

**TRATAMIENTO FISIOPATOLOGICO DE LOS COMPONENTES
INFLAMATORIO, ESPASTICO Y NEURITICO EN DIVERSOS
SINDROMES DEL APARATO LOCOMOTOR**

Dr. PEDRO CIA GOMEZ
Prof. A. de la Cátedra

INTRODUCCION

Las enfermedades del aparato locomotor las clasificamos, como otras partes de la patología, en alteraciones funcionales, inflamaciones, degeneraciones y aberraciones, y todas ellas referidas a los tres grandes apartados de la patología: ósea, articular y muscular.

Siguiendo la clasificación del Profesor F. Civeira podemos establecer los siguientes grupos:

Patología ósea:

A) ALTERACIONES FUNCIONALES. Teniendo en cuenta que la función del hueso es ante todo la de sostener el organismo y que ello depende fundamentalmente de la aposición de sales cálcicas, las osteopatías funcionales pueden ser, por exceso de aposición cálcica (osteopatías condensantes) o por disminución de las sales cálcicas del hueso (osteoporosis en el más amplio sentido).

1) Osteopatías condensantes:

a) Difusas: osteoesclerosis idiopática difusa del adulto y del niño, meloreostosis, osteopoiquilia, enfer-

medad de Paget. b) Circunscritas: pueden ser endostales y periostosis (enfermedad de Morgagni, hiperostosis vertebral senil, enfermedad de Soriano) y las secundarias a dermatopatías suprayacentes como la osteosis acromegaloide y la osteopatía hipertrofiante neúmica de Pierre Marie.

2) Afecciones osteoporóticas:

a) Difusas: pueden ser hipercalcémicas (osteitis fibroquística del hiperparatiroidismo), normocalcémicas (gota cálcica, osteoporosis senil, osteoporosis por inmovilización) e hipocalcémicas dependientes de defecto de vitamina D (raquitismo, osteomalacia) o de balance negativo del calcio. b) Circunscritas: (defectos de aportes sanguíneos a una zona ósea, necrosis, etc...).

B) INFLAMACIONES: Osteomielitis

C) DEGENERACIONES: Enfermedad de Nieman Pick, enfermedad de Gaucher, enfermedad de Schuller Christian, displasia fibrosa poliostólica.

- D) **ABERRACIONES:** 1) **Displasias:** Enfermedad de Paget y enfermedad de Morquio. 2) **Distrofias**, con hiper o con hipocalcificación (ya citadas en patología funcional). 3) **Distaxis:** tumores benignos y malignos.

Patología articular. Comprende las alteraciones funcionales, inflamaciones, aberraciones y degeneraciones.

A) **ALTERACIONES FUNCIONALES:** Pueden ser hiperextensiones (casi siempre debidas al relajamiento de partes blandas), limitaciones (que si tienden a ser permanentes son anquilosis).

B) **INFLAMACIONES:** 1) **Múltiples o reumatismos**, que es la forma difusa de las afecciones inflamatorias articulares (afección sistematizada, más en dependencia de la forma de respuesta orgánica que de la etiología). Entre ellas tenemos, la artritis múltiple reumática, la artritis reumatoide, espondilitis anquilopoyética, hidrartrosis intermitente, reumatismo palindrómico, enfermedad de Reiters, artritis múltiples infecciosas, y las secundarias a otros procesos (a dermatopatías, a disproteinemias y a otros procesos, como son las secundarias a colitis, diarreas, leucemia, cáncer, enfermedad del suero y enfermedad de Scheönleim Henoch) y finalmente las idiopáticas. 2) Las monoartritis, en cambio, son afecciones de una articulación o de parte de ella; no es alteración de sistema y en ellas la enfermedad está más en dependencia de la etiología que de la forma de reacción del organismo. Entre ellas tenemos las infecciosas (estreptocócicas, estafilocócicas, tíficas, tuberculosas, etcétera); las traumáticas (entre

ellas pueden incluirse muchas periartitis escapulo-humerales en que sólo una parte de la articulación queda afectada por los traumas), las hemorrágicas (hemofilia) y las nerviosas (Tabes).

C) **ABERRACIONES:** Se incluyen en este grupo las luxaciones, neoplasias y deformidades, cuyo estudio compete más a la cirugía.

D) **DEGENERACIONES o artrosis.**

Patología muscular

A) **PATOLOGÍA FUNCIONAL:**

Si la función ósea fundamental en el aparato locomotor era la de sostén y la articular la de permitir los movimientos, «la utilidad esencial del músculo para la vida, es el hecho de acortarse rápida y reversiblemente, de manera que ejerza tracción» (Sherrington). El resultado de esta tracción que el músculo ejerce activamente sobre las palancas osteoarticulares es la realización precisa y coordinada de los movimientos y un estado de tensión permanente (tono muscular) esencialmente reflejo, cuya misión es el ajuste de posturas locales y de la actitud general.

Por tanto, las alteraciones funcionales del músculo se expresarán por alteración, en menos y en más, del movimiento; es decir, hipocinesias e hipercinesias y por variaciones del tono; o sea, hipotonías e hipertónías. Aún dentro del tono podríamos distinguir las alteraciones de las cualidades que lo integran (pasividad, extensibilidad y consistencia), diferenciación clínica establecida por André Thomas; pero sólo nos interesan en nuestro estudio, las variaciones globales del tono.

Sabemos que la actividad muscular se integra dentro de la unidad motora o neuromioma (motoneurona, con su axon y grupo de fibras musculares que inerva), en relación estricta con el sistema nervioso de la vida de relación y que para su eficaz funcionamiento necesita un adecuado ambiente metabólico, que permita una eficaz respuesta muscular al ordenamiento neurógeno. De ahí que las alteraciones funcionales de músculos puedan responder a: Causas neurógenas, sea por interrupción del arco reflejo en cualquiera de sus zonas (sensitiva o motriz) o de las órdenes que sobre la motoneurona inferior llegan desde niveles superiores; alteraciones metabólicas, endocrinas o tóxicas que interfiriendo el normal metabolismo muscular, impidan o dificulten la eficaz respuesta contráctil. Las primeras solemos estudiarlas en la neurología. De esta forma podemos establecer los siguientes grupos:

1. *Hipocinesias*: a) Neurógenas: parálisis de motoneurona inferior (poliomiелitis, neuritis); Parálisis centrales (hemiplejías); hipocinesias extrapiramidales (primarias y secundarias, por la rigidez).
b) Metabólicas: Hipokalemias
c) Endocrinas: Parálisis periódica tirotóxica
d) Tóxicas: Parálisis saturnina
2. *Hipercinesias*: a) Neurógenas: Convulsiones, temblores, corea, epilepsia..., etc.
b) Metabólicas: Acidosis, uremia
c) Endocrinas: Hipoparatiroidismo
d) Tóxicas: por manganeso (que imita el síndrome de Parkinson).
3. *Hipotonías*: a) Neurógenas (parálisis periféricas). Por interrupción del arco reflejo; en raíces sensitivas, en astas posteriores (Tabes), en motoneurona inferior (poliomiелitis), en nervio periférico (neuritis), o en la sinapsis neuromuscular (miastenia).
b) Endocrinas: Insuficiencia hipofisaria, enfermedad de Cushing, hiperinsulinismo.
c) Tóxicas: Intoxicación por opiáceos.
4. *Hipertonías*: a) Neurógenas: (espasticidad de las parálisis centrales, rigidez extrapiramidal, hipertonías reflejas).
b) Metabólicas: (coma hipoglucémico), tetania.
c) Endocrinas: Enfermedad de Addison, Hipotiroidismo.
d) Tóxicas: estriчnínica, intoxicaciones por óxido de carbono y manganeso.

