en la colitis ulcerosa (CU). En los estudios pivotales un 25-30% de los pacientes pierden respuesta. En la práctica clínica suele ser necesario la optimización del tratamiento, sin que exista una estrategia consensuada.

Objetivos: Evaluar la tasa de intensificación (reinducción iv y/o disminución del intervalo entre dosis) tanto por respuesta primaria parcial (RPP) como por pérdida de respuesta secundaria (PRS) en pacientes con EII en tratamiento con UST y valorar la eficacia de dichas estrategias.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional. Se incluyen pacientes con EC o CU en tratamiento con UST entre enero 2019 y octubre 2024. Se excluyeron pacientes con reservoritis y pacientes que no hubieran recibido al menos una dosis intravenosa (iv) y una subcutánea (SC).

Resultados: Se incluyen 52 pacientes, 65% mujeres y con una edad media de $46,9 \pm 15,7$ años. El 64% padecían EC y el resto CU, con una duración mediana de la enfermedad de 13,5 años (rango 1-47). El 87% de los pacientes habían recibido terapia con fármacos biológicos previamente (31 pacientes un fármaco, 13 pacientes dos fármacos y 1 paciente 3 fármacos). La persistencia del tratamiento con UST fue del 88% (46/52) después de una mediana de seguimiento de 35 meses (rango 3-142) desde el inicio del tratamiento hasta el fin del seguimiento. En 23/52 pacientes (44%) se requirió intensificación después de una mediana de 28 semanas de tratamiento (rango 6-260), en la mayoría de los pacientes (16/23; 70%) por PRS y el resto por RPP. Respecto a la estrategia de intensificación, en 10 pacientes se disminuyó el intervalo sin reintroducción y en los 13 restantes se realizó combinación de ambas estrategias. En 9/23 pacientes intensificados (39%) se indica UST iv de mantenimiento, y en el resto sc. En 7/23 pacientes se indica una pauta intensificada (cada 4 o 6 semanas) desde el inicio del tratamiento. En 9/23 pacientes la intensificación se instaura en las primeras 16 semanas de tratamiento. Al final del seguimiento, 19/23 pacientes intensificados (83%) mantienen tratamiento con UST. No hemos encontrado diferencias significativas en las características demográficas, clínicas o de tratamiento biológico previo entre los pacientes que se intensifican y los que no.

Conclusiones: En nuestra serie, casi la mitad de los pacientes con UST requieren intensificación del tratamiento, la persistencia del tratamiento es muy elevada tanto de forma global como en los pacientes intensificados y la estrategia de intensificación con UST es muy variable.