



CX REUNIÓN CIENTÍFICA

DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL
Y EXTREMADURA

TERAPIA BIOLÓGICA EN GASTROENTEROLOGÍA INFANTIL

Juliana Serrano Nieto
Gastroenterología, Hepatología y Nutrición
Pediátricas
Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres



BADAJOS | 8-9 MARZO 2024



ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA (EII-P)

Enfermedad de Crohn (EC/CD)
Colitis ulcerosa (CU/UC)



ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA (EoE)



CX REUNIÓN CIENTÍFICA
DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL Y EXTREMADURA
BADAJOZ | 8-9 MARZO 2024

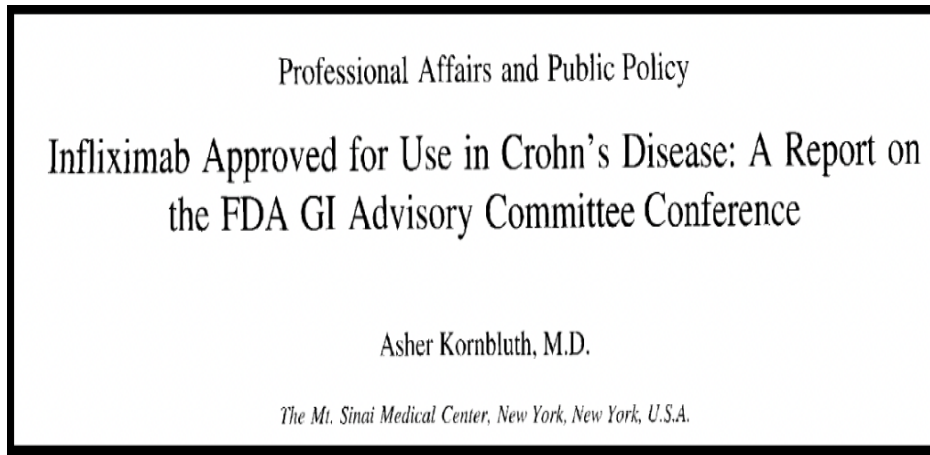


ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA (EII-P)

Enfermedad de Crohn (EC/CD)
Colitis ulcerosa (CU/UC)



25 años desde que INFLIXIMAB fue aprobado para Enfermedad de Crohn



USA, Agosto 1998



Salamanca, San Lucas 1999



CX REUNIÓN CIENTÍFICA
DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL Y EXTREMADURA
BADAJOZ | 8-9 MARZO 2024



2000

- 5-ASAs
- Corticoides
- 6MP, Azatioprina
- Metotrexate
- Infliximab

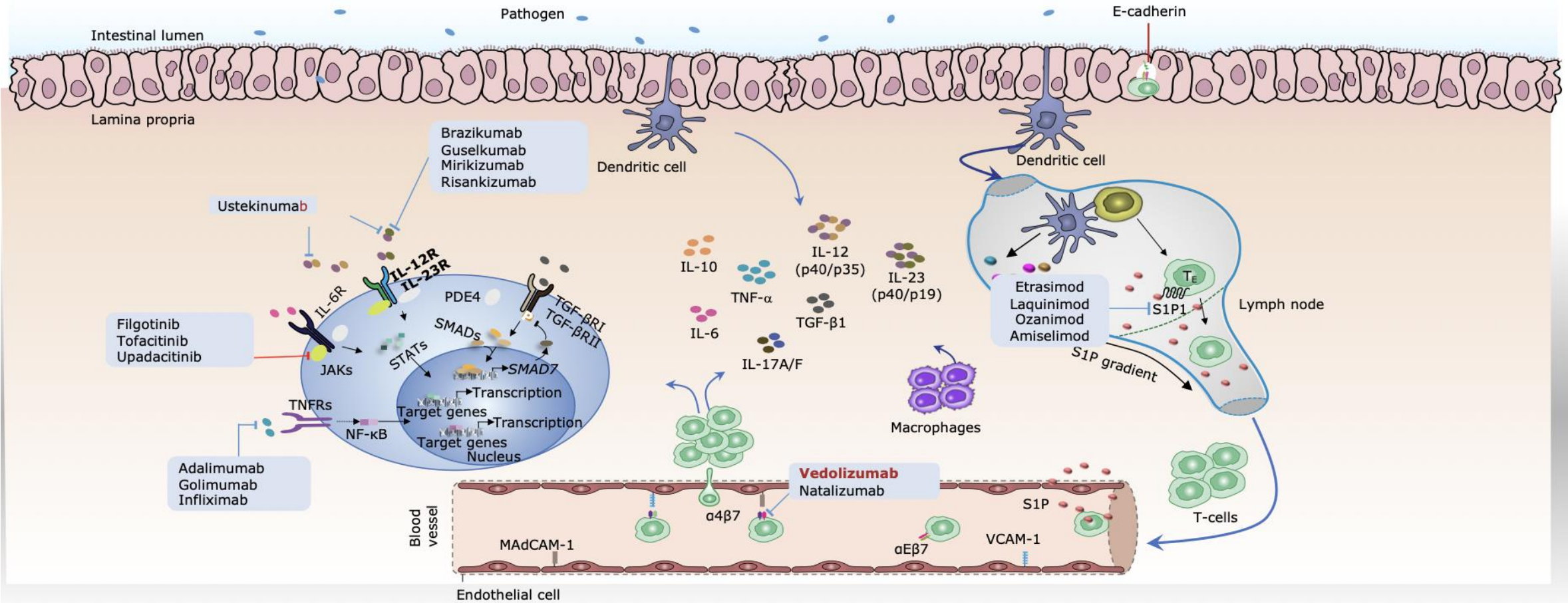
2024





CX REUNIÓN CIENTÍFICA
DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL Y EXTREMADURA
BADAJOZ | 8-9 MARZO 2024

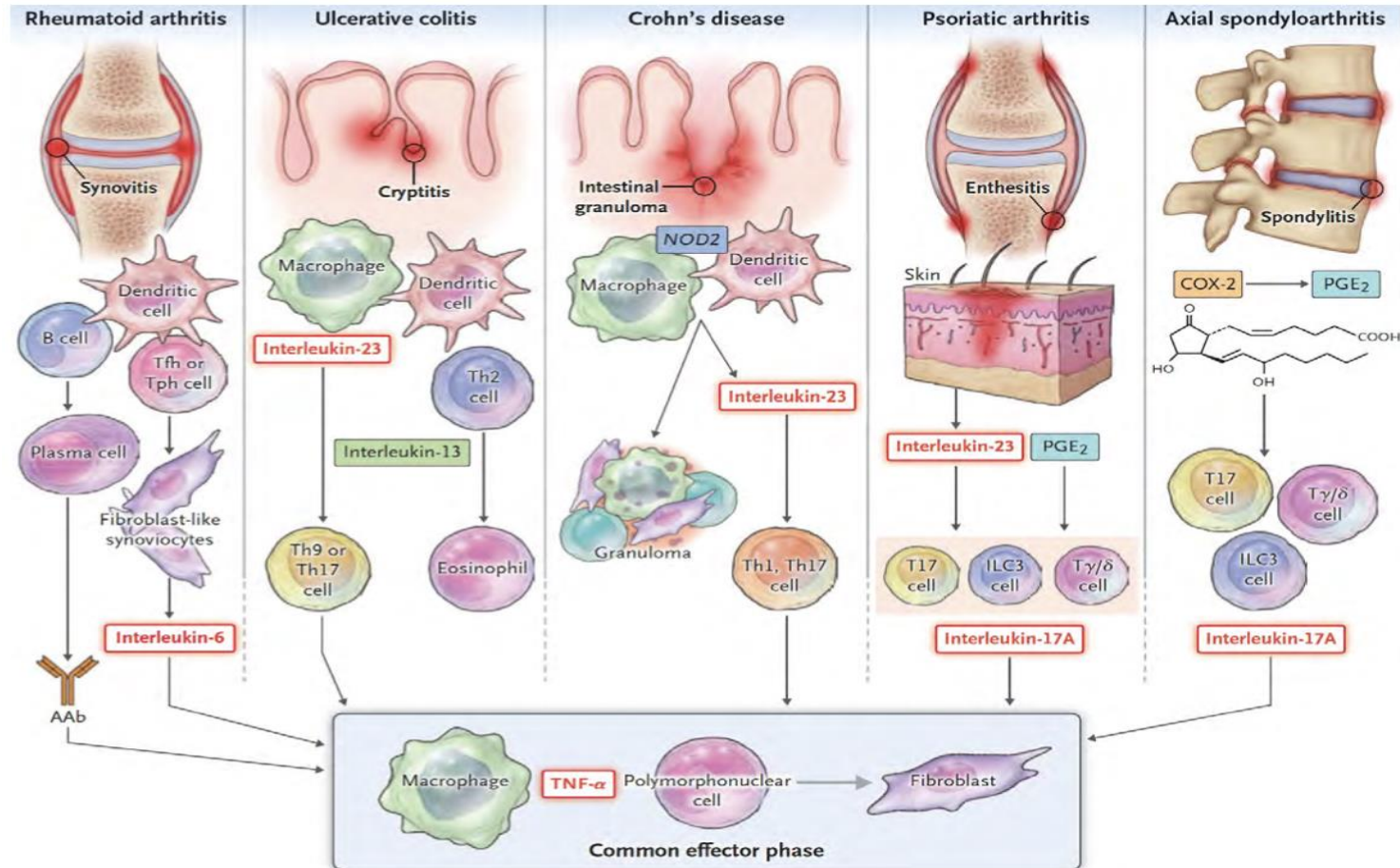




ENORME COMPLEJIDAD INMUNOLÓGICA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL



CX REUNIÓN CIENTÍFICA
 DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL Y EXTREMADURA
 BADAJOZ | 8-9 MARZO 2024





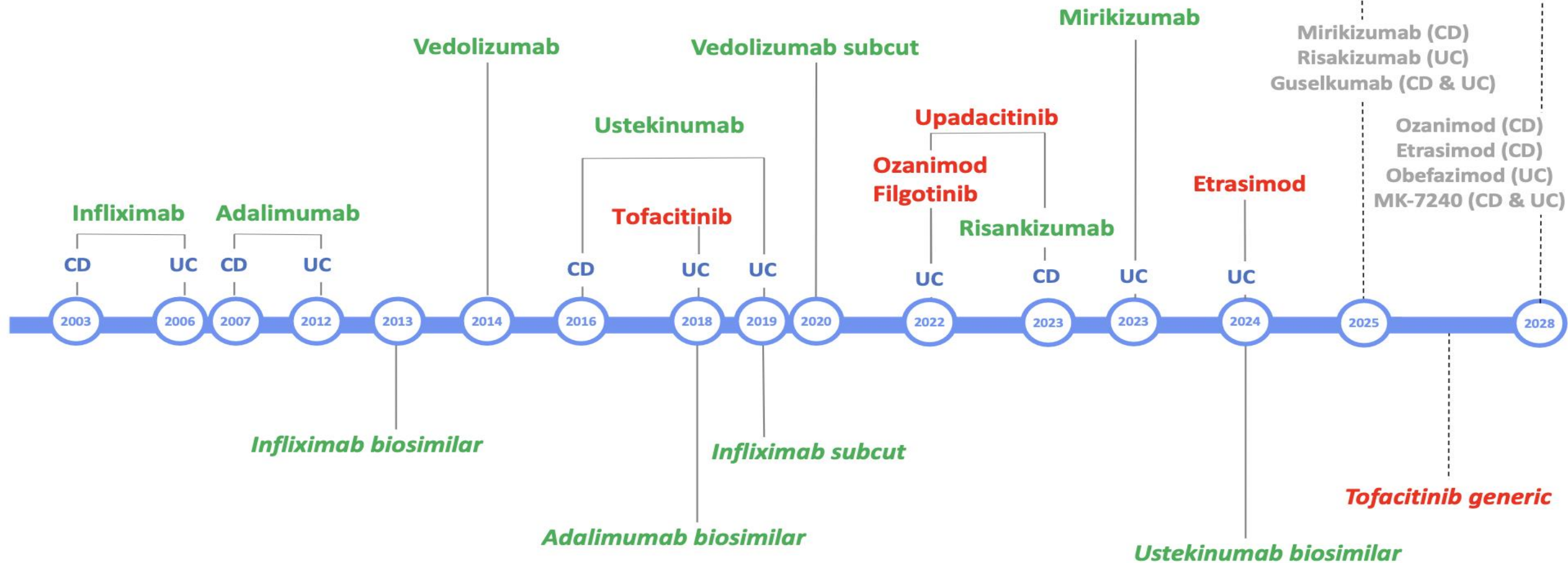
CX REUNIÓN CIENTÍFICA

DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL Y EXTREMADURA

BADAJOS | 8-9 MARZO 2024



LATE-STAGE DEVELOPMENT





Fármacos no efectivos

Prescripción de corticoides deliberadamente

2003

2007

Pacientes con mala calidad de vida

Objetivos del tratamiento no definidos



Infliximab

Adalimumab

CD

UC

CD

UC

2003

2006

2007

2012

Nuevos fármacos muy caros

No idea de cómo usarlos correctamente y "exprimirlos"