B) *Inflamaciones*

1. De un músculo o grupo muscular
 - Fibromiositis (lumbago)
 - Miositis víricas
 - Miositis bacterianas
 - Miositis parasitarias

2. Sistematizadas Idiopáticas } Polimialgia reumática
 } Polimiositis, dermatomiositis
- C) *Degeneraciones*
- Hialina
 Lipoidea
 Glucogenosis
- Mioglobinuria } Espontánea familiar
 } Tóxica
 } Traumática (Crush syndrome)
- D) *Aberraciones*
- Distrofias } Hipotrofias { Neurógenas
 } { No neurógenas (Hipopituitarismo.
 } { Enfermedad de Addison)
 } Hipertrofias (Miotonía congénita de THOMSEN)
 } Hipotrofias e Hipertrofias
 } (enfermedad de Stinert)
- Displasias
- Tumores } Rabdo mioma
 } Rabdo miosarcoma
 } Mioblastoma

La evolución clínica la enfocamos en dos grandes apartados: el dolor y la alteración funcional que la enfermedad produce. Pero, si bien es clara la separación conceptual entre dolor e impotencia funcional, es frecuente la imbricación de ambos en la clínica y así, muchas veces, el dolor «bloquea» la función y a su vez, la realización funcional produce o aumenta el dolor. Esto es explicable en la clínica del aparato locomotor, así como en otras partes de la Patología, por la reunión de varios componentes fisiopatológicos (inflamación, espasticidad muscular, alteración neurotrófica), que son factores comunes, tanto para producir dolor como para la limitación funcional. La presencia de esta multiplicidad de componentes fisiopatológicos se da con frecuencia (artri-

tis de diversa índole, lumbago, polimialgia reumática, osteopatías, etc.) y justifica el manejo asociado de fármacos antiinflamatorios, antiespasmódicos y neurotróficos, que, además de interferir los procesos patológicos que generan el dolor, permiten iniciar una recuperación funcional, siempre que exista buena tolerancia a cada uno de dichos fármacos.

Este planteamiento nos lleva a ocuparnos de la valoración clínica de un nuevo preparado conocido como HUBERDOR,* en el que se asocian las propiedades farmacológicas antes indicadas.

MATERIAL Y METODOS

Estudiamos un grupo de 41 enfermos, tratados en régimen ambulatorio.

* Agradecemos a Laboratorios Hubber, S. A., las muestras de su preparado Huberdor en sus formas inyectable y cápsulas, que ha tenido a bien facilitarnos para la realización de este trabajo.

rio con el preparado, que hemos manejado en sus formas oral e inyectable.

corto y largo plazo, valorando los resultados en cuanto a dolor e insuficiencia funcional, fundamentalmente.

Hemos controlado la evolución a

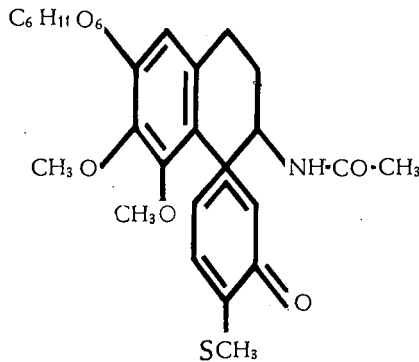
La fórmula del preparado es:

	<i>Cápsulas</i>	<i>Inyectable</i>
Tiocolchicósido	2 mg	3 mg
Fenil-dimetilpirazolón-metilamino metánsulfonato sódico	250 mg	300 mg
m-sulfobenzoato sódico de dexametasona	0,763 mg (0,5 mg base)	2,3 mg (1,5 mg base)
Acetato de hidroxocobalamina	1.500 mcg	5.000 mcg
Cocarboxilasa	75 mg	50 mg
Clorhidrato de piridoxina	100 mg	250 mg

Propiedades farmacológicas de los componentes de HUBERDOR.

Tiocolchicósido. — Es un glucósido azufrado derivado de la colchici-

na sintetizado por VELLUZ y MULLER, cuya fórmula es la siguiente:



Tiene una acción relajante, actuando a nivel central en el sistema nervioso y se parece en su efecto a la mefenesina. El tropismo por el sistema nervioso central fue descubierto por JEQUIER y PLOTKA, quienes comprobaron la desaparición de contracturas intensas en la rigidez de descerebración. En el registro encefalográfico, las modificaciones que el estímulo del ciático producen normalmente en el conejo, quedan abolidas por la inyección del fármaco. En el animal no anestesiado se

observa, que dosis de 2 a 5 mg por kilo de peso provocan la desaparición de la reacción de paro producida por una excitación auditiva, mientras que a dosis mayores produce reacciones epileptiformes.

Ha sido utilizado con éxito en el tratamiento del síndrome de LITTLE (BILLIOTET, DESSAUSSE y BOUCHACOURT, 1957).

Según experiencias de PLUVINAGE (1956) la acción decontracturante se ejerce sólo sobre la musculatura afecta y no sobre la sana, siendo en

este sentido bien diferente su acción a la del curare y de efecto más prolongado.

Además, el tiocolchicósido posee actividad antiinflamatoria y analgésica, propiedades que han sido estudiadas por CAPRA en el Instituto de Farmacología de la Universidad de Padova.

Finalmente, diremos que este derivado de la colchicina ha sido desprovisto de toxicidad, ya que la dosis de 5 mg por Kg. de peso al día durante 30 días, no produce modificaciones hemáticas.

Fenil-dimetilpirazonol-metilamino metánsulfonato sódico. — De acción semejante a la pirina y aminopirina es altamente soluble lo que le hace apto para la administración parenteral. Destaca su acción analgésica, antiinflamatoria y antipirética. GROLLMAN (1962) supone que este fármaco, al igual que los demás antipiréticos-analgésicos, actúa deprimiendo el tálamo óptico, uno de los centros de las sensaciones dolorosas. Además la administración de este fármaco determina por su acción a nivel del centro térmico hipotalámico un aumento de la termolisis que superando a la termogénesis provoca un descenso de la temperatura en los pacientes febriles, según demostraron entre otros SOLLMANN (1957) y GROLLMAN (1964). Finalmente, la acción antiinflamatoria ha sido demostrada experimentalmente por WILHELMI (1952), inhibiendo el edema producido por el aceite de crotón en la oreja del conejo y del ratón. En el mismo año UNGAR y Cols. observaron una disminución de la reacción inflamatoria a nivel articular; la acción antiinflamatoria no parece estar en relación con un efecto cortisónico a través de la hipofisis, pues se mani-

fiesta también en animales hipofisectomizados.

Meta-sulfobenzoato sódico de dexametasona. — La dexametasona se sintetiza a expensas del cortisol mediante la adición de la función 16-metilo a la estructura 9-fluorada. Tomando como unidad la acción de éste, posee una acción mineralocorticoide de 0 y una acción glucocorticoide de 30 (SIDNEY ROBERTS y BROWN y PEARSON, 1964), siendo comparativamente el glucocorticoide más activo. La acción farmacológica de los glucocorticoides más importantes es la antiinflamatoria, que es muy enérgica y superior a todos los antiflogísticos empleados (GARCÍA VALDECASAS). Esta acción antiinflamatoria comprende numerosos factores quizá dependientes de su acción general y de su acción sobre el metabolismo intracelular e inhiben, además, las sustancias a expensas de las cuales progresan los fenómenos inflamatorios.

