



# Gastroenterología y Hepatología



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

## 67 - ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LA EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO TRAS LA SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO ANTI-TNF EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

M.J. Casanova<sup>1</sup>, M. Chaparro<sup>1</sup>, Ó. Nantes<sup>2</sup>, J.M. Benítez<sup>3</sup>, M. Rojas-Feria<sup>4</sup>, J. Castro-Poceiro<sup>5</sup>, J.M. Huguet<sup>6</sup>, A. Martín-Cardona<sup>7</sup>, M. Aicart<sup>8</sup>, J. Tosca<sup>9</sup>, M.M. Martín-Rodríguez<sup>10</sup>, C. González-Muñoz<sup>11</sup>, M. Mañosa<sup>12</sup>, E. Leo-Carnerero<sup>13</sup>, L.J. Lamuela-Calvo<sup>14</sup>, I. Pérez-Martínez<sup>15</sup>, L. Bujanda<sup>16</sup>, J. Hinojosa<sup>17</sup>, R. Pajares<sup>18</sup>, F. Argüelles-Arias<sup>19</sup>, J. Lázaro Pérez-Calle<sup>20</sup>, G.E. Rodríguez-González<sup>21</sup>, J. Guardiola<sup>22</sup>, M. Barreiro-de Acosta<sup>23</sup>, F. Bermejo<sup>24</sup>, J. Barrio<sup>25</sup>, B. Beltrán<sup>26</sup>, F. Gomollón<sup>27</sup>, R. Lorente<sup>28</sup>, A. Gutiérrez<sup>29</sup>, M. Domínguez-Cajal<sup>30</sup>, C. Dueñas<sup>31</sup>, Á. Ponferrada-Díaz<sup>32</sup>, M. Van Domselaar<sup>33</sup>, P. Ramírez-de la Piscina<sup>34</sup>, L. Ramos<sup>35</sup>, P. Almela<sup>36</sup>, M. Navarro-Llavat<sup>37</sup>, B. Botella<sup>38</sup>, C. Castaño-Milla<sup>39</sup>, C. Rodríguez<sup>2</sup>, E. Iglesias-Flores<sup>3</sup>, M.J. Serrano-Muñoz<sup>4</sup>, E. Ricart<sup>5</sup>, A. Monzó<sup>6</sup>, M. Esteve<sup>7</sup>, E. Garrido<sup>8</sup>, M. Mínguez<sup>9</sup>, M.J. Cabello-Tapia<sup>10</sup>, E. García-Planella<sup>11</sup>, E. Domènech<sup>12</sup>, A. Núñez-Ortiz<sup>13</sup>, S. García-López<sup>14</sup> y J.P. Gisbert<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP) y Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Madrid. <sup>2</sup>Complejo Hospitalario de Navarra, Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA), Pamplona. <sup>3</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Córdoba. <sup>4</sup>Hospital Universitario de Valme y CIBEREHD, Sevilla. <sup>5</sup>Hospital Clínic i Provincial y CIBEREHD, Barcelona. <sup>6</sup>Consortio Hospital General Universitario de Valencia. <sup>7</sup>Hospital Universitario Mutua Terrassa y CIBEREHD, Terrassa. <sup>8</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. <sup>9</sup>Hospital Clínico de Valencia. <sup>10</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. <sup>11</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. <sup>12</sup>Hospital Universitario Germans Trias i Pujol y CIBEREHD, Badalona. <sup>13</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>14</sup>Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. <sup>15</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. <sup>16</sup>Hospital Universitario de Donostia, Instituto Biodonostia, Universidad del País Vasco (UPV/EHU) y CIBEREHD, Donostia. <sup>17</sup>Hospital de Manises. <sup>18</sup>Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid. <sup>19</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. <sup>20</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid. <sup>21</sup>Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. <sup>22</sup>Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. <sup>23</sup>Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. <sup>24</sup>Hospital Universitario de Fuenlabrada, Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital La Paz (IdiPAZ), Madrid. <sup>25</sup>Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. <sup>26</sup>Hospital Universitario La Fe y CIBEREHD, Valencia. <sup>27</sup>Hospital Clínico Lozano Blesa, Instituto de Investigación Sanitaria Aragón (IIS Aragón) y CIBEREHD, Zaragoza. <sup>28</sup>Hospital General de Ciudad Real. <sup>29</sup>Hospital General Universitario de Alicante y CIBEREHD, Alicante. <sup>30</sup>Hospital General San Jorge, Huesca. <sup>31</sup>Hospital Universitario de Cáceres. <sup>32</sup>Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. <sup>33</sup>Hospital de Torrejón de Ardoz. <sup>34</sup>Hospital HUA Álava, Vitoria. <sup>35</sup>Hospital Universitario de Canarias, La Laguna. <sup>36</sup>Hospital General Universitario de Castellón. <sup>37</sup>Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí. <sup>38</sup>Hospital Universitario Infanta Cristina, Madrid. <sup>39</sup>Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid.