Cirugías, estomas, hospitalizaciones, mala calidad vida

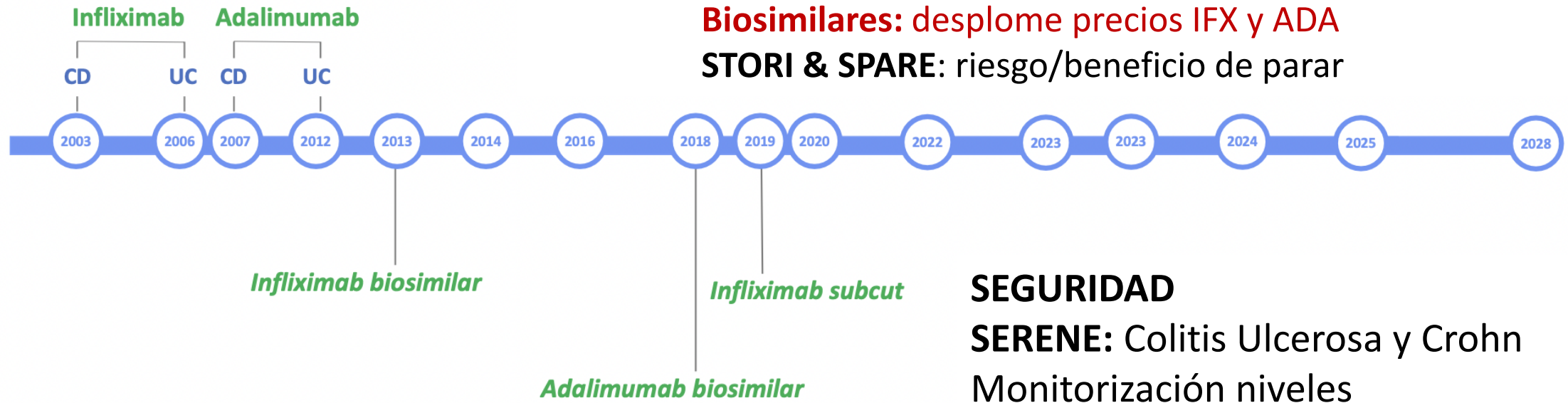


SONIC: comboterapia mejor que monoterapia

ASUC : Infliximab como terapia de rescate en CU

Biosimilares: desplome precios IFX y ADA

STORI & SPARE: riesgo/beneficio de parar





INFLIXIMAB (Remicade®)

Vial 100 mg/20 ml

1 vial = 6000 €

En- Nov 2009: 100 000

Biosimilar (2024)

60 €/vial

1000 €



ADALIMUMAB (Humira®)

Jeringa/pluma precargada 40 mg (x2)

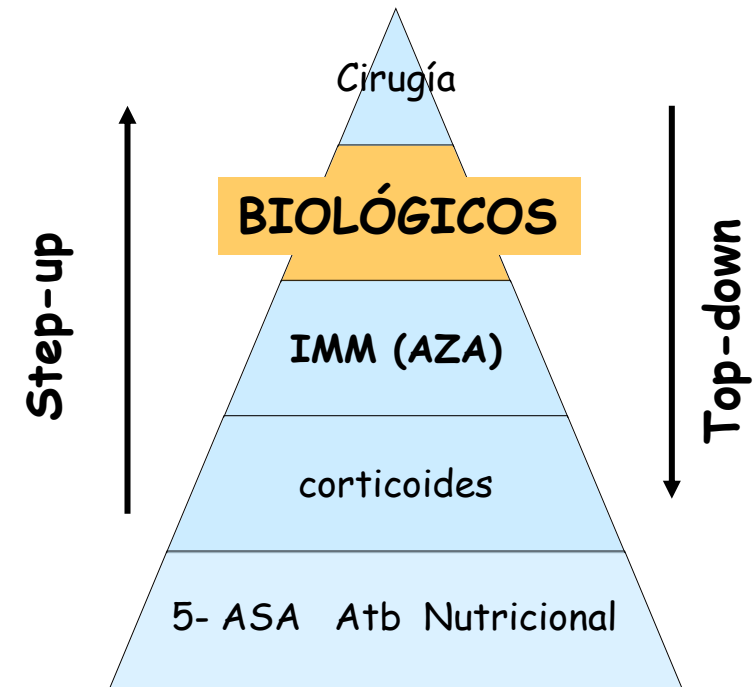
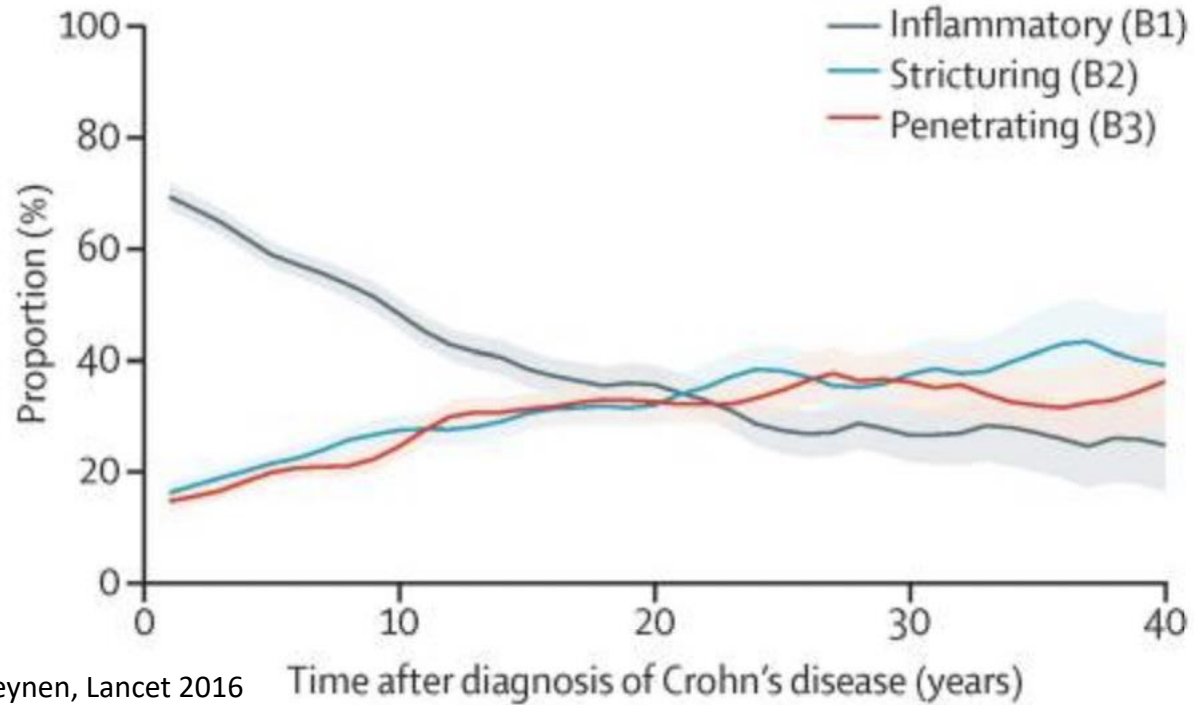
1 env = 1049 €

En- Nov 2009: 119 000 € (37000 EII)

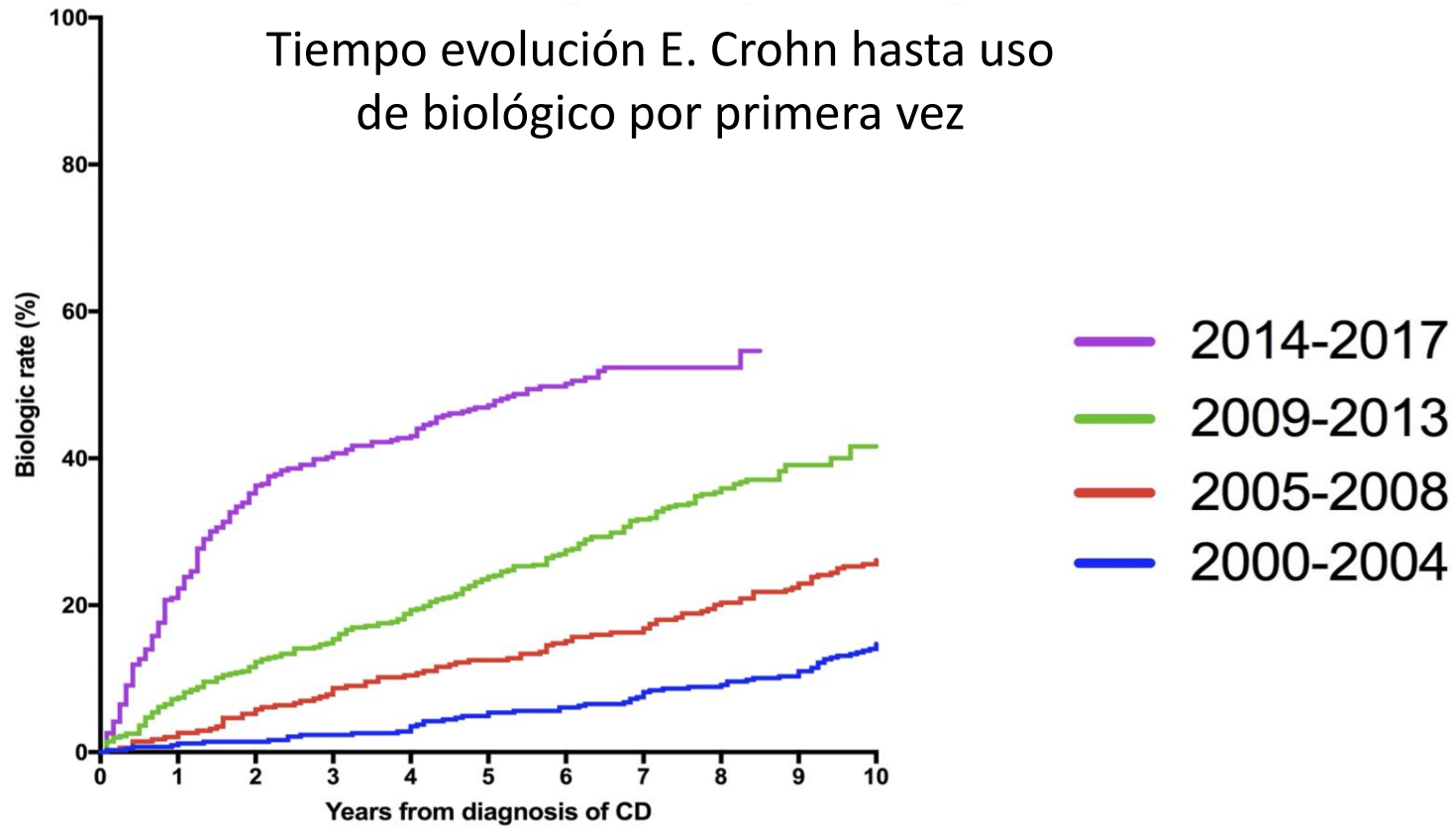
110 €/ 2 plumas

12000 €

** Datos cedidos por Farmacia Hospital Materno Infantil Málaga, 2009

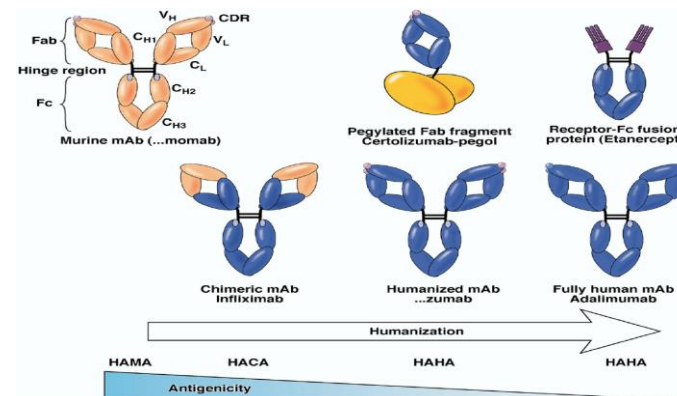


PROACTIVIDAD
EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL





INFLIXIMAB y ADALIMUMAB (anti-TNF α) son los únicos biológicos aprobados para su uso en EII-P





Ej, Ficha técnica Infiximab

Enfermedad de Crohn en pediatría

Infixetra está indicado en el tratamiento de la enfermedad de Crohn activa grave en niños y adolescentes entre 6 y 17 años de edad, que no han respondido a la terapia convencional incluidos un corticosteroide, un inmunomodulador y terapia nutricional primaria; o que sean intolerantes o presenten contraindicaciones a dichas terapias. Infiximab solamente se ha estudiado en combinación con terapia inmunosupresora convencional.

Colitis ulcerosa en pediatría

Infixetra está indicado en el tratamiento de la colitis ulcerosa activa grave en niños y adolescentes entre 6 y 17 años, que han tenido una respuesta inadecuada a la terapia convencional incluyendo corticosteroides y 6-MP o AZA, o que son intolerantes o tienen contraindicaciones médicas a dichas terapias.

Enfermedad de Crohn activa, de moderada a grave

5 mg/kg administrados en una perfusión intravenosa seguida de una perfusión adicional de 5 mg/kg 2 semanas después de la primera perfusión. Si un paciente no responde después de 2 dosis, no se deberá administrar ningún tratamiento adicional con infiximab. Los datos disponibles no justifican prolongar el tratamiento con infiximab, en pacientes que no respondan a las 6 semanas de la perfusión inicial.

