



# Gastroenterología y Hepatología



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

## 114 - NIVELES INDETECTABLES DE ADALIMUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL: ¿DECIMOS ADIÓS AL FÁRMACO?

S. Béjar Serrano<sup>1</sup>, G. Bastida Paz<sup>1,2</sup>, M. Aguas Peris<sup>1,2</sup>, A. Garrido Marín<sup>1</sup>, E.T. Valero Pérez<sup>1</sup>, J. del Hoyo Francisco<sup>1,2</sup>, L. Tortosa Seguí<sup>1,2</sup>, D. Muñoz Gómez<sup>1,2</sup> y P. Nos Mateu<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Aparato Digestivo, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. <sup>2</sup>Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Instituto de Investigación Sanitaria La Fe (IIS La Fe), Valencia.

### Resumen

**Introducción:** La monitorización de los fármacos biológicos (TDM) en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es útil en la práctica clínica. La efectividad de intensificar o añadir un inmunomodulador (IMM) varía según los niveles de fármaco y anticuerpos. De hecho, algunos autores recomiendan suspender el tratamiento con adalimumab (ADA) en caso de niveles indetectables (< 1,6 µg/ml).

**Objetivos:** Primario: determinar la tasa de mantenimiento de ADA en pacientes con al menos un nivel plasmático indetectable. Secundarios: valorar la evolución clínica y asociación con la tasa de recuperación de niveles en rango terapéutico en función de la intervención realizada.

**Métodos:** Estudio retrospectivo unicéntrico realizado entre octubre de 2013 y agosto de 2019. Se incluyeron pacientes con EII tratados con ADA con al menos un nivel < 1,6 µg/ml. Se excluyeron pacientes con seguimiento inferior a 90 días tras la detección del nivel y aquellos en los que se retiró el fármaco en ese momento.

**Resultados:** Se incluyeron 34 pacientes, 29 (85,3%) con enfermedad de Crohn y 5 (14,7%) con colitis ulcerosa. 10 (29,4%) llevaban tratamiento combinado y 17 (50%) habían recibido previamente otro anti-TNF. En 24 (70,6%) se realizó TDM de forma proactiva. Tras la detección de niveles < 1,6 µg/ml: se intensificó ADA en un 58,8% (20/34); acortando intervalo en 18/20 (90%); aumentando dosis en 8/20 (40%) o ambas intervenciones en 6/20 (30%). En 5 (14,7%) se añadió IMM y en 14 (41,2%) no se modificó el tratamiento. Al final del seguimiento (media 1101 días; DE 510) un 61,8% (21/34) de los pacientes continuaban con ADA; 75% (15/20) en el grupo de intensificados y 42,9% (6/14) en el grupo de los que no recibieron cambios en el tratamiento. El tiempo medio desde el nivel bajo hasta la retirada del fármaco (13/34; 32,8%) fue de 358 días (DE 258). La tasa de mantenimiento de ADA (HR = 3,88; IC95% 1,2-12,4; p = 0,02) y la proporción de recuperación de niveles (HR = 6,75; IC95% 1,1-39,8; p = 0,03) fue superior en los intensificados. La hipoalbuminemia se asoció a una retirada más precoz de ADA (p = 0,03).

**Conclusiones:** La intensificación de ADA en pacientes con EII y concentraciones plasmáticas indetectables permite la recuperación de niveles y el mantenimiento del fármaco en un elevado porcentaje de pacientes. La decisión de retirar el tratamiento en pacientes con niveles indetectables

debe individualizarse.