

FINAL DE SEGUIMIENTO

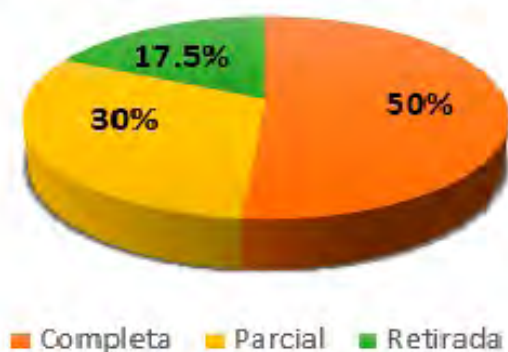


FIGURA 2

Respuesta clínica al final de seguimiento.

Veintiocho (70%) se encuentran libres de corticoides (Figura 3). El nivel de PCR al final del seguimiento fue 8.90 mg/dL (Figura 4)

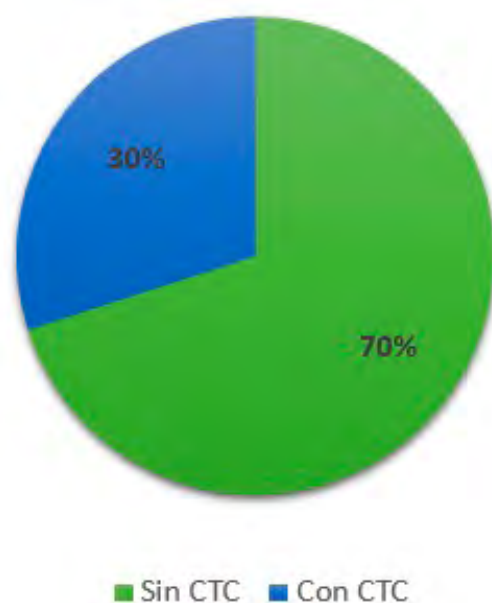


FIGURA 3

Retirada de corticoides.

Conclusiones

El tratamiento con UST en pacientes con EC que habían fracasado a terapias biológicas fue útil para inducir respuesta clínica en más del 50%.

NIVELES PCR



FIGURA 4

Evolución de niveles de PCR.

La complejidad de los pacientes en los que estamos iniciando el tratamiento dificulta alcanzar mayores tasas de respuesta y en ocasiones precisan intensificaciones del tratamiento.

Durante el tratamiento con UST se ha observado una baja tasa de reacciones adversas.

Ustekinumab parece ofrecer una alternativa segura y eficaz para pacientes con EC refractaria compleja.

SESIÓN IV

CO-16. 10 AÑOS DE CÁPSULA ENDOSCÓPICA: IMPORTANCIA EN EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA INTESTINAL.

DE VICENTE ORTEGA A, ARROYO ARGÜELLES JM, ROMERO MORENO S, OJEDA HINOJOSA M, TERCERO LOZANO M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN.

Introducción

La cápsula endoscópica (CE) constituye un procedimiento diagnóstico de elección para el estudio de intestino delgado.

La principal indicación sería el estudio de hemorragia digestiva de origen oscuro manifiesta (HDOO). Otras posibles indicaciones son: el estudio de anemia ferropénica, enfermedad inflamatoria intestinal, detección de pólipos de intestino delgado, etc.

Ha demostrado mejores resultados respecto a otras técnicas que valoran intestino delgado, como la enteroscopia de pulsión o tránsito intestinal.

Como objetivos, queremos describir las características epidemiológicas, indicaciones y hallazgos más frecuentes de la CE, así como complicaciones y estudios incompletos.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes estudiados mediante cápsula endoscópica en nuestro centro desde mayo 2009 hasta junio 2019. La cápsula empleada fue "PillCam de Olympus".

Resultados

Se incluyeron 842 pacientes, 516 procedentes de otros centros. El 52,02% eran mujeres, con edad media de $59,87 \pm 17,58$ años. En el 90,97% se realizó estudio ambulatorio. Las indicaciones fueron en 61,88% anemia, 23,04% HDOO, 10,10% dolor abdominal, 3,8% diarrea, 0,59% síndromes polipósicos y 0,59% otras (Figura 1).

En el 59,69% la exploración fue normal, sin hallar lesiones. El hallazgo más frecuente fue angiodisplasias (Figura 2), suponiendo un 33,92% de las lesiones, seguido de linfagiectasia (11,90%), lesiones agudas de la mucosa intestinal (10,62%), bulbitis (8,75%), Crohn (8,55%), puntos rojos inespecíficos (8,26%) y otras (17,99%) (Figura 3).

