



43 - LOS HALLAZGOS DE LA ENTERO-RM A LA SEMANA 46 DESPUÉS DE INICIAR UN TRATAMIENTO BIOLÓGICO PREDICEN LA EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

Agnès Fernández-Clotet^{1,2,3}, Ingrid Ordás^{1,2,3}, Berta Caballol^{1,2,3}, Maria Carme Masamunt^{1,2,3}, Sonia Rodríguez⁴, Julian Panés^{1,2,3}, Elena Ricart^{1,2,3} y Jordi Rimola^{3,4}

¹Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínic de Barcelona. ²Centro de Investigación Biomédica en Red Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Barcelona. ³Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona. ⁴Servicio de Radiología, Hospital Clínic de Barcelona.

Resumen

Introducción: La enterorresonancia magnética (ERM) evalúa de forma adecuada la afectación transmural en la enfermedad de Crohn (EC). Hace falta identificar que hallazgos de la ERM se asocian a un mal pronóstico a largo plazo como parte del proceso de definición de los objetivos terapéuticos basados en la evidencia científica.

Objetivos: Identificar factores predictores de evolución clínica basados en los hallazgos de la ERM realizada a semana 46 después de iniciar un tratamiento biológico en pacientes con EC.

Métodos: Estudio prospectivo longitudinal y unicéntrico realizado entre 2010-2019. Se incluyeron pacientes con EC que iniciaban un fármaco biológico para control de la actividad luminal con evaluación de la respuesta con ERM a la semana 46 y un seguimiento mínimo posterior a la ERM de 2 años.

Resultados: Se incluyeron 89 pacientes con una mediana de seguimiento de 53 meses (IQR 44-76). 59 pacientes tenían afectación ileal (66,3%), 26 ileocólica (29,2%) y 4 colónica (4,5%). 31 (34,8%) tenían un fenotipo inflamatorio, 27 (30,3%) estenosante, 9 (10,1%) fistulizante y 22 (24,7%) estenosante/fistulizante. 70 (78,7%) iniciaron un anti-TNF α ; 5 (5,6%) vedolizumab y 14 (15,7%) ustekinumab. Durante el seguimiento, 25 (28,1%) requirieron una cirugía, 17 (19,1%) hospitalización, 40 (44,9%) tuvieron una recidiva clínica (CDAI > 150), 20 (22,5%) recidiva clínica y biológica (CDAI > 150 + PCR > 1 mg/dl o calprotectina > 250 mg/dl), 12 (13,5%) requirieron tratamiento con corticoides y 12 (13,5%) se les realizó una dilatación endoscópica. 32 pacientes (35,9%) necesitaron una dilatación endoscópica o cirugía. La puntuación MaRIA \geq 11 en algún segmento a la semana 46 se asoció con un mayor riesgo de cirugía [HR 6,28 (1,42 -27,84), p = 0,02] o cirugía/dilatación endoscópica [HR 3,76 (1,24-11,38), p = 0,02] durante el seguimiento. La hipercaptación parietal de contraste (RCE) > 103 puntos se asoció con un mayor riesgo de recidiva clínica [HR 1,01 (1,00 -1,02), p = 0,03] y necesidad de corticoides [HR 1,01 (1,00-1,02), p = 0,05].

Conclusiones: Los hallazgos de la ERM a semana 46 después de iniciar un tratamiento biológico predicen los resultados clínicos a largo plazo en pacientes con EC. Los principales determinantes de

mal pronóstico son una puntuación MaRIA \geq 11 y una hipercaptación parietal $>$ 103.