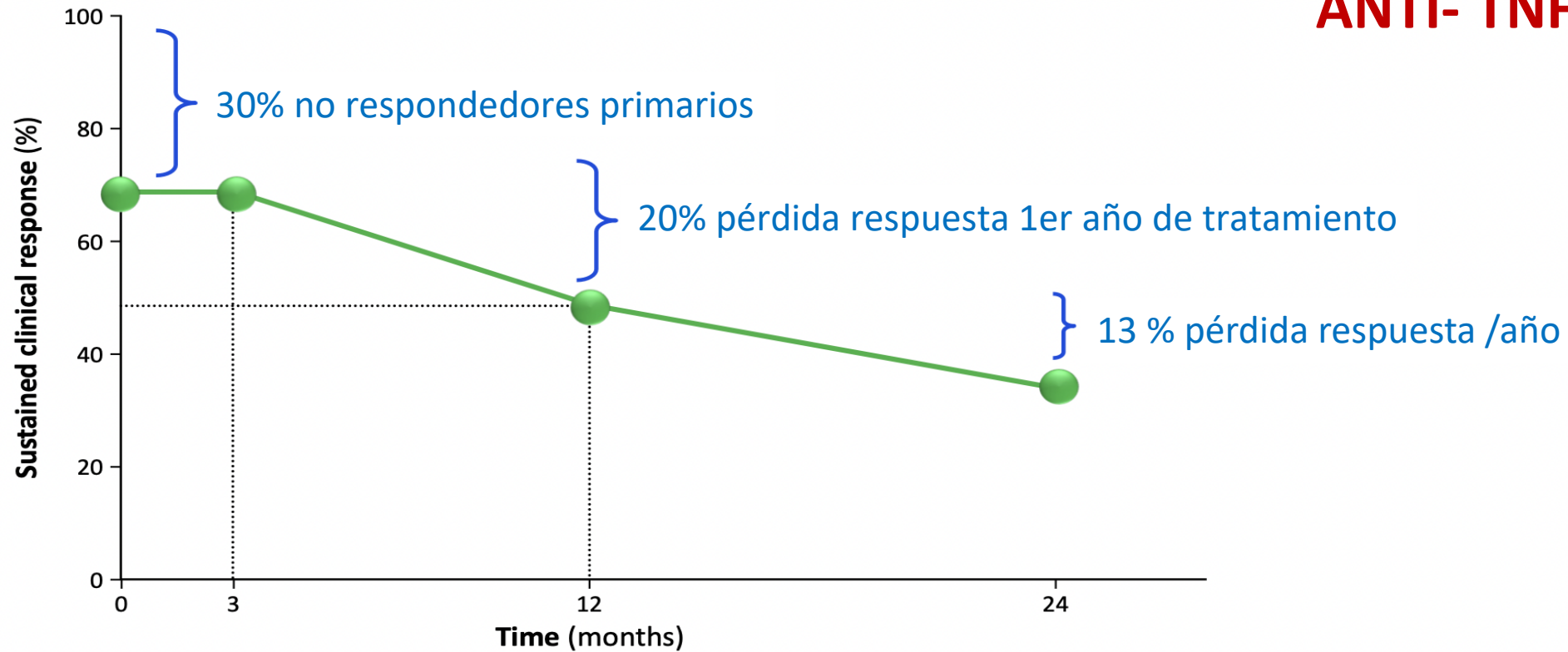
En los pacientes que presenten respuesta, las estrategias alternativas para continuar el tratamiento son:

- Mantenimiento: perfusión adicional de 5 mg/kg a las 6 semanas después de la dosis inicial, seguida de perfusiones cada 8 semanas o
- Readministración: perfusión de 5 mg/kg si vuelven a aparecer los signos y síntomas de la enfermedad (ver “Readministración” más abajo y sección 4.4).

VA A SER QUE NO NOS PODEMOS AJUSTAR A ESTAS RECOMENDACIONES...



ANTI- TNF



TNF: Factor de necrosis tumoral
Adaptado de Roda G et al. *Clin Transl Gastroenterol* 2016;7:e135



CX REUNIÓN CIENTÍFICA

DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL Y EXTREMADURA

BADAJOS | 8-9 MARZO 2024



Molecular Resistance

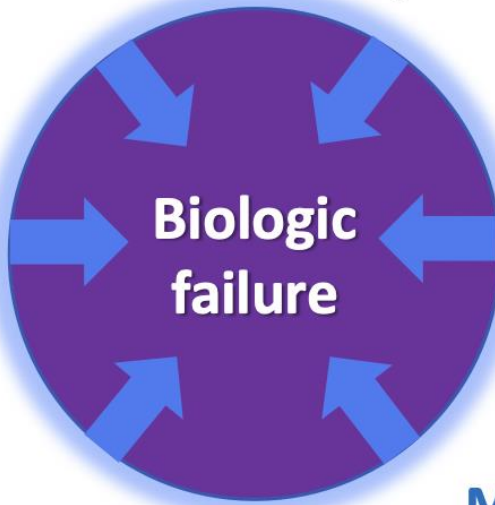
Immune cell infiltrate CD4+ IL-23R+ TNFR2 T cells, IL-23+ macrophages, OSM

Pharmacokinetic factors

Serum and tissue drug level, ADAs, loss in stool, FcR-mediated endocytosis, proteolytic degradation

Clinical Phenotype

Age, duration of disease, BMI, smoking, severity, complications,



Biologic failure

Mechanistic Failure

Low / absent drug target expression
– mTNF, TNFR2, $\alpha 4\beta 7$

Genomic Factors

FCGR3A, TREM1, HLA-DQA1*05,

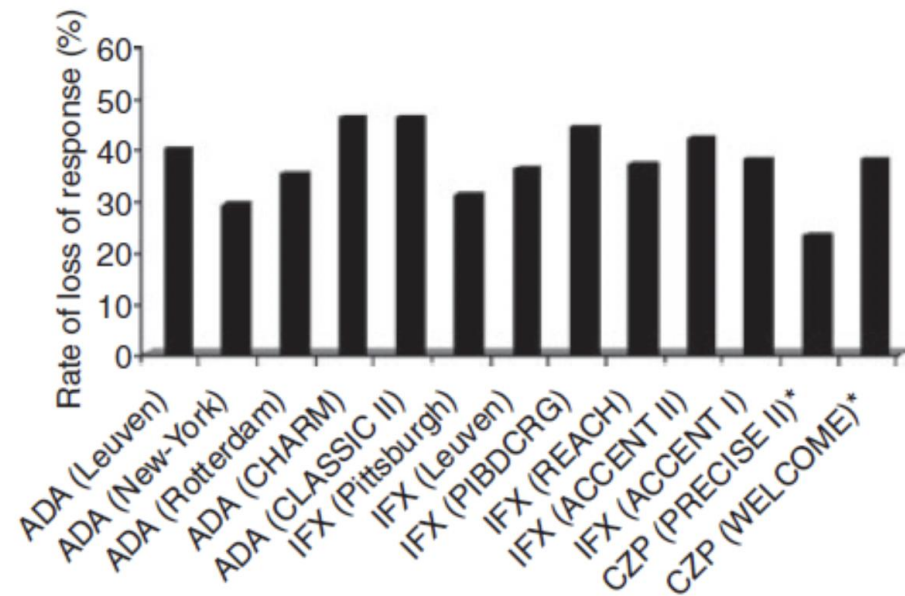
Microbiome

Faecalibacterium, Clostridiales, Burkholderiales, Bacteroides

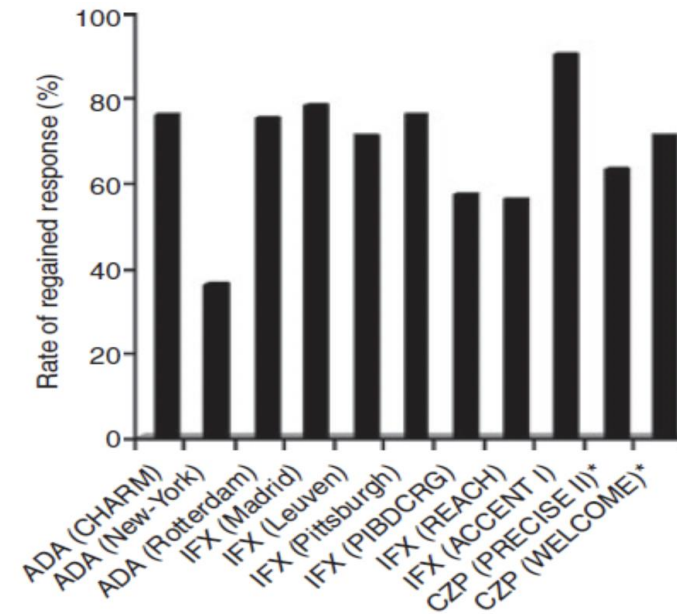
Atreya R, Neurath MF. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2018



Pérdida secundaria de respuesta al anti-TNF α



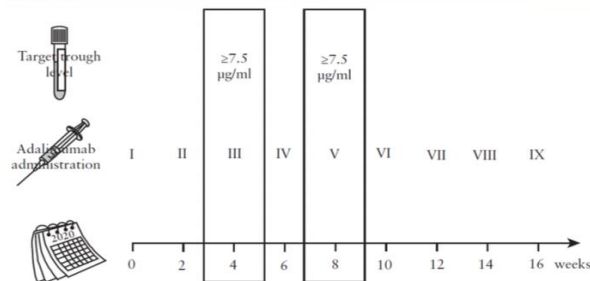
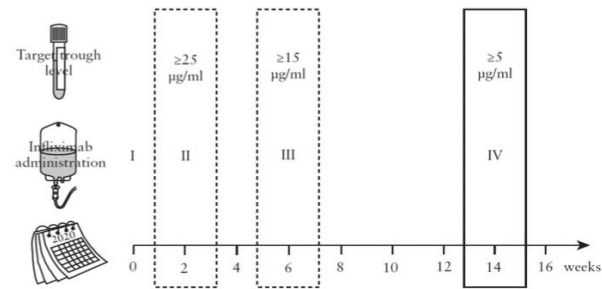
Recuperación respuesta al anti-TNF α



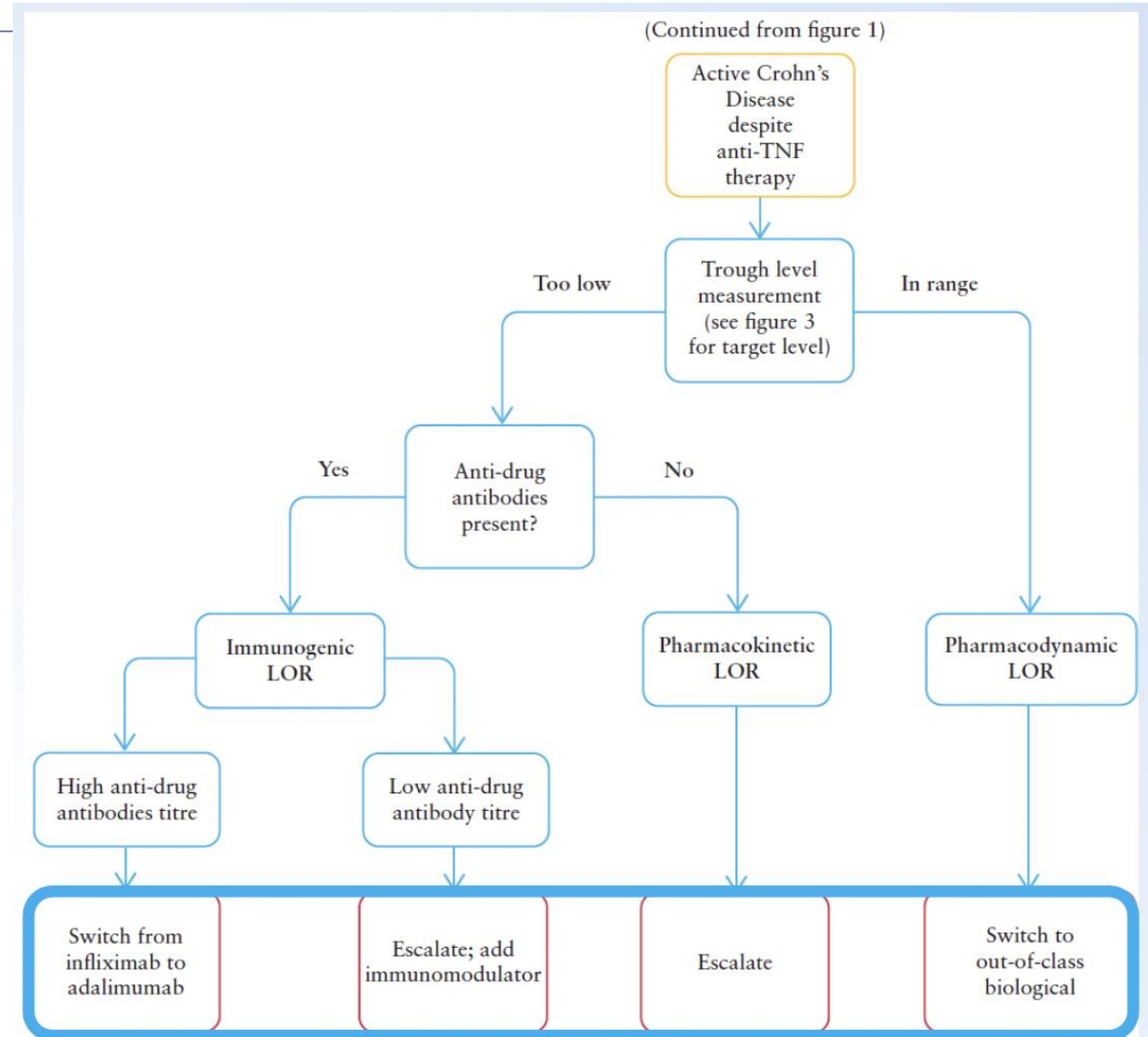


Alternativas tras pérdida de respuesta al anti-TNF α

- ¿Cambio a otro anti-TNF α ? (switch)
- ¿Cambio de diana terapéutica? (swap?)



Van Rheenen PF, et al. *J Crohns Colitis* 2021;15:171-94





Alternativas tras la pérdida de respuesta al antiTNF

BIOLÓGICOS

¿Cambio de diana terapéutica?
(swap)

- Acs anti-integrina (**VEDOLIZUMAB**, ETROLIZUMAB)
- Acs anti IL12-23 (**USTEKINUMAB**)
- Acs anti IL23 (**RISANKIZUMAB**,
GUSELKUMAB, MIRIKIZUMAB)

¿Combinar terapias avanzadas?

MOLÉCULAS PEQUEÑAS

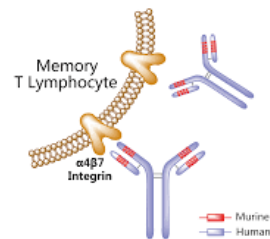
- Inhibidores JAK
(TOFACITINIB, FILGOTINIB, **UPDACITINIB**)
- Moduladores del receptor S1-P
(Ozanimod, Etrasimod)



¿ Y qué si fallan los anti- TNF en E. Crohn?