La preparación fue considerada buena en el 86,22%, regular en 13,42% y mala en 0,36%.

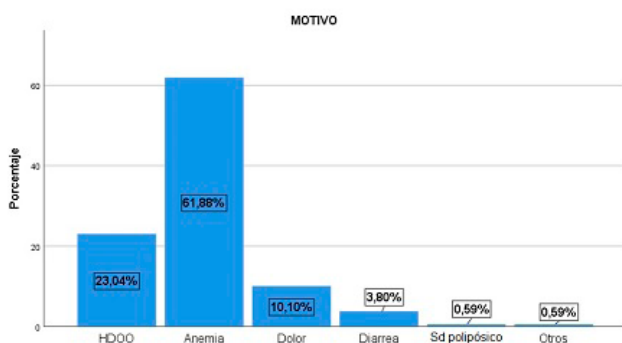


FIGURA 1

Indicaciones principales de estudio con videocapsuloendoscopia.

La exploración fue completa en el 95,96% de los casos, sin observar complicaciones en ningún caso.

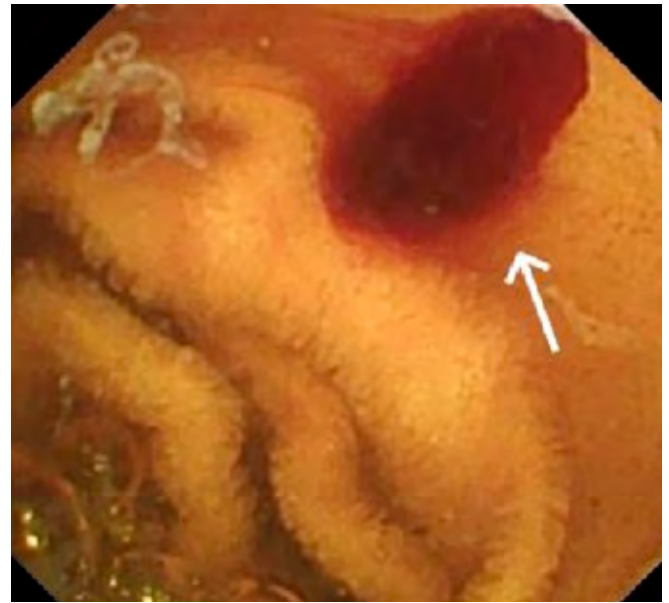


FIGURA 2

Angiodisplasia visualizada por videocapsuloendoscopia, siendo éste el hallazgo más frecuente.

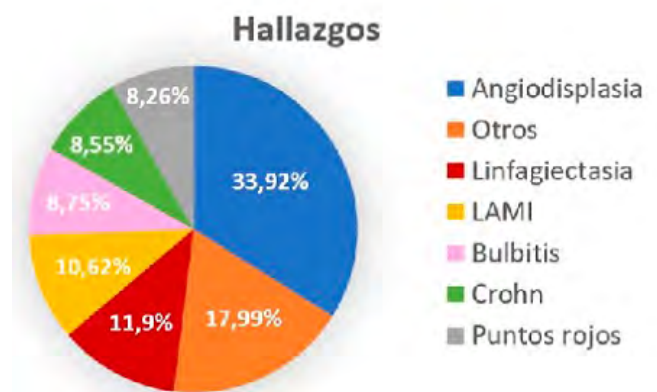


FIGURA 3

Hallazgos más frecuentes en estudio por videocapsuloendoscopia.

Conclusiones

1. La principal indicación para realización de CE es estudio de anemia.
2. El hallazgo más frecuentemente observado son las angiodisplasias.
3. Constituye una técnica con alto rendimiento diagnóstico, permitiendo una exploración completa en la mayor parte de los casos, bien tolerada y segura.

CO-17. DETERMINACIÓN DE MICROPARTÍCULAS APOPTÓTICAS DE ORIGEN HEPÁTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA METABÓLICA GRASA

GATO S¹, MUÑOZ HERNÁNDEZ R¹, MONTERO VALLEJO R¹, ROJAS Á¹, GIL GÓMEZ A¹, GALLEGO DURÁN R¹, RICO MC², MILLÁN R², MAYA MILES D¹, OLIVERA ROMERO A¹, CASTRO MJ¹, AMPUERO J², ROMERO GÓMEZ M²

¹LABORATORIO INVESTIGACIÓN. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Introducción

Las micropartículas de origen hepático detectadas por su expresión de AV+, ASGPR+, EPCAM+ y CD133+ estarían más elevadas en pacientes con esteatohepatitis (NASH, non alcoholic steatohepatitis por sus siglas en inglés) debido a la existencia de un daño hepático, por lo que podrían servirnos de gran utilidad como biomarcadores diagnósticos y de severidad de la patología.

