

Reumatismos no articulares (Concepto, clasificación e importancia social)

José BORRACHERO DEL CAMPO *

Los Reumatismos no articulares (RNA) o Reumatismos de los tejidos blandos, son los grandes olvidados no sólo de la clínica médica sino también de la reumatológica, pese a ocupar un amplio espacio dentro del contexto reumatológico, si bien en muchas ocasiones no son fácilmente reconocibles por las imbricaciones semiológicas que presentan con los inicios de otros procesos de la misma estirpe; esto les hace en ocasiones difícilmente reconocibles ante la sospecha de otros cuadros de inicio mioesqueléticos más graves e importantes que ellos mismos.

A lo largo de los tiempos los médicos se han esforzado por definir los diferentes procesos algo-inflamatorios, conceptualarlos y clasificarlos, alcanzando así un conocimiento y ordenamiento de aquellos procesos con lesividad articular, reconocidos incluso por O.M.S., en su último índice de clasificación, en su novena revisión (CIE-9-MC). Sin embargo las entidades clínicas más nebulosas son los reumatismos de los tejidos blandos que constituyen un numeroso grupo de trastornos poco conocidos y en muchas ocasiones mal definidos, con una nomenclatura múltiple y variada, según los autores, pero sin ser reconocida ninguna mundialmente; de ahí, que la O.M.S. se muestre tan pródiga en su clasificación, que dé su beneplácito a todas las dedicadas a este tema (Tabla I). Casi todos los intentos de clasificación tienen un basamento común cifrado en la respuesta subjetiva y signos conjuntados por semejanzas clínicas y no por relaciones fisiopatológicas. DIXON (1), llamó a este grupo de enfermedades «cajón de sastre de la reumatología».

TABLA I

REUMATISMO, SALVO DE LA ESPALDA (725-729)	
— Incluye: trastornos de músculos y tendones y sus accesorios, y de otros tejidos blandos.	
725	Polimialgia reumática.
726	Tendinitis de las inserciones periféricas y síndromes conexos.
Nota: Entesopatías son alteraciones de la porción periférica de la inserción de ligamentos o de los músculos.	

- Excluye: entesopatía vertebral (720.1).
- 726.0 Capsulitis adhesiva de hombro.
- 726.1 Síndrome de la vaina de los músculos rotadores del brazo.
 - 726.10 Trastornos de bolsas y tendones en la región del hombro, sin especificar. Síndrome de la vaina de los rotadores NEOM.
 - 726.11 Tendinitis calcificante de hombro.
 - 726.12 Tenosinovitis bicipital.
 - 726.19 Otros trastornos especificados.
- Excluye: ruptura completa de la vaina de los rotadores no traumática (727.61).
- 726.2 Otras afecciones de la región del hombro, no clasificadas bajo otros conceptos.
 - Fibrositis escapulo-humeral.
 - Periartritis de hombro.
- 726.3 Entesopatía de la región del codo.
 - 726.30 Entesopatía de la región del codo, sin especificar.
 - 726.31 Epicondilitis medial.
 - 726.32 Epicondilitis lateral. Codo de golfista. Epicondilitis NEOM. Codo de tenista.
 - 726.33 Bursitis de olécranon. Bursitis de codo.
 - 726.39 Otra.
- 726.4 Entesopatía de muñeca y carpo.
 - Bursitis de mano o de muñeca.
 - Periartritis de muñeca.
- 726.5 Entesopatía de la región de la cadera.
 - Bursitis de cadera. Tendinitis trocantérica.
 - Protuberancia de la cresta iliaca. Tendinitis glútea.
 - Tendinitis de Psoas.
- 726.6 Entesopatía de rodilla.
 - 726.60 Entesopatía de rodilla, sin especificar. Bursitis de rodilla NEOM.
 - 726.61 Tendinitis o bursitis de pie anserino.
 - 726.62 Bursitis de ligamento colateral tibial. Síndrome de Pellegrini Stieda.
 - 726.63 Bursitis de ligamento colateral del peroné.
 - 726.64 Tendinitis rotuliana.
 - 726.65 Bursitis prerrotuliana.
 - 726.69 Otra. Bursitis: infrarrotular subrotular.
- 726.7 Entesopatía de tobillo y tarso.
 - 726.70 Entesopatía de tobillo y tarso sin especificar. Metatarsalgia NEOM.
- Excluye: metatarsalgia de Morton (355.6).

