



P-72 - RESULTADOS DE VIDA REAL CON UPADACITINIB EN MONO Y COMBOTERAPIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN GRAVE

Marisa Iborra, Paula Ripoll, Alejandro Mínguez, Guillermo Bastida, Mariam Aguas, Alejandro Garrido, Elena Cerrillo y Pilar Nos

Gastroenterología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: El upadacitinib (UPA) es el primer inhibidor de JAK oral aprobado para el tratamiento de la enfermedad de Crohn (EC). Los datos de eficacia y seguridad proceden principalmente de los ensayos clínicos.

Objetivos: Evaluar la efectividad y seguridad en vida real de UPA a corto plazo, tras inducción, en pacientes con EC.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional y prospectivo en pacientes que recibieron UPA desde la aprobación. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y de enfermedad, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), así como tratamientos previos. Se evaluó la mejoría clínica y la mejoría biológica (PCR y calprotectina fecal, los eventos adversos (EA) y hospitalizaciones.

Resultados: Incluimos 16 EC: 10 mujeres (63%), edad 37,5 (26-43) años, 2 con \geq 65 años y tiempo evolución enfermedad 14,9 (4,7-16,4) años. Siete pacientes (44%) no tenían FRCV, 3 (18%) tenían 1 y 6 (38%) \geq 2 FRCV. Ocho (50%) habían recibido al menos 2 antiTNF, 7 (44%) vedolizumab, 12 (75%) ustekinumab y 3 (19%) otro anti-JAK. La indicación principal fue inducción de remisión por actividad luminal en monoterapia 6 (38%) y combinado con biológico 4 (25%); tratamiento MEI en monoterapia 1 (6%) y combinado con biológico 3 (19%); profilaxis de recurrencia 1 (6%) y enfermedad perianal 1 (6%). Ocho pacientes (50%) llevaban biológico asociado al inicio de UPA (4 anti-TNF, 2 vedolizumab y 2 ustekinumab). Las dosis de inducción fueron 45 mg en 12 (75%) pacientes, 30 mg en 3 (19%) y 15 mg en uno (6%). Presentaron EA 8 pacientes: 6 leves (acné (2), dislipemia, bronquitis, cefalea, hipopotasemia) y 2 graves, con UPA en monoterapia, sin clara relación y que llevó a la retirada sin completar inducción (angioedema e infección por *E. coli* productora de toxina Shiga). En la tabla se especifica la respuesta al tratamiento clínica y bioquímica.

	BASAL n=16	SEMANA 12 n=14
IHB	8 (3,7-10,2)	1,5 (0-3,5)
PCR mg/L	7,5 (3-20,2)	5 (1-8)
CF $\mu\text{g/g}$	915 (556-2008)	550 (300-1840)
Remisión clínica IHB ≤ 4	5/16 (31%)	11/14 (79%)
Normalización CF $< 250 \mu\text{g/g}$	1/16 (6%)	4/14 (29%)
Normalización PCR $< 5 \text{ mg/L}$	6/16 (38%)	8/14 (57%)

Datos expresados en mediana y rango intercuartil, número absoluto (%).

Índice Harvey-Bradshaw (IHB), Proteína C reactiva (PCR), Calprotectina fecal (CF)

Conclusiones: UPA es efectivo y seguro a corto plazo en pacientes con EC muy refractarios, incluso a otros anti-JAK, y en combinación con tratamientos biológicos.