Los efectos antiinflamatorios de los corticoides son muy notables en los procesos reumáticos (HENCH y Colaboradores).

Acetato de hidroxocobalamina. — Un gran número de compuestos del tipo de la Vitamina B₁₂ se pueden formar sustituyendo el grupo CN de éste, por otros grupos, recibiendo el nombre genérico de cobalaminas y especificándose gracias a un prefijo del nombre de cada componente (Cianocobalamina, Hidroxo-cobalamina, Cloro-cobalamina, Nitrito-cobalamina). Existen asimismo las vitaminas B_{12a} y B_{12b} que corresponden a la Hidroxo-cobalamina la cual se diferencia de la Ciano-cobalamina por poseer un grupo OH en vez del CN.

Desde el punto de vista de su ac-

ción farmacológica, la Hidroxo-cobalamina posee gran actividad anti-anémica. Interviene además en el metabolismo de los ácidos nucléicos. Tiene asimismo acción lipotrópica débil. Es importante su participación en las reacciones metabólicas, por lo que contribuye a la normal reproducción e integridad de células epiteliales y fibras mielínicas del sistema nervioso central y periférico. A dosis elevadas ha sido utilizada en las neuritis y neuralgias en general.

Cocarboxilasa. — La vitamina B₁, tiamina o aneurina ejerce su acción en el organismo en forma de pirofosfato de tiamina, difosfotiamina o cocarboxilasa, que es un coenzima. Es clásicamente conocido el efecto favorable de la cocarboxilasa sobre neuritis de diversa etiología.

Clorhidrato de piridoxina. — Químicamente es un derivado de la piridina y puede también encontrarse en las fuentes naturales bajo la forma de piridoxal o de piridoxamina.

El clorhidrato de piridoxina tiene un papel vital en el metabolismo, en el que actúa como coenzima en gran número de transformaciones metabólicas de los aminoácidos, incluyendo la descarboxilación, transaminación y racemización. También actúa en algunos de los pasos enzimáticos del metabolismo del triptófano, de los aminoácidos que poseen radicales sulfuro y de los hidroxiaminoácidos. El hecho de ser el fosfato de piridoxal, un constituyente esencial de la fosforilasa del glucógeno, confiere a la vitamina B₆ un importante papel en el metabolismo de los carbohidratos (KREBS y FISCHER, 1964). Asimismo, ya desde los estudios de BEATON y Cols. (1954) se conocen las relaciones entre la vita-

mina B₆ y el metabolismo de las grasas.

La sintomatología carencial se observa en el hombre y en los mamíferos, siendo el síndrome distinto según las especies, pero siempre se hallan afectados la piel, el sistema nervioso central y la eritropoyesis.

Vistas las propiedades farmacológicas de los componentes, nos parece que el empleo asociado puede estar indicado en aquellos procesos del aparato locomotor donde existan factores inflamatorios, contractura muscular y alteraciones neurotróficas, y donde el dolor suponga un aspecto importante de la enfermedad, bien como perturbador del bienestar subjetivo de la persona, bien como bloqueo de la recuperación funcional del miembro afecto.

Siguiendo nuestra clasificación de las enfermedades del aparato locomotor, las indicaciones de la asociación medicamentosa que estudiamos abarcarían:

Patología articular: inflamaciones (artritis únicas y múltiples), ya sea como medicamento único o asociado al tratamiento etiológico. Degeneraciones en las fases de brote inflamatorio o de descompensación de artrosis. Patología funcional: en las limitaciones de la motilidad articular (por inflamaciones, anquilosis, etcétera).

Patología ósea: En las osteopatías condensantes puede ser útil su empleo por la acción osteoporótica del corticoide, unida a la acción analgésico-antiinflamatoria del preparado. Dentro de las osteopatías osteoporóticas (que ocupan el otro grupo de la patología funcional en nuestra clasificación), está indicado en aquellas como: la calcinosis universal y gota cálcica, donde es importante reducir toda reacción inflamatoria sobre las que pueda depositarse el

calcio y donde la reducción del espasmo muscular permita el suave masaje de las zonas afectas, sin llegar a acciones violentas que serían improcedentes.

Patología muscular: En las inflamaciones (en especial las sistematizadas como la polimialgia reumática y las que forman parte de la colagenosis) y en las reacciones de espasmo muscular, consecutivas a procesos inflamatorios.

Si bien estas son sus posibilidades de empleo, lo específico del preparado son como decimos, aquellos síndromes donde a la base inflamatoria se sumen, la reacción espasmódica muscular y el componente de neuritis o neuralgia en general y como resultado, el dolor juega importante papel como síntoma y como factor patogénico que dificulta la función.

CASUISTICA

Para conocer los resultados clínicos de esta especialidad, hemos estudiado 41 pacientes en tratamiento ambulatorio, afectos de diversos procesos del aparato locomotor y que según la fisiopatología de sus síndromes y a la vista de la acción farmacológica del preparado, serían tributarios de dicha terapéutica.

En los casos revisados, hemos ido recogiendo la evolución del dolor y de la recuperación funcional durante el tratamiento con el producto en-

sayado y los datos complementarios (por ejemplo, alteraciones serológicas) cuando tuvieron algún interés, dentro de la entidad nosológica que tratamos. De cada uno de los casos hacemos un resumen, de forma que presentamos solamente los datos de anamnesis, exploración y pruebas complementarias que sean más significativas, fijándonos sobre todo en la evolución del dolor y alteración funcional bajo el tipo de tratamiento que ahora nos ocupa.

Caso núm. 1. C. G. G. Edad 64 años. Hembra.

Anamnesis. Enferma en tratamiento de artrosis de ambas rodillas, que había mejorado, persistiendo dolor de muy poca intensidad en rodilla izquierda.

Exploración. Rodilla derecha, morfología y funcionalismo normal (los movimientos son amplios y no dolorosos, apreciándose chasquido articular). Rodilla izquierda, aumento ligero de volumen (\pm); calor local (+), la flexión es amplia.

Pruebas complementarias: V. S. G. 1.ª hora 48 mm.; H: 4.500.000 mm³; Hb: 78 %; V. G.: 0,95; L: 8.200; s.: 60 %; l: 39 %.

Tratamiento. Además del régimen hipocalórico ya indicado en anteriores visitas, se indica Huberdor, una inyección en días alternos.

Evolución. Al cabo de un mes ha desaparecido el dolor. A la exploración se aprecia la rodilla izquierda de tamaño normal, ha cedido la temperatura local y los movimientos son indoloros, persistiendo ligera limitación y chasquido articular; se han normalizado también los datos de laboratorio.

EQUILIBRADA ASOCIACION
NEUROTONICA, ANALGESICA
Y ANTIINFLAMATORIA

HUBERDOR

Inyectables

Cápsulas

EFICACIA TERAPEUTICA

RAPIDEZ DE ACCION

FACILIDAD DE ADMINISTRACION

Presentación y fórmulas al dorso...