* Profesor Emérito de la Universidad Complutense.

- 726.71 Bursitis o tendinitis aquiliana.
Tendinitis de tibia (anterior) (posterior)
- 726.73 Protuberancia de calcáneo.
- 726.79 Otra.
Tendinitis de peroné.
- 726.8 Otras entesopatías periféricas
- 726.9 Entesopatía no especificada.
- 726.90 Entesopatía no localizada.
Capsulitis NEOM Tendinitis NEOM.
Periartritis NEOM.
- 726.91 Exótesis de localización no especificada.
Protuberancia ósea NEOM.
- 727 Otros trastornos de sinovia, tendón y bursa.
- 727.0 Sinovitis y tenosinovitis.
- 727.00 Sinovitis y tenosinovitis, no especificadas.
Sinovitis NEOM Tenosinovitis NEOM.
- 727.01 Sinovitis y tenosinovitis en enfermedades clasificadas bajo otros conceptos.
Codificar además la enfermedad subyacente, tal como:
tuberculosis (015.0-015.9).
- Excluye: gonocócica (098.51).
gotosa (274.0).
inducida por cristales (275.4)
sifilítica (095.7).
- 727.02 Tumor de células gigantes de vainas tendinosas.
- 727.03 Dedo en gatillo (adquirido).
- 727.04 Tenosinovitis estiloide radial.
Enfermedad de Quervain.
- 727.05 Otra tenosinovitis de mano y muñeca.
- 727.06 Tenosinovitis de pie y tobillo.
- 727.09 Otra.
- 727.1 Juanete.
- 727.2 Bursitis específicas frecuentemente de origen profesional.
- | | |
|---------|--|
| Golpes: | De los mineros: |
| codo | codo |
| mano | rodilla |
| rodilla | Sinovitis crepitante crónica de la muñeca. |
- 727.3 Otra bursitis
Bursitis NEOM.
- Excluye: bursitis
gonocócica (098.52)
subacromial (726.19)
subcoracoidea (726.19)
subdeltoide (726.19)
sifilítica (095.7)
«hombro congelado» (726.0).
- 724.4 Ganglión y quiste de sinovia, tendón y bolsa.
- 727.40 Quiste sinovial, sin especificar.
- Excluye: aquel del espacio poplíteo (727.51).
- 727.41 Ganglión de articulación.
- 727.42 Ganglión de vaina de tendón.
- 727.43 Ganglión, sin especificar.
- 727.49 Otro.
Quiste de bolsa.
- 727.5 Ruptura de sinovia.
- 727.50 Ruptura de sinovia, sin especificar.
- 727.51 Quiste sinovial de espacio poplíteo.
Quiste de Baker (rodilla).
- 727.59 Otra.
- 727.6 Ruptura de tendón, no traumática.
- 727.60 Ruptura no traumática de tendón, no especificada.

