



## Respuesta

**Sr. Director:** Gracias a la riqueza de nuestro idioma existen múltiples adjetivos que se podrían utilizar para definir «aquella enfermedad que no se controla con un determinado tratamiento» como son: resistente, pertinaz, rebelde... La elección del término «refractario» se debe a que éste se utiliza de forma habitual en la terminología médica como traducción del inglés *refractory*. Al contrario de lo que ocurre con la traducción incorrecta de otros términos médicos anglosajones al español, el término refractario sí es aplicable al concepto en que se utiliza. Este adjetivo deriva del término latín *refractarius*, que tiene diferentes acepciones: obstinado, opuesto, contrario, pertinaz, rebelde, reacio, todas ellas aplicables para definir «a enfermedad que persiste activa a pesar de un determinado tratamiento». Otras acepciones, como la de «resistencia al fuego» sólo se utilizan para

definir las características físicas de materiales que nada tienen que ver con esta definición.

Los estudios controlados publicados sobre el tratamiento con bolos de glucocorticoides en pacientes con espondilitis son escasos<sup>1-7</sup>, sólo hay un estudio doble ciego que compara dos dosis diferentes de metilprednisolona (1.000 mg y 375 mg)<sup>8</sup>, no existen estudios controlados con placebo y la recogida de variables en los estudios no se ha realizado de forma sistematizada, lo que no permite un estudio comparativo de los diferentes trabajos. Los efectos secundarios leves de este tipo de tratamiento, como cefalea, hiperglucemia o hipertensión son frecuentes. Se han descrito, además, complicaciones potencialmente graves aunque poco frecuentes, como arritmias, bradicardia, necrosis avascular e incluso muerte súbita. Por estos motivos, creemos que los glucocorticoides administrados en bolos (15 mg/kg/d i.v. durante 3 días consecutivos) pueden ser útiles en casos graves seleccionados, pudiendo conseguir una mejoría de los síntomas y de la situación funcional de forma temporal, pero los datos disponibles hasta la fecha no permiten obtener conclusiones suficientes sobre su eficacia, duración de la mejoría y efectos secundarios. Existen también otros tipos de tratamientos que han demostrado su eficacia en casos aislados, como el pamidronato o la talidomida, pero al igual que con los bolos de glucocorticoides creemos que no disponemos de suficiente información para poder incluirlos como terapia de referencia en los criterios de evaluación de las formas refractarias.

P. Zarco y Grupo Español de Estudio de las  
Espondiloartropatías

Unidad de Reumatología. Fundación Hospital de Alarcón. Madrid.

## Bibliografía

1. Mercado U. The use of methylprednisolone pulse therapy in a severe case of HLA-B27 negative ankylosing spondylitis. *J Rheumatol* 1994;21:1582-3.
2. Peters ND, Ejstrup L. Intravenous methylprednisolone pulse therapy in ankylosing spondylitis. *Scand J Rheumatol* 1992; 21:134-8.
3. Nasswetter G, Pineiro DJ, García Morteo OM, Maldonado Cocco JA, Barreira JC, Vázquez Blanco M. Holter monitoring in ankylosing spondylitis patients during methylprednisolone pulse therapy. *Clin Rheumatol* 1984;3:29-31.
4. Richter MB, Woo P, Panayi GS, Trull A, Unger A, Shepherd P. The effects of intravenous pulse methylprednisolone on immunological and inflammatory processes in ankylosing spondylitis. *Clinical & Experimental Immunology* 1983;53:51-9.
5. Mintz G, Enríquez RD, Mercado U, Robles EJ, Jiménez FJ, Gutiérrez G. Intravenous methylprednisolone pulse therapy in severe ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum* 1981;24:734-6.
6. Duró JC, Brancos MA, Del Olmo JA, Rotes J. El tratamiento con pulsos de metilprednisolona en las espondiloartritis anquilosante. *Rev Esp Reumatol* 1982;9:157.
7. Yoshida S, Motai Y, Hattori H, Yoshida H, Torikai K. A case of HLA-B27 negative ankylosing spondylitis treated with methylprednisolone pulse therapy. *J Rheumatol* 1993;20:1805-6.
8. Peters ND, Ejstrup L. Intravenous methylprednisolone pulse therapy in ankylosing spondylitis. *Scand J Rheumatol* 1992; 21:134-8.