HUBERDOR

INYECTABLES

CAPSULAS

La terapéutica actual neurotónica,
analgésica y antiinflamatoria

PRESENTACION Y FORMULAS:

HUBERDOR, INYECTABLES

Caja con 3 frascos, conteniendo cada uno, en producto liofilizado:

Acetato de hidroxocobalamina	5.000 mcg
Cocarboxilasa	50 mg
Clorhidrato de piridoxina	250 mg
Tiocolchicósido	3 mg
Clorhidrato de lidocaína	40 mg
Excipientes	c.s.

Adjuntas 3 ampollas de disolvente, conteniendo cada una:

m-sulfobenzoato sódico de dexametasona	2,3 mg
(equivalente a 1,5 mg de base)	

Fenil-dimetilpirazolón-metilamino metánsulfonato sódico	300 mg
Excipiente c.s.p.	5 c.c.

HUBERDOR, CAPSULAS

Caja con 12 cápsulas, conteniendo cada cápsula:

Acetato de hidroxocobalamina	1.500 mcg
Cocarboxilasa	75 mg
Clorhidrato de piridoxina	100 mg
Tiocolchicósido	2 mg
m-sulfobenzoato sódico de dexametasona	0,763 mg
(equivalente a 0,50 mg de base)	

Fenil-dimetilpirazolón-metilamino metánsulfonato sódico	250 mg
Excipientes	c.s.

ADMINISTRACION Y DOSIS:

HUBERDOR, INYECTABLES

Por vía intramuscular profunda.

Adultos: Un inyectable diario (5 c.c.).

Niños: A partir de un año, la tercera parte de un inyectable (1,7 c.c.).

Segunda infancia: medio inyectable diario (2,5 c.c.).

Siempre según criterio facultativo.

HUBERDOR, CAPSULAS

Por vía oral y salvo criterio médico, para adultos y adolescentes, 3-4 cápsulas al día, para descender paulatinamente a dosis menores de acuerdo con la regresión de la sintomatología.

LABORATORIOS HUBBER, S. A.

Fábrica y Laboratorios de Productos Biológicos y Farmacéuticos
Berlín, 38-48 - Teléf. *321 72 00 - BARCELONA-15 (España)

Caso núm. 2. E. L. P. Edad 55 años. Varón.

Anamnesis. Aqueja dolor en región lumbar, irradiado a fosa iliaca izquierda y cadera, referidos como tirantes y, en su irradiación, como escozor que se fue intensificando y aumentaba al flexionar el tronco.

Datos peristáticos. Profesión: obrero metalúrgico.

Exploración. Dolor (++) a la presión en zona paravertebral lumbar de la III a V. La compresión cefálica despierta también dolor.

Pruebas complementarias. La radiografía revela enormes osteofitos en vértebras III, IV y V. La V. S. G. es de 12 a la 1.ª hora.

Tratamiento. Se instaura tratamiento antiartrósico, indicando Huberdor, una inyección diaria los diez primeros días.

Evolución. Cede el cuadro sintomático en los diez primeros días, persistiendo, como es lógico, los signos radiológicos.

Caso núm. 3. I. L. R. Edad 52 años. Varón.

Anamnesis. Enfermo con dolor intenso en región lumbar desde hace unos dos años. Ha sido diagnosticado de espondiloartrosis y ha realizado diversos tratamientos.

Exploración. Dolor sobre columna lumbar (+++), a la compresión cefálica y a los movimientos de flexión y torsión del tronco. Maniobras de Lassègue y Bragard positivas (+++) en ambas piernas.

Pruebas complementarias. La radiografía confirma el diagnóstico de espondiloartrosis. En la intervención quirúrgica exploradora no se puede establecer clara etiología compresiva, por lo que la intervención no fue terapéutica.

Tratamiento. Huberdor Inyectable, uno diario durante 15 días, para seguir después en días alternos.

Evolución. A los 15 días los dolores han disminuido, siendo posible, a la exploración, mayor amplitud de movimientos. Persiste la mejoría en el momento de redactar la casuística, siendo interesante señalar la falta de respuesta a otros tratamientos analgésicos.

Caso núm. 4. F. T. A. Edad 55 años Varón.

Anamnesis. Desde hace dos días dolor en región glútea y parte posterior de muslo derecho que obliga a cojear.

Exploración. Dolor (++) a la presión en región glútea, pliegue subglúteo y reflejos tendinosos normales. Signo de Lassègue positivo (+).

Tratamiento. Huberdor, tres cápsulas diarias.

Evolución. A los diez días mejoría subjetiva. No hay puntos dolorosos a la presión; persiste ligera positividad del signo de Lassègue.

Datos complementarios. Sin interés.

Caso núm. 5. F. P. C. Edad 49 años. Varón.

Anamnesis. Desde hace unos 15 días dolor en cara posterior de muslo izquierdo que aumenta al flexionar el tronco hacia delante y con el esfuerzo de la defecación.

Exploración. Dolor a la presión sobre hueco popliteo izquierdo; en dicho lado signo de Lassègue y maniobra de Bragard positivos.

Pruebas complementarias. La radiología revela artrosis lumbar y un pinzamiento entre L₅ y S₁.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria. A los seis días ha desaparecido el cuadro.

Caso núm. 6. P. P. R. Edad 58 años. Hembra.

Anamnesis. Desde hace tres meses dolor en hombro derecho que se intensifica con los movimientos del brazo.

Exploración. La abducción del brazo derecho provoca dolor (++).

Pruebas complementarias. Sin interés.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria.

Evolución. Clara disminución del dolor a los tres días de tratamiento, siendo casi normal la función articular.

Caso núm. 7. M. S. R. Edad 53 años. Hembra.

Anamnesis. Dolor en cuello (zona lateral derecha), irradiado por hombro y por brazo hasta la mano, desde hace unos 15 días.

Exploración. Maniobra del angular, dolorosa en lado derecho. No hay dolor a la presión y golpeteo sobre apófisis espinosas de vértebras cervicales y dorsales, ni la compresión cefálica provoca dolor. La motilidad articular del hombro es amplia y no dolorosa.

Pruebas complementarias. La radiología no revela datos de interés patológico en relación con su síndrome radicular.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria durante seis días, para continuar después en días alternos.

Evolución. A los 15 días ha cedido la sintomatología.

Caso núm. 8. C. E. A. Edad 45 años. Hembra.

Anamnesis. Desde hace un año presenta dolor que aparece sin ritmo fijo en cadera y parte posterior de pierna derecha, se intensifica a los movimientos, en especial a la flexión del tronco.

Exploración. Signo de Lassègue y maniobra de Bragard positivos (+++) a los 30°.

Pruebas complementarias. En la visión radiológica pinzamiento intenso entre L₅ y S₁ por probable hernia discal.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria y se propone intervención quirúrgica.

Evolución. A los seis días han cedido los dolores casi por completo.

Caso núm. 9. L. R. L. Edad 32 años. Hembra.

Anamnesis. Aqueja desde hace unos días, dolor referido como punzadas en rodillas y tobillos. Había tenido, dos meses antes, amigdalitis.

Exploración. Dolor (++) en rodillas al forzar flexión. No se aprecian signos inflamatorios.

Pruebas complementarias. La radiología no revela anormalidad, así como tampoco el análisis serológico.

Tratamiento. Huberdor, tres cápsulas diarias.