- 727.61 Ruptura total de la vaina de los rotadores.
- 727.62 Tendones de biceps (porción larga).
- 727.63 Tendones extensores de mano y muñeca.
- 727.64 Tendones flexores de mano y muñeca.
- 727.65 Tendón de cuádriceps.
- 727.66 Tendón rotuliano.
- 727.67 Tendón de Aquiles.
- 727.68 Otros tendones de pie y tobillo.
- 727.69 Otra.
- 727.8 Otros trastornos de sinovia, tendón y bolsa.
- 727.81 Contractura de tendón (vaina)
Tendón de Aquiles corto (adquirido).
- 727.82 Depósitos de calcio en tendón y bolsa.
Calcificación de tendón NEOM.
Tendinitis calcificante NEOM.
- Excluye: inserciones ligamentosas o musculares periféricas (726.0-726.9)
- 727.89 Otra.
Acceso de bolsa o tendón.
- Excluye: xantomatosis localizada en los tendones (272.7).
- 727.9 Trastorno no especificado de sinovia, tendón y bolsa.
- Trastornos de músculo, ligamento y fascia.
- Excluye: antigua disrupción de ligamentos de rodilla (717.81-717.89).
distrofias musculares (359.0-359.1).
entesopatías (726.0-726.9).
miopatías (359.1-359.9).
trastornos mioneurales (358.0-358.9).
- 728.0 Miositis infecciosa.
- Miositis:
purulenta
supurativa.
- Excluye: miositis:
epidémica (074.1)
intersticial (728.81)
sifilítica (095.6)
tropical (040.81).
- 728.1 Calcificación y osificación muscular.
- 728.10 Calcificación y osificación no especificadas.
Calcificación masiva (parapléjica).
- 728.11 Miositis osificantes progresiva.
- 728.12 Miositis osificante traumática
Miositis osificante (circunscrita).
- 728.13 Calcificación heterotópica postoperatoria.
- 728.19 Polmiositis osificante.
- 728.2 Debilitación muscular y atrofia por desuso, no clasificada bajo otros conceptos.
- Amiotrofia NEOM Miofibrosis
- Excluye: amiotrofia neurálgica (353.5)
atrofia muscular progresiva (335.0-335.9)
- 728.3 Otros trastornos musculares específicos.
- Artrogriposis
Síndrome de inmovilidad (parapléjico).
- Excluye: artrogriposis múltiple congénita (754.89)
«síndrome de hombre rígido» (333.91).
- 728.4 Flacidez de ligamento
- 728.5 Síndrome de hipermovilidad.
- 728.6 Contractura de fascia palmar.
Contractura de Dupuytren.
- 728.7 Otras fibromatosis.
- 726.71 Fibromatosis fascial plantar.
Contractura de fascia plantar.
Fasciitis plantar (traumática).

- 728.79 Otras.**
Nudosidades de los nudillos o de Garrrod.
Fasciitis nodular.
Fibromatosis pseudosarcomatosa (proliferativa) (subcutánea).
- 728.8 Otros trastornos de músculo, ligamento y fascia.**
728.81 Miositis intersticial.
728.82 Granuloma de músculo por cuerpo extraño.
728.83 Ruptura de músculo, no traumática.
728.84 Diastasis de músculo
Diastasis del músculo recto (abdomen)
— Excluye: diastasis de músculo recto que complica el embarazo, parto y alumbramiento (665.8).
728.85 Espasmo de músculo.
728.89 Otra.
- 728.9 Trastorno no especificado de músculo, ligamento y fascia.**
Otros trastornos de tejidos blandos
— Excluye: acroparestesia (443.89)
periartrosis (726.0-726.9)
reumatismo palindrómico (719.3)
reumatismo psicogénico (306.0)
síndrome de aprisionamiento (354.0-355.9)
síndrome de túnel carpiano (354.0)
trastornos de la espalda (720.0-724.9)
- 729.0 Reumatismo, no especificado y fibrositis.**
729.1 Mialgia y miositis, no especificadas.
Fibromiositis NEOM.
- 729.2 Neuralgia, neuritis y radiculitis, no especificada**
— Excluye: ciática (724.3)
mononeuritis (354.0-355.9)
radiculitis braquial (723.4)
radiculitis cervical (723.4)
radiculitis debida a implicación de disco intervertebral (77.0-722.2, 727.7)
radiculitis lumbosacral (724.4).
- 729.3 Paniculitis, no especificada.**
729.30 Paniculitis, sitio no especificado
Enfermedad de Weber-Christian.
729.31 Hipertrofia de almohadilla adiposa, rodilla.
Hipertrofia de almohadilla adiposa infrarotular.
729.39 Otro sitio.
— Excluye: paniculitis especificada como (afectando a):
cuello (723.6)
espalda (724.8)
sacral (724.8).
- 729.4 Fasciitis, sin especificar.**
— Excluye: fasciitis modular (728.79).
- 729.5 Dolor de miembro.**
729.6 Cuerpo extraño residual en tejido blando.
— Excluye: granuloma por cuerpo extraño:
músculo (728.82)
piel y tejido subcutáneo (709.4).
- 729.8 Otros síntomas musculoesqueléticos con los miembros como punto de referencia.**
729.81 Tumefacción de miembro.
729.82 Calambre.
729.89 Otro.
— Excluye: anomalía de la manera de andar (781.2)
parálisis transitoria de miembro (781.4)
tetania (781.7).
- 729.9 Otros trastornos y trastornos no especificados de los tejidos blandos.**
Polialgia.

