



Gastroenterología y Hepatología



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

101 - LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES EN REMISIÓN CLÍNICA CON VEDOLIZUMAB CONSIGUEN CURACIÓN MUCOSA: EXPERIENCIA EN VIDA REAL EN NUESTRO CENTRO

M. Calvo Moya¹, I. Omella Usieto², M.I. Vera Mendoza¹, V. Matallana Royo¹, I. González Partida¹, M. Manso Manrique³, B. Menchén Viso³, R. Lucas Tellez¹, M. González Rodríguez¹, P. Bella del Castillo¹ e Y. González Lama¹

¹Unidad de EII, Servicio de Gastroenterología y Hepatología; ²Servicio de Gastroenterología y Hepatología; ³Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.

Resumen

Introducción: Los objetivos terapéuticos actuales en la enfermedad inflamatoria intestinal incluyen no solo la ausencia de síntomas, sino también la resolución de las lesiones endoscópicas, conocida como curación mucosa (CM), pues se ha relacionado con mejores resultados. Los datos sobre CM con vedolizumab (VDZ) en práctica clínica son escasos.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo en un hospital terciario en el que se incluyeron pacientes que tenían una colonoscopia basal con actividad y que lograron remisión clínica con el tratamiento con VDZ, definido por una puntuación en el índice Mayo parcial 2 para colitis ulcerosa (CU) y de 4 en el índice de Harvey-Bradshaw (HBI) para la enfermedad de Crohn (EC). Se realizó una colonoscopia de seguimiento para valorar CM según práctica clínica. En pacientes con CU, CM se definió como puntuación = 0 en el índice de Mayo endoscópico (MES) y la respuesta por la disminución en el MES ≥ 1 punto. En la EC, por una puntuación de 0-3 en el SES-CD o de 0-10 en el índice de Rutgeerts y por una disminución en un 50% o por una puntuación ≥ 2 en comparación con la basal respectivamente.

Resultados: Se analizaron 118 pacientes tratados con VDZ y 45 cumplieron los criterios de inclusión. El seguimiento medio fue de 21 meses (IQR: 14-19). La colonoscopia de seguimiento se realizó después de una mediana de 12 meses (IQR: 9-17) de tratamiento. Se consiguió CM en 33 pacientes (73%): 17/23 con EC (74%) y 16/22 con CU (73%). Respuesta endoscópica en 9 de los 12 pacientes restantes: 3/6 con EC y 6/6 con CU. En el análisis multivariante, la probabilidad de no conseguir CM fue del 75% en tratados previamente con inmunosupresores (ISS) (HR 0,25, IC95% 0,11-0,55; p = 0,001) y del 60% con anti-TNF (HR 0,40, IC95% 0,18-0,90; p = 0,026).

Tabla. Características basales

	n = 45
Mujeres, n (%)	22 (49%)
Edad media al inicio del tratamiento con vedolizumab, años (IQR)	49 (36-64)
Duración media de la enfermedad antes del inicio de vedolizumab, años (IQR)	7 (4-11)
Tipo de EI	
EC, n (%)	23 (51)
CU, n (%)	22 (49)
Tamaquismo, n (%)	
Fumadores	8 (18)
Exfumadores	4 (9)
No fumadores	33 (73)
Clasificación de Montreal – localización, n (%)	
EC: L1, L2, L3	14 (52), 3 (13), 8 (35)
CU: E1, E2, E3	1 (4), 7 (32), 14 (64)
Clasificación de Montreal – EC: fenotipo, n (%)	
B1, B2, B3	14 (61), 9 (39), 0 (0)
EC: enfermedad perianal, n (%)	4 (17)
EC: cirugías intestinales previas, n (%)	7 (35)
Tratamiento previo de la EI, n (%)	
<u>ISS</u>	32 (71)
Azatioprina	23 (92)
Metotrexato	3 (8)
<u>Tratamiento biológico</u>	32 (71)
Infliximab	25 (56)
Adalimumab	22 (49)
Golimumab	2 (4)
Ustekinumab	0 (0)
Fracaso del tratamiento biológico	
Naïves	14 (31)
Fracaso a uno	13 (29)
Fracaso a más de dos	18 (40)
Tratamiento ISS concomitante, n (%)	14 (31)
Corticoides en la inducción, n (%)	16 (36)
Gravedad de las lesiones endoscópicas (basal)	
<u>EC, n (%)</u>	
Grave: SES-CD > ó=16 o índice de Rutgeerts i3 i4	8 (35)
Moderada: SES-CD = 7-15 o índice de Rutgeerts i2	4 (17)
Leve: SES-CD = 3-6 o índice de Rutgeerts i1	11 (48)
Inactiva: SES-CD < ó=2 o índice de Rutgeerts i0	0 (0)
<u>CU, n (%)</u>	
Grave: MES = 3	15 (68)
Moderada: MES = 2	5 (23)
Leve: MES = 1	2 (9)
Inactiva: MES = 0	0 (0)

Conclusiones: En nuestra experiencia, la mayoría de los pacientes que logran remisión clínica con VDZ también logran CM. Los pacientes refractarios a ISS o anti-TNF tuvieron menos probabilidad de alcanzar CM.