



P-31 - INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIODES DIFFICILE* EN PACIENTES BAJO TRATAMIENTO CON ANTI-TNF Y VEDOLIZUMAB: INCIDENCIA Y CONSECUENCIAS (ESTUDIO CDIFVEDO DE GETECCU)

Maria González Vivó^{1,2}, Guillem Font Ordeig², Francisco López Romero-Salazar³, Cristina Cambor García⁴, Cristina Suarez Ferrer⁵, Luigi Melcarne⁶, Álvaro de la Serna Gamboa⁷, María Gómez Otero⁸, Alejandro Hernández Camba⁹, Cristina Rubín de Célix^{10,11}, Martín Irabien¹², Antonio M Caballero-Mateos¹³, María José García¹⁴, Cristina Pérez Santamaria¹⁵, Pablo Vázquez García¹⁶, Jesús Castro Poceiro¹⁷, Óscar Moralejo Lozano¹⁸, María Carmen Rodríguez Grau¹⁹, Pablo Pérez Galindo²⁰, Alberto Iglesias Doallo²¹, Nuria Jiménez García²², Jorge Ruiz-Rodríguez²³, Marta Teller Martín²⁴, Joan Riera Roig²⁵, Lucía Márquez Mosquera², José Manuel Benítez²⁶, Yamile Zabana^{11,25}, Ana Gutiérrez^{11,27}

¹Hospital de Viladecans. ²Hospital del Mar, IMIM (Hospital del Mar Medical Research Institute), Barcelona. ³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁴Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón. ⁵Hospital Universitario La Paz, Instituto for Health Research IdiPAZ, Madrid. ⁶Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell. ⁷Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ⁸Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ⁹Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. ¹⁰Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS- Princesa) y Universidad Autónoma de Madrid. ¹¹Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd). ¹²Hospital de Urduliz-Alfredo Espinosa, Bizkaia. ¹³Hospital Santa Ana, Motril. ¹⁴Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander. ¹⁵Hospital Universitario de Móstoles. ¹⁶Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria. ¹⁷Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí. ¹⁸Hospital Universitario de Toledo. ¹⁹Hospital Universitario del Henares, Coslada. ²⁰Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ²¹Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ²²Hospital General Universitario de Elche. ²³Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. ²⁴Centre Hospitalari de Manresa, Fundació Althaia, Manresa. ²⁵Hospital Universitari Mútua de Terrassa. ²⁶Hospital Universitario Reina Sofía e IMIBIC, Córdoba. ²⁷Hospital General Universitario Alicante Doctor Balmis, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante.

Resumen

Introducción: La infección por *Clostridioides difficile* (ICD) es una causa frecuente de brotes en enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Además, la incidencia de ICD en EII es mayor que en la población general. El tratamiento biológico podría ser un factor de riesgo para presentar ICD, pero no existe evidencia suficiente. El objetivo del estudio fue comparar la incidencia de ICD en pacientes tratados con anti-TNF y vedolizumab (VDZ). También se comparó la evolución de la ICD y la EII en ambos grupos.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional multicéntrico realizado en 23 centros a través de GETECCU, incluyendo pacientes con colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn con afectación colónica que presentarían ICD tras completar inducción de anti-TNF (grupo 1) o VDZ (grupo 2) entre 2018 y 2021. También se aportó el total de pacientes con anti-TNF y VDZ iniciados en el mismo periodo.

Resultados: Se revisaron un total de 3.860 anti-TNF y 780 VDZ, de los cuales 63 presentaron ICD

(45 en el grupo 1 y 18 en el grupo 2). La incidencia de ICD fue estadísticamente superior en el grupo 2 (2,3 vs. 1,2%; $p = 0,01$). Características basales de los pacientes por grupos en tabla 1. No se encontraron diferencias significativas respecto la evolución de la ICD entre el grupo 1 y 2: ingresos hospitalarios (53,3 vs. 27,8%, respectivamente; $p = 0,09$); sin ingresos en UCI ni colectomías secundarias a ICD; tasa de recurrencia -8 semanas postratamiento- (8,9 vs. 11,1%; $p = 0,79$). La evolución de la EII fue similar entre el grupo 1 y 2 respecto requerimiento de corticoides (51,1 vs. 50%; $p = 0,94$), cambio de biológico (37,8 vs. 50%; $p = 0,37$) o cirugía (17,8 vs. 5,6%; $p = 0,43$). Durante el seguimiento, ocurrió una muerte (grupo 1) no relacionada con la ICD ni la EII.

Características basales de los pacientes con infección por *Clostridioides difficile* por grupos

	Grupo 1/antiTNF (n=45)	Grupo 2/VDZ (n=18)	p score	Total (n=63)
Sexo masculino	26 (57,8%)	12 (66,7%)	ns	38 (60,3%)
Edad diagnóstico EII, mediana (IQR)	33 (23 – 48)	53,5 (32 – 61)	ns	41 (23 – 60)
Edad diagnóstico ICD, mediana (IQR)	46	63	0,009	50
Enfermedad de Crohn	20	5	ns	24
- Colónica	5	2		7
- Ileocolónica	15	3		18
Colitis ulcerosa	25	13	ns	38
- Proctitis	1	0		1
- Colitis izquierda	7	5		12
- Colitis extensa	17	8		25
Naive a biológicos	33 (73,3%)	8 (44,4%)	0,030	41 (65,1%)
Tratamiento concomitante				
- Mesalazina	20 (44,4%)	11 (61,1%)	ns	31 (49,2%)
- Glucocorticoides (>20mg/día)	12 (26,7%)	6 (33,3%)	ns	18 (28,6%)
- Tiopurinas	12 (26,7%)	4 (22,2%)	ns	16 (25,4%)
Tiempo entre inicio de biológico e ICD (meses), mediana (IQR)	4 (2,6 – 14)	8,9 (4 – 14)	ns	5,7 (2,6 – 14,1)
Enfermedad renal crónica	1 (2,2%)	0	ns	1 (1,6%)
Hospitalización en el momento de la infección	13 (28,9%)	5 (27,8%)	ns	18 (28,6%)
Uso de inhibidores de la bomba de protones	16 (35,6%)	13 (76,5%)	0,005	29 (46,8)
Uso de antibióticos en los 3 meses previos	16 (35,6%)	7 (38,9%)	ns	23 (36,5%)
ICD previa	7 (15,6%)	1 (5,6%)	ns	8 (12,7%)

EII = enfermedad inflamatoria intestinal. ICD = infección por *C.difficile*. VDZ = vedolizumab. antiTNF = anti-Tumor necrosis factor. ns = no significativo

Conclusiones: La incidencia de ICD en nuestra cohorte es mayor en el grupo con VDZ respecto anti-TNF. La evolución posterior de la ICD y la EII es similar entre ambos grupos. Se necesitan más datos para evaluar si VDZ es un factor de riesgo de ICD.