Por ello, nuestro objetivo será analizar los niveles de micropartículas en las distintas fases de la Enfermedad Hepática Metabólica Grasa (EHMG) (esteatosis simple (SS) y NASH) y buscar una correlación de dichos niveles con la severidad de la patología.

Material y métodos

Estudio prospectivo en el que se incluyen 47 pacientes con EHMG diagnosticados por biopsia hepática reclutados en el Hospital Universitario Virgen del Rocío. Se clasifican según SAF-score en dos grupos: SS (n = 13) y NASH (n = 34).

Obtenemos las micropartículas en plasma heparina tras una serie de centrifugaciones [17000g durante 30 minutos (x3)], y se analizan sus niveles según la expresión de AV+, ASGPR+, EPCAM+ y CD133+ mediante citometría de flujo.

Para realizar un análisis estadístico detallado, utilizamos el software SPSS 26.0 (IBM, Chicago, IL, EEUU) para registrar datos y, además, generamos los gráficos pertinentes en Graph Pad Prism 6.0 (La Jolla, CA, EEUU).

Resultados

Las características clínicas de los pacientes están recogidas en la Tabla 1. Observamos que el 66,6% de los pacientes eran varones en la cohorte de SS y el 47,1% en NASH (p=0,288). La media de edad fue de 54±10,1 y 55±10 en SS y NASH respectivamente (p=0,796).

Tal y como observamos en la **Figura 1**, obtenemos un incremento del número de micropartículas de origen hepático en pacientes con NASH vs. SS [EPCAM+ CD133+ (p = 0,006) (**Figura 1A**) y ASGPR+ EPCAM+ CD133+ (p = 0,01) (**Figura 1b**)] y también, un incremento del número de micropartículas con la presencia de inflamación [EPCAM+ CD133+ (p = 0,015) y ASGPR+, EPCAM+ y CD133+ (p = 0,014) (**Figura 2**)] y ballooning [ASGPR+ (p < 0,001), EPCAM+ CD133+ (p < 0,001) (**Figura 3**) y ASGPR+ EPCAM+ CD133+ (p = 0,006)].

	SS (n=13)	NASH (n=34)	p valor
Edad (años)	54 ± 10,1	55 ± 10	0,796
Sexo masculino (n, %)	8 (66,6%)	16 (47,1%)	0,288
IMC (kg/m ²)	32,3 ± 5,9	37,8 ± 9,1	0,026
HTA (n, %)	7 (53,8%)	24 (75%)	0,219
DM (n, %)	9 (69,2%)	18 (56,3%)	0,323
Hipercolesterolemia (n, %)	7 (53,8%)	11 (32,4%)	0,295
Hipertrigliceridemia (n, %)	6 (46,2%)	16 (47,1%)	0,329
AST (U/L)	27,8 ± 7,1	52,6 ± 41	0,002
ALT (U/L)	34 ± 19,1	58,9 ± 30	0,009
GGT (U/L)	56,2 ± 45	109 ± 125	<0,001
Bilirrubina (mg/dL)	0,59 ± 0,4	0,58 ± 0,4	0,952
HOMA-IR	2,8 ± 2,2	7,4 ± 5,3	0,002
CT (mg/dL)	175 ± 38	188,1 ± 33	0,302
Rigidez (kPa)	11,9 ± 7,6	14,9 ± 8,1	0,244
CAP (dB/m)	309,5 ± 77,6	333,1 ± 48,6	0,364

TABLA 1

Características clínicas de los pacientes. Los datos están expresados como media ± SD para las variables cuantitativas y como n% para las variables cualitativas.

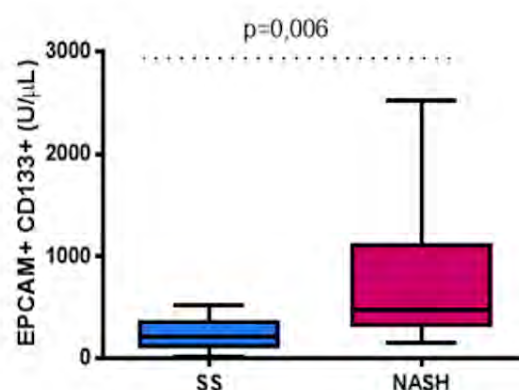


FIGURA 1A

Niveles de micropartículas EPCAM+ CD133+ según su grupo (SS vs. NASH).

Conclusiones

Los niveles de micropartículas de origen hepático nos permiten discriminar a los pacientes con SS y NASH y, además, se correlacionan con la severidad de la patología, por lo que pueden constituir un biomarcador sencillo y no invasivo de Enfermedad Hepática Metabólica Grasa.

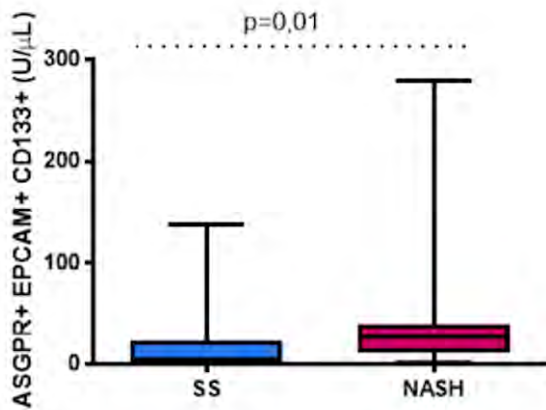


FIGURA 1B

Niveles de micropartículas ASGPR+ EPCAM+ CD133+ según su grupo (SS vs. NASH).

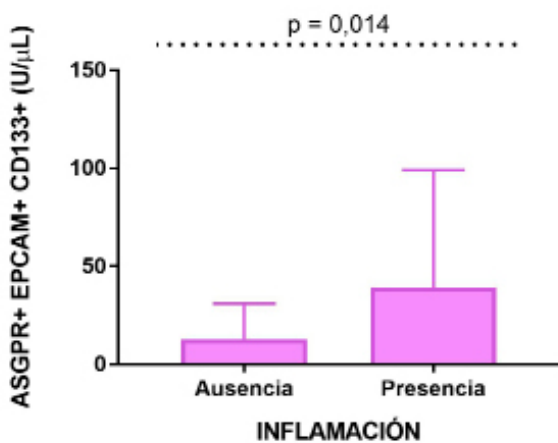


FIGURA 2

Niveles de micropartículas ASGPR+ EPCAM+ CD133+ según la ausencia/presencia de inflamación.

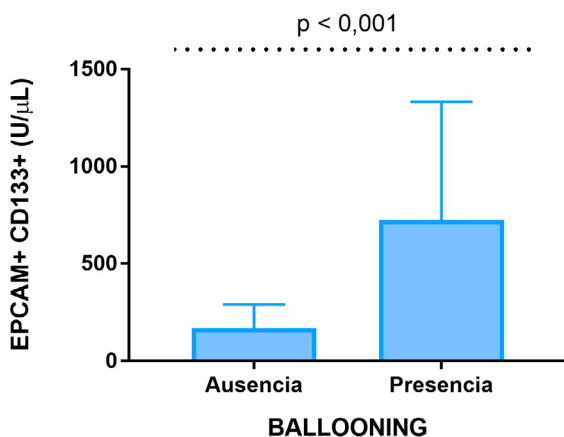


FIGURA 3

Niveles de micropartículas EPCAM+ CD133+ según la ausencia/presencia de ballooning.

CO-18. IMPACTO DE SÍNTOMAS DIGESTIVOS EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON COVID-19. ESTUDIO UNICÉNTRICO.

DEL PINO BELLIDO P, VÍAS PARRADO C, CADENA HERRERA L, GUERRA VELOZ MF, CORDERO RUIZ P, BELLIDO MUÑOZ F, CAUNEDO ÁLVAREZ Á, CARMONA SORIA I

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

Las manifestaciones respiratorias (fiebre, tos, disnea) son los síntomas más comunes en pacientes con COVID-19. Sin embargo, muchas personas experimentan síntomas digestivos extrapulmonares como presentación de la enfermedad. Los síntomas digestivos de COVID-19 probablemente ocurren porque las células epiteliales gastrointestinales y las células hepáticas expresan la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2), el principal receptor del SARS-CoV-2.

El objetivo de nuestro estudio fue determinar la prevalencia y los resultados de los pacientes con COVID-19 con síntomas digestivos.

Material y métodos

Estudio retrospectivo unicéntrico en el que se incluyeron todos los pacientes con reacción en cadena de la polimerasa (PCR) positiva para SARS-CoV2 desde el 23 de Marzo al 30 de Abril de 2020 en el área sanitaria Virgen Macarena (Sevilla-España). Se recogieron variables demográficas y clínicas tales como comorbilidades, necesidad de ingreso hospitalario, UCI y soporte ventilatorio.