Evolución. A los diez días ha desaparecido el cuadro, habiendo sido vigilada y no presentando molestia alguna hasta la actualidad.

Caso núm. 10. A. L. C. Edad 35 años. Varón.

Anamnesis. Dolor desde hace algunos días en zona dorsal del lado derecho, que empezó paulatinamente.

Exploración. Dolor (++) a la presión en zona paravertebral derecha; dolor (++) al movimiento de extensión, en brazo.

Pruebas complementarias. Sin interés.

Tratamiento. Huberdor, tres cápsulas diarias.

Evolución. Cede el cuadro a los 10 días.

Caso núm. 11. P. T. D. Edad 62 años. Varón.

Anamnesis. Desde hace algunos meses, dolor en ambas rodillas que aumenta al andar. Se encuentra en tratamiento por síndrome de claudicación intermitente.

Exploración. Dolor (++) en ambas rodillas al forzar la flexión y chasquido articular.

Tratamiento. Huberdor, tres cápsulas diarias.

Evolución. No aprecia mejoría.

Caso núm. 12. G. P. A. Edad 50 años. Varón.

Anamnesis. Desde hace algunos días nota dolor en región lumbocostal derecha, que aparece con los movimientos y con la tos y no se irradia.

Exploración. Dolor (+) a la presión en dicha zona.

Pruebas complementarias. La radiología no revela anormalidades.

Tratamiento. Huberdor, dos cápsulas diarias.

Evolución. A los cinco días ha desaparecido el cuadro.

Caso núm. 13. M. B. S. Edad 62 años. Varón.

Anamnesis. Dolor lumbosacro desde hace dos días, que aumenta con los movimientos y con la tos y que no se irradia. Tuvo unos episodios dolorosos similares hace 19 años y 5 años atrás fue diagnosticado de ciática.

Exploración. No duele a la presión sobre trayecto ciático. Signo de Lassègue negativo.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria.

Evolución. A los seis días se encuentra subjetivamente bien y la exploración no revela anormalidad.

Caso núm. 14. M. B. B. Edad 53 años. Hembra.

Anamnesis. Desde hace años, dolor en región lumbosacra que se intensifica con el ejercicio. Tiene como antecedente el haber sido tratada de espondiloartritis brucelósica, hace 20 años.

Exploración. No duele a la presión en región lumbar. Hay dolor (++) a los movimientos de flexión y rotación de columna, movimientos que están limitados.

Pruebas complementarias. Sin anormalidades.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria durante 10 días, para seguir después en días alternos.

Evolución. En la primera quincena apenas hay variación; al cabo de un mes ha cedido el dolor y los movimientos del tronco tienen mayor amplitud.

Caso núm. 15. J. L. A. Edad 65 años. Hembra.

Anamnesis. Desde hace meses, dolor en región lumbosacra irradiado a regiones glúteas y dolor en ambas rodillas al empezar a andar, cediendo al seguir la marcha. Como antecedente refiere el haber sido tratada hace años de artrosis cervical.

Exploración. Dolor (\pm) a la presión en región lumbar y dolor a los movimientos de flexión y rotación.

Pruebas complementarias. La radiología presenta signos de artrosis. En el análisis de sangre se descubre proteína C ($++$) y V. S. G. 40 mm. a la primera hora.

Tratamiento. Huberdor, dos cápsulas al día.

Evolución. Al cabo de un mes de tratamiento, el dolor lumbar ha desaparecido casi por completo. La exploración permite amplia movilización, sin dolor, al flexionar y torsionar la columna; la V. S. G. es de 11 a la 1.ª hora.

Caso núm. 16. J. C. P. Edad 22 años. Varón.

Anamnesis. Antecedentes sin interés. Dolor en región lumbar y cadera derecha desde hace unos dos meses, que aumenta al andar largas distancias y cede en reposo.

Exploración. Dolor a la movilización en articulación coxofemoral derecha.

Datos complementarios. La radiología no revela anormalidades, así como tampoco la serología reumática.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria durante seis días.

Evolución. Cedió la sintomatología.

Caso núm. 17. N. C. P. Edad 55 años. Hembra.

Anamnesis. Desde hace cinco años le aparece, en relación con el cansancio físico, dolor en hombro y rodilla derecha, sin haber apreciado signos inflamatorios.

Exploración. Se aprecia calor local en rodilla derecha y dolor ($++$) al forzar la flexión.

Pruebas complementarias. Las anormalidades en el análisis de sangre son: V. S. G., 16 a la 1.ª hora; proteína C reactiva ($++$).

Tratamiento. Se inicia con tres cápsulas de Huberdor al día, pero nota acidez referida a epigastrio por lo que deja la medicación.

Caso núm. 18. P. G. A. Edad 23 años. Hembra.

Anamnesis. Desde hace 15 ó 20 días, dolor intenso y continuo en rodilla izquierda, que aumenta con el reposo en cama y le obliga a levantarse y andar unos pasos. No ha apreciado hinchazón ni enrojecimiento.

Exploración. No hay alteraciones en la morfología ni en la función articular de la rodilla; hay dolor a la presión sobre zona de cabeza de peroné.

Pruebas complementarias. Radiografía de rodillas sin anormalidad. En zona subperióstica de tercio superior de peroné se aprecia una condensación ósea de contorno irregular de 2 a 3 cms. de largo por 1 de ancho. V. S. G. 14 mm. a la primera hora.

Tratamiento. Huberdor, tres cápsulas diarias.

Evolución. Ha mejorado, sin llegar a ceder la sintomatología subjetiva.

Exploración. Dolor a presión a nivel de cabeza de peroné. V. S. G. 10 m. m. a la primera hora.

Caso núm. 19. F. C. G. Edad 26 años. Varón.

Anamnesis. Dolor en región glútea y cara posterior de muslo y pierna derecha desde hace unos diez meses, referido como «punzadas» que se intensifican con algún esfuerzo o al incorporarse; se irradia a región dorsal y dedo gordo del pie; habiendo realizado diversos tratamientos. Signo de Lassègue positivo. La flexión anterior del tronco, estando de pie, produce dolor irradiado por cara posterior de extremidad derecha. El resto de la motilidad articular es normal.

Pruebas complementarias. La radiología revela un claro estrechamiento del agujero de conjunción entre L-V y S-I.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria, además de normas de vida adecuadas.

Evolución. Ha desaparecido claramente el dolor al cabo de diez días de tratamiento.

Caso núm. 20. P. P. R. Edad 65 años. Hembra.

Anamnesis. Desde hace años presenta temblor en pierna izquierda y dolor referido como calambre, desencadenado con los golpes de tos.

Exploración. Dolor (++) a la presión sobre apófisis espinosa de L-IV; no duele a la compresión cefálica. Signo de Lassègue positivo en lado izquierdo, aumentando el dolor la maniobra de Bragard.

Pruebas complementarias. La radiología revela espondilolistesis de L-IV sobre L-V.

Tratamiento. Se propone intervención quirúrgica que la enferma no acepta. Se trata con Huberdor, una inyección diaria.

Evolución. A los tres días ha cedido el dolor, siendo a la exploración menos dolorosa la maniobra de Lassègue.

Caso núm. 21. C. R. A. Edad 50 años. Hembra.

Anamnesis. Dolor en hombro y brazo derecho y cefalea desde hace algunos meses.

Exploración. La exploración de columna cervical y dorsal no revela anomalías; el desplazamiento del brazo derecho hacia atrás provoca dolor (++) en hombro derecho.

Pruebas complementarias. La radiología revela estrechamiento a nivel de atlas y axis.

Tratamiento. Se sugiere intervención quirúrgica; entre tanto, se indica Huberdor, tres cápsulas diarias.

Evolución. Con el tratamiento médico no mejora.

Caso núm. 22. J. Z. M. Edad 25 años. Varón.

Anamnesis. Desde hace algunos días, dolor precordiai señalado a punta de dedo.

Exploración. Dolor a la presión (++) sobre cartílagos costales, segundo, tercero y cuarto del lado izquierdo.

Tratamiento. Huberdor, tres cápsulas diarias.

Evolución. Ha cedido el cuadro al cabo de una semana.

Caso núm. 23. M. C. F. Edad 48 años. Hembra.

Anamnesis. Desde hace dos días dolor lumbar bastante intenso, que se irradia a región glútea izquierda. Tiene como antecedentes, episodios de lumbociática.

Exploración. Dolor (++) a la presión en zona lumbar paravertebral izquierda; signo de Lassègue negativo.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria.

Evolución. A los seis días se encuentra subjetivamente bien, y a la exploración no hay anormalidades.

Caso núm. 24. A. L. F. Edad 52 años. Hembra.

Anamnesis. Dolor desde hace varios días en región dorsal que aumenta con el ejercicio físico.

Exploración. Dolor a la presión sobre apófisis espinosa de D-III a D-VI. Los movimientos de flexión no resultan dolorosos, ni la compresión cefálica.

Pruebas complementarias. La radiología no revela alteraciones de columna.

Tratamiento. Huberdor, tres cápsulas diarias.

Evolución. A los diez días se encuentra subjetivamente mejor.

Caso núm. 25. A. T. M. Edad 50 años. Hembra.

Anamnesis. Hace una semana, dolor en hombro derecho que se intensifica con los movimientos de dicha articulación.

Exploración. Dolor (++) a la abducción y al llevar el brazo hacia atrás.

Pruebas complementarias. Sin interés.

Tratamiento. Huberdor, tres cápsulas diarias.

Evolución. Al cabo de ocho días ha cedido el cuadro.

Caso núm. 26. E. G. V. Edad 42 años. Varón.

Anamnesis. Hace dos días se desencadenó dolor lumbar intenso, de comienzo brusco, al levantar un peso; este dolor se exacerba con los movimientos.

Exploración. Dolor lumbar a la presión en zona paravertebral derecha, dolor y limitación (++) a la flexión del tronco hacia adelante.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria.

Evolución. Desapareció el dolor al cabo de seis días.

Caso núm. 27. R. M. G. Edad 59 años. Hembra.

Anamnesis. Aqueja desde hace algunas semanas dolor en ambas piernas.

Exploración. No hay puntos dolorosos a la presión; no hay signos de inflamación en articulaciones. Maniobras de Lassègue y Bragard positivas en el lado derecho.

Pruebas complementarias. (Radiológicas y de laboratorio), sin interés.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria durante seis días; a seguir en días alternos.

Evolución. Clara mejoría en los primeros días del tratamiento.

Caso núm. 28. A. A. F. Edad 52 años. Hembra.

Anamnesis. Desde hace dos días presenta dolor en rodilla izquierda que aumenta con la marcha.

Exploración. Se aprecia rodilla izquierda más caliente que la derecha, no dolorosa a la presión; hay chasquido articular a la flexión.

Pruebas complementarias. No se aprecia en radiología lesión ósea ni alteraciones de menisco; la V. S. G. es de 14 m. m. a la 1.ª hora.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria durante seis días.

Evolución. Mejoría desde el principio del tratamiento.

Caso núm. 29. M. F. E. Edad 63 años. Hembra.

Anamnesis. Estando en tratamiento con anterioridad por hiperostosis vertebral aqueja dolor intenso y continuo desde hace un mes en región dorsal, lumbar, sacra y extremidades inferiores.

Exploración. A la inspección se aprecia enderezamiento de columna y aplanamiento de cifosis dorsal y su movilidad es limitada y dolorosa (+++).

Pruebas complementarias. La radiología revela una pronunciadísima hiperostosis vertebral.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria.

Evolución. No aprecia mejoría; se ingresa la enferma unos 15 días después.

Caso núm. 30. J. L. C. Edad 56 años. Hembra.

Anamnesis. Aqueja desde hace cinco días, dolor intenso en región lumbar derecha, que se intensifica con los movimientos. Entre sus antecedentes refiere ciática en el lado izquierdo, hace 25 años.

Exploración. Dolor (++) a la presión en región lumbar derecha; Signo de Lassègue negativo.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria.

Evolución. Al cabo de seis días ha cedido totalmente el cuadro.

Caso núm. 31. A. P. M. Edad 60 años. Varón.

Anamnesis. Presenta dolor en hombro derecho desde hace tres días, que aumenta con la abducción del brazo.

Exploración. Dolor (++) a la abducción del brazo derecho, que no puede ser elevado más arriba de la horizontal, y dolor al movimiento hacia atrás.

Tratamiento. Huberdor, dos cápsulas diarias.

Evolución. Al cabo de seis días ha cedido completamente el cuadro.

Caso núm. 32. A. G. L. Edad 20 años. Varón.

Anamnesis. Dolor en región lumbar bastante intenso, de comienzo brusco desde hace una semana y no irradiado; aumenta con los movimientos de flexión del tronco hacia adelante.

Exploración. Dolor (+++) a nivel de cuarta vértebra lumbar, desencadenado al intentar la flexión anterior del tronco; el resto de la exploración no revela anormalidad.

Pruebas complementarias. No revelan anormalidades.

Tratamiento. Huberdor, tres cápsulas diarias.

Evolución. Ha desaparecido el dolor y los signos exploratorios en la revisión realizada al cabo de ocho días.

Caso núm. 33. J. G. R. Edad 48 años. Varón.

Anamnesis. A partir de la fractura de dos vértebras cervicales presenta frecuentes episodios de dolor en cuello al realizar la flexión y torsión, estando limitados estos movimientos.

Exploración. Dolor (++) a nivel de la parte superior de escápula y paravertebral cervical a todos los movimientos del cuello. Maniobra del angular negativa; no duele a la presión sobre apófisis espinosas vertebrales, ni a la compresión cefálica.

Pruebas complementarias. Sin interés.

Tratamiento. Huberdor, tres cápsulas diarias.

Evolución. A los seis días ha cedido la sintomatología y se ha normalizado la exploración.

Caso núm. 34. J. A. O. Edad 52 años. Hembra.

Anamnesis. Aqueja dolor, hinchazón y enrojecimiento en ambas rodillas, muñecas y hombros desde hace unos cuatro años, habiendo realizado diversos tratamientos.

Exploración. A la inspección, signos de inflamación en las articulaciones citadas (rubor, calor y aumento de volumen) y dolor al forzar los movimientos.

Pruebas complementarias. V. S. G. 80 m. m. a la 1.ª hora. Proteína C positiva (+++). Waler Rose positivo. Título de Asto negativo.

Tratamiento. Huberdor, una inyección en días alternos.

Evolución. Después de la administración de 18 inyectables, han mejorado considerablemente el dolor y los signos de alteración funcional.

