



# Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

## O-2 - IL-10 ES LA VARIABLE INFLAMATORIA QUE MEJOR EXPLICA LOS NIVELES VALLE DE ANTI-TNF EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

S. Almenara<sup>1</sup>, A. Gutiérrez<sup>1,2</sup>, L. Sempere<sup>1</sup>, P. Zapater<sup>1,2,3</sup>, J.I. Cameo<sup>1</sup>, J.M. González-Navajas<sup>1,2</sup> y R. Francés<sup>1,2,4</sup>

<sup>1</sup>Instituto ISABIAL-FISABIO, Servicio de Medicina Digestiva, Hospital General Universitario de Alicante.

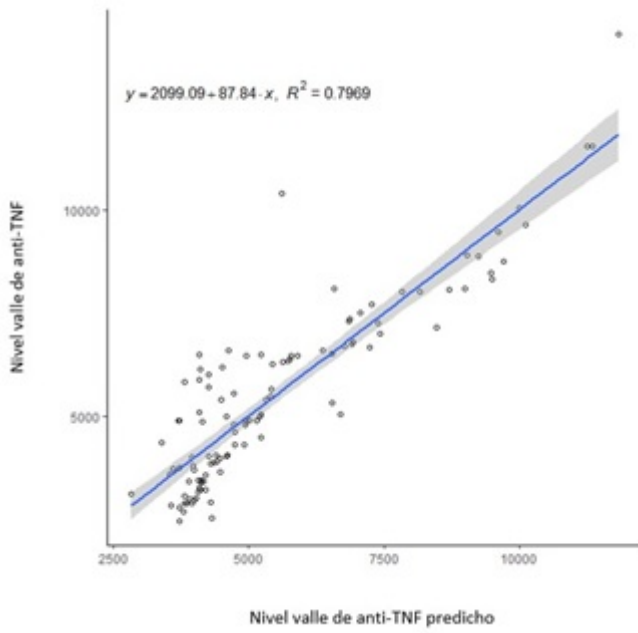
<sup>2</sup>CIBERehd, Instituto de Salud Carlos III, Madrid. <sup>3</sup>Instituto de Bioingeniería; <sup>4</sup>Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández, San Juan de Alicante.

### Resumen

**Introducción:** La respuesta a anti-TNF en la enfermedad de Crohn (EC) es variable y el uso de los niveles de anti-TNF para optimizar el tratamiento es controvertido. El objetivo es identificar los parámetros que se relacionen con los niveles valle de anti-TNF en pacientes con EC.

**Métodos:** Se incluyeron pacientes con EC tratados con infliximab o adalimumab. Se registraron datos clínicos y analíticos. Se genotiparon los genes asociados con inflamación y autofagia. Se evaluaron niveles de citocinas, anti-TNF en valle y presencia de ADN bacteriano (ADNbact) en sangre. Se utilizó el software R (v 3.2.3) para el análisis estadístico.

**Resultados:** Se incluyeron 112 pacientes con EC (62 tratados con infliximab y 50 con adalimumab). Treinta pacientes tenían un CDAI > 150 (20 con infliximab [66,7%] y 10 con adalimumab [33,3%, p = 0,14]). Catorce pacientes con infliximab (22,5%) y 15 con adalimumab (30%) estaban intensificados (p = 0,37). No hubo diferencias en los niveles de anti-TNF entre infliximab ( $5.414 \pm 2.336$  ng/ml) y adalimumab ( $5.613 \pm 2.117$  ng/ml, p = 0,64). Los pacientes intensificados mostraron niveles valle similares ( $5.155 \pm 2.417$  ng/mL) a los no intensificados ( $5.625 \pm 2.168$  ng/mL, p = 0,36). Los pacientes intensificados mostraron una mayor tasa de DNAbact (65,5% vs 28,9%, p = 0,0005) y de una variante del genotipo NOD2 (82,8% vs 61,4%, p = 0,03567), menor IL10 ( $35,1 \pm 23,7$  pg/mL vs  $40 \pm 22,3$  pg/mL, p = 0,044), mayor IL26 ( $78,3 \pm 36,1$  pg/mL vs  $35,3 \pm 32,4$  pg/mL, p < 0,0001) y mayor TNF ( $86,4 \pm 15,3$  pg/mL vs  $66,1 \pm 31,1$  pg/mL, p < 0,0001). CDAI, calprotectina fecal, PCR y albúmina no se asociaron significativamente con los niveles de anti-TNF. IL-10, IL12 y DNAbact fueron los parámetro que mejor predijeron las concentraciones de anti-TNF (R<sup>2</sup> = 0,85), siendo IL10 por sí sola el mejor predictor (R<sup>2</sup> = 0,77; fig.).



**Conclusiones:** El nivel de IL10 en sangre es un buen parámetro de ajuste al explicar los niveles valle de anti-TNF en pacientes con EC.