Resultados

Se incluyeron 447 pacientes con PCR SARS-Cov2 positiva. 84 pacientes presentaron síntomas digestivos (18,8%), el más común de los cuales fue diarrea (25%), seguido de vómitos (6%), náuseas (5%) y dolor abdominal (1%). Además, el 24% de estos pacientes presentaron fiebre, el 21% tos y el 6% disnea. Otros síntomas fueron fatiga (3,5%), anosmia y ageusia (3,5%) y mialgias (1,2%). Los pacientes con síntomas respiratorios eran mayores ($57,51 \pm 18,8$ vs $54,62 \pm 19,84$; $p < 0,001$) y presentaban una mayor tasa de insuficiencia cardíaca congestiva (10,7% vs 3,9%; $p = 0,022$) que aquellos sin síntomas digestivos. Además, los pacientes con síntomas digestivos presentaban una mayor tasa de ingreso hospitalario (64,3% vs 47,4%; $p = 0,008$) en comparación con los que no los presentaban. Sin embargo, la presencia de síntomas digestivos no se asoció con ingreso en UCI, ventilación mecánica invasiva o mortalidad (Tabla 1).

Conclusiones

- Los síntomas digestivos son frecuentes en pacientes con COVID-19; la diarrea fue el síntoma digestivo predominante.
- Los pacientes con síntomas digestivos tienen una mayor tasa de ingreso hospitalario, sin embargo, los síntomas digestivos no se relacionaron con peor desencadenante, tal como ingreso en UCI o mortalidad.

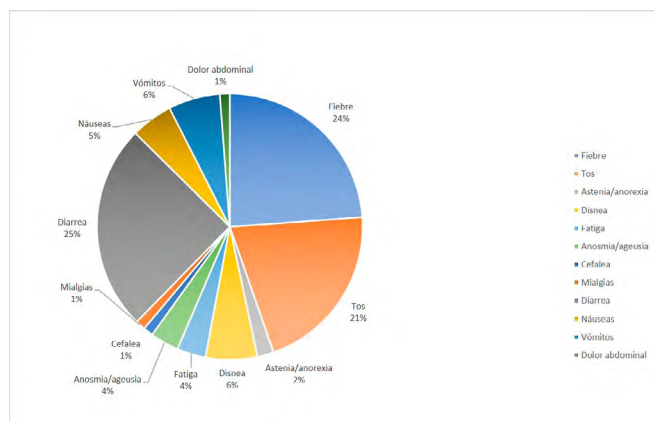


FIGURA 1
Porcentaje de síntomas en pacientes con síntomas digestivos.

Características	Todos los pacientes (n = 447)	Pacientes con síntomas digestivos (n=84)	Pacientes sin síntomas digestivos (n=363)	P
Edad, años (media ± DS)	55.16 ± 19.66	57.51 ± 18.8	54.62 ± 19.84	<0.001
Sexo varón (n, %)	190 (42.5)	33 (39.3)	157 (43.3)	0.589
Hábitos tóxicos (n, %)				
Fumador activo	16 (3.6)	3 (3.6)	13 (3.6)	0.748
Consumidor de alcohol activo	12 (2.7)	2 (2.4)	10 (2.8)	0.854
Consumidores de drogas	4 (0.9)	1 (1.2)	3 (0.8)	0.746
Diabetes mellitus (n, %)	53 (11.9)	13 (15.5)	40 (11)	0.341
Obesidad (n, %)	29 (6.5)	5 (6)	24 (6.6)	0.980
VIH (n, %)	6 (1.3)	2 (2.4)	4 (1.1)	0.695
Enfermedad cardiovascular (n, %)				0.346
Hipertensión	143 (32)	31 (36.9)	112 (30.9)	0.022
Insuficiencia cardíaca congestiva	23 (5.1)	9 (10.7)	14 (3.9)	
Ictus (n, %)	23 (5.1)	3 (3.6)	20 (5.5)	0.652
Enfermedad respiratoria (n, %)				
Asma	19 (4.3)	0 (0)	19 (5.2)	0.072
EPOC	14 (3.1)	5 (6)	9 (2.5)	0.194
SAOS	24 (5.4)	2 (2.4)	22 (6.1)	0.280
Enfermedad renal crónica (n, %)				
Dialisis	2 (0.4)	0 (0)	2 (0.6)	0.822
No dialisis	11 (2.5)	0 (0)	11 (3)	0.221
Enfermedad digestiva (n, %)				
Enfermedad hepática crónica	7 (1.6)	1 (1.2)	6 (1.7)	0.857
Hepatitis B crónica	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Hepatitis C crónica	1 (0.2)	1 (1.2)	0 (0)	0.424
EHGNA	20 (4.5)	5 (6)	15 (4.1)	0.664
CBP	1 (0.2)	0 (0)	1 (1.3)	0.424
Enfermedad inflamatoria intestinal	4 (0.9)	0 (0)	4 (1.1)	0.746
Tumor maligno (n, %)	24 (5.4)	7 (8.3)	17 (4.7)	0.285
Trasplante de órgano sólido (n, %)	3 (0.7)	0 (0)	3 (0.8)	0.925
Ingreso hospitalario (n, %)				
Planta de hospitalización	226 (50.6)	54 (64.3)	172 (47.4)	0.008
Unidad de Cuidados Intensivos	200 (44.7)	51 (60.7)	149 (41)	0.002
Unidad de cuidados intermedios	31 (6.9)	8 (9.5)	23 (6.3)	0.425
Ventilación mecánica invasiva	11 (2.5)	1 (1.2)	10 (2.8)	0.658
Estancia hospitalaria (mediana, RIQ)	21 (4.7)	5 (6)	16 (4.4)	0.751
7 (5-13)		7.50 (5-12.75)	7.75 (5-13.25)	
Desencadenante				
Alta	230 (51.5)	49 (58.3)	181 (49.9)	0.201
Muerte	48 (10.7)	11 (13.1)	37 (10.2)	0.563