Caso núm. 35. J. T. R. Edad 59 años. Varón.

Anamnesis. Dolor en región lumbosacra bastante intenso e irradiado a parte posterior de muslos y piernas, que comenzó hace aproximadamente un año; se alivia con el reposo y va aumentando a lo largo del día.

Exploración. En columna vertebral, limitación y dolor (++) a la flexión, extensión y rotación en región lumbar. Signo de Lassègue positivo bilateral.

Pruebas complementarias. La radiología revela zonas de osteolisis alternando con otras de condensación en ambos huesos ilíacos; en columna lumbar las vértebras presentan condensación en la periferia y rarefacción ósea central en cuerpo vertebral, dando la típica imagen de la vértebra pagética, algunas de ellas están aplastadas y algunos agujeros de conjunción disminuidos.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria durante 15 días, continuando después en días alternos.

Evolución. Al cabo de un mes ha disminuido el dolor en las extremidades inferiores, persistiendo el dolor en región lumbar. Continúan los signos exploratorios y radiológicos.

Caso núm. 36. G. G. P. Edad 36 años. Varón.

Anamnesis. Aqueja desde hace tres días dolor en región lumbar derecha irradiado por cadera, que se intensifica con los movimientos. Tiene antecedentes de episodios dolorosos de ciática bilateral.

Exploración. No hay dolor a la presión en trayecto ciático; no aparece signo de Lassègue.

Pruebas complementarias. No revelan datos de interés patológico.

Tratamiento. Huberdor, dos cápsulas diarias.

Evolución. Ha cedido el cuadro al cabo de los seis días.

Caso núm. 37. V. B. M. Edad 35 años. Varón.

Anamnesis. Aqueja desde hace varias semanas dolor en ambas zonas paraes-ternales, señalado a punta de dedo e irradiado a hemitórax e hipocondrios; se intensifica sin relación fija de horario ni causalidad determinada.

Exploración. Dolor (++) a la presión sobre cartilagos costales.

Pruebas complementarias. Radiología de tórax, columna vertebral y aparato digestivo; registro E. C. G. y datos de laboratorio no revelan anormalidades.

Tratamiento. Huberdor, tres cápsulas diarias.

Evolución. Al cabo de 10 días, han disminuido los dolores sin llegar a desaparecer; no duele a la presión sobre cartilagos costales.

Caso núm. 38. A. J. F. Edad 68 años. Hembra.

Anamnesis. Aqueja desde hace años, temporadas de dolor en región lumbar y dorsal, con limitación de la movilidad.

Exploración. Lordosis lumbar acentuada; dolor y limitación (++) en región lumbar a los movimientos de flexión de columna vertebral.

Pruebas complementarias. La radiología confirma la lordosis apreciada en la exploración clínica y revela imagen dudosa de espondilolisis, que queda pendiente de nuevo estudio radiológico para más adelante.

Tratamiento. Huberdor, una inyección en días alternos.

Evolución. Al cabo de doce días, se encuentra subjetivamente bien; se continúa su estudio y tratamiento.

Caso núm. 39. M. S. S. Edad 33 años. Varón.

Antecedentes. En tratamiento desde hace 10 años por dolor lumbar, especialmente intenso de noche en cama y disminución de la amplitud de flexión del tronco. Ha llevado diversos tratamientos, habiendo sido diagnosticado de espondiloartritis anquilopoyética.

Anamnesis. Desde hace dos meses dolor en región inguinal izquierda, parte interna del muslo y rodilla que aparece con la marcha y cede en el reposo.

Exploraciones. Coxofemorales: limitación de la abducción en la izquierda; maniobra de Bragard (++) en ambos lados.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria.

Evolución. No aprecia mejoría, se indicó posteriormente intervención quirúrgica en cadera.

Caso núm. 40. S. Y. H. Edad 23 años. Varón.

Anamnesis. Presenta dolor desde hace cuatro días en región lumbar, de comienzo súbito no irradiado y que aumenta con los movimientos.

Exploración. Dolor y contractura (++) en región lumbar.

Pruebas complementarias. Sin interés.

Tratamiento. Huberdor, tres cápsulas diarias.

Evolución. Al cabo de cinco días, ha cedido la sintomatología.

Caso núm. 41. A. H. L. Edad 48 años. Hembra.

Anamnesis. Presenta desde hace un año un dolor referido como escozor en ambas rodillas, que aparece al andar.

Exploración. Obesidad (++) . Dolor (++) y chasquido articular al flexionar ambas rodillas.

Pruebas complementarias. V. S. G., 32 a la 1.ª hora; la radiología evidencia signos de artrosis de rodillas.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria durante 6 días.

Evolución. Desaparece la sintomatología subjetiva; persisten solo el chasquido articular a la flexión y los signos radiológicos.

Casuística agrupada en entidades nosológicas y síndromes.

- Patología ósea.* Enfermedad de Paget. — 1 (caso núm. 35).
 Osteopatía condensante circunscrita. — 1 (caso núm. 18).
 Hiperostosis vertebral. — 1 (caso núm. 19).
- Patología articular.* Poliartritis crónica progresiva. — 1 (caso núm. 34).
 Espondiloartritis anquilopoyética (en brote agudo). — 1 (caso núm. 39).
 Artritis idiopática. — 1 (caso núm. 17).
 Periartritis escapulohumeral. — 3 (casos núms. 6, 25, 31).
 Condritis de cartílagos costales. — 2 (casos núms. 22, 37).
- Artrosis.* A. de rodillas. — 4 (casos núms. 1, 11, 28, 41).
 A. lumbar. — 7 (casos núms. 2, 3, 5, 8, 15, 19, 20).
 A. cervical. — 1 (caso núm. 21).
 Artralgias de etiología no precisada. — 1 (caso núm. 9).
- Patología muscular.* Lumbago. — 9 (casos núms. 12, 13, 16, 23, 26, 32, 36, 38, 40).
 (de etiología no precisada).
 Dorsalgia de etiología no precisada. — 2 (casos núms. 10 y 24).
 Dolor cervical de etiología no precisada y espasmo muscular. — 1 (caso número 33).
- Síndromes radiculares.* Ciática. — 4 (casos núms. 4, 23, 27, 30).
 Síndrome radicular de extremidad superior. — 1 (caso núm. 7).

RESULTADOS

Hemos clasificado los resultados en muy buenos, satisfactorios y nulos.

De la revisión de la casuística se desprende que, de los 41 casos tratados, el resultado fue muy bueno en 35 casos, satisfactorio en 3 y nulo en tres; habiendo presentado intolerancia gástrica uno de ellos y sin haberse apreciado otros efectos secundarios (alteraciones de la glucemia, osteoporosis, etc.), que también se han comprobado.

En cuanto a los grupos sindrómicos, podemos decir que el resultado de la terapéutica ha sido:

Patología ósea: El resultado ha sido aceptable (teniendo en cuenta la limitada eficacia de los métodos de que hoy disponemos para estas enfermedades), en los casos tratados de enfermedad de Paget y de osteopatía condensante circunscrita y nulo en nuestro caso de hiperostosis vertebral.

