

Resultados: Incluimos a 77 pacientes (22 CU, 54 EC) con una edad media de $46,2 \pm 15,7$ años, el 57,1% varones. Ambos grupos (41 PRO, 36 CLN) tenían características basales comparables con la excepción de más cirugías previas en EC del grupo PRO (37,1% vs 8,7%, $p = 0,015$). No encontramos diferencias en RC en semana 14 (58,5% PRO, 63,8% CLN), semana 38 (60,9% PRO, 77,7% CLN), ni semana 54 (62,5% PRO, 77,7% CLN). No encontramos diferencias en RP en semana 14 (21,9% PRO, 16,7% CLN), semana 38 (19,5% PRO, 0% CLN), ni semana 54 (12,5% PRO, 2,7% CLN). Estratificando en CU y EC, tampoco observamos diferencias en el porcentaje de RC ni RP. 13 pacientes con RC y niveles infraterapéuticos fueron intensificados en semana 14 en el grupo PRO. Sin embargo, no se han encontrado diferencias en pérdida de respuesta secundaria en semana 54 en aquellos pacientes en RC tras la inducción (PRO 0, 0%, CLN 2, 8,7%, $p = 0,22$). Se retiró CT-P13 debido a ausencia de respuesta primaria (4 PRO, 5 CLN), por pérdida de respuesta secundaria (3 PRO, 2 CLN) y por eventos adversos (5 PRO, 1 CLN).

Conclusiones: En nuestra serie, un manejo proactivo basado en los niveles de IFX postinducción no mejora las tasas de respuesta ni de remisión clínica en el primer año. La intensificación de pacientes en remisión clínica y niveles infraterapéuticos en semana 14, no parece prevenir de forma significativa la pérdida de respuesta secundaria en el primer año.