

# Características clínico-evolutivas de la polimialgia arterítica. Estudio de 16 casos

J.Vilaseca\*/J.Vila\*/J.Fort\*/C.Villalonga\*/M.Ballester\*  
R.Bacardí\*/J.Guardia\*

## RESUMEN

Estudiamos las características clínicas y biológicas de 16 pacientes afectos de polimialgia arterítica. Doce de ellos fueron diagnosticados por biopsia de la arteria temporal y los 4 restantes por poseer criterios clínicos, analíticos y espectacular respuesta a los corticoides. No hemos hallado diferencias en cuanto a la presentación según el sexo. La mayoría (75 %) tenían síntomas previos entre 1 y 6 meses, siendo las cefaleas el más común (62 %). Por orden de frecuencia presentaron además síndrome febril (56 %) polimialgia (50 %), cuadro tóxico (37 %), claudicación intermitente, disminución de la agudeza visual, y artritis (12 %). Entre los hallazgos de laboratorio destacamos la elevación de la VSG en todos los casos, hemoglobina inferior a 8 g/100 ml. en 8 y elevación de alfa-2-globulina en otros 8 pacientes. La palpación de las arterias temporales fue anormal en 11 casos. Destacamos la positividad de la biopsia en 2 de los 5 pacientes cuya palpación arterial era normal. Todos los enfermos fueron tratados con 6-metilprednisolona, pudiendo valorar su evolución en 11, de los cuales 3 se hallan asintomáticos tras haber recibido tratamiento 3, 4 y 6 meses respectivamente. Los 8 restantes se hallan libres de síntