Gastroenterología y Hepatología 47 (2024):S113

Gastroenterología y Hepatología

https://www.elsevier.es/gastroenterologia

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

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

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

0210-5705/© 2024 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.