Patología articular: En los procesos inflamatorios, los resultados han sido buenas en la P.C.P., periartritis escapulohumeral, condritis de cartílagos distales y artralgia de etiología no precisada. El efecto ha sido nulo en el caso de espondilitis anquilopoyética (en el que a continuación hubo de recurrirse a prótesis de articulación coxofemoral) y el efecto ha sido igualmente nulo en un caso de artritis idiopática. En las afecciones artrósicas, en brote de agudización con dolor y otros signos inflamatorios, la respuesta terapéutica ha sido en general muy buena, pues así hemos podido calificar el resultado en todos los casos menos en uno, siendo este grupo sindrómico el más numeroso de nuestra casuística.

Patología muscular: El resultado en miositis y lumbagos ha sido también bueno en todos ellos menos en uno, que se califica como aceptable. En general, se muestra también eficaz el preparado en este grupo patológico.

Patología radicular: En la que no hemos podido encontrar causalidad ósea o articular; el resultado se califica igualmente como bueno en los casos recogidos.

Es interesante, además de la referencia estadística, considerar algunos casos de especial dificultad, así el caso núm. 3, cuya artrosis de columna vertebral, intensamente dolorosa, le ha llevado por diversos centros hospitalarios y sólo después de la administración de la forma inyectable ha encontrado franca mejoría (aun sin llegar a desaparecer el dolor totalmente).

También interesa tener en cuenta, la eficaz respuesta en procesos como los síndromes radiculares producidos por artrosis, ciáticas, lumbagos, fases de descompensación de las artrosis, etc.; es decir, procesos en los que se mezclan varios componentes patogénicos del dolor y de la insuficiencia funcional y que es donde tiene su indicación, obteniendo excelentes resultados, la asociación farmacológica ensayada.

Ya el empleo de la asociación de corticoides con fenildimetilpirazon-metilaminometánsulfato sódico se había mostrado eficaz en la clínica reumatológica, pues el segundo potencia la acción del corticoide, según demostró Pérez Gil en el V Congreso Español de Reumatología (1966).

Recientemente, con la adición del tiocolchicósido, se contribuye a resolver el factor del espasmo muscular, tan importante en cuanto al dolor y a la impotencia funcional. Sobre el empleo de esta especialidad, en cuya fórmula figura el tiocolchicósido, tenemos ya algunas intere-

santes referencias que desde el punto de vista clínico, recogen excelentes resultados (Pelegrín Navarro, A., 1970; Puig de Morales, E. 1970).

Con nuestro estudio, hemos querido aportar más datos, tanto en el empleo racional de este fármaco, como en la exposición de los resultados obtenidos en la clínica. Nos ha parecido interesante, para hacer objetivo el estudio, sentar indicaciones variadas en atención a las bases referidas anteriormente, incluyendo casos ya rebeldes a otras terapéuticas y tratando entidades nosológicas en las que, sabemos, aún no existen tratamientos eficaces que proporcionen un franco éxito terapéutico. Finalmente, hemos realizado las revisiones en equipo, para suprimir, en lo posible, los factores de apreciación personal.

Todo ello nos lleva a las siguientes

CONCLUSIONES:

1.^a La asociación medicamentosa experimentada es eficaz en el tratamiento de aquellos síndromes donde se aúnan componentes inflamatorios, de espasticidad muscular y de afectación neurológica y donde el dolor suponga un trastorno importante, tanto en el vivir de la persona enferma, como en la recuperación funcional de algunas de las partes del aparato locomotor.

2.^a Ha demostrado su utilidad en síndromes que se mostraban rebeldes a otras terapéuticas antiálgicas antiinflamatorias.

3.^a Dentro de las indicaciones referidas, tiene interés por su efecto antiespasmódico y antiinflamatorio, como coadyuvante de las medidas de fisioterapia.

BIBLIOGRAFIA

- BEATON, J. R., GOODWIN, M. E.: *Canad. J. Biochem. Physiol.* 32:684.
- CAPRA, C.: Actividad analgésica del tiocolchicosido. *Fitoterapia*. 38: núm. 3, 66, 1967.
- — Actividad antiinflamatoria del tiocolchicosido. *Fitoterapia*, 38: núm. 1, 66, 1967.
- CIVEIRA OTERMIN, F.: «Apuntes de Patología Médica», 1970.
- DE SEZE Y RICKWAERT: «Maladies des os et des articulations». Flammarion, Paris, 1965.
- FARRERAS VALENTI, P.: «Medicina Interna». Ed. Marín, 1967.
- GARCÍA VALDECASAS, F.: «Farmacología experimental y terapéutica general». Barcelona, 1959.
- GROLLMAN, A.: *Pharmacology and Therapeutics*. 5.ª Ed. Lea Febiger. Philadelphia, 1962.
- HARDY, J. D.; WOLFF, H. G. AND GOODELL, H.: Pain sensations. The Williams Wilkins Baltimore, 1952.
- HENCH, P. S.; KENDALL, E. C.; SLOCUMB, C. H. AND POLLEY, H. F.: Effects of cortisone acetate and pituitary ACTH on rheumatoid arthritis, rheumatic fever and certain other conditions. A study in clinical physiology. *Arch. Int. Med.* 85: 545, 1950.
- JEQUIER, R.; BRANCENI, D. Y PETERJALVI: Activité antimitotique et toxicité de quelques dérivés de la colchicine et de la tiocolchicine. *Arch. Int. Pharmacodyn.* 103, 243, núm. 23, 1955.
- JEQUIER R. Y PLOTKA, C.: Le Thiocolchicoside étude pharmacologique. *Arch. Int. Pharmacodyn.* 109, 389, núm. 304, 1957.
- KREBS, E. G. Y FISCHER, E.: Vitamins and hormones 22, 399, 1964.
- PELEGRIN NAVARRO, A.: «Tratamiento sintomático de los síndromes dolorosos neuromusculares del aparato locomotor con un nuevo preparado farmacológico antálgico-neurótropo. *Anales de Medicina y Cirugía*. Año XLVI, núm. 220, 1970.
- PÉREZ GIL, L.: «Asociación 6-metil prednisolona en el tratamiento de los reumatismos» (comunicación presentada al V Congreso Español de Reumatología, 1964.)
- PLUVINAGE, R.: L'emploi en neurologie d'un nouveau decontractant: le tiocolchicoside.
- PUIG DE MORALES, E.: «Experimentación clínica con un nuevo preparado antiálgico, antiinflamatorio y antineurítico». *Anales de Medicina y Cirugía*. Año XLVI, núm. 221, 1970.
- SYDNEY ROBERTS AND BROWN Y PEARSON: Corticoesteroides en la práctica médica. Ed. Toray, Barcelona, 1964.
- SOLLMAN, T. A.: *Manual of Pharmacology*. 8.ª ed. W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1957.
- TARDIEU, G. y Cols.: Essais de mesures electromyographiques et dynamométriques des raideurs d'origine cérébrale. Application à l'étude du thiocolchicoside. Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 1959. Séance du 13 Mars. pág. 336-340.
- — Essai d'appréciation clinique des méthodes thérapeutiques opposées aux diverses raideurs d'origine cérébrale. Application à l'étude du thiocolchicoside.
- WILHELMI, G.: Über die entzündungshemmende Wirkung von Cortison, ACTH, Pirazolen und anderen Antiphlogistica. *Medizinische*, 1591, 1952.
- UNGAR, G.; DAMGAARD, E. AND HUMMEL, F. P.: Action of salicylates and related drugs on inflammation. *Ann. J. Physiol.* 171: 545, 1952.