



## P-81 - COMBINACIÓN DE GRANULOCITO-MONOCITO AFÉRESIS Y USTEKINUMAB: ESTUDIO MULTICÉNTRICO Y RETROSPECTIVO

Iago Rodríguez-Lago<sup>1</sup>, Claudia Herrera-deGuise<sup>2</sup>, Maia Boscá-Watts<sup>3</sup>, Cristina Rodríguez<sup>4</sup>, Eduardo Leo<sup>5</sup>, María Calvo Íñiguez<sup>6</sup>, Fiorella Cañete<sup>7</sup>, Silvia Chacón<sup>8</sup>, Camila Cuarán<sup>9</sup>, Ainara Elorza<sup>1</sup>, Elena Guerra-del-Río<sup>10</sup>, Eva Iglesias<sup>11</sup>, Damián Sánchez<sup>12</sup>, Manuel Barreiro-de Acosta<sup>13</sup>, Daniel Ginard<sup>14</sup> y José Luis Cabriada<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Galdakao. <sup>2</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. <sup>3</sup>Hospital Clínico Universitario de Valencia. <sup>4</sup>Hospital Universitario de Navarra, Pamplona. <sup>5</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>6</sup>Hospital San Pedro, Logroño. <sup>7</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. <sup>8</sup>Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia. <sup>9</sup>Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. <sup>10</sup>Hospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas. <sup>11</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>12</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. <sup>13</sup>Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. <sup>14</sup>Hospital Universitario Son Espases, Palma.

### Resumen

**Introducción:** La granulocito-monocito aféresis (GMA) elimina selectivamente leucocitos activados y ciertos mediadores inmunológicos, habiendo demostrado ser segura y efectiva en el tratamiento de la colitis ulcerosa (CU). Estudios previos también han descrito su combinación principalmente con agentes biológicos, especialmente con anti-TNF. Nuestro objetivo era evaluar la eficacia clínica y la seguridad de combinar GMA después de una falta de respuesta primaria (NRP) o pérdida de respuesta (PDR) a ustekinumab (UST) en pacientes con CU.

**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo y multicéntrico en 12 hospitales que incluyó a todos los pacientes con CU que recibieron GMA combinada con UST. Se recogieron el número de sesiones, su frecuencia, el volumen de sangre filtrada y la duración de cada sesión, junto con los datos clínicos. La eficacia se evaluó 1 y 6 meses después de finalizar la GMA mediante el índice de Mayo parcial, la PCR y la calprotectina fecal. También se recogieron datos sobre la intensificación de UST, la necesidad de nuevos inmunomoduladores/biológicos y la cirugía. Utilizamos estadística descriptiva y pruebas no paramétricas en el análisis estadístico.

**Resultados:** Se incluyeron diecinueve pacientes (15 con CU, 2 con enfermedad de Crohn y 2 con EII no clasificada; mediana de edad 48 años [RIC, 36-63]; 68% hombres). Al inicio, el 78% recibía esteroides y el 23% inmunomoduladores. La mayoría de los pacientes (89%) habían tenido exposición previa a agentes anti-TNF y el 53% a vedolizumab. El índice de Mayo parcial basal era 6,5 (RIC, 5-7), con una mediana de PCR de 9 mg/L (RIC, 5-21) y calprotectina fecal de 1.612 mg/kg (RIC, 873-4.152). La GMA se inició principalmente por NRP (83%), la mediana de sesiones fue 16 (RIC, 11-27) y el 50% de los pacientes iniciaron GMA de mantenimiento. El índice de Mayo parcial disminuyó significativamente 6 meses después de la última sesión ( $p = 0,019$ ). Durante el seguimiento, el 27% inició una nueva terapia biológica y el 13% requirió cirugía. El 64% de los pacientes que recibían esteroides al inicio pudieron suspenderlos. Se observaron eventos adversos

en el 5% de los pacientes.

**Conclusiones:** La GMA puede recuperar la respuesta a UST de manera segura en pacientes refractarios después de una NRP o PDR a este fármaco.