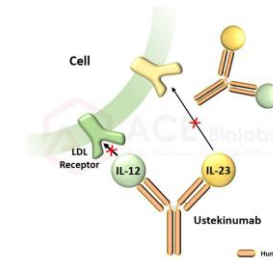
2014: VEDOLIZUMAB

anti- $\alpha 4\beta 7$ -integrina



2016: USTEKINUMAB

anti p-40 (interleukina 12 y 23)



MEJORES RESULTADOS **USTEKINUMAB**

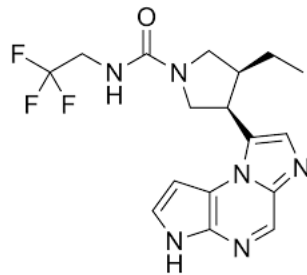
COMO FÁRMACOS DE SEGUNDA LÍNEA (TRAS FALLO DE ANTI-TNF) siempre
peores resultados que en naïve



¿ Y qué si fallan los anti- TNF en E. Crohn?

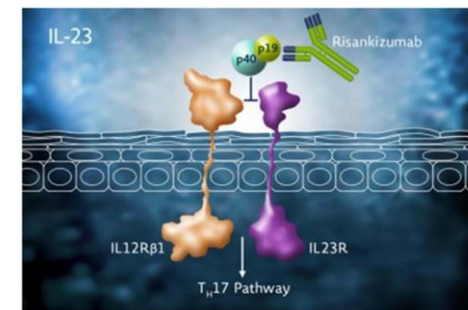
2023: UPADACITINIB

Pequeña molécula
JAK1 inhibitor



2023: RISANKIZUMAB

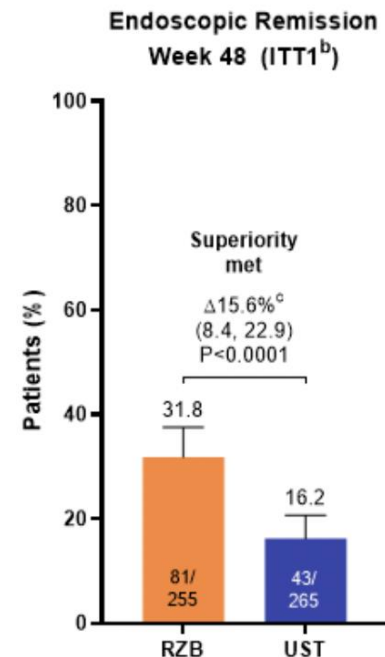
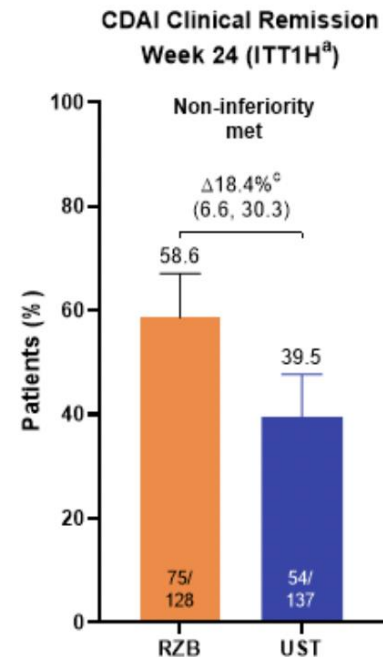
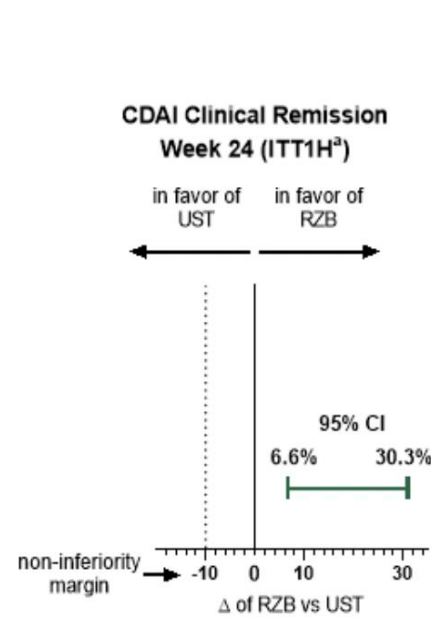
Biológico
p19 como diana → anti IL-23





SEQUENCE: primary endpoints

RZB non-inferior to UST for clinical remission at week 24 and
 RZB superior to UST for endoscopic remission at week 48



RISANKIZUMAB

SUPERIOR a

USTEKINUMAB

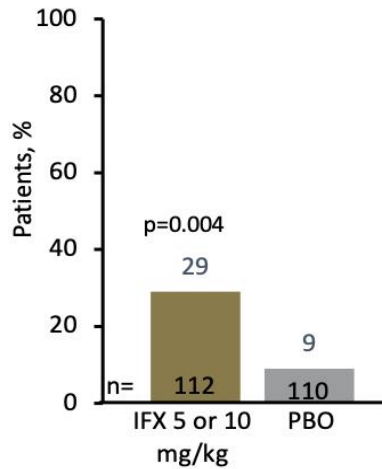
CDAI clinical remission: CDAI < 150

Endoscopic remission: SES-CD \leq 4 and at least a 2-point reduction versus BL and no subscore > 1



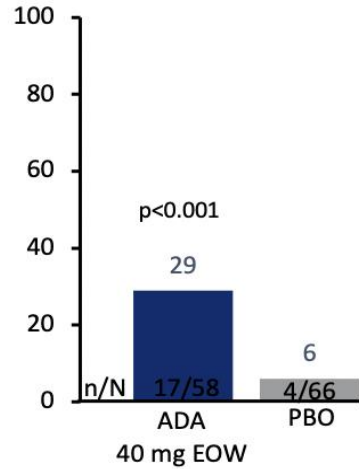
Enfermedad de Crohn. Remisión libre de esteroides

Infliximab¹
SFR at Week 54



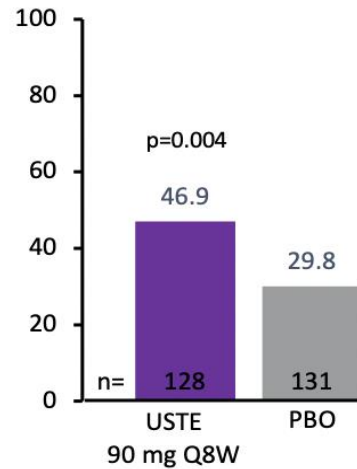
Discontinuation of CS while in clinical remission

Adalimumab²
SFR at Week 56



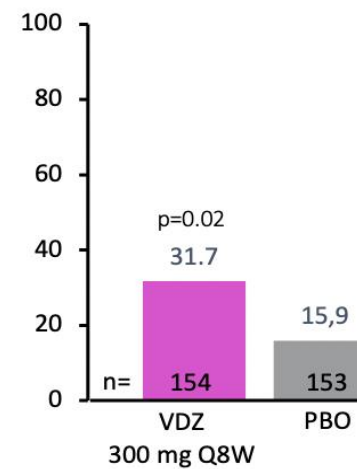
Clinical remission at Week 56 and able to discontinue CS

Ustekinumab³
SFR at Week 44



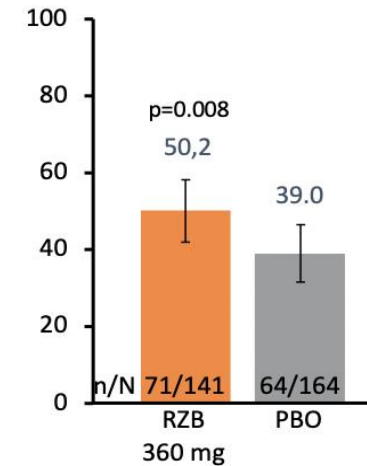
Not defined in publication

Vedolizumab⁴
SFR at Week 52



Clinical remission at Week 52 without glucocorticoid therapy

Risankizumab⁵
SFR at Week 52
Post-hoc analysis

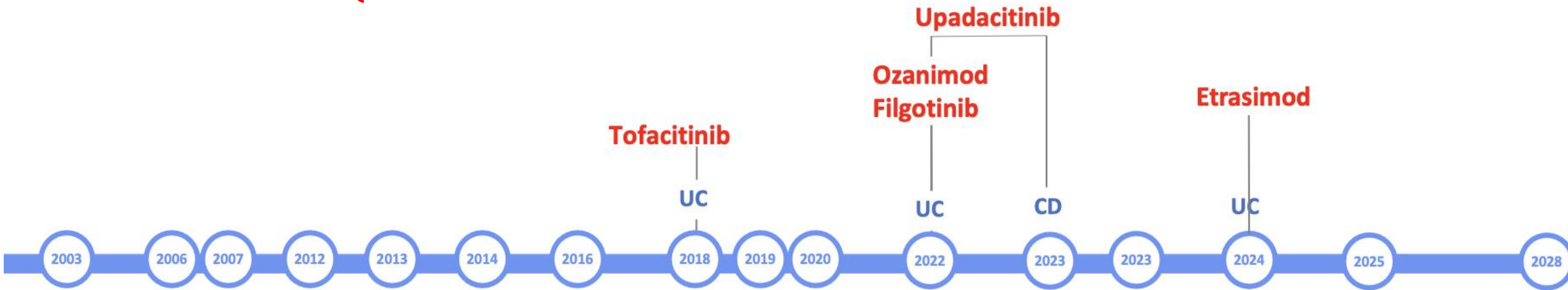


Absence of CS use at the time of endpoint assessment

ADA, adalimumab; CS, corticosteroid; EOW, every other week; IFX, infliximab; PBO, placebo; Q8W, every 8 weeks; RZB, risankizumab; SFR, steroid-free remission; USTE, ustekinumab; VDZ, vedolizumab. Figures adapted from 1. Hanauer SB, et al. *Lancet*. 2002;359:1541-9; 2. Colombel JF, et al. *Gastroenterology*. 2007;132:52-65; 3. Feagan BG, et al. *N Engl J Med*. 2016;375:1946-60; 4. Sandborn WJ, et al. *N Engl J Med*. 2013;369:711-21; 5. Schreiber S, et al. Presented at the 17th Congress of the European Crohn's and Colitis Organisation, Virtual: DOP82.

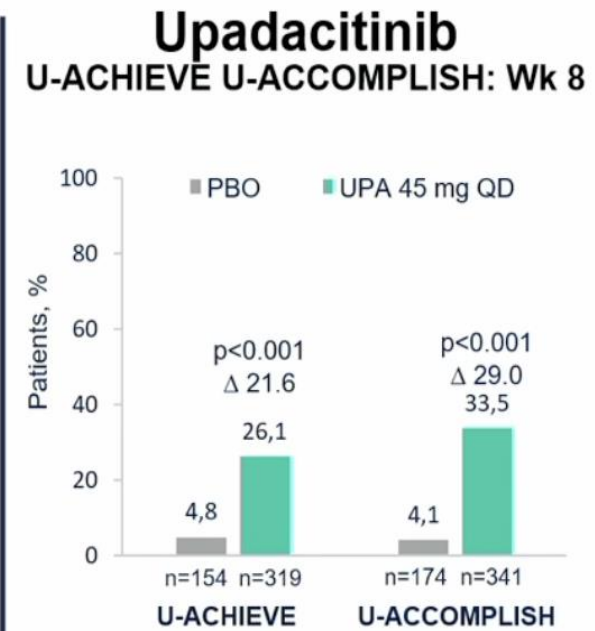
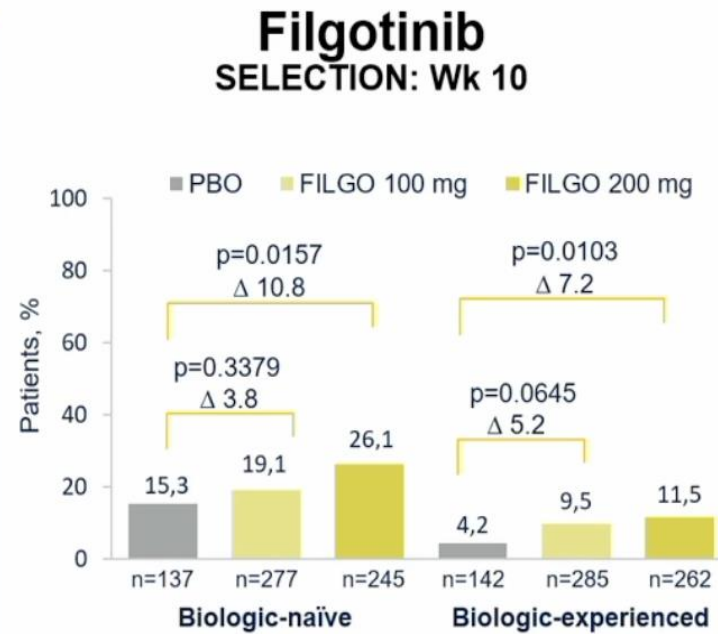
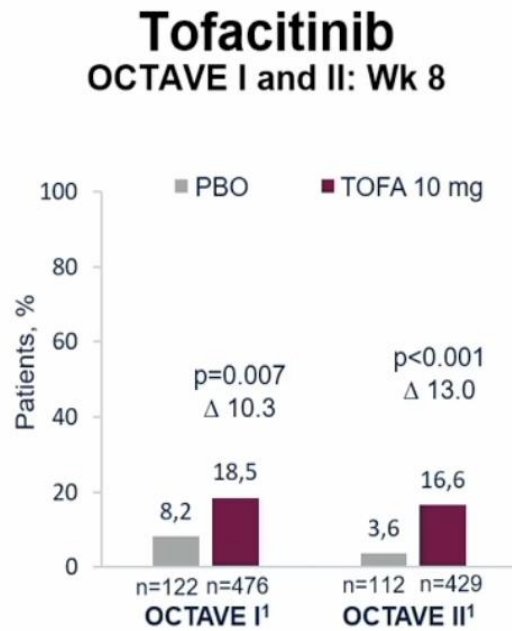


MOLÉCULAS PEQUEÑAS





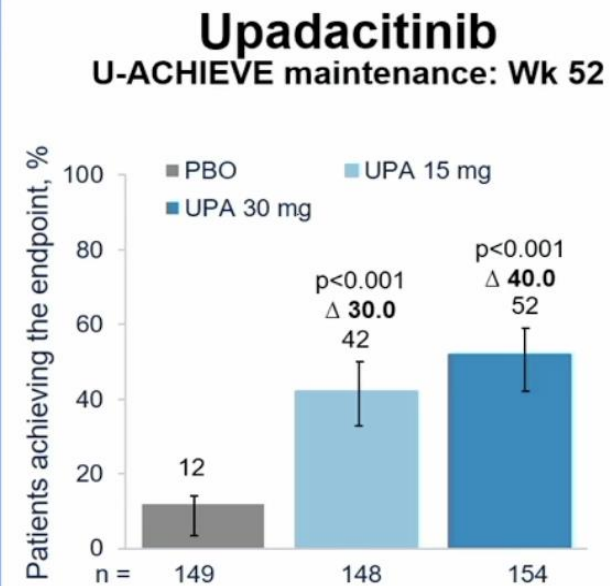
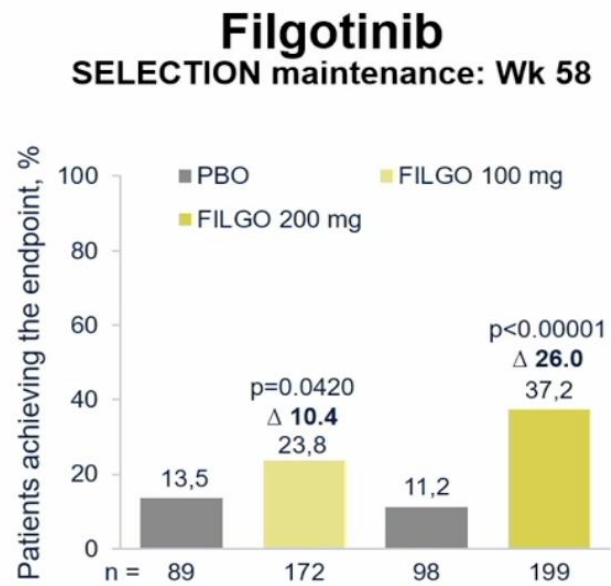
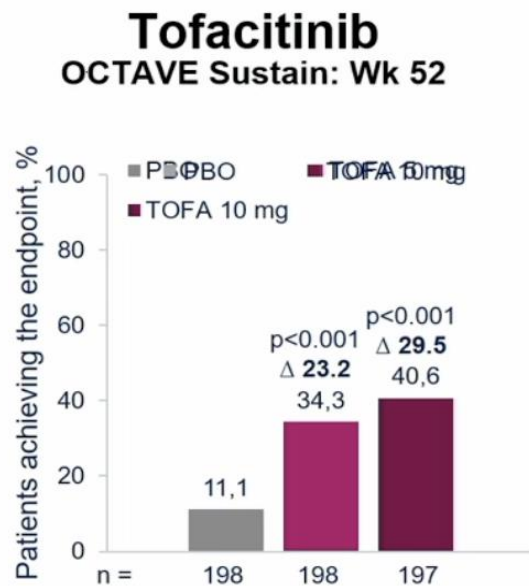
INHIBIDORES JAK funcionan en COLITIS ULCEROSA



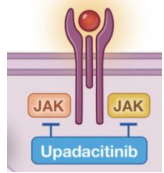
Remisión clínica tras **INDUCCIÓN** en Colitis Ulcerosa



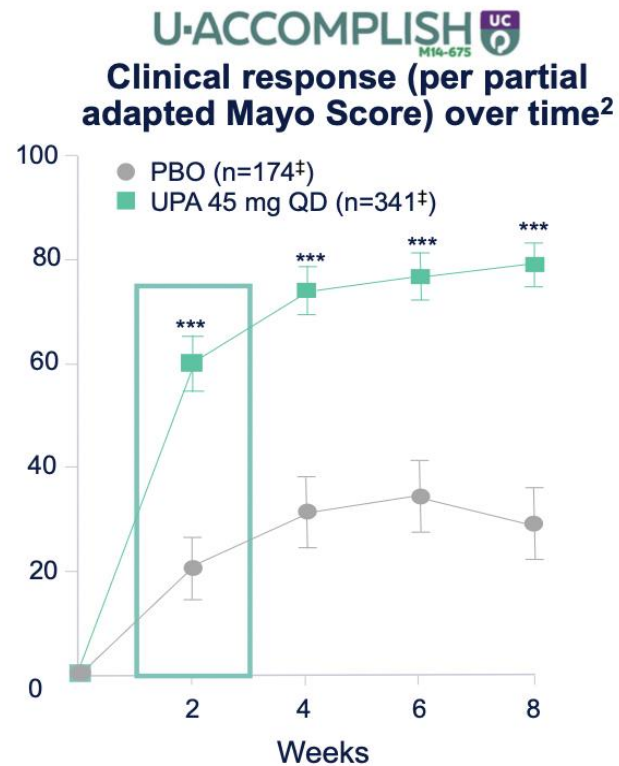
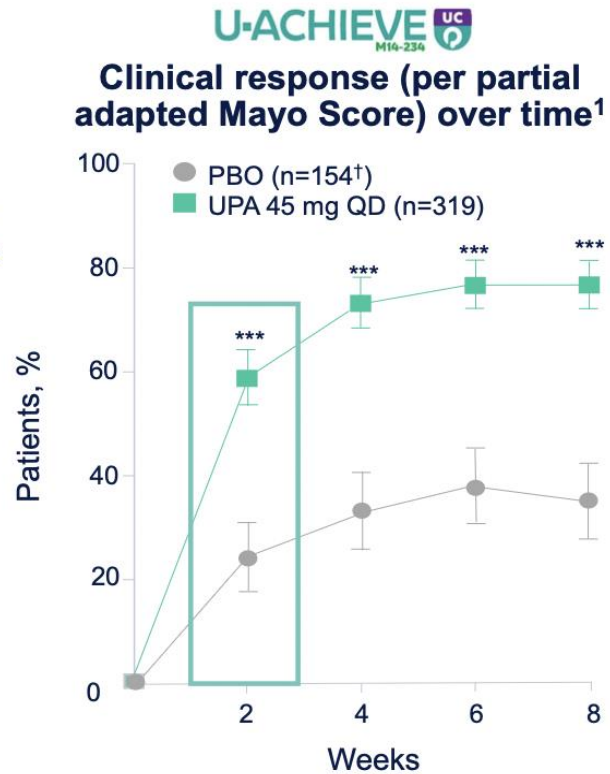
INHIBIDORES JAK funcionan en COLITIS ULCEROSA



Remisión clínica **1 AÑO** en Colitis Ulcerosa



UPADACITINIB EN INDUCCIÓN COLITIS ULCEROSA



Clinical response at Week 2 is one of the ranked secondary endpoints

Respuesta rápida, en días

Altas tasas remisión en inducción

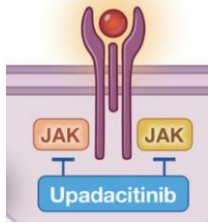


Network Meta-analysis terapia avanzada en **Colitis ulcerosa**: inducción remisión clínica y mejoría endoscópica

Upadacitinib	2.70 (1.18-6.20)	4.49 (2.18-9.24)	6.15 (2.98-12.72)	2.84 (1.28-6.31)	4.91 (2.59-9.31)	2.92 (1.31-6.51)	3.56 (1.84-6.91)	3.00 (1.32-6.82)	4.64 (2.47-8.71)	2.70 (1.18-6.20)	9.54 (5.45-16.69)
3.01 (1.59-5.67)	Ozanimod	1.65 (0.77-3.55)	2.27 (1.05-4.89)	1.05 (0.45-2.41)	1.81 (0.91-3.60)	1.07 (0.46-2.49)	1.31 (0.65-2.67)	1.10 (0.47-2.61)	1.71 (0.87-3.37)	0.93 (0.47-1.85)	3.52 (1.91-6.49)
2.91 (1.19-7.10)	0.97 (0.39-2.39)	Filgotinib 200 mg	1.37 (0.71-2.62)	0.63 (0.30-1.31)	1.09 (0.63-1.89)	0.65 (0.31-1.35)	0.79 (0.44-1.41)	0.66 (0.31-1.42)	1.03 (0.60-1.77)	0.56 (0.32-0.97)	2.12 (1.34-3.35)
5.96 (2.35-15.14)	1.98 (0.77-5.09)	2.04 (0.66-6.33)	Filgotinib 100 mg	0.46 (0.22-0.95)	0.79 (0.45-1.39)	0.47 (0.22-0.99)	0.57 (0.32-1.03)	0.48 (0.22-1.03)	0.75 (0.43-1.30)	0.41 (0.23-0.71)	1.54 (0.97-2.45)
3.05 (1.68-5.51)	1.01 (0.55-1.86)	1.04 (0.43-2.50)	0.51 (0.20-1.27)	Tofacitinib	1.72 (0.90-3.29)	1.02 (0.45-2.30)	1.25 (0.64-2.45)	1.05 (0.46-2.41)	1.63 (0.86-3.08)	0.89 (0.46-1.69)	3.35 (1.90-5.91)
4.71 (2.83-7.83)	1.56 (0.92-2.66)	1.61 (0.71-3.65)	0.78 (0.33-1.86)	1.54 (0.96-2.48)	Etrolizumab	0.59 (0.31-1.14)	0.72 (0.48-1.08)	0.61 (0.31-1.21)	0.94 (0.69-1.29)	0.51 (0.36-0.72)	1.94 (1.42-2.64)
3.45 (1.90-6.24)	1.14 (0.62-2.11)	1.18 (0.49-2.83)	0.57 (0.23-1.44)	1.13 (0.64-1.99)	0.73 (0.45-1.18)	Ustekinumab	1.22 (0.62-2.39)	1.02 (0.44-2.35)	1.59 (0.83-3.02)	0.86 (0.45-1.66)	3.26 (1.83-5.79)
4.71 (2.68-8.28)	1.56 (0.87-2.81)	1.61 (0.68-3.79)	0.79 (0.32-1.93)	1.54 (0.90-2.63)	1.00 (0.64-1.55)	1.36 (0.79-2.33)	Vedolizumab	0.84 (0.41-1.68)	1.30 (0.96-1.74)	0.71 (0.45-1.10)	2.67 (1.87-3.80)
4.52 (2.55-8.01)	1.50 (0.83-2.72)	1.54 (0.65-3.65)	0.75 (0.30-1.86)	1.48 (0.86-2.55)	0.95 (0.61-1.51)	1.31 (0.76-2.26)	0.95 (0.57-1.60)	Golimumab	1.54 (0.79-3.01)	0.84 (0.43-1.65)	3.17 (1.74-5.79)
5.41 (3.30-8.86)	1.79 (1.07-3.01)	1.85 (0.82-4.15)	0.90 (0.38-2.12)	1.77 (1.11-2.81)	1.14 (0.88-1.49)	1.56 (0.98-2.48)	1.15 (0.75-1.75)	1.19 (0.77-1.84)	Adalimumab	0.54 (0.37-0.79)	2.05 (1.54-2.73)
2.75 (1.66-4.55)	0.91 (0.54-1.54)	0.94 (0.41-2.14)	0.46 (0.19-1.09)	0.90 (0.56-1.44)	0.58 (0.43-0.78)	0.79 (0.49-1.27)	0.58 (0.37-0.91)	0.60 (0.39-0.95)	0.51 (0.37-0.69)	Infliximab	3.76 (2.77-5.12)
8.23 (5.32-12.75)	2.74 (1.72-4.34)	2.82 (1.30-6.12)	1.38 (0.60-3.14)	2.71 (1.81-4.02)	1.74 (1.34-2.26)	1.74 (1.34-2.26)	1.74 (1.22-2.49)	1.82 (1.25-2.63)	1.52 (1.21-1.92)	3.00 (2.33-3.82)	Placebo

