Gastroenterol Hepatol. 2018;41(Espec Congr 2):218

Gastroenterología y Hepatología

https://www.elsevier.es/gastroenterologia

P-94 - TRATAMIENTO COMBINADO CON AFÉRESIS LEUCOCITARIA TRAS PÉRDIDA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO BIOLÓGICO ANTI-TNF EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

I. Rodríguez-Lago[1], L. Sempere[2], A. Gutiérrez[2], B. Beltrán[3], E. Saez[3], E. Hinojosa[4], M. Mora[4], F. Cañete[5], M. Mañosa[5], S. Khorrami[6], D. Ginard[6] y J.L. Cabriada[1]

[1]Servicio de Digestivo, Hospital de Galdakao. [2]Servicio de Digestivo, Hospital General Universitario de Alicante. [3]Servicio de Digestivo, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia [4]Servicio de Digestivo, Hospital de Manises. [5]Servicio de Digestivo, Hospital Universitario German Trias i Pujol, Badalona [6]Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca

Resumen

Introducción: La granulocito-monocito aféresis (GMA) elimina selectivamente los leucocitos activados junto con ciertos mediadores inmunitarios. Esta técnica ha demostrado ser segura y efectiva especialmente en la colitis ulcerosa (CU). Los fármacos anti-TNF también son efectivos en la CU moderada-grave, pero una proporción significativa de pacientes no responde durante a la inducción o pierde la respuesta a lo largo del tiempo. El objetivo de nuestro estudio era evaluar la efectividad y seguridad de la combinación de GMA tras la ausencia de respuesta primaria o secundaria a la terapia anti-TNF en enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y multicéntrico. Recogimos datos sobre las principales características de la EII, así como el número de sesiones de GMA, su frecuencia, el volumen de sangre filtrada y el tiempo de cada sesión. La eficacia del tratamiento se evaluó mediante parámetros clínicos y analíticos tras 1 y 6 meses de finalizar la GMA. Recogimos además la necesidad de cambios del tratamiento biológico, uso de corticoides y colectomía durante el seguimiento.

Resultados: Incluimos veintisiete pacientes (38 años [RIQ 28-48], 63% hombres, duración de la enfermedad de 47 meses [RIQ 36-105]) en 6 unidades de EII. La mayoría de ellos tenían un diagnóstico previo de CU (93%), 1 de Crohn y 1 de EII-I. Catorce estaban en tratamiento con infliximab, 10 con adalimumab y 3 con golimumab; 67% con intensificación de dosis o frecuencia. La GMA se indicó con más frecuencia tras una pérdida de respuesta secundaria (74%) y en el 63% de los pacientes recibieron ≥ 10 sesiones. Quince pacientes (56%) estaban recibiendo el primer tratamiento biológico, mientras que el 44% habían recibido al menos un anti-TNF previo. El Mayo parcial al inicio del estudio fue de 6 (RIQ 5-8). La actividad clínica disminuyó significativamente al mes (2 [RIQ 1-7]) y 6 meses (1,5 [RIQ 0-6]), ambos $p < 0,005$. La PCR inicial fue de 2,2 mg/L (RIQ 0,6-8,9), albúmina 3,4 g/L (RIQ 2,9-4), hemoglobina 11,4 g/dL (RIQ 10,8-12,8) y calprotectina 2.239 mg/kg (RIQ 1.189-3.150). La PCR y la calprotectina disminuyeron después de 1 mes ($p = 0,5$ y 0,008) y 6 meses ($p = 0,05$ y 0,04), respectivamente. Un paciente presentó un efecto adverso relacionado con la técnica (ansiedad). El seguimiento clínico fue de 30,5 meses (RIQ 11-64). Ocho

pacientes (30%) lograron remisión clínica sin corticoides, intensificación del anti-TNF, cambio de biológico ni cirugía. Cinco pacientes pudieron desintensificar el tratamiento. Siete pacientes (26%) requirieron intensificación del anti-TNF. Nueve pacientes (33%) iniciaron un nuevo fármaco biológico y tres (11%) fueron intervenidos durante el primer año de seguimiento.

Conclusiones: La combinación de GMA al tratamiento anti-TNF ofrece una alternativa segura y eficaz tras de la pérdida de respuesta a los fármacos biológicos, con una disminución significativa en la actividad clínica y de los biomarcadores.

© 2018 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados