



125 - REMISIÓN PROFUNDA VALORADA MEDIANTE ENDOSCOPIA, RESONANCIA MAGNÉTICA O ECOGRAFÍA INTESTINAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN REFRACTARIA EN REMISIÓN CLÍNICA CON USTEKINUMAB: EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO

M. Calvo Moya¹, I. Omella Usieto², Y. González Lama¹, V. Matallana Royo¹, I. González Partida¹, B. Menchén Viso³, M. Manso Manrique³, R.L. Tellez de Meneses¹, P. Bella del Castillo¹, M. González Rodríguez¹ y M.I. Vera Mendoza¹

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 de Crohn (EC) incluyen no solo la ausencia de síntomas, sino también la resolución objetiva de las lesiones (“deep remission”: DR), ya que se ha relacionado con mejores resultados. En general, se utiliza la endoscopia, no obstante, la resonancia magnética o la ecografía intestinal son dos técnicas de imagen (TI) que también son útiles y pueden ser más apropiadas en ciertos escenarios clínicos. Son aún escasos los datos sobre DR con ustekinumab (UST) en práctica clínica.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con EC activa (índice de Harvey-Bradshaw [HBI] ≥ 4) confirmada objetivamente por endoscopia o TI; consiguieron remisión clínica con UST y se valoró la respuesta mediante endoscopia o TI. La DR endoscópica se definió por una puntuación del SES-CD = 0-3 o índice de Rutgeerts = i0, o por la normalización completa de los parámetros inflamatorios en las TI. La respuesta endoscópica se definió por una disminución de la puntuación del SES-CD de > 50% y la radiológica por una mejoría de los datos de actividad respecto a la basal.

Resultados: Se analizaron 89 pacientes tratados con UST en nuestro centro, pero solo 28 cumplieron los criterios de inclusión. El seguimiento medio desde el inicio del tratamiento fue de 19 meses (IQR: 15-23). La evaluación objetiva se realizó por endoscopia (22 casos; 79%) o TI (6 casos; 21%) en un tiempo medio de 10 meses (IQR: 7-13) desde el inicio de UST. La DR se consiguió en 18 (64%) pacientes. La respuesta endoscópica en 5 (18%) pacientes adicionales. 5 (18%) de los demás pacientes no obtuvieron respuesta objetiva. El tratamiento previo con > 1 biológico o un patrón B2 o B3 tuvieron menos probabilidad de conseguir DR, aunque esas asociaciones no alcanzaron la significación estadística.

Tabla. Características demográficas de los pacientes.

	n = 28
Mujeres, n (%)	14 (50%)
Edad media al inicio del tratamiento con UST, años (IQR)	45 (43-50)
Duración media de la Enfermedad antes del inicio de UST, años (IQR)	19 (7-23)
Tabaquismo, n (%)	
Fumadores	9 (32)
Exfumadores	3 (11)
No fumadores	16 (57)
Clasificación de Montreal – localización, n (%)	
L1	6 (21)
L2	5 (18)
L3	17 (31)
Clasificación de Montreal – fenotipo, n (%)	
B1	12 (43)
B2	10 (36)
B3	6 (21)
Enfermedad perianal, n (%)	13 (46)
Cirugías intestinales previas, n (%)	19 (68)
Tratamiento previo de la EC, n (%)	
<u>Inmunosupresores</u>	26 (93)
Azatioprina	22 (85)
Metotrexato	4 (15)
<u>Biológicos</u>	40 (100)
Infliximab	24 (86)
Adalimumab	22 (79)
Certolizumab	5 (18)
Vedolizumab	5 (18)
Fracaso al tratamiento biológico	8 (29)
Uno	13 (46)
Dos	7 (25)
> dos	
Tratamiento inmunosupresor concomitante	7 (25)
Gravedad de las lesiones basales	
<u>Endoscopia, n</u>	26
Grave: SES-CD > ó=16 o índice de Rutgeerts = i3 i4	19 (73)
Moderada: SES-CD = 7-15 o índice de Rutgeerts = i2	0
Leve: SES-CD = 3-6 o índice de Rutgeerts = i1	7 (27)
Inactiva: SES-CD < ó=2 o índice de Rutgeerts = i0	0
Actividad en técnicas de imagen, n (%)	5 (100)

Conclusiones: En nuestra experiencia, la mayoría de los pacientes con EC refractaria que alcanzaron remisión clínica con UST también alcanzaron DR.