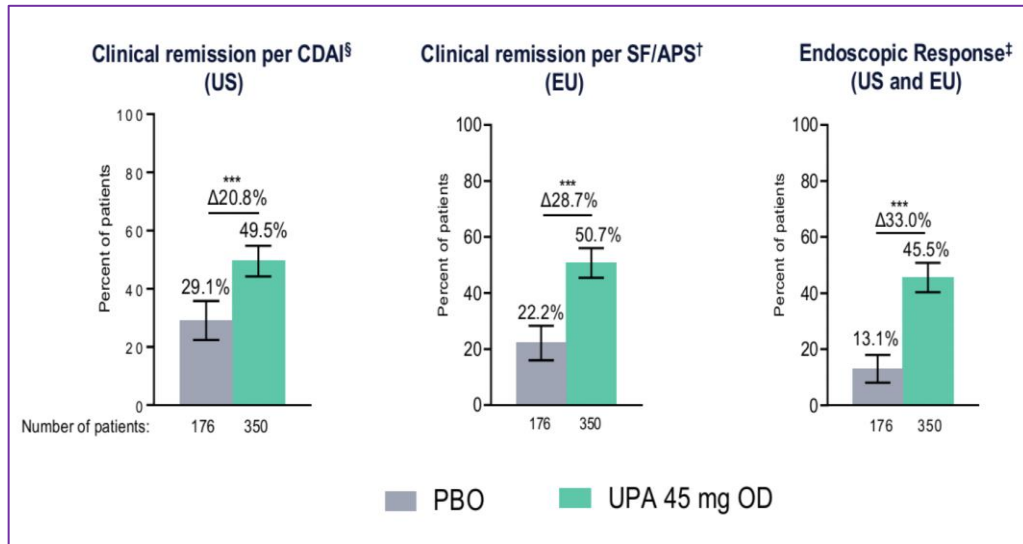
Clinical remission

Endoscopic improvement



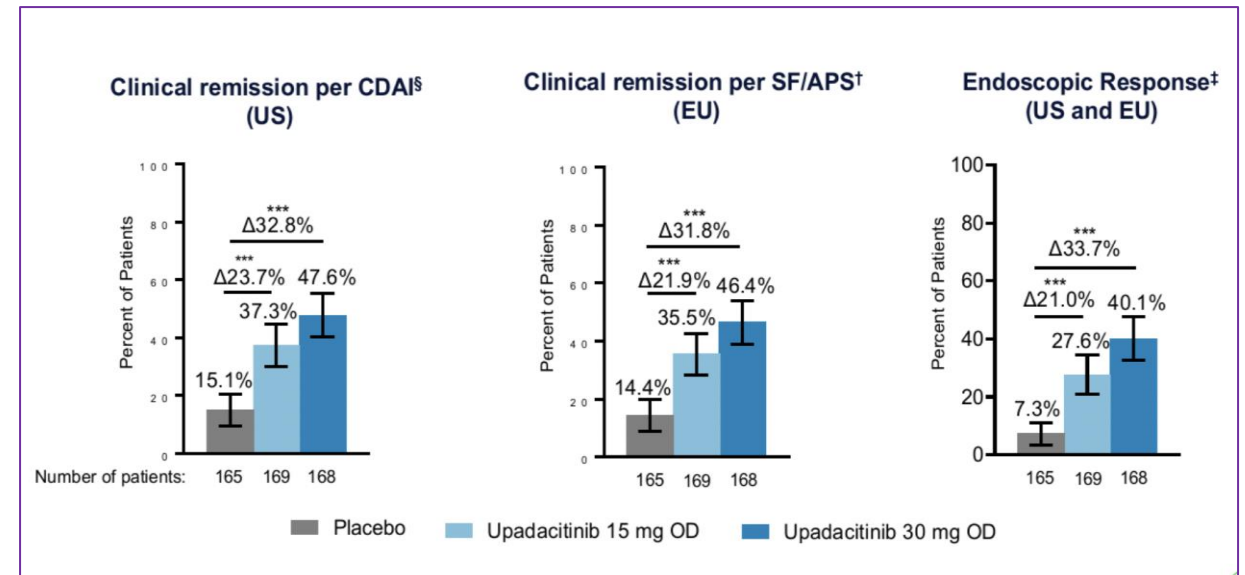
UPADACITINIB EN CROHN

INDUCCIÓN, SEMANA 12



U- EXCEL TRIAL

MANTENIMIENTO



U-ENDURE TRIAL



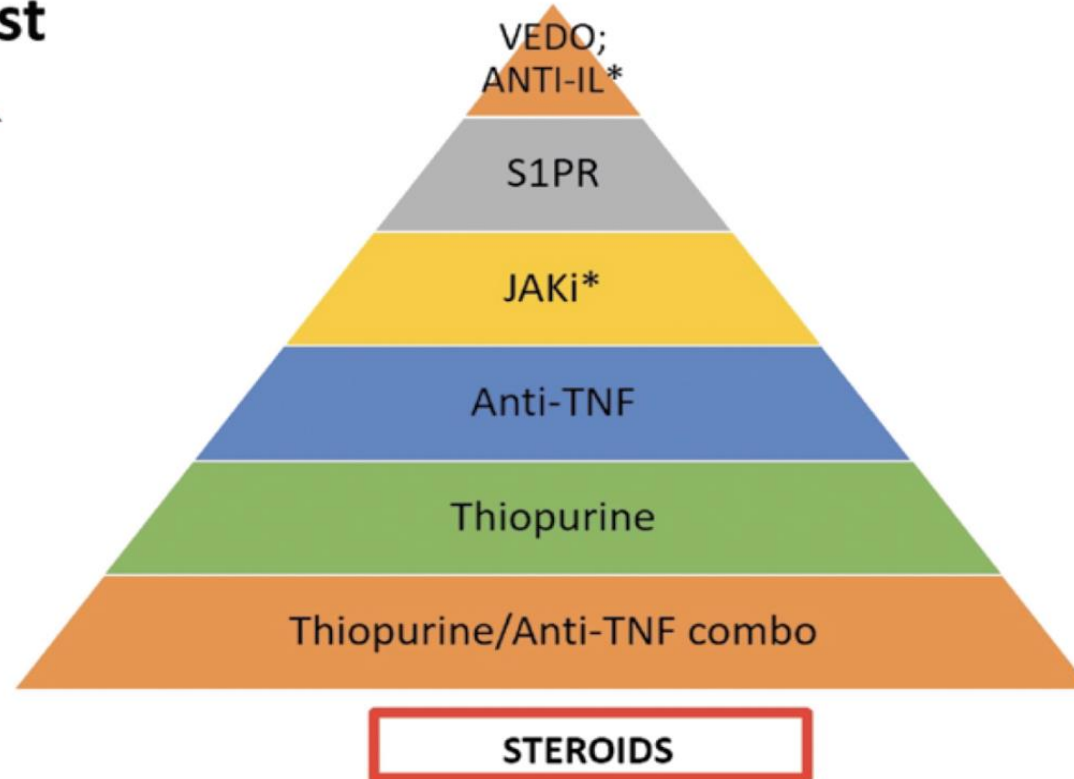
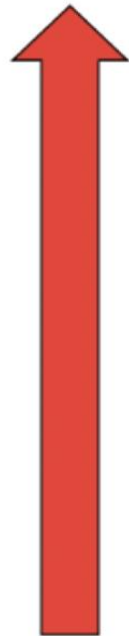
SEGURIDAD PEQUEÑAS MOLÉCULAS. PRAC (Pharmacovigilance Risk Assessment Committee) (EMA)

(Si no hay otra opción disponible):

- > 65 años
- Riesgo cardiovascular
- Fumadores o que lo han sido durante muchos años
- Antecedentes o riesgo de trombosis pulmonar o venosa profunda
- + Debe reducirse dosis en pacientes con riesgo cardiovascular, TVP o cáncer siempre que sea posible



Safest



**Patient-specific considerations
influencing safety profile**

- Age
- Disease classification
- Disease presentation
- Disease phenotype & inflammatory burden
- Comorbidities
- Concurrent medications (drug-interactions)
- Conception plans

Inadequate treatment of Crohn's disease and ulcerative colitis is an adverse event and should be balanced with risks of therapies on an individual basis.



¿Y de qué más se habla en EII-P?

¿Qué otros avances hay?



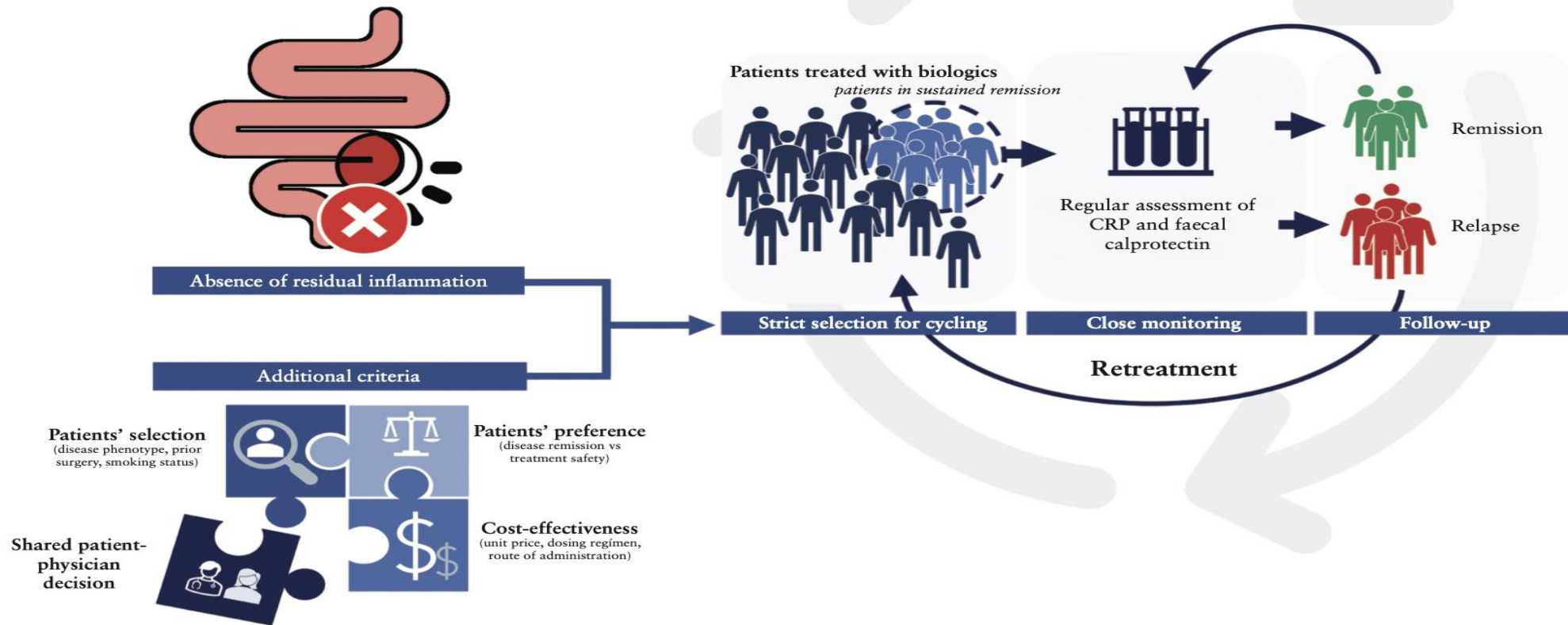
“**BIOBETTERS**”: **Infliximab y vedolizumab subcutáneos**



- Mayor autonomía
- Menor pérdida de productividad
- Menores requerimientos de infraestructura hospitalaria

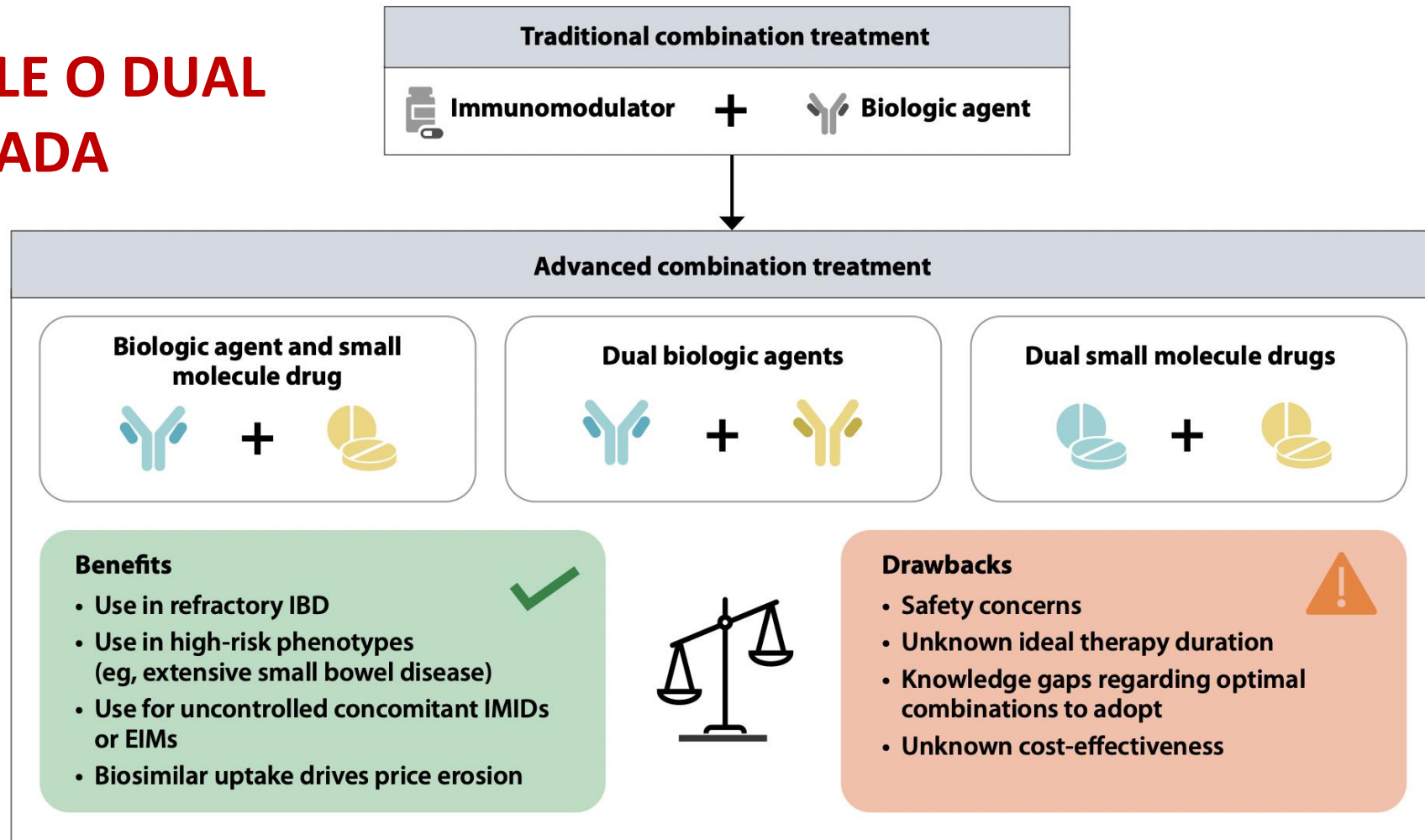


TRATAMIENTO CÍCLICO





TERAPIA DOBLE O DUAL AVANZADA





TERAPIA DOBLE O DUAL AVANZADA

- VEDO + ADA + MTX en EC: EXPLORER trial
- Guselkumab + Golimumab en CU: VEGA trial

Systematic Review With Meta-analysis: Safety and Effectiveness of Combining Biologics and Small Molecules in Inflammatory Bowel Disease

Dual Biologic or Small Molecule Therapy for Treatment of Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-analysis

Dual Biologic or Small Molecule Therapy in Refractory Pediatric Inflammatory Bowel Disease (DOUBLE-PIBD): A Multicenter Study from the Pediatric IBD Porto Group of ESPGHAN



