



# Gastroenterología y Hepatología



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

## 57 - CAMBIO DE UN RÉGIMEN INTENSIFICADO DE INFLIXIMAB INTRAVENOSO A DOSIS ESTÁNDAR SUBCUTÁNEA EN ADULTOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: NUESTRA EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

I. Chivato Martín Falquina<sup>1</sup>, R.M. Saiz Chumillas<sup>1</sup>, M.L. Arias García<sup>2</sup>, L.A. Hernández<sup>1</sup>, B. Vicente González<sup>3</sup>, N. Revilla Cuesta<sup>3</sup>, L. Andrés Pascual<sup>1</sup> y B. Sicilia Aladrén<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Burgos. <sup>2</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Unidad de Enfermedad Inflamatoria, Hospital Universitario de Burgos. <sup>3</sup>Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital Universitario de Burgos.

### Resumen

**Introducción:** Elegir la subpoblación en la que el cambio de infliximab intravenoso (i.v.) a subcutáneo (s.c.) pueda ser eficiente es un reto por el mayor coste de la nueva formulación de infliximab s.c.

**Métodos:** Desde marzo de 2021, 14 pacientes diagnosticados de EII (enfermedad de Crohn-EC- o colitis ulcerosa - CU), en remisión clínica desde al menos 6 meses con infliximab i.v., que habían precisado intensificación, por una monitorización reactiva y pérdida de respuesta, o por una monitorización proactiva (niveles < 3 µg/ml), fueron cambiados a infliximab s.c. Analizamos de forma retrospectiva, niveles de calprotectina fecal (CF), proteína C reactiva (PCR), tratamiento concomitante, niveles valle, adherencia al tratamiento, necesidad de intensificación o recaída, y eventos adversos hasta semana 8.

**Resultados:** Cuatro pacientes (28,57%) estaban diagnosticados de EC, 10 (71,4%) de CU. La media de tratamiento con infliximab, los motivos de iniciar e intensificar el biológico, y los regímenes de intensificación se muestran en la tabla. Once pacientes (78,57%) mantenían un régimen intensificado en el momento del *switch*. Todos los pacientes estaban en remisión clínica y bioquímica (CF < 200 µg/g y PCR < 10 mg/dl) antes del *switch*. Los niveles valle medios antes del *switch* eran 6,98 µg/ml (RIQ 2,4-10,5); a las 8 semanas 14,12 µg/ml (RIQ 12,22-22,7) (p = 0,003). Trece pacientes (92,8%) siguieron tratamiento y se mantuvieron en remisión clínica. Ningún paciente presentó eventos adversos.

<b>Características basales</b>	<b>N= 14</b>
<b>Edad (años), mediana (RIQ)</b>	<b>49,5 (38-64)</b>
<b>Peso (kg), mediana (RIQ)</b>	<b>70 (61-80)</b>
<b>Sexo (masculino), n (%)</b>	<b>9 (62,3)</b>
<b>Fumador o exfumador, n (%)</b>	<b>8 (57,1)</b>
<b>Clasificación de Montreal</b>	
<b>Enfermedad de Crohn</b>	
Localización	
L1 n (%)	1 (25)
L2 n (%)	1 (25)
L3 n (%)	1 (25)
L4 n (%)	1 (25)
Patrón	
B1 n (%)	1 (25)
B2 n (%)	1 (25)
B3 n (%)	2 (50)
<b>Colitis ulcerosa</b>	
Extensión	
E2 n (%)	5 (50)
E3 n (%)	5 (50)
Gravedad	
S0 n (%)	10 (100)
<b>Duración de la enfermedad (meses), mediana (RIQ)</b>	<b>99,5 (53-262)</b>
<b>Cirugías previas (Enfermedad de Crohn), n (%)</b>	<b>2 (14,28)</b>
<b>IFX original, n (%)</b>	<b>2 (14,28)</b>
<b>Tratamiento concomitante, n (%)</b>	<b>12 (85,71)</b>
Salicilatos tópicos, n (%)	9 (64,28)
Inmunomoduladores, n (%)	9 (64,28)
Corticoesteroids, n (%)	5 (37,71)
<b>Motivos para iniciar IFX iv</b>	
Corticodependencia, n (%)	6 (42,85)
Corticorefractariedad, n (%)	6 (42,85)
Estrategia top-down en fenotipo B2, n (%)	2 (14,28)
<b>Tiempo en tratamiento con IFX iv (meses), mediana (RIQ)</b>	<b>53 (33-59)</b>
<b>Tiempo en remisión clínica (meses), mediana (RIQ)</b>	<b>48 (23-58)</b>
<b>Pacientes intensificados en el momento del switch, n (%)</b>	<b>11 (78,6)</b>
<b>Motivo de intensificación</b>	
Pérdida de respuesta, n (%)	5 (35,7)
Monitorización terapéutica proactiva, n (%)	8 (57,1)
Inducción intensificada, n (%)	1 (7,1)
<b>Régimen de intensificación</b>	
10mg/kg/8 semanas n (%)	11 (78,6)
10mg/kg/6 semanas n (%)	1 (7,1)
5mg/kg/6 semanas n (%)	2 (14,3)

**Conclusiones:** En nuestro centro, cambiar a dosis estándar de infliximab s.c. en pacientes que previamente habían necesitado intensificación de infliximab i.v. mantuvo la remisión clínica y bioquímica, doblando los niveles valle del fármaco y sin eventos adversos.