## Resumen

**Introducción:** El riesgo de recidiva tras la interrupción del tratamiento anti-TNF en pacientes en remisión no está bien establecido.

**Objetivos:** 1) Evaluar el riesgo de recidiva a largo plazo tras la suspensión del tratamiento anti-TNF

en pacientes con EII en remisión. 2) Identificar los factores asociados al riesgo de recidiva. 3) Calcular la tasa de respuesta al reiniciar el mismo anti-TNF. 4) Evaluar la seguridad de la administración de nuevo del anti-TNF. 5) Investigar la frecuencia de complicaciones en los pacientes que recidivaron.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, multicéntrico (39 centros). Se incluyeron pacientes con enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa tratados con anti-TNF y en los que se suspendió dicho tratamiento estando en remisión. El seguimiento tras la suspensión del fármaco fue de al menos 6 meses.

**Resultados:** Se incluyeron 1.055 pacientes (53% mujeres, edad media 42 años, 68% enfermedad de Crohn). Los motivos de suspensión del anti-TNF fueron: 75% decisión electiva, 18% efectos adversos, y 7% remisión tras estrategia top-down. La mediana de tiempo de seguimiento fue de 34 meses. La incidencia acumulada de recidiva fue del 50% (47-53%): 19% al año, 31% a los 2 años, 38% a los 3 años, y 48% a los 5 años tras la suspensión del anti-TNF. La tasa de incidencia de recidiva fue del 12% (11-14%) por paciente-año. Un 71% de los pacientes continuó con inmunosupresores tras la suspensión. Las variables asociadas con un mayor riesgo de recidiva fueron: la suspensión electiva del anti-TNF (HR = 1,9; IC95% = 1,2-2,9) o la suspensión debida a efectos adversos (HR = 2; IC95% = 1,2-3,9) vs la suspensión por remisión tras la estrategia top-down. La edad al diagnóstico (HR = 0,98; IC95% = 0,97-0,99) y el tratamiento con inmunosupresores tras la suspensión se asociaron con un menor riesgo de recidiva (HR = 0,6; IC95% = 0,5-0,8), ajustados por la duración del tratamiento anti-TNF. Tras la recidiva, 57% de los pacientes reiniciaron el mismo anti-TNF, y 73% (68-78%) alcanzaron la remisión; de éstos, 21% tuvo recidiva. Tras el re-tratamiento, 16% presentaron efectos adversos y 58% tuvieron que suspender el tratamiento. De los 76 pacientes que no respondieron al reiniciar el anti-TNF, 48% (35-62%) alcanzaron la remisión con otros tratamientos. De los 204 pacientes que iniciaron otro tratamiento tras la recidiva, 62% (54-70%) alcanzaron la remisión; de éstos, 31% presentó recidiva.

**Conclusiones:** La tasa de incidencia de recidiva tras la suspensión del tratamiento anti-TNF fue del 12% por paciente-año. La suspensión electiva o por efectos adversos del anti-TNF (vs estrategia top-down) se asoció con un mayor riesgo de recidiva. La edad y el tratamiento con inmunosupresores tras la suspensión del tratamiento se asociaron con un menor riesgo de recidiva. El tratamiento de la recidiva con el mismo anti-TNF fue eficaz y seguro. Menos de la mitad de los pacientes que no respondieron tras reiniciar el anti-TNF alcanzaron la remisión con otros tratamientos.