



# Gastroenterología y Hepatología



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

## 50 - ESTUDIO DE COHORTES RETROSPECTIVO PARA EVALUAR LA INFLUENCIA DEL ALELO DQA1\*05 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN TRATAMIENTO CON ANTI-TNF Y MONITORIZACIÓN PROACTIVA DE NIVELES

E. Fuentes Valenzuela<sup>1</sup>, F.J. García-Alonso<sup>1</sup>, C. Maroto Martín<sup>1</sup>, L. Juan Casamayor<sup>1</sup>, J.A. Garrote Agrados<sup>2</sup>, R. Almendros Muñoz<sup>3</sup>, Á. de Prado<sup>1</sup>, M.Á. Marinero<sup>1</sup>, R. Calleja Carbajosa<sup>1</sup>, A. Vara Castrodeza<sup>4</sup> y J. Barrio Andrés<sup>1</sup>

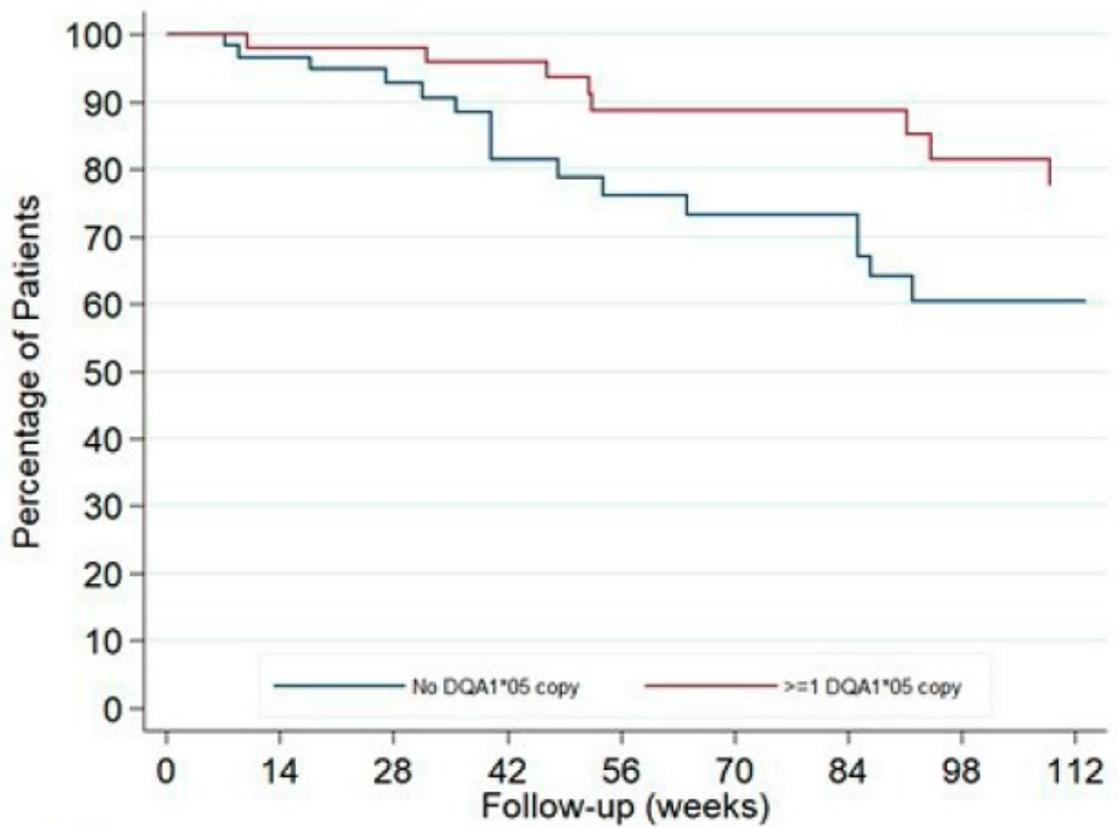
<sup>1</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. <sup>2</sup>Servicio de Análisis clínicos, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. <sup>3</sup>Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. <sup>4</sup>Servicio de Radiología, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

### Resumen

**Introducción:** El alelo HLA DQA1\*05 asocia mayor inmunogenicidad en pacientes tratados con anti-TNF, aumentando el riesgo de suspensión del tratamiento. Desconocemos si la monitorización proactiva terapéutica (MPT) podría modificar esta asociación.

**Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo unicéntrico incluyendo pacientes con EII y anti-TNF iniciado entre enero de 2017 y marzo de 2021. Definiciones: monitorización proactiva: al menos 2 determinaciones de niveles de fármaco en el primer año, y una en años siguientes. Remisión clínica: IHB < 5 o MSp # 1. Remisión bioquímica: calprotectina fecal < 250 mg/kg. Empleamos curvas de Kaplan-Meier y el log-rank test para evaluar el mantenimiento del tratamiento y regresión de Cox multivariable para factores de riesgo de suspensión.

**Resultados:** De 126 pacientes 14 fueron excluidos (8 no realizaron MPT, 6 estudios HLA no disponibles), analizándose 112 pacientes (52 (46,4%) HLA DQA1\*05+) con 73,9 semanas (RIC: 35,4-133,1) de seguimiento. Características basales similares, excepto que la terapia combinada con tiopurinas fue más frecuente en pacientes HLA DQA1\*05- [28(46,7%) vs. 12(23,1%), p = 0,01]. Realizamos 497 determinaciones (4/paciente (RIC 3-6); 149 (30%) condujeron a modificaciones 63 (42,3%) en sintomáticos y 86 (57,7%) en asintomáticos. La no respuesta primaria fue mayor (8,1 vs. 0, p = 0,06) en pacientes HLA DQA1\*05-. La remisión clínica en la semana 14 (77,9 vs. 73,9%, p = 0,69) y 56 (73,2 vs. 68,4%, p = 0,64) fue similar. La persistencia del tratamiento fue mayor en los sujetos HLA DQA1\*05 +, p = 0,003 (fig.), con una persistencia a los 12 meses del 93,6 vs. 79,8%. Identificamos los corticoides sistémicos al inicio del anti-TNF (índice de riesgo (HR): 4 IC95%: 1,7-9,7) como un factor de riesgo y un genotipo HLA DQA1\*05+ [HR: 0,31 (0,12-0,81)] como un factor protector del cese tratamiento.



	No. at risk									
	0	14	28	42	56	70	84	98	112	
No DQA1*05 copy	60	57	43	34	28	25	24	17	17	
>=1 DQA1*05 copy	52	50	46	43	35	33	25	23	20	

**Conclusiones:** Cuando se realiza MPT, el genotipo HLA DQA1\*05+ no asocia un mayor riesgo de interrupción del tratamiento.