

#61 - PÉRDIDA DE RESPUESTA A TERAPIA ANTI-TNF EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

<https://doi.org/10.46613/congastro2023-61>

ARENAS A¹, Ruedi D², Meyer W³, Sepúlveda C³, Barela E³, Yovanovich P³, Urra A³, Ruiz C³, Zúñiga M³, Walsen G¹

¹Hospital Sótero del Río/ Clínica Alemana, Santiago, Chile ²Facultad de Medicina UDD, Santiago, Chile ³Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile

Introducción: Los antagonistas del factor de necrosis tumoral- α (anti-TNF α) han tenido un rol fundamental en el manejo de la Enfermedad de Crohn (EC). A pesar de tener una gran efectividad, muchos pacientes no responden a la terapia de inducción y/o pierden respuesta durante el tratamiento en mantención (pérdida de respuesta secundaria-PRS).

Objetivos: Describir la tasa de PRS y evaluar probables factores de riesgo asociadas, en una cohorte de pacientes EC en terapia anti-TNF (beneficiarios Ley Ricarte Soto).

Métodos: Estudio retrospectivo en pacientes EC en terapia anti-TNF, beneficiarios de LRS desde 2018-2023, en Hospital Sótero del Río. Se recopilaron datos demográficos, clínicos y de tratamiento de los pacientes. Se definió PRS: necesidad de intensificar dosis, cambio de terapia biológica o cirugía.

Resultados: De 40 pacientes, 3 (7.5%) tuvieron falla primaria. Se incluyeron 37 pacientes en el análisis. 54.1% sexo masculino, mediana edad 52 (37,5-63). Localización predominio colónico (62%) y fenotipo inflamatorio (59.5%). Enfermedad perianal 32,4%, y cirugías previas 40,5%. Uso de terapia combinada en un 69.4% e Infliximab 59,5% - Adalimumab 40,5%. La tasa PRS al año fue 24% (9/37) y 48,6% (18/37) a los 60 meses de seguimiento (6 intensificación; 4 cirugía; 8 cambio biológico). Del grupo con PRS, la mediana de respuesta clínica sostenida fue 12 meses (8,8-21,8), lo cual fue menor significativamente en comparación con el grupo sin PRS ($p=0.025$). En el subanálisis, el fenotipo complicado (penetrante más estenosante) tuvo mayor tasa PRS ($p=0.035$).

Conclusiones: Actualmente es un gran desafío prevenir la PRS. En nuestro trabajo se obtuvo una tasa PRS total similar a la descrita. Además, se observó un predominio de fenotipo estenosante y penetrante en quienes tuvieron PRS. Se necesitan ensayos clínicos para determinar cuáles son principales factores de riesgo y qué intervenciones podrían disminuir PRS, en un contexto de limitado acceso a otras terapias.

Tabla 1. Factores clínicos y demográficos de pacientes con Enfermedad de Chron en terapia anti-TNF

Variable	Total (%)	PRS (-)	PRS (+)	p
N	37	19	18	
Sexo				
Femenino	17 (45.9)	9 (47.4)	8 (44.4)	0.860
Masculino	20 (54.1)	10 (52.6)	10 (55.6)	
Edad actual, años (mediana, RIC)	52 (37.5-63)	51 (37-64)	53.5 (38-63.3)	0.866
Edad al diagnóstico, años (mediana, RIC)	41 (27.5-53.5)	37 (22-52)	46 (28.8-55.5)	0.625
Fumador y exfumador	13 (35)	9 (47.4)	4 (22.2)	0.054
Localización en EC				0.600
Ileal	4 (10.8)	3 (15.8)	1 (5.6)	
Colónico	23 (62.2)	11 (57.9)	12 (66.7)	
Ileo-colónico	10 (27)	5 (26.3)	5 (27.8)	
Perianal CD	12 (32.4)	6 (31.6)	6 (33.3)	0.909
Fenotipo en EC				0.035*
Inflamatorio	22 (59.5)	14 (73.7)	7 (39.5)	
Estenosante	5 (13.5)	1 (5.3)	5 (27.8)	
Penetrante	10 (27.0)	4 (21.1)	6 (33.3)	
Cirugías previas (SI)	15 (40.5)	9 (47.4)	6 (33.3)	0.385
Duración de enfermedad (Mediana, RIC) años	7 (3-14)	7 (3-16)	7 (4-11.5)	0.970
Manifestaciones extra-intestinales (SI)	19 (51.4)	9 (47.4)	10 (55.6)	0.618
Terapia combinada	25 (69.4)	12 (63.3)	13 (72.2)	0.481
Anti-TNF				0.842
IFX	22 (59.5)	11 (57.9)	11 (61.1)	
ADA	15 (40.5)	8 (42.1)	7 (38.9)	
Laboratorio previo anti-TNF (mediana, RIC)				
PCR (0-5 mg/L)	13 (3-29.5)	16.8 (3.35-37.6)	6 (0.9-24)	0.772
Hemoglobina	4.3 (3.8-4.6)	13.1 (12.4-15.3)	13.3 (13.2-14.3)	0.801
Albúmina	13.3 (12.6-14.2)	4 (3.5-4.6)	4.6 (4.2-4.8)	0.545
Respuesta clínica sostenida, meses	18 (9.5-36)	24 (12-40)	12 (8.8-21.8)	0.025*

EC, Enfermedad de Chron; PRS, Pérdida Respuesta Secundaria; IFX, Infliximab; ADA, Adalimumab; RIC, rango intercuartil. *p<0.05.

