



Espondiloartropatías ¿refractarias?

Sr. Director: Tras la lectura del artículo “Valoración de la actividad, respuesta al tratamiento y criterios de refractariedad en espondiloartropatías” publicado recientemente en su revista¹ quisieramos realizar los siguientes comentarios.

En primer lugar, en castellano se dice que un material es refractario si resiste la acción del fuego. En inglés, se dice que una enfermedad es *refractory* si no responde al tratamiento. Por tanto, las espondiloartropatías no pueden ser nunca refractarias si no rebeldes o resistentes a un tratamiento.

Nuestra experiencia en el tratamiento de las espondiloartropatías rebeldes al tratamiento se remonta a hace más de 20 años^{2,3} cuando empleamos por primera vez en España el tratamiento en embolada con 6-metil prednisolona en la espondartritis anquilosante (EA). Los criterios utilizados entonces, y que siguen siendo válidos en la actualidad, fueron los siguientes: *a*) EA graves, no asociadas que producían una invalidez III-IV y que no habían respondido al tratamiento con antiinflamatorios no esteroides (AINE) (fenilbutazona e indometacina) a las dosis máximas permitidas. Obviamente, no incluimos como criterios la falta de respuesta al tratamiento con metotrexato y sulfasalazina por no estar comercializados estos dos fármacos hace 20 años, y *b*) no presentar ninguna de las siguientes contraindicaciones: úlcera gastroduodenal, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, insuficiencia renal, infección, epilepsia y/o trastorno psíquico. Para la puesta en marcha del citado tratamiento, los pacientes fueron ingresados en el hospital durante 9 días, los 3 días del tratamiento y los otros tres que lo precedieron y siguieron. En todos los casos se administró protección gástrica. Los 3 días previos al tratamiento los pacientes fueron sometidos a las exploraciones analíticas y complementarias para descartar las contraindicaciones citadas, así como a la práctica de radiología de tórax, prueba de la tuberculina y electrocardiograma (ECG). Se controló la tensión arterial cuatro veces al día y el ionograma y la glucemia cada 48 h. Todos los pacientes fueron tratados con 1 g/día de 6-metil prednisolona diluido en 500 ml de suero glucosado isotónico que se dieron a lo largo de 4 h durante 3 días.

La mejoría experimentada por nuestros pacientes, así como la persistencia de ésta, espontáneamente o restableciendo las dosis diarias de fenilbutazona de 100 a 300 mg/día o indometacina de 100 a 150 mg/día con las que antes se habían mostrado ineficaces, fue notoria.

De los 9 pacientes tratados, a 2 se les perdió la pista; de los 7 restantes uno ha fallecido recientemente tras ser sometido a tratamiento con infliximab, y los 6 restantes se encuentran clínicamente estables, es decir, sin dolor nocturno y reactantes de fase aguda dentro de la normalidad. Es evidente que en EA en brote inflamatorio resistente a los AINE habituales podemos conseguir una remisión espectacular tanto de la inflamación como del dolor y al mismo tiempo recuperar una capacidad funcional normal.

Siendo estrictos en la observación de las contraindicaciones y tratándose de enfermos jóvenes (la edad media de nuestros pacientes fue de 32,6 años), parece que la administración de 6-metil prednisolona en embolada no presenta ningún riesgo importante. Por todo ello, pensamos que esta alternativa terapéutica no puede ser ignorada tal como ocurre en el artículo de Zarco et al¹ y merece seguir siendo ensayada en el medio hospitalario con pacientes seleccionados y tomando las precauciones antes descritas.

Juan C. Duró

Unidad de Reumatología. Clínica Tres Torres. Barcelona.

Bibliografía

1. Zarco P, y Grupo Español con interés en el Estudio de las Espondiloartropatías. Valoración de la actividad, respuesta al tratamiento y criterios de refractariedad en espondiloartropatías. *Rev Esp Reumatol* 2001;28:387-94.
2. Duró JC, Brancós MA, Del Olmo JA, Rotés J. El tratamiento con pulsos de metilprednisolona en la espondiloartritis anquilosante. *Rev Esp Reumatol* 1982;9:157.
3. Duró JC. Tratamiento de la espondiloartritis anquilosante. Nueva alternativa terapéutica. *Med Clin (Barc)* 1983;80:83-4.