

## #31 - MANEJO TERAPÉUTICO DE COLITIS ULCEROSA AGUDA GRAVE DESDE LA INCORPORACIÓN DE INFLIXIMAB A LA LEY RICARTE SOTO, EXPERIENCIA EN HOSPITAL TERCIARIO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-031>

Carla Elizabeth Núñez Rodríguez<sup>1</sup>, Camila Andrea Estay Hernández<sup>1</sup>, Nicole Tamara Pérez Benites<sup>2</sup>, René Andrés Rojas Brain<sup>1</sup>, Edith Paola Pérez de Arce Oñate<sup>1</sup>, Daniela María Simian Marín<sup>1</sup>, Camila Angélica Maúlen Llanca<sup>1</sup>, Antonella Giovanna Sanguineti Montalva<sup>1</sup>, Mauricio Javier Díaz Beneventi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universidad de Chile, <sup>2</sup>Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas de la Universidad de Chile.

**Introducción:** La crisis Colitis Ulcerosa Aguda Grave (CUAG) es una emergencia médica que requiere manejo multidisciplinario precoz y adecuado. Un 15% de ellos requiere colectomía. Dentro del protocolo estandarizado de manejo, los corticoides endovenosos son la piedra angular en la inducción de remisión. Un 30-40% de los pacientes son corticorrefractarios al 3er-5to día requiriendo terapia de rescate con Infliximab (IFX), el que se encuentra garantizado a través de la Ley Ricarte Soto desde el año 2019 permitiendo asegurar cobertura y mejorando el acceso a terapia biológica. **Objetivos:** describir el manejo terapéutico y los resultados clínicos asociados (corticorrefractariedad y necesidad de colectomía) en pacientes con CUAG. **Métodos:** Estudio de cohorte retrospectiva utilizando registro con fines de investigación de Enfermedades Inflamatorias Intestinales en plataforma RedCap®. Se incluyeron todos aquellos pacientes mayores de 15 años, hospitalizados y manejados como CUAG en Hospital Clínico Universidad de Chile, durante el período junio 2019 a marzo 2024. Se definió corticorrefractariedad a la ausencia de respuesta clínica y/o de laboratorio al tercer día de tratamiento esteroideal. Se realizó un análisis comparativo de las variables sociodemográficas, clínicas y de manejo de la crisis entre pacientes con y sin desenlace a colectomía durante la hospitalización. Se utilizó test de chi2 para las variables cualitativas y Wilcoxon para las variables cuantitativas. Se consideró un  $p < 0,05$  como estadísticamente significativo. **Resultados:** En el período mencionado hubo 48 hospitalizaciones por CUAG en 43 pacientes; 56% mujeres, mediana de edad 29 años. Un paciente fue directamente colectomía de urgencia, en el resto de los pacientes se iniciaron corticoides endovenoso donde un 74% fue corticorrefractario. De ellos, en 33 pacientes (94%) se inició terapia de segunda línea con infliximab con una mediana de tiempo de 6 (0-14) días. Hubo un 88% de respuesta clínica a infliximab. En 7 (13%) pacientes se realizó colectomía con una mediana de 11 días (3-29) entre el ingreso y la cirugía. Hubo 11 (23%) pacientes que debutaron con CUAG, de ellos 7 pacientes fueron corticorrefractarios y sólo uno requirió colectomía. En la tabla 1 se comparan las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con y sin colectomía, no hubo diferencias con respecto a factores habituales de mal pronóstico como: valor de hemoglobina, Proteína C reactiva, albúmina, calprotectina fecal, mayo endoscópico e infección por Citomegalovirus y Clostridioides difficile. Con respecto a efectos adversos asociados a fármacos 14 (29%) pacientes presentaron hiperglicemia asociada a corticoides y 5 (15%) a infliximab sin que requirieran suspensión de terapia. **Conclusiones:** En nuestro medio, la prevalencia de corticorrefractariedad es alta y esto puede estar influenciado por exposición previa a anti TNF alfa y/o corticoides, como también a ser un centro de referencia. La ley Ricarte Soto ha permitido un acceso oportuno a infliximab logrando un 88% de efectividad, sin embargo, esto no ha modificado la necesidad de colectomía que se mantiene en un 13%.



Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los episodios de crisis graves incluidos en el estudio según evolución o no a colectomía

	Total N = 48	Colectomía N = 7 (13%)	Sin colectomía N = 41 (87%)	Valor p
Género Femenino (n; %)	27 (56)	5 (71)	22 (54)	0,445
Edad (mediana; rango)	29 (16 – 78)	27 (21 – 53)	30 (16 – 78)	0,305
Previsión (n; %)				
Fonasa	28 (65)	1 (17)	27 (73)	<b>0,005</b>
Isapre	14 (33)	4 (67)	10 (27)	
Tiempo de evolución EII (años) (mediana; rango)	2 (0 – 12)	8 (1 – 12)	2 (0 – 11)	0,053
Debut de Colitis Ulcerosa (n; %)	11 (23)	1 (14)	10 (24)	1,000
Tratamiento actual EII (n; %)				
5-ASA	24 (67)	2 (50)	22 (69)	0,588
Azatioprina	9 (24)	0 (0)	9 (28)	0,544
Corticoides	19 (40)	3 (43)	16 (39)	1,000
Terapia biológica	17 (35)	3 (43)	14 (34)	0,686
Exámenes de laboratorio (mediana; rango)				
Hemoglobina	11,4 (5,3 – 16)	11 (7,7 – 13,2)	11,6 (5,3 – 16)	0,299
Albúmina	3,3 (2 – 4,9)	3,1 (2,3 – 3,8)	3,4 (2 – 4,9)	0,155
PCR	43,8 (5 – 287)	48 (23,8 – 152)	42,7 (5 – 287)	0,907
Calprotectina fecal (n = 32)	1305 (200 – 5440)	1762 (886 – 2100)	1285 (200 – 5440)	0,278
Corticorefractariedad (n; %)	35 (74)	6 (100)	29 (71)	0,151
Mayo endoscópico (n = 35)				
≤ 2	11 (31)	1 (17)	10 (35)	0,371
3	24 (69)	5 (83)	19 (65)	
Clostridium Difficile (n; %)	4 (9)	0 (0)	4 (10)	1,000
CMV (n = 37) (*09n; %)	4 (11)	0 (0)	4 (13)	1,000
Ley de urgencia (n; %)	2 (4)	1 (14)	1 (2)	0,273
Equipo tratante Gastro (n; %)	39 (81)	4 (57)	35 (85)	0,111
Dosis de corticoides endovenosos (n; %)				
100 mg	1 (2)	1 (17)	0 (0)	0,058
150 mg	10 (22)	2 (33)	8 (21)	
300 mg	34 (76)	3 (50)	31 (79)	
Tiempo entre ingreso y corticoides (días) (mediana; rango)	1 (0 – 4)	0,5 (0 – 4)	1 (0 – 3)	0,891
Dosis de Infliximab (n = 33) (n; %)				
5 mg/kg	7 (21)	0 (0)	7 (24)	0,365
10 mg/kg	26 (79)	4 (100)	22 (76)	