Como proceso estrella de los RNA, figura la «fibrositis», término muy aleatorio, pero de gran facilidad para cifrar un diagnóstico, en caso de desconocimiento de lesividad en otras estructuras blandas. Esta etiqueta diagnóstica ha levantado múltiples controversias entre clínicos y académicos. El síndrome fibrosítico es sugerido como síndrome de dolor fisiológico de origen central, multifactorial, polietiológico, hasta un trastorno primario del sistema mio-fascio-esquelético. Este hecho se basa en que buena parte de la terapia algoinflamatoria, en muchos casos no mejoran el cuadro doloroso.

El término «fibrositis» fue acuñado por GOWERS en 1904 (2), quien daba por hecho que tanto el lumbago como otros dolores similares en otras localizaciones eran debidos a un proceso exudativo que desorganizaba al tejido fibroso del músculo. Esta idea se consolidó cuando STOCKMAN aquel mismo año (3) describió cambios inflamatorios aislados en «tejidos fibrosos blancos» y extraídos del tejido «blando nodular» en personas con reumatismo crónico.

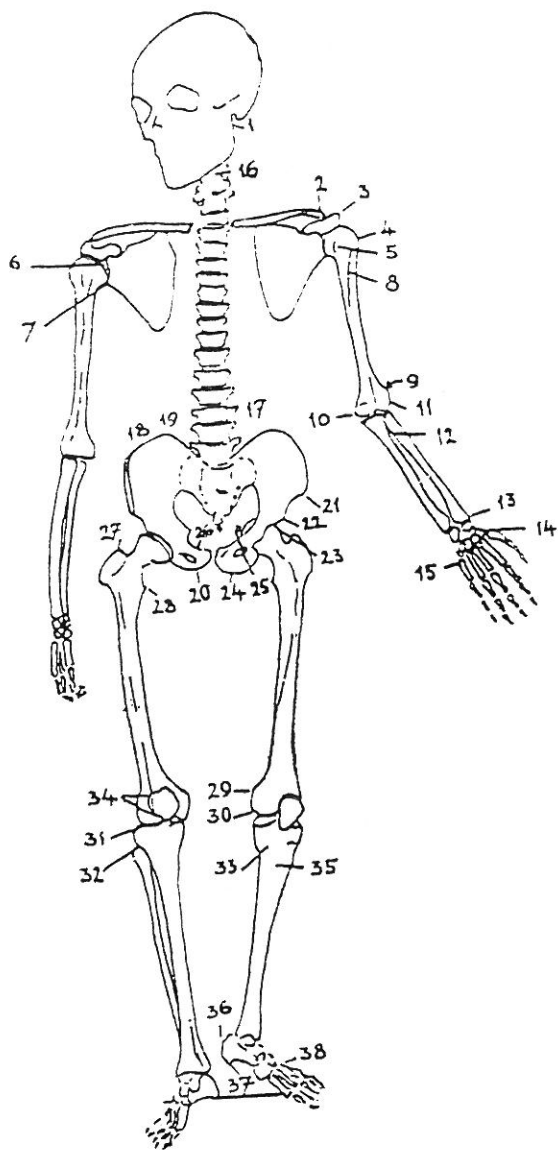
Más recientemente, REYNOLDS en 1983 (4) hizo sinónimo el término «fibrositis» para todos los trastornos dolorosos mal definidos de origen reumático, en los que clínicos avezados identificaban anomalías dolorosas en músculos y otros tejidos blandos vecinos. Con ello el diagnóstico específico de «fibrositis» cayó en desuso, cuando se advirtió con frecuencia cada vez mayor que el hallazgo de «nódulos» en tejidos blandos, dependía más del deseo de determinados clínicos de hallarlos que de su propia existencia.