La terapia avanzada en la EII-P sigue pasando siempre por el anti-TNF α

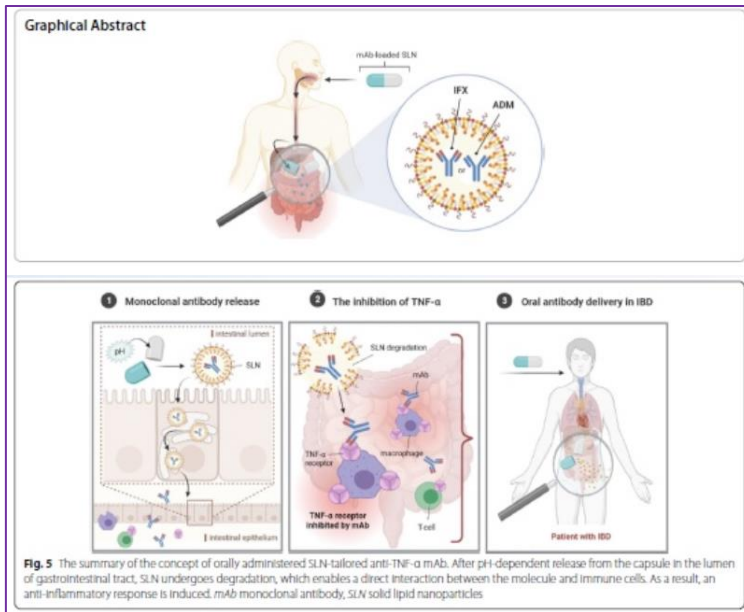
- Infliximab y Adalimumab como únicos biológicos aprobados para su uso en Pediatría
- Según criterios fármaco-económicos, el primer biológico en adultos sigue siendo el anti-TNF α (biosimilares en el mercado)
- A día de hoy, no hay posibilidad de establecer diferentes estrategias terapéuticas avanzadas en base a criterios específicos del paciente



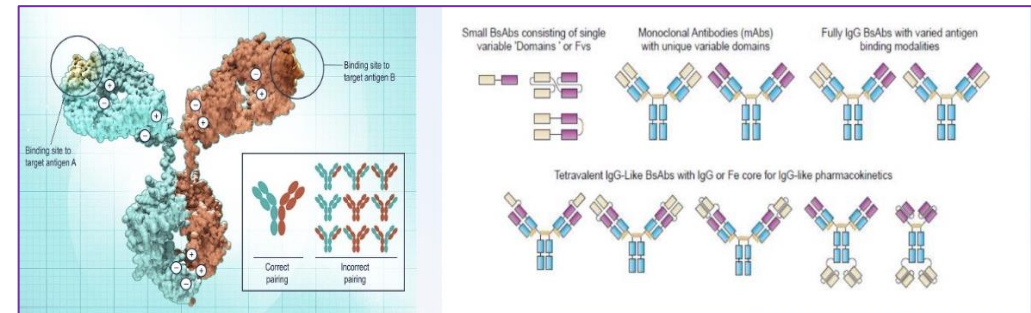
How could nanobiotechnology improve treatment outcomes of anti-TNF- α therapy in inflammatory bowel disease? Current knowledge, future directions

Bispecific antibodies for the treatment in inflammatory bowel disease: an avenue worth exploring?

Caron B, et al. *J Nanobiotechnology* 2022;22:951-3



Eder P, et al. *J Nanobiotechnology* 2021;19:346

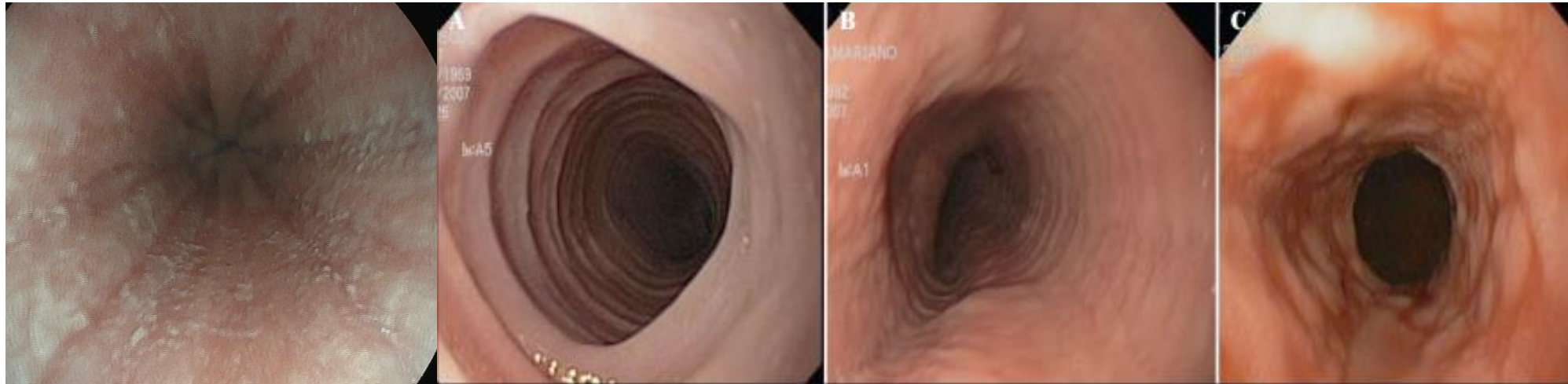


Preclinical development of a bispecific TNF α /IL-23 neutralising domain antibody as a novel oral treatment for inflammatory bowel disease

Roberts KJ, et al. *Sci Rep* 2021



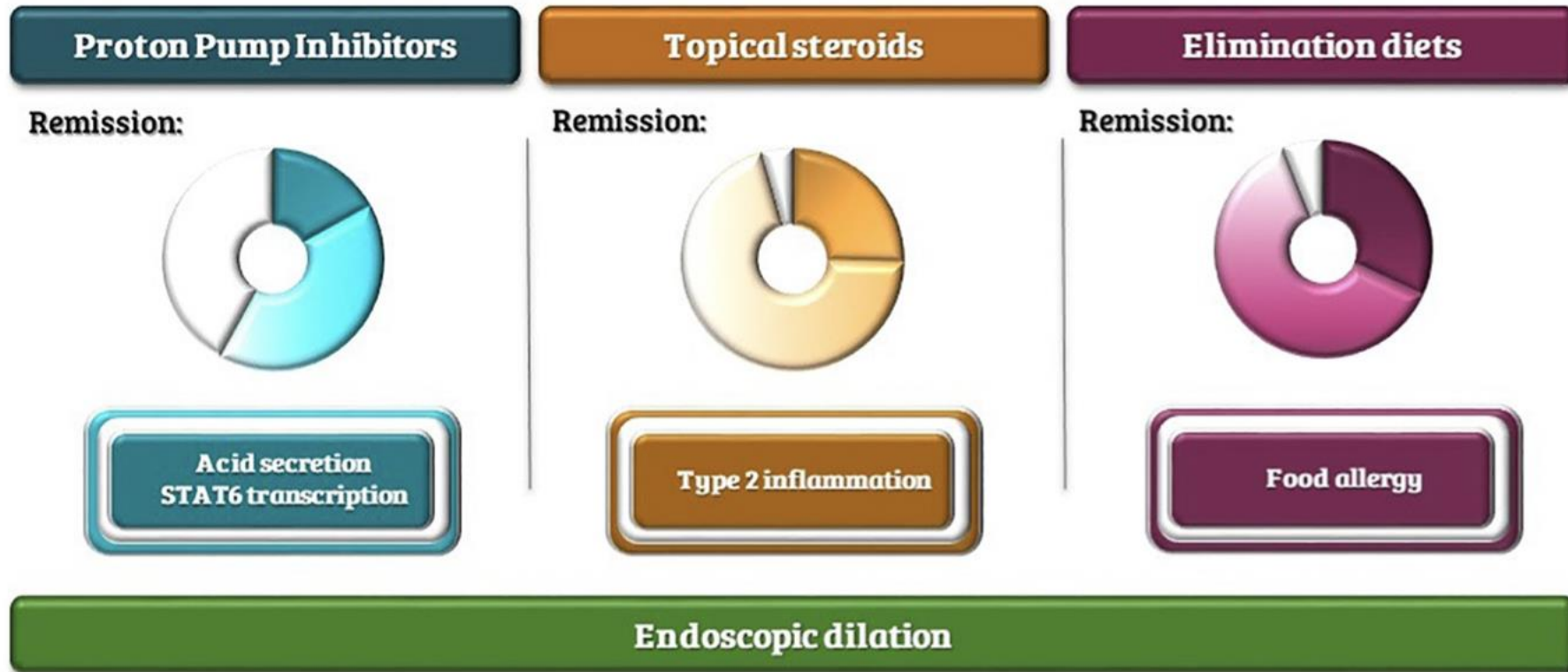
CX REUNIÓN CIENTÍFICA
DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL Y EXTREMADURA
BADAJOZ | 8-9 MARZO 2024



ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA (EoE)



CX REUNIÓN CIENTÍFICA
DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL Y EXTREMADURA
BADAJOZ | 8-9 MARZO 2024

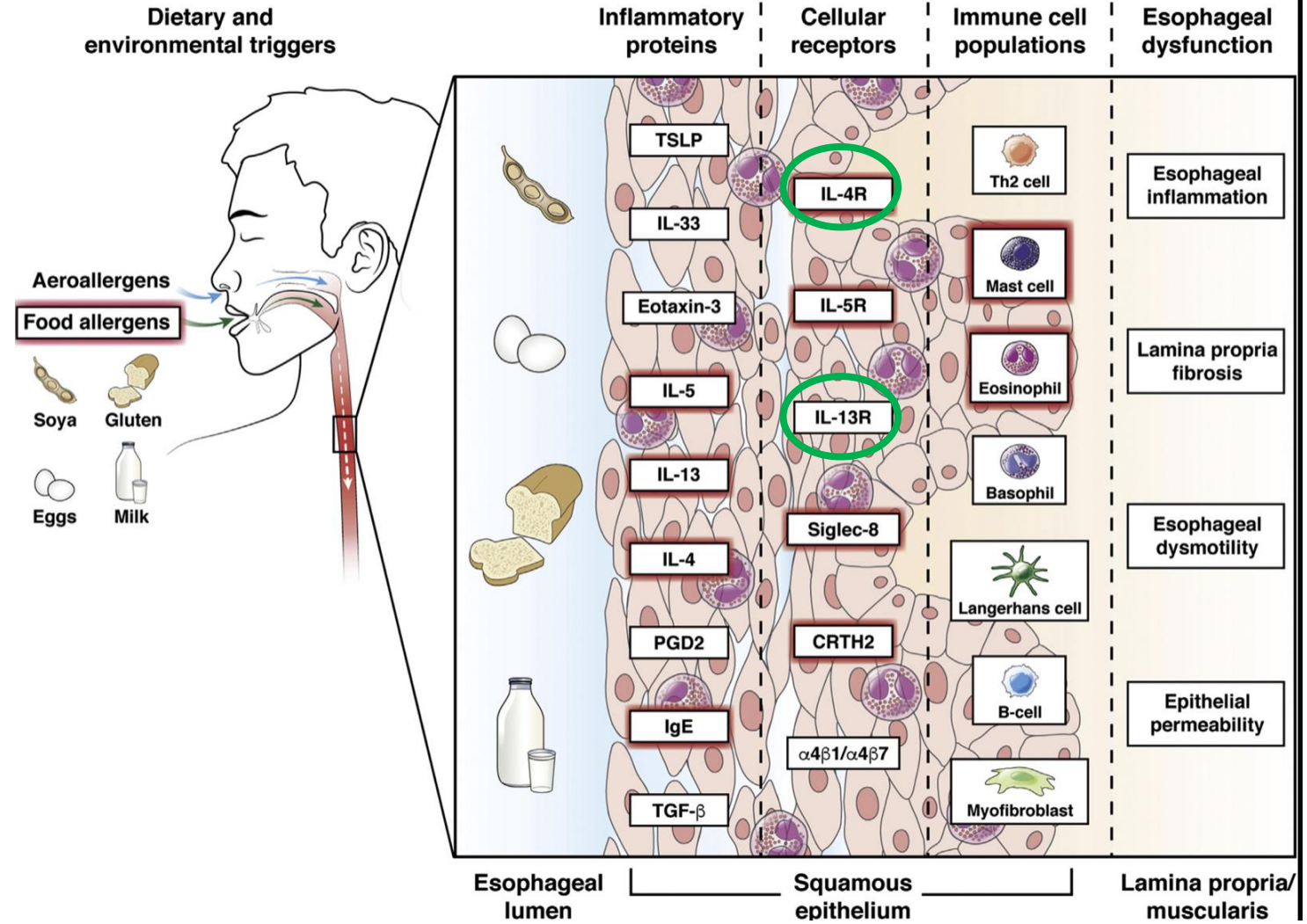




CX REUNIÓN CIENTÍFICA

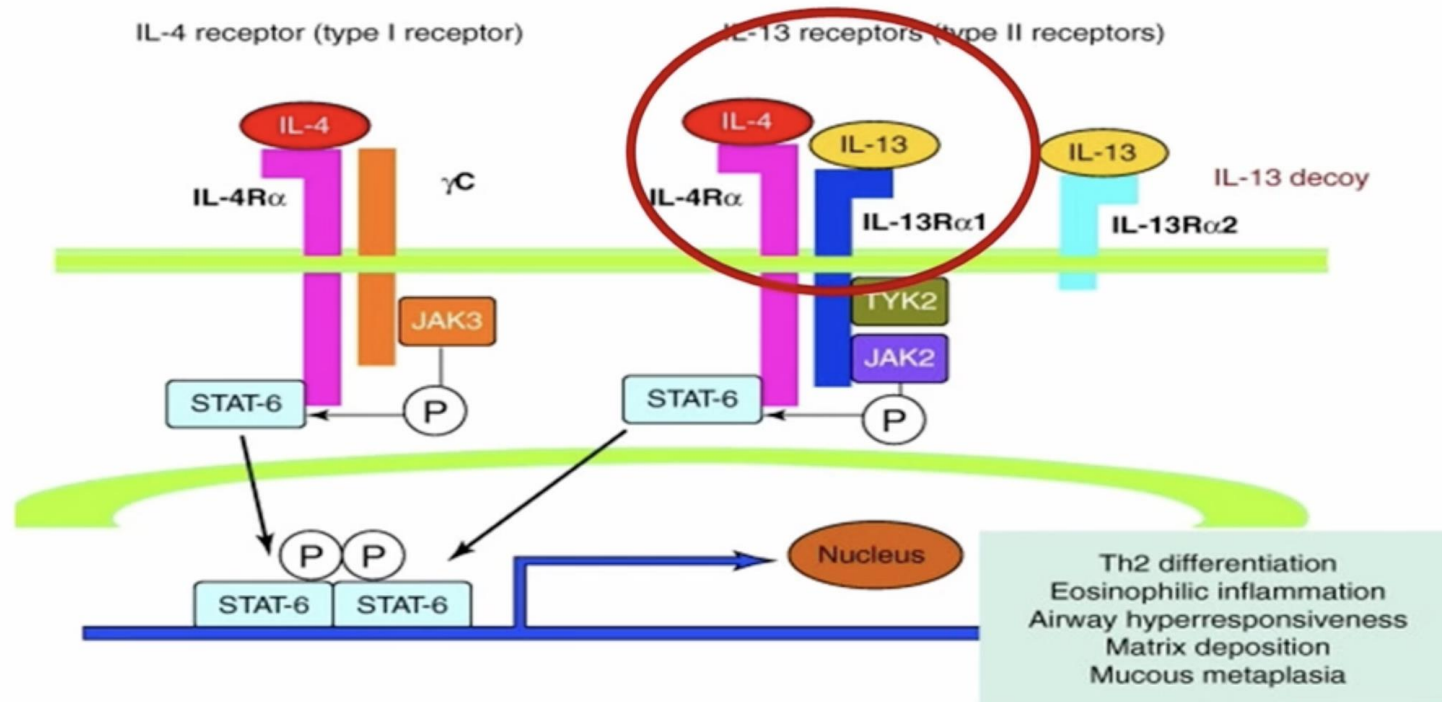
DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL Y EXTREMADURA

