

#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 Rodríguez¹, Camila Andrea Estay Hernández¹, Nicole Tamara Pérez Benites², René Andrés Rojas Brain¹, Edith Paola Pérez de Arce Oñate¹, Daniela María Simian Marín¹, Camila Angélica Maúlen Llanca¹, Antonella Giovanna Sanguineti Montalva¹, Mauricio Javier Díaz Beneventi¹

¹Hospital Clínico Universidad de Chile, ²Facultad 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 (corticorrefractoriedad 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 corticorrefractoriedad 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 corticorrefractoriedad 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) | 0,005 |
| 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) | |