TABLA 1
Características demográficas de pacientes con PCR SARS-CoV2 positiva con o sin síntomas digestivos.

CO-19. ANÁLISIS DE LA UTILIDAD DEL VALOR CUANTITATIVO DEL TEST DE SANGRE OCULTA EN HECES PARA LA PREDICCIÓN DE LA PRESENCIA DE LESIONES EN EL PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER COLORRECTAL.

GARCÍA ORTIZ JM, JIMENO MATÉ C, SENDRA FERNÁNDEZ C

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL INFANTA ELENA. HUELVA.

Introducción

Evaluar los resultados del programa de cribado poblacional de cáncer colorrectal en nuestra área sanitaria.

Analizar la asociación entre el valor cuantitativo de sangre oculta en heces (SOH) y la presencia de lesiones colorrectales.

Material y métodos

Estudio retrospectivo, observacional, unicéntrico y analítico, en el que se incluyeron todas las colonoscopias realizadas en nuestro centro entre Noviembre de 2019 y Agosto de 2020 en el ámbito del programa de cribado poblacional.

Se recogieron variables demográficas, analíticas y clínicas de los pacientes, así como los hallazgos endoscópicos e histológicos y parámetros de calidad de la colonoscopia. Se analizó la asociación entre dichas variables y el valor cuantitativo del test de SOH.

Sexo (% varones)	54,7%
Edad (años)	60,4 ± 4,5
SOH cuantitativo (µg/g)	405,5 ± 474,4
Fumadores (%)	29,6%
Tratamiento antiagregante (%)	17,2%
Tratamiento anticoagulante (%)	3,1%
Tratamiento con IBP (%)	42,2%
Tratamiento con AINEs (%)	54%
Creatinina en sangre (mg/dl)	1,0 ± 1,3
Hemoglobina (mg/dl)	14,6 ± 1,3
Plaquetas (x10 ⁹ /l)	225 ± 53
INR	0,88 ± 0,06

FIGURA 1
Características basales.

Resultados

Se realizó colonoscopia a 64 pacientes, con una edad media de 60,4 ± 4,5 años. El 54,7% fueron varones y el valor cuantitativo de SOH presentó una media de 405,5 ± 747,4 µg/g. La tasa de detección de adenomas fue 69,4%, con una media de 1,74 ± 2,24 adenomas por paciente. Se detectaron adenomas avanzados (con displasia de alto grado o > 10 mm) en un tercio de los pacientes. Se detectaron

4 adenocarcinomas, todos en estadio I, en 3 pacientes. El 100 % de los pacientes presentaron una limpieza colónica adecuada. La tasa de intubación cecal fue del 100% y no se produjeron complicaciones asociadas al procedimiento.

El valor cuantitativo de SOH no se asoció de forma estadísticamente significativa a la presencia de lesiones de ningún tipo ni localización, como tampoco a ninguna de las variables demográficas, analíticas ni clínicas de los pacientes a estudio.