BADAJOS | 8-9 MARZO 2024





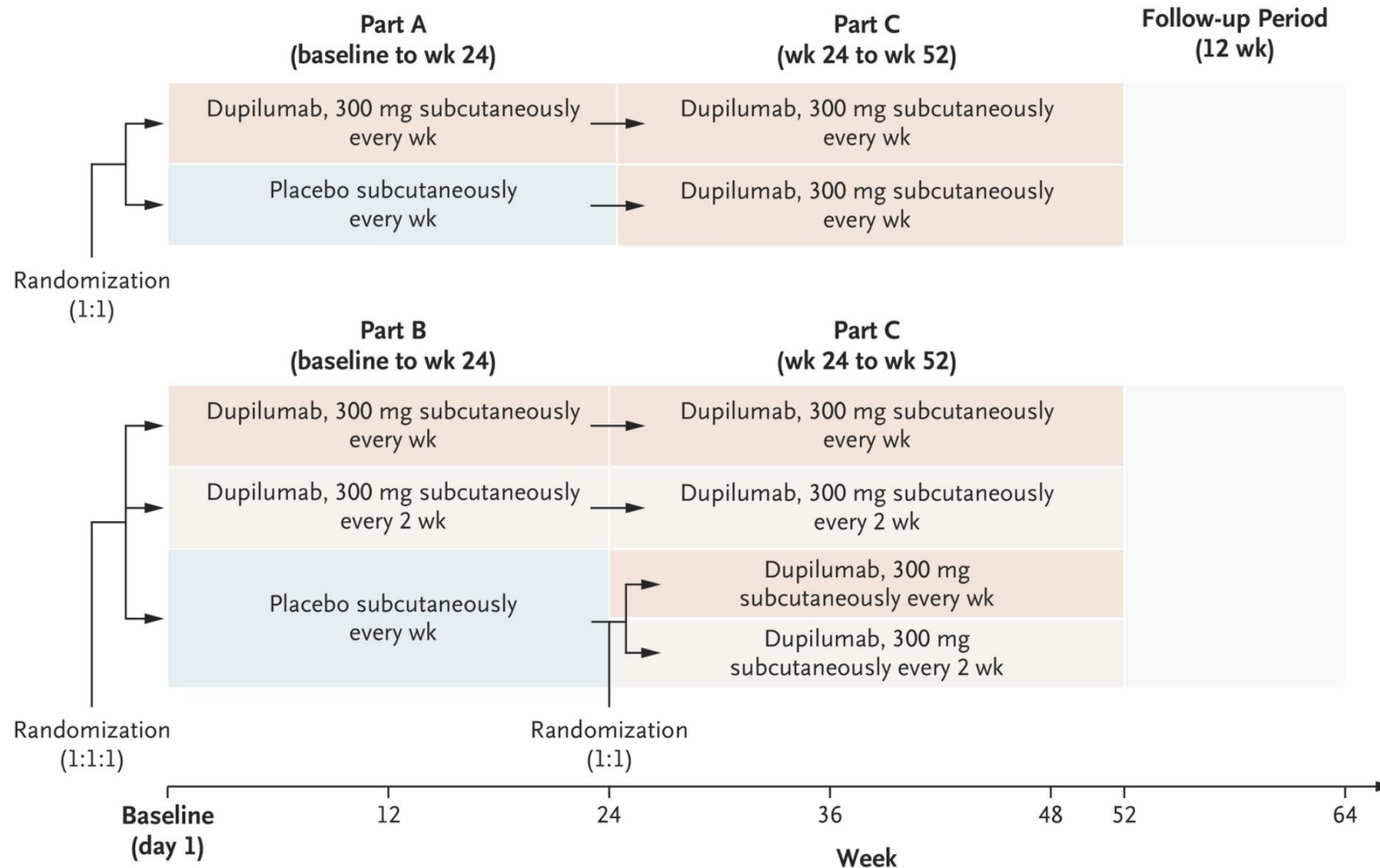
DUPILUMAB



- Asma (>6 años)
- Dermatitis atópica (> 6 m)
- Rinosinusitis crónica con poliposis nasal
- Esofagitis eosinofílica > 12 años
- ** FDA aprueba Enero24 uso en 1-11 años



CX REUNIÓN CIENTÍFICA
 DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL Y EXTREMADURA
 BADAJOZ | 8-9 MARZO 2024



- 12 años
- 100% no respondedores IBP
- 50% corticoides
- 50% dieta eliminación



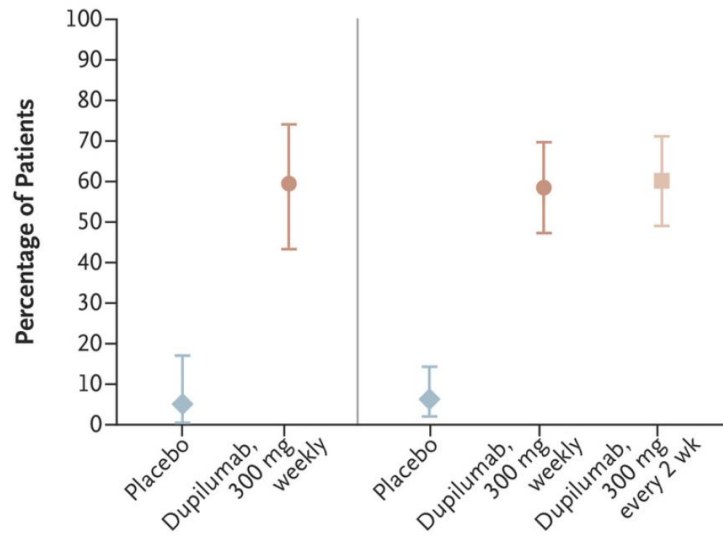
CX REUNIÓN CIENTÍFICA

DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL Y EXTREMADURA

BADAJOS | 8-9 MARZO 2024

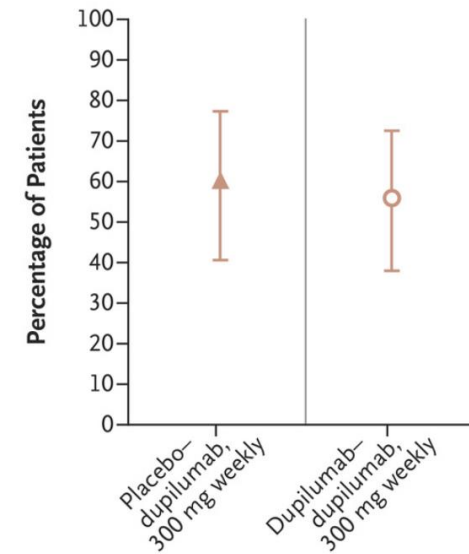


A Histologic Remission at Wk 24 in Parts A and B



	Part A, Wk 24		Part B, Wk 24		
No. of Patients	39	42	79	80	81
No. of Patients with Response (%)	2 (5)	25 (60)	5 (6)	47 (59)	49 (60)

B Histologic Remission in the Part A–C Group Wk 52 in Part C



	Part C, Wk 52	
No. of Patients	30	34
No. of Patients with Response (%)	18 (60)	19 (56)



EoE KIDS trial :

DUPILUMAB IN PEDIATRIC PATIENTS WITH EOSINOPHILIC ESOPHAGITIS

- Fase 3. 1-11 años, sin respuesta a IBP
- Resultados:
 - *81% (sem 16) - 85% (sem 52) < 15 Eo/CGA (remisión histológica)
 - * Reducción scores endoscópicos



DUPIUMAB “Real - world”

> [Ann Allergy Asthma Immunol.](#) 2022 May;128(5):589–593. doi: 10.1016/j.anai.2022.01.019.
Epub 2022 Jan 25.

Improvement in eosinophilic esophagitis when using dupilumab for other indications or compassionate use

[Benjamin L Spergel](#) ¹, [Melanie A Ruffner](#) ², [Bridget C Godwin](#) ³, [Chris A Liacouras](#) ³,

> [Clin Gastroenterol Hepatol.](#) 2024 Feb;22(2):252–258. doi: 10.1016/j.cgh.2023.08.015.
Epub 2023 Sep 3.

Real-World Efficacy of Dupilumab in Severe, Treatment-Refractory, and Fibrostenotic Patients With Eosinophilic Esophagitis

[Christopher J Lee](#) ¹, [Evan S Dellon](#) ²



CX REUNIÓN CIENTÍFICA
 DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL Y EXTREMADURA
 BADAJOZ | 8-9 MARZO 2024



	Target	EoE	Bronchial Asthma	Atopic Dermatitis	Nasal Poliposis	Eosinophilic Gastritis or enteritis
DUPILUMAB	IL-4Ra	✓	✓	✓	✓	?
BENRALIZUMAB	IL-5Ra	?	✓	✓	✓	?
CENDAKIMAB	IL-13Ra1 y 2	✓	X	?	X	?
LIRENTELMAB	Siglec-8	✓	X	?	X	✓
TEZEPELUMAB	TSLP	?	✓	?	?	?



CX REUNIÓN CIENTÍFICA
DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL Y EXTREMADURA
BADAJOZ | 8-9 MARZO 2024



EL FUTURO NO ES MUY OSCURO



Pero, **en la práctica**, la elección del tratamiento estará condicionada por:

- Coste
- Guías
- Disponibilidad local
- Experiencia/familiarización

Y aunque estamos personalizando la medicina, estamos lejos de la **medicina de precisión**



RETO EN TRATAMIENTO DE EII-P

- Utilizar el fármaco adecuado en el paciente adecuado y en el momento adecuado

Problema de **PREDICCIÓN**. Estratificar pacientes según:

- Fenotipo/comportamiento enfermedad (agresividad)
- Qué respuesta a fármaco X
- Quién complicaciones de enfermedad / fármaco



CX REUNIÓN CIENTÍFICA
DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL Y EXTREMADURA
BADAJOZ | 8-9 MARZO 2024



Gracias



CX REUNIÓN CIENTÍFICA
DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL Y EXTREMADURA
BADAJOZ | 8-9 MARZO 2024





EIIC y MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES

Sistema	Manifestación extraintestinal	AINES	Esteroides	5-ASA	MTX/AZA	Anti-TNFs
Articular	Espondiloartritis	+		+		+
	Espondilitis anquilosante	+		+/-	+/-	+
	Artritis periférica	+	+	++	+	+
Piel	Eritema nodoso	+	++			+
	Pioderma gangrenosos		++			+
Ocular	Epiescleritis/Escleritis	+	+		+/-	+/-
	Uveitis		+		+/-	+/-
Hepatobiliar	CEP	Acid ursodexosicolico, ERCP o transplante hepático				
	Hepatitis autoinmune	Prednisolona con o sin Azatioprina				
	Hepatitis granulomatosa	Corticoides/anti-TNF				
Coagulopatía	TVP	Heparina de bajo peso molecular				
	Embolismo pulmonar	Anticoagulantes				
	Tromboembolismo					

++ Recomendado, + aceptado, +/- controvertido



NUEVAS TERAPIAS para manifestaciones extraintestinales de Colitis ulcerosa (CU) y E.Crohn (EC) y enfermedades asociadas

Inhibidores JAK

Tofacitinib (AR, AIJ, EA axial, Pso, A Pso, CU)

Upadacitinib (AR, A Pso, EA axial, EA, DA, CU, EC)

Filgotinib (AR, CU)

Baricitinib (AR)

Anti-IL23

Ustekinumab (Pso, A Pso, EC, CU)

Risankizumab (Pso, A Pso, EC)

Guselkumab (Pso, EC, CU, EA*)

Mirikizumab*(CU, EC)

Vedolizumab



CX REUNIÓN CIENTÍFICA
 DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL Y EXTREMADURA
 BADAJOZ | 8-9 MARZO 2024



MEI	IFX	ADA	VEDO	UST	TOFA	UPA	RIZAN
Artritis periférica	+	+	+/-	+	++	++	+
Artropatia axial	+	+		-	+	+	+/-
EN	+	+	+/-	+	+	+	+
PG	+	+		+	+	+	+
Psoriasis o Artritis psoriásica	+	+		++	+	+	++
Oculares	+	+		+	+	+	+
Psoriasis	+	+		++	+	+	++