



## P-74 - MANTENIMIENTO CON USTEKINUMAB INTRAVENOSO EN LA ENFERMEDAD DE CROHN, ESTUDIO UNICÉNTRICO

Samuel Juan Fernández Prada<sup>1</sup>, Esteban Andrés Fuentes-Valenzuela<sup>1</sup>, Jesús Barrio<sup>1</sup>, Ángel de Prado Santos<sup>1,2</sup>, María Ángeles Marinero Muñoz<sup>1</sup>, Rosendo Almendros Muñoz<sup>1</sup>, Jesús María Prada Lobato<sup>1</sup> y Francisco Javier García Alonso<sup>1</sup>

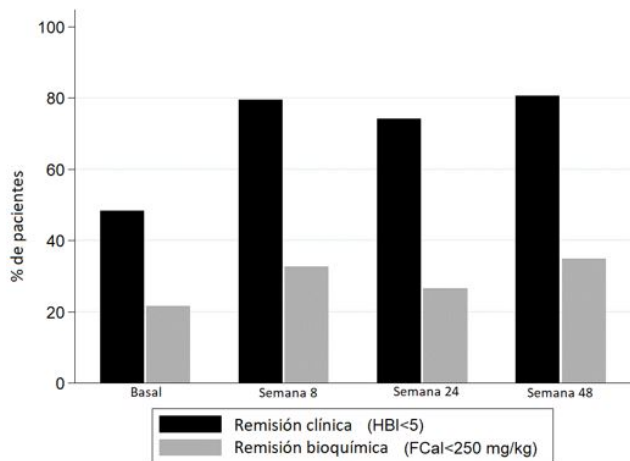
<sup>1</sup>Hospital Río Hortega, Valladolid. <sup>2</sup>Instituto de Biomedicina y Genética Molecular, Valladolid.

### Resumen

**Introducción:** Niveles plasmáticos de ustekinumab (UST) más elevados se han asociado a mejores resultados clínicos/endoscópicos en la enfermedad de Crohn (EC) por lo que es frecuente la intensificación con escasos datos sobre el mantenimiento intravenoso (iv).

**Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo unicéntrico. Se incluyeron los pacientes con EC que iniciaron mantenimiento con UST iv. Tras la escalada de dosis, se evaluó en cada visita el índice de Harvey Bradshaw (IHB), calprotectina fecal y proteína C reactiva (PCR). Se midieron también los niveles de UST. Los objetivos primarios fueron la remisión clínica (HBI < 5) y bioquímica (calprotectina fecal < 250 mg/kg). También se evaluaron los eventos adversos (EA) y la persistencia del tratamiento.

**Resultados:** De 131 pacientes tratados (mayo 17 a agosto 23), se escaló a mantenimiento iv en 60 pacientes (45,8%) tras una mediana de 14,1 (IQR: 8-50,4) semanas (fig 1). Se inició mantenimiento iv por persistencia de actividad inflamatoria en pruebas de imagen/endoscopia en 21 (35%), respuesta clínica sin remisión en 17 (28,3%), niveles bajos en 16 (26,7%) y falta de respuesta 1ª en 6 (10%). Al inicio del mantenimiento iv, los pacientes presentaban una mediana del HBI de 4 (IQR: 2-7), una calprotectina de 514 (IQR: 213-1078) mg/kg y niveles valle de 4,8 (IQR: 3-7,3)  $\mu$ g/mL. Tras el mantenimiento iv, los niveles de UST aumentaron a 10,9 (IQR: 8-17,4). Se observó una mejoría significativa en la remisión clínica respecto al inicio con IV, en la semana 8 (79,6%, p = 0,001), 24 (72%, p = 0,01) y 48 (74,4%, p = 0,01). Sin embargo, se observó un aumento no significativo del 10-13% en las tasas de remisión bioquímica (fig.). La persistencia del tratamiento 2 años tras el inicio del mantenimiento iv fue del 72,2%. Se observaron 2 EA leves (2/131, 1,6%), ambos en mantenimiento sc.



	Total pacientes (n=131)	Mantenimiento SC (n=71)	Mantenimiento IV (n=60)	P-valor
Edad, media (SD)	52.1 (18.6)	54.9 (19.2)	46.7 (16.1)	0.02
Hombres, n (%)	73 (55.7%)	34 (47.9%)	39 (65%)	0.05
Clasificación enfermedad (Montreal), n (%)				
A1	12 (9.2%)	5 (7%)	7 (11.7%)	0.17
A2	55 (42%)	26 (36.6%)	29 (48.3%)	
A3	64 (48.9%)	40 (56.3%)	24 (40%)	
L1	64 (48.9%)	35 (49.3%)	29 (48.3%)	1
L2	8 (6.1%)	4 (5.6%)	4 (6.7%)	
L3	35 (26.7%)	19 (26.8%)	16 (26.7%)	
L4	24 (18.3%)	13 (18.3%)	11 (18.3%)	
B1	76 (58%)	39 (54.9%)	37 (61.7%)	0.68
B2	16 (12.2%)	10 (14.1%)	6 (10%)	
B3	39 (29.8%)	22 (31%)	17 (28.3%)	
Enfermedad perianal, n (%)	21 (16%)	7 (9.9%)	14 (23.3%)	0.04
≥1 uso de biológicos previos, n (%)	109 (83.2%)	53 (74.7%)	56 (93.3%)	0.005

**Conclusiones:** El mantenimiento con UST iv es seguro y aumenta las tasas de remisión clínica, aunque no consiguió una mejora relevante en las tasas de remisión bioquímica.