

# #105 - EFECTIVIDAD DE INTENSIFICACIÓN DE TERAPIA ANTI-TNF EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN. ESTUDIO OBSERVACIONAL ANALÍTICO EN UN CENTRO TERCIARIO

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-105>

Diego Ruedi Zalaquett<sup>1</sup>, Alex Arenas Aravena<sup>1</sup>, Gustavo Walsen Arangua<sup>1</sup>, Karina Lucero Zegers<sup>2</sup>, Karina Tenorio Villarroel<sup>2</sup>, Patricio Ibáñez Lazo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo, <sup>2</sup>Clínica Alemana La Dehesa.

**Introducción:** Para la Enfermedad de Crohn (EC) en Chile, la Ley Ricarte Soto (LRS) permite el tratamiento con anti-TNF infliximab (IFX) y adalimumab (ADA). Se ha observado que hasta un 30% de los pacientes no responden al tratamiento Anti-TNF y hasta el 50% desarrollan pérdida de respuesta secundaria. Ante la limitación de acceso a terapias avanzadas, la intensificación de la dosis se utiliza como estrategia para lograr el control de la EC. **Material y métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes con EC tratados con anti-TNF bajo la LRS en nuestro centro seleccionando aquellos con terapia intensificada (TI) (definida como cualquier dosis > ADA 40 mg cada 2 semanas o IFX >5 mg/kg cada 8 semanas. Se revisaron fichas clínicas para extraer datos demográficos, detalles del tratamiento (tipo de biológico y dosis) y estado clínico según score de Harvey Bradshaw (HB) (enfermedad activa vs.remisión). Se analizaron proporciones y se aplicaron métodos estadísticos multifactoriales para evaluar asociaciones significativas entre la intensificación de la dosis y los desenlaces clínicos. Estudio aprobado por el comité de ética institucional. **Resultados:** De un total de 146 pacientes con EC en terapia biológica bajo LRS, 78 (53%) han requerido TI. La mediana de edad actual fue de 41 años (RIQ 32-62) y edad al diagnóstico 30 años (RIQ 20-47). Un 51% fue de sexo femenino. La duración de la enfermedad fue de 7 años (RIQ 3-14) y el tiempo en terapia biológica fue de 36 meses (RIQ 12-60). El 18% de los pacientes eran fumadores (14% ex-fumadores). De acuerdo al fenotipo, un 12%, 53%, 35% tenían EC ileal, colónica e ileo-colónica respectivamente. El compromiso perianal en un 30%. El fenotipo fue un 77 %, 18%, 5% inflamatorio, estenosante y penetrante respectivamente. Un 23% tenía cirugía relacionada a la EC. Respecto a terapia asociada, un 18% utilizaba azatioprina y 3% metotrexato. El 64% requirió doble dosis y el 36% cuádruple dosis estándar de agente biológico (Tabla 1). Un 83,2% tenía HB menor o igual a 4 y un 42,3% tenía SEC-CD menor a 2. El 24.4% fracasó a la intensificación, y a un segundo anti-TNF se observó mayor tasa de fracaso 90,9% (p<0.001). **Conclusiones:** La TI tiene una alta tasa de respuesta clínica y endoscópica En el contexto de limitación de uso de terapias avanzadas permitiendo solo anti-TNF tras falla a inmunomoduladores o enfermedad perianal, más de la mitad de los pacientes con EC requieren TI, un tercio cuádruple de dosis habitual con las implicancias de costos y potenciales efectos secundarios, Un cuarto de los pacientes falla a esta estrategia y en particular el segundo anti TNF no logra control de la EC, y por lo tanto, requieren terapias avanzadas. Se hace necesario disponer de alternativas terapéuticas como ustekinumab, upadacitinib u otras para este subgrupo de pacientes que no responden a terapia intensificada.

Tabla 1:

	2 veces	4 veces
ADA		43
IFX		7
TOTAL	50 (64%)	28 (36%)