Variable		SOH ($\mu\text{g/g}$)	p
Sexo	Hombre	518,5 \pm 834,9	0,192
	Mujer	268,3 \pm 611,9	
Fumador	Sí	483,7 \pm 834,5	0,659
	No	388,6 \pm 730,4	
Antiagregante	Sí	641,1 \pm 938,4	0,280
	No	360,2 \pm 706,9	
Anticoagulante	Sí	1009,6 \pm 1399,2	0,248
	No	385,4 \pm 729,1	
IBP	Sí	525,2 \pm 846,5	0,304
	No	324,6 \pm 622,4	
AINEs	Sí	496,9 \pm 819,5	0,402
	No	335,0 \pm 690,5	
Rectorragia	Sí	577,3 \pm 888,4	0,188
	No	293,0 \pm 636,4	
Hemorroides	Sí	296,5 \pm 643,8	0,091
	No	644,0 \pm 911,3	
Divertículos	Sí	481,7 \pm 823,8	0,668
	No	383 \pm 731,4	
Pólipos	Sí	415,0 \pm 760,2	0,847
	No	369,6 \pm 725,4	
Lesiones serradas	Sí	51,1 \pm 28,2	0,114
	No	451,5 \pm 783,0	
Adenomas	Sí	439,4 \pm 778,5	0,398
	No	266,7 \pm 611,6	
Adenomas avanzados	Sí	271,7 \pm 629,2	0,516
	No	403,9 \pm 745,6	
Adenocarcinoma	Sí	54,7 \pm 7,0	0,524
	No	390,4 \pm 734,3	

FIGURA 2

Análisis de la asociación entre el valor cuantitativo de SOH y el resto de variables.

Conclusiones

En nuestra práctica, el mejor valor para predecir el estado de remisión en pacientes con monitorización de niveles de IFX fue de 4 a 8 $\mu\text{g/ml}$.

CO-20. USTEKINUMAB EN LA ENFERMEDAD DE CROHN MODERADA-GRAVE REFRACTARIA: EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y DURABILIDAD DE LA RESPUESTA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL.

MARTÍNEZ BURGOS M, BRAVO ARANDA AM, MORALES BERMÚDEZ AI, OLMEDO MARTÍN R

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA. MÁLAGA.

Introducción

Evaluar la efectividad y seguridad de ustekinumab en práctica clínica real, tanto en la inducción (mayoritariamente intravenosa), como a medio-largo plazo en una serie de pacientes fundamentalmente refractarios a tratamiento biológico.

Material y métodos

Análisis retrospectivo unicéntrico que incluye a la totalidad de pacientes en tratamiento con ustekinumab en la UGC de Aparato Digestivo del Hospital Regional Universitario de Málaga (inducción sc o iv) con al menos 16 semanas de seguimiento tras la inducción. La remisión y respuesta clínica se definieron como un IHB<4 y la reducción de 3 puntos con respecto al basal respectivamente. La remisión biológica combinada se definió como la consecución de unos niveles de CF<250 mc/g y PCR<10 mg/dl, mientras la respuesta se definió como un descenso de la CF y PCR de al menos un 50% con respecto al basal. Para estimar la tasa de retención del fármaco se realizó una curva de supervivencia de Kaplan-Meier. Se evaluó la seguridad del fármaco documentándose los efectos adversos durante el período de seguimiento.

Las características basales de los pacientes se describen en la **tabla 1**.

Característica	N=63
Sexo: hombre/mujer	26(41,3) / 37(58,7)
Edad	48 (35-60)
Años de evolución de la EC	11 (8-20)
Tabaquismo	
Fumadores	13(20,6)
No fumadores	50(79,4)
Localización	
L1	19(30,2)
L2	8(12,7)
L3	25(39,7)
L1+L4	8(12,7)
L2+L4	3(4,8)
Enfermedad perianal	
Sí	19(30,2)
No	44(69,8)
Fenotipo	
B1	33(52,4)
B2	20(31,7)
B3	10(15,9)
Manifestaciones extraintestinales	
Sí	15(23,8)
No	48(76,2)
Resección intestinal previa	
Sí	26(41,3)
No	37(58,7)
Índice de Harvey Bradshaw basal	9(7-10)
PCR basal	5,2 (2,9-18)
Calprotectina fecal basal	501 (261-1322)
Medicación concomitante	
Inmunosupresores	11(17,5)
Esteroides	19(30,2)
Biológico	1(1,6)
Biológicos previos	
Bionave	8 (12,7)
1	39(61,9)
2	12(19,1)
≥ 3	4 (6,3)
Tratamiento previo con Vedolizumab	8(12,7)
Motivo suspensión fármaco previo	
Fallo primario	6(11)
Fallo secundario	39(70,9)
Efecto adverso	10(18,1)
Inducción UST iv	51(81)
Intensificación biológico previo	
Sí	41(74,5)
No	14(25,5)
Tiempo de tratamiento con UST (semanas)	60 (32-96)
Intensificación de Ustekinumab	25(39,7)
90 mg cada 6 semanas	5 (8)
90 mg cada 4 semanas	20(31,7)

TABLA 1

Características basales de los pacientes en tratamiento con ustekinumab HRU Málaga.

