



Gastroenterología y Hepatología



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

145 - USTEKINUMAB EN LA PROFILAXIS DE LA RECURRENCIA POSQUIRÚRGICA: NUESTRA EXPERIENCIA CLÍNICA

S. Hallouch Toutouh, M. Lázaro Sáez, Á. Hernández Martínez, E. Práxedes González, Enrique y J.L. Vega Sáenz

Complejo Hospitalario Torrecádenas, Almería.

Resumen

Introducción: En la enfermedad de Crohn (EC) la recurrencia posquirúrgica (RPQ) es un evento frecuente. En ausencia de tratamiento, el 65-90% de los pacientes intervenidos presentan recurrencia endoscópica el primer año poscirugía, y el 80-100% a los 3 años. Según las indicaciones de la ECCO, se recomienda el tratamiento profiláctico (T.PFX) después de la resección intestinal (RI) en pacientes con al menos un Factor de riesgo (FR). Los fármacos de elección son las tiopurinas o los AntiTNF, siendo los salicilatos una opción en las resecciones ileales aisladas. A día de hoy, no hay evidencia científica sobre el papel del ustekinumab (USTK) en el mantenimiento posquirúrgico de pacientes con EC intervenidos, es por ello que, presentamos nuestra experiencia clínica sobre, el uso de USTK para prevenir la RPQ en pacientes con EC sometidos a RI.

Métodos: Presentamos una serie de 3 pacientes tratados con USTK como T.PFX de la RPQ, todos ellos tienen en común: EC de larga evolución con patrón estenosante y fistulizante, necesidad de una o varias RI y tratamiento previo con dos anti-TNFs y azatioprina (AZA). Se ha valorado la RPQ mediante: endoscopia, entero-RM, calprotectina y marcadores analíticos (PCR, VSG y leucocitos). Caso 1: paciente de 50 años, fumadora, con EC A2L1B2 de 12 años de evolución. Precisa dos RI a pesar de tratamiento con AZA (retirada por pancreatitis aguda), adalimumab (ADA) e infliximab (IFX) intensificados. Tras la última RI se decide T.PFX con USTK 260 mg y posteriormente 90 mg sc/8 semanas. Caso 2: paciente con 60 años y enfermedad de Crohn f A2B3L1, con 2 RI previas, habiendo recibido metotrexate, AZA, e IFX posterior a la primera RI, y en tratamiento intensificado con ADA previo a la segunda RI. Se decide T.PFX con USTK inducción a 260 mg iv y posteriormente 90 mg sc/12 semanas tras la última RI. Caso 3: paciente de 64 años con enfermedad de Crohn A2B3L1 intervenido en 3 ocasiones, en tratamiento previo con AZA y dos Anti-TNF. Tras la última RI, se decide iniciar T.PFX con USTK 130 mg IV y 90 mg sc/8 semanas.

Resultados: En nuestra serie, el 100% de los casos (3/3) presenta buena respuesta clínica, analítica y endoscópica en el primer año de tratamiento con USTK como profilaxis de la RPQ. No se han registrado efectos adversos ni retiradas.

Conclusiones: En el 2016 la EMA aprueba el uso de USTK en la EC. A día de hoy, no hay estudios que evalúen el uso de USTK, como tratamiento preventivo de la RPQ, en pacientes con RI, pero parece razonable el uso de nuevas dianas terapéuticas en pacientes con FR en los que la experiencia clínica ha demostrado el fracaso de los AntiTNF y los tiopurinas. En nuestra serie de casos, el total de los pacientes que reciben T.PFX con USTK presentan remisión clínica y endoscópica al año de tratamiento. SI bien se carece de evidencia científica sólida para promover su uso de forma generalizada, es una opción terapéutica prometedora sobre todo en los pacientes con EC y alto riesgo de RPQ.