



# Gastroenterología y Hepatología



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

## P-59 - UTILIDAD DE LOS NIVELES DE USTEKINUMAB EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EXPERIENCIA EN UN CENTRO TERCIARIO

Irene García de la Filia Molina, Francisco Mesonero Gismero, Julia López Cardona, Cristina Fernández Fernández, Garbiñe Roy Ariño, Teresa Gramage Caro, Antonio López San Román y Agustín Albillos Martínez

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** El empleo de niveles de ustekinumab (UTK) puede ser útil en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), no obstante, existe poca evidencia en la práctica clínica.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, unicéntrico de pacientes con EII en mantenimiento con UTK en los que se midieron niveles (ELISA,  $\mu\text{g/mL}$ ), entre octubre 2021-agosto 2024. Ante la ausencia de un protocolo específico, la determinación de niveles se dividió en dos estrategias: reactiva (pacientes con actividad clínica y/o bioquímica) y proactiva (pacientes en remisión). El objetivo fue evaluar la utilidad de los niveles de UTK para guiar las decisiones terapéuticas, siguiendo los valores de referencia del consenso de GETECCU 2024.

**Resultados:** Se incluyeron 74 pacientes (tabla): 74% con estrategia proactiva (actividad: 20% clínica, 22% bioquímica, 58% ambas) y 26% reactiva. Dentro del grupo reactivo, se intensificó UTK en el 65% (56% con UTK  $< 1,5$ , 36% con UTK 1-3), alcanzándose respuesta/remisión en 39%/42%, tras mediana de 132 (110-172) días; no se modificó en 20% (82% con UTK  $> 1,5$ ) considerando control aceptable de la EII con niveles terapéuticos; y se suspendió en 15% (todos con UTK  $> 3$ ), asumiendo ausencia de beneficio del tratamiento. En el grupo proactivo el motivo principal de determinar niveles fue valorar la desescalada del tratamiento. En ellos, se modificó la dosis de UTK en 58%: espaciándose en 53% (todos con UTK  $> 3$ ) e intensificándose en 5,3% (UTK  $< 1,5$ ). Globalmente, la determinación de niveles tuvo impacto clínico en el 70%, influyendo en la decisión terapéutica en el 75% de la estrategia reactiva y guiando el ajuste de dosis en el 58% de la proactiva. Tras una mediana de 12 (5-28,5) meses, el 82% de los pacientes continuaba con UTK (95% de proactiva, 78% de reactiva).

Tabla 1. Características basales de los pacientes

N = 74	
<b>Género</b>	
Masculino; Femenino	47 (63.5%); 27 (36.5%)
<b>Edad, media ± DE (años)</b>	47 ± 16
<b>IMC, mediana (IQR)</b>	23.8 (19.7-25.8)
<b>Edad al diagnóstico, mediana (IQR)</b>	30 (19-44)
<b>Fenotipo de EII (Montreal)</b>	
<b>CU</b>	13 (17.6%)
E1, E2, E3	0 (0%); 3 (4.1%); 10 (13.5%)
<b>EC</b>	61 (82.4%)
A1, A2, A3	9 (12.2%), 38 (51.4%), 14 (18.9%)
L1, L2, L3	24 (32.4%), 8 (10.8%), 29 (39.2%)
L4	8 (10.8%)
B1, B2, B3	24 (32.4%), 24 (32.4%), 13 (17.6%)
Enfermedad perianal	19 (25.7%)
<b>Cirugía previa</b>	18 (24.3%)
<b>Hábito tabáquico</b>	
Fumador activo; Ex-fumador; Nunca fumador	18 (24.3%); 16 (21.7%); 40 (54%)
<b>Terapia concomitante con UTK</b>	
Azatioprina; Metotrexato	7 (9.5%)
	6 (8.1%); 1 (1.4%)
<b>Duración del tratamiento con UTK (meses), media ± DE</b>	42 (±21)
<b>Estrategia</b>	
Proactiva: dosis estándar /dosis intensificada	19 (26%); 6 (32%) /13 (68%)
Reactiva: dosis estándar /dosis intensificada	55 (74%); 42 (76%) /13 (24%)
<b>Niveles de UTK (μg/mL), mediana (IQR)</b>	
Proactiva: dosis estándar/dosis intensificada; Reactiva	1.3 (0.4-6) / 6.8 (3.7-10.9); 1.9 (0.9-4.4)
<b>Actividad clínica de la enfermedad</b>	
Remisión (EC: HBI ≤4; CU: SCCAI ≤1)	30 (40.5%)
Enfermedad luminal activa (EC: HBI ≥ 5; CU: SCCAI ≥ 2)	41 (55.4%)
Enfermedad perianal activa (drenaje de fistulas activas)	3 (4.1%)
<b>Actividad bioquímica</b>	
Remisión (PCR ≤5 mg/L y/o CF ≤150/250 μg/g en EC/CU)	34 (45.9%)
Actividad (PCR >5 mg/L y/o CF >150/250 μg/g en EC/CU)	40 (54.1%)

DE: Desviación estándar; IQR: Rango intercuartílico; IMC: Índice de masa corporal; EII: Enfermedad inflamatoria intestinal; CU: Colitis ulcerosa; EC: Enfermedad de Crohn; UTK: Ustekinumab; SCCAI: Simple Clinical Colitis Activity Index; HBI: Índice de Harvey-Bradshaw; PCR: Proteína C reactiva; CF: Calprotectina fecal.

**Conclusiones:** La determinación de niveles es útil para guiar las decisiones clínicas durante el tratamiento con UTK, permitiendo seleccionar candidatos para intensificación/desescalada y mantenimiento/discontinuación del tratamiento.