

2-4,48) y la de CC y CL de 2,37/10⁵ habitantes (IC95%, 1,3-3,43). La incidencia de CC fue el doble que la observada en el período 93-97 (RT, 2,15; IC95% 1,02-4,52). Se observó una tasa de colitis microscópica por colonoscopia normal en pacientes con diarrea crónica acuosa del 12% (IC95%, 9,4-15%).

Conclusiones: La incidencia de CC ha aumentado significativamente en la última década. Se describe por primera vez la incidencia de CLP que es más elevada que la de las formas clásicas de colitis microscópica, y no muestra diferencias entre sexos. (Ayuda a la Investigación de la 'Fundació La Marató TV3' nº 03-1810)

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.084

INHIBICIÓN PERMANENTE DE LA CATALASA (CAT) POR MENOR EXPRESIÓN PROTEICA EN CÉLULAS MONONUCLEARES DE SANGRE PERIFÉRICA (CMS) EN LA E. DE CROHN (EC) NAÍVE Y TRATADA

B. Beltrán^a, M. Iborra^b, I. Moret^b, J.L. García^c, F. Rausell^d, F. Pallardó^e, J. Ponce^a, P. Nos^a

^aHospital La Fe Medicina Digestiva

^bHospital La Fe Fundación

^cHospital La Fe Ciberer

^dHospital La Fe Ciberehd

^eHospital La Fe Dep Fisiología F. Medicina, Valencia

Introducción: Los pacientes con EC activa presentan un daño oxidativo en CMS que depende de una sobreproducción de H₂O₂.

Objetivos: I) Analizar la actividad de la enzima antioxidante CAT en pacientes con EC activa e inactiva, con objeto de clarificar el origen del daño oxidativo. II) Estudiar la correlación entre la actividad y la concentración de la enzima CAT.

Métodos: Sujetos control (n = 20) y pacientes con EC al debut (n = 20) y los experimentos se repitieron al alcanzar remisión clínica. La actividad se midió con Harvey-Bradshaw (HB). Se aislaron las CMS mediante sedimentación sobre columna de Ficoll-Histopaque. La actividad CAT se midió en los lisados celulares usando el kit de Bioxitech CAT 520, por espectrofotometría. El análisis estadístico se realizó con el test Mann-Whitney. La expresión de la CAT fue estudiada en pacientes con EC activa, inactiva y sujetos controles sanos por western blot (WB) usando el anticuerpo anti-CAT.

Resultados: HB: EC activa 8,72 ± 2,22, inactiva 1 ± 1,2 (8,7 ± 3 meses en remisión). La actividad CAT en las CMS de pacientes con EC activa e inactiva fue inferior que en sujetos sanos; 17,22 ± 9,44 (p = 0,0016 vs control) en EC activa and 10,38 ± 4,47 (p = 0,0003 vs control) en EC inactiva y 33,51 ± 15,9 U/mg en controles. WB: EC activa e inactiva los niveles de CAT eran inferiores respecto a los controles sanos.

Conclusiones: La inhibición mantenida de la CAT y la correlación entre su actividad y niveles de proteína abren nuevas posibilidades exploratorias etiopatogénicas y terapéuticas en la EC.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.085

“INTENSIFICACIÓN” DEL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB (IFX) EN LA ENFERMEDAD DE CROHN: EFICACIA Y SEGURIDAD

M. Chaparro^a, P. Martínez-Montiel^b, M. Van-Domselaar^c, F. Bermejo^d, J.L. Pérez-Calle^e, B. Casis^b, A. López-SanRomán^c, A. Algaba^d, J. Maté^a, J.P. Gisbert^a

^aUnidades de Gastroenterología de los Hospitales La Princesa

^bUnidades de Gastroenterología de los Hospitales 12 de Octubre

^cUnidades de Gastroenterología de los Hospitales Ramón y Cajal

^dUnidades de Gastroenterología de los Hospitales Fuenlabrada

^eUnidades de Gastroenterología de los Alcorcón, Madrid

Antecedentes: La respuesta al tratamiento con IFX es inicialmente elevada, aunque con el paso del tiempo se ha observado, con cierta frecuencia, una pérdida de eficacia. En estos pacientes con pérdida de respuesta se ha recomendado “intensificar” el tratamiento con IFX. No obstante, se desconoce si el efecto beneficioso de esta estrategia se mantiene en el tiempo o es sólo transitorio.

Objetivos: 1) Estudiar la respuesta (tanto a corto como a largo plazo) de los pacientes que precisan intensificar el tratamiento con IFX (aumentando la dosis o disminuyendo el intervalo). 2) Evaluar los efectos adversos asociados a la intensificación del tratamiento.

Métodos: Estudio multicéntrico retrospectivo. Se incluyeron pacientes con enfermedad de Crohn que hubieran recibido al menos las 3 dosis de inducción del tratamiento estándar con IFX (5 mg/kg) y que después precisaran intensificación del tratamiento (10 mg/kg cada 8 semanas o 5 mg/kg cada 4 semanas) por pérdida de respuesta. Se analizó la eficacia del tratamiento intensificado en el momento inicial (tras la 1ª infusión de la dosis intensificada) y final (en la última revisión). Se utilizó el índice de Harvey-Bradshaw en el caso de enfermedad de Crohn no fistulizante. En la enfermedad fistulizante, la respuesta completa se definió como el cese del drenaje de todas las fistulas y la respuesta parcial como la reducción en al menos un 50% del número o del débito fistuloso. Se valoró la seguridad del tratamiento con la dosis intensificada.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes (edad media, 43 años; 50% varones; 31% fumadores; 64% con afectación ileocólica; 47% con patrón fistulizante; 60% con enfermedad perianal). La mayoría (72%) recibía tratamiento concomitante con inmunomoduladores. El tiempo medio de seguimiento con el tratamiento intensificado fue de 56 semanas (rango: 4-169 semanas). El tiempo medio de tratamiento con IFX antes de la intensificación de la dosis fue de 15 meses (rango: 3-43 meses). Con la primera dosis de tratamiento intensificado respondió el 78% de los pacientes (32% respuesta completa y 46% parcial). Mientras que con la última dosis de tratamiento intensificado sólo un 61% de los pacientes presentaban respuesta (22% respuesta completa y 39% respuesta parcial). Un paciente sufrió una reacción infusional tras 36 dosis de tratamiento intensificado, que se solucionó con el enlentecimiento de la infusión. Otro paciente presentó infección por virus del herpes zoster, no precisando suspensión del tratamiento.

Conclusiones: En ocasiones se requiere la intensificación del tratamiento con IFX, una media de 15 meses después del inicio del tratamiento con este fármaco. Un alto porcentaje de pacientes responden inicialmente al tratamiento intensificado, aunque éste pierde de nuevo su eficacia en más de un 10% de los casos. La intensificación del tratamiento presenta un buen perfil de seguridad, sin observarse reacciones adversas graves.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.086