Resultados

Las tasas de respuesta y remisión clínica libre de esteroides así como la remisión-respuesta combinada clínico-biológica a las 16, 24 y 48 semanas se expresan en las **Tablas 2- 4**.

Se observó un descenso significativo en la media del índice de Harvey en la semana 16 [5,65±2] con respecto al basal [8,9±2] [-3,65 -2,86 IC95%, p<0,0001].

Las tasas de respuesta biológica combinada sin esteroides a las semanas 16,24 y 48 se muestran en las **Tablas 5-7**.

Se observó un descenso no significativo de la media de CF en la semana 16 [589,32±723] con respecto a la media de CF basal [758,64±754] [-370 31,44 IC95%, p=0,09]

Se documentaron 13 efectos adversos relacionados con ustekinumab en 9 pacientes (14,3%) (**Tabla 8**).

No respuesta/pérdida de seguimiento	5(8)
Remisión clínica sin esteroides	20(31,7)
Respuesta clínica sin esteroides	26(41,3)
Remisión clínica y biológica sin esteroides	15(23,8)
Respuesta clínica y biológica sin esteroides	9(14,3)

TABLA 2

Remisión/Respuesta clínica 16 semanas (n=63).

No respuesta/pérdida de seguimiento	5(9)
Remisión clínica sin esteroides	21(37,5)
Respuesta clínica sin esteroides	20(35,7)
Remisión clínica y biológica sin esteroides	17(30,35)
Respuesta clínica y biológica sin esteroides	7(12,5)

TABLA 3

Remisión /respuesta clínica 24 semanas (n=56).

Remisión biológica combinada sin esteroides	17(27)
Respuesta biológica combinada sin esteroides	14(22)

Remisión/Respuesta biológica 16 semanas (n=63)

TABLA 4

Remisión/respuesta clínica 48 semanas (n=37).

Remisión biológica combinada sin esteroides	17(27)
Respuesta biológica combinada sin esteroides	14(22)

Remisión/Respuesta biológica 16 semanas (n=63)

Remisión biológica combinada sin esteroides	18(32)
Respuesta biológica combinada sin esteroides	9 (16)

Remisión/Respuesta biológica 24 semanas (n=56)

Remisión biológica combinada sin esteroides	16(43)
Respuesta biológica combinada sin esteroides	6(16)

Remisión/Respuesta biológica 48 semanas (n=37)

TABLA 5

Remisión/Respuesta biológica.

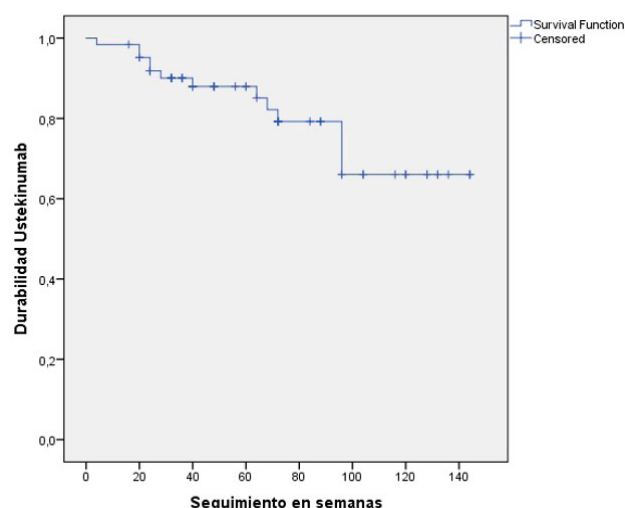


TABLA 6

Durabilidad o tasa de retención del tratamiento con ustekinumab.

En siete pacientes (11%) se hizo swap a otras dianas en una mediana de tiempo de 17 meses (IQR=6,5-24). Dos pacientes fueron intervenidos (3,2%) los cuales no experimentaron complicaciones postoperatorias.

La tasa de retención o durabilidad acumulada del fármaco se muestra en la **Tabla 6**. De los 63 pacientes, 13 suspendieron ustekinumab tras una mediana de duración del tratamiento de 60 semanas (IQR=32-96). La probabilidad de permanecer en tratamiento con ustekinumab a las 48 y 72 semanas fue de un 88% y 79% respectivamente.

Conclusiones

Ustekinumab es efectivo y seguro en la inducción y mantenimiento de la respuesta clínico-biológica en esta serie de pacientes con EC especialmente refractaria a tratamientos previos. La tasa de retención del fármaco a largo plazo en pacientes inicialmente respondedores es también elevada.