No obstante, desde tiempos anteriores a REYNOLDS, casi veinte años antes, numerosos reumatólogos veníamos llamando la atención sobre esas zonas reactivas al dolor, aunque no presentaran nódulos, congruentes en determinados sujetos y en exploraciones repetidas de lo que definió como «punto gatillo» o «punto doloroso» o «trigger point», enthesomía o fibromiálgico, que referían un mecanismo reflejo, que revelará una perturbación localizada funcionalmente en zonas fijas y bien determinadas de los tejidos periosteo-articulares, causantes de dolores regionales o referidos. Entre éstos podemos citar los trabajos de JANDA y LEWIT en 1971 (5), en 1973 KRAUS (6), en 1975 JANOS (7), en 1978 BECKER (8), en 1981 YANUS (9), en 1983 BORRACHERO (10), etc.

Por desgracia, persiste el tradicional término equivoco de «fibrositis» a pesar de la falta de una semiología característica de una alteración estructural de los tejidos blandos fibrosos constituidos por las fascias, los tendones, las inserciones, los ligamentos y las cápsulas, siendo uti-

lizados de forma sinónima fibrositis, fibromialgias, neurofibrositis intestinal, miofascitis, tendinitis, enthesitis, trastornos modulares del dolor reumático (en las formas sistematizadas) e incluso síndrome del dolor crónico. Lo cierto es que no constituyen un trastorno grave con enti-

dad suficiente para explicar del todo su sintomatología, mostrando siempre de una forma bien patente una sensibilidad exquisita al tacto o a la presión en lugares predecibles y regularmente simétricos (Tabla II).



Localizaciones de las entesopatías.

1. Calcar occipitis anterior et posterior (Trapezius, lig. nuchae).
2. Enthesopathia acromii. (Trapezius, deltoideus, lig. acromioclaviculare).
3. Enthesopathia proc. coracoidei. (Caput breve bicipitis, coracobrachialis, pectoralis minor, lig. coracoacromiale).
4. Enthesopathia tuberculi maioris humeri. (Supraspinatus, infraspinatus, teres minor).
5. Enthesopathia tuberculi minoris humeri. (Subscapularis).
6. Enthesophyt capitis longi bicipitis.
7. Enthesophyt capitis longi tricipitis brachii.
8. Enthesopathia deltoidei.
9. Calcar olecrani, patella cubiti. (Triceps brachii).
10. Enthesopathia epicondylis ulnaris humeri. (Flexores antebrachii superficiales).
11. Enthesopathia epicondylis radialis humeri. (Extensor carpi radialis, extensores antebrachii superficiales).
12. Enthesopathia tuberositatis radii. (Biceps humeri).
13. Enthesopathia epiphyseos dist. radii. (Brachioradialis, flexor carpi radialis, abductor pollicis brevis, opponens pollicis, abductor digiti minimi).
14. Enthesopathia abductoris pollicis longi.
15. Enthesopathia extensoris carpi ulnaris.
16. Enthesopathiae processuum spinosorum.
17. Enthesopathiae processuum transversorum.
18. Enthesopathia cristae ilicae. (Obliquus abdominis externus et internus).
19. Calcar ligamenti iliolumbalis.
20. Calcar musculi gracilis.
21. Enthesopathia spinae ilicae anterioris. (Sartorius, tensor fasciae latae).
22. Calcar tuberculi ilici. (Rectus femoris).
23. Enthesophyt recti femoris et lig. iliofemorale.
24. Enthesopathia tuberis ischii. (Semimembranaceus, caput longum bicipitis femoris, quadratus femoris, adductor magnus).
25. Calcar spinae ischii. (Gemellus spinalis, lig. sacrospinale).
26. Enthesopathia pectinei.
27. Enthesopathia trochanteris maioris. (Gluteus medius, obturatores, piriformis, vastus lateralis).
28. Enthesopathia trochanteris minoris. (Iliopsoas).
29. Calcar gastrocnemii. (Caput tibiale gastrocnemii, adductor magnus).
30. Enthesopathia tuberculi adductorii. (Adductor magnus).
31. Enthesopathia tuberositatis tractus iliotibialis. (Fascia lata, tractus Maissiat, pars fibularis quadriceps femoris).
32. Enthesopathia capitis fibulae. (Biceps femoris, lig. collaterale fibulare).
33. Enthesopathia pedis anserini. (Sartorius, gracilis, semitendineus, fascia lata, fascia cruris).
34. Calcar patellae proximale et distale. (Quadriceps femoris).
35. Enthesopathia tuberositatis tibiae. (Lig. patellae).
36. Calcar retrocalcaneum. (Triceps surae, tendo Achillis).
37. Calcar subcalcaneum. (Abductor digiti quinti, flexor digiti quinti brevis, flexor digitorum brevis, quadratus plantae, abductor hallucis).
38. Enthesopathia tuberositatis metatarsi quinti. (Abductor digiti quinti).

