



## P-86 - EFICACIA Y SEGURIDAD DEL VEDOLIZUMAB EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA DE 5 CENTROS

C. González-Muñoz<sup>1</sup>, F. Mesonero<sup>2</sup>, A. Bargalló<sup>3</sup>, A. Clos<sup>4</sup>, C. Aràjol<sup>5</sup>, J. Gordillo<sup>1</sup>, A. López-San Román<sup>2</sup>, J. Guardiola<sup>5</sup>, M. Navarro-Llavat<sup>3</sup>, F. Bertolotti<sup>1</sup>, C. Fernández<sup>2</sup>, E. Domènech<sup>4,6</sup> y E. García-Planella<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. <sup>2</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid. <sup>3</sup>Hospital Moisès Broggi, Barcelona. <sup>4</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. <sup>5</sup>Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet. <sup>6</sup>Ciberehd.

### Resumen

**Introducción:** Vedolizumab (VDZ) es un anticuerpo monoclonal que bloquea la integrina  $\alpha 4\beta 7$  evitando la migración de los linfocitos a la pared intestinal, recientemente aprobado para la enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) por lo que se disponen de pocos datos en práctica clínica.

**Métodos:** Se identificaron retrospectivamente todos los pacientes con EC y CU tratados con VDZ en cinco hospitales. Se registraron datos clínicos y analíticas basales y durante el tratamiento.

**Resultados:** Se incluyeron 107 pacientes (58 EC, 49 CU). En CU: 67% extensa, y en EC: 33% ileal, 21% cólica, 46% íleo-cólica y 40% patrón inflamatorio. La duración mediana de la enfermedad fue de 123 meses (IIQ 6-420) y la mediana de seguimiento con VDZ de 7 meses (IIQ 1-26). La indicación más frecuente del VDZ en la EC fue pérdida secundaria de respuesta a anti-TNF (36%) y en la CU el fracaso primario a anti-TNF (37%). Al inicio del VDZ, 80% de los pacientes con CU y 62% con EC recibían esteroides; 22% y 21%, respectivamente, co-tratamiento con tiopurinas y 12% y 3%, respectivamente, co-tratamiento con calcineurínicos. El 10% de los pacientes (4 EC; 7 CU) se intensificaron (mediana de 20 semanas [IIQ 10-52]). La tasa de remisión clínica libre de esteroides a los 6 meses fue del 52%. Además, de los pacientes con PCR o calprotectina fecal elevadas, 40% consiguieron en algún momento la normalización de la PCR y 14% de la calprotectina. El tratamiento se retiró en 34% de los pacientes (73% por fracaso [66% EC y 34% CU], 19% por efectos adversos). La probabilidad acumulada de seguir en tratamiento fue del 72% y 84% a los 6 meses, y del 47% y 69% a los 12 meses, en la EC y la CU, respectivamente ( $p = 0,013$ ). El 22% presentó algún efecto adverso, comportando la retirada en 5 pacientes.

**Conclusiones:** VDZ en práctica clínica tiene un perfil de uso diferente en EC y CU. El co-tratamiento con inmunosupresores parece menos frecuente que con anti-TNF, pero más frecuentemente se inicia con corticoides sistémicos. Los resultados en la vida real parecen confirmar una menor eficacia en EC que en CU.