De los antecedentes expuestos anteriormente, entendemos por Reumatismo No Articular, a un complejo y heterogéneo grupo de síndromes dolorosos, localizados sobre los tejidos colágenos que relacionan o rodean a las estructuras osteoarticulares, tanto en las extremidades como en el tronco. En muchas ocasiones estos síndromes pueden ser remedados por los comienzos de otros diversos procesos osteomioarticulares muy variables, bien de naturaleza inflamatoria, degenerativa o metabólica. El tejido conjuntivo participante en los procesos no articulares puede ser el fibrilar, sin descartar al adiposo. Su propio polimorfismo hace verdaderamente difícil su clasificación, bien sea sobre un basamento etiológico o fisiopatológico. Buen ejemplo de ello, se ha referido en la clasificación de enfermedades dada por la O.M.S.

Nosotros hemos preferido clasificarlos (Tabla III) en falsos o generales y regionales, y verdaderos o locales, siguiendo las consideraciones expuestas en los antecedentes de este grupo nosológico tan frecuente en la clínica diaria, y causantes de bajas laborales transitorias, con la consiguiente pérdida de horas de trabajo.

No olvidemos que, epidemiológicamente, el 55 % de los pacientes que acuden a una consulta reumatológica lo hacen por RNA si bien un tercio de ellos son signos iniciales de otros procesos degenerativos, inflamatorios o metabólicos. Esta cifra es superior en otras estadísticas; así, SAVAGE (11) en 1942, refería un 69 % y COPEMAN (12) en 1952 una cifra aún mayor (70 %).

La importancia social del presente tipo de enfermedades reumáticas se debe a su capacidad invalidante transitoria, que hace de ellas una carga socioestatal. El pasivo económico originado por estas enfermedades se compone de tres factores: gastos de tratamiento farmacológico, indemnizaciones durante el período de su invalidez temporal y, por último, las horas perdidas en el trabajo o el bajo rendimiento de estos enfermos no articulares.

Combatir estas enfermedades requiere además del tratamiento farmacológico, otros diversos

medios terapéuticos, tales los de tipo ortopédico, hidroterápico, físico, higiénico, psicológico, etc., que precisa de numerosos especialistas bien preparados y conocedores de estas formas del padecer reumático.

TABLA III

CLASIFICACION DE R.N.A.

Generales:

- A) Con VS elevada y otras evidencias de inflamación:
 - 1. Polimialgia Reumática.
 - 2. Prodromos de la P.R.
- B) Sin evidencia de inflamación:
 - 1. Hipotiroidismo.
 - 2. Fase disquinética del Parkinson.
 - 3. Pseudo-reumatismo esteroideo (Depleción de corticosteroides tras su retirada).
 - 4. Dolor asociado al uso de píldoras contraceptivas o consumo crónico de barbitúricos.
 - 5. Situaciones de hiperinmuidad.
 - 6. Asociación a enfermedades malignas (mielomatosis, tumorales).
- C) Asociada con debilidad:
 - 1. Fase prodrómica de la polimiositis o dermatomiositis.
 - 2. Neuromiopatía tumoral (algunas formas).
 - 3. Hipocaliemias.
- D) Reumatismo psicógeno.

Regionales:

- A) Diagnóstico de conveniencia con patología mítica (fibrositis, fibromiositis, neuralgia, braquialgia, lumbago, paniculitis, fascitis, etc.).
- B) Enfermedad de Bornholm.
- C) Fase prodrómica del herpes zoster.
- D) Calambres musculares.

Localizadas:

- A) Entesopatías (codo de tenis, espolón calcáneo, etc.).
- B) Bursitis y Tenosinovitis (Enf. de e Quervain, bursitis subacromial, isquiática, trocantérea, etc.).
- C) Síndromes de atrapamiento neural (Túnel carpiano, túnel tarsiano, meralgia parestésica, etc.).
- D) Otros varios (Enfermedad de Tietze, contractura de Dupuytren, tendinitis calcificante, etc.).

CRITERIO DIAGNOSTICO DE POLIMIALGIA REUMATICA

MAS DE 50 AÑOS

- Dolor en al menos dos de las siguientes localizaciones:
 - CUELLO.
 - HOMBROS.
 - ZONA PROXIMAL D8.
 - BRAZOS, CADERAS, MUSLOS.
- VSG superior a los 40 mm.
- Persistencia de síntomas de un mes o más.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE POLIMIALGIA REUMATICA

- Poliartitis Reumatoidea.
- Arteritis Temporal.
- Polimiositis.
- Tumores no aparentes.
- Infecciones no aparentes.
- L.E.S.
- Esclerosis sistematizada.
- Fibromialgia.
- Reumatismo Psicógeno.

BIBLIOGRAFIA

1. DIXON, A. S. (1979) «Soft tissue rheumatism: Concept and clasification». Clin. Rheum. Dis., 5:739-742.
2. GOWERS, W. R. (1904) «Lumbago: Its lessons and analogues». Br. Med. J., 1:117-121.
3. STOCKMAN, R. (1904) «The causes, pathology and treatment of chronic rheumatism». Edinb. Med. J., 15:107-116, and 223-235.
4. REYNOLDS, M. D. «The development of the concept of fibrositis». J. Hist. Med. Allied Sci., 38:5-35.
5. JANDA, V. y LEWIT, K. (1971) «Lecebna telesna vy-chora u nemocnyches vertebro-gennimi poruchami». Rehabilitacia, 4 (sup): 1-72.
6. KRAUS, H. (1973) «Trigger points». N. Y. State J. Med., 73:1310-1314.
7. JANOS, Z. (1975) «Psychologische Untersuchungen bei funktionellen Muskleverspannungen». Physique und Rheuma. Eular Publish. págs. 39-40. Basle.
8. BECKER, W. und KRAHL, H. (1978). «Die Tendopathien» Thieme, Stuttgart.
9. YUNUS, M., MASI, A. T., CALABRO, J. J. et al. (1981) «Primary fibromyalgia: Clinical study of 50 patients with matched normal controls». Sem. Arthrit and Rheum. 11:151-171.
10. BORRACHERO DEL CAMPO, J. (1983) «Enthesopatias» Anales de la Real Academia Nacional de Medicina. 100-4.:607-634.
11. SAVAGE, O. (1942) Brit. Med. J. 2:336-345.
12. COPEMAN, F.S.C. (1952) «Fibro-fatty tissue and its relation to certain Rheum. Diseasses». Ed. Saunders. London.

Balneario

San Juan de la Font Santa

(a 45 km. de Palma de Mallorca)

Procesos reumáticos crónicos y afecciones cutáneas

Balneoterapia con agua termal en constante renovación

Sol Mediterráneo - Excelentes playas cercanas

Dirección: Sr. Morell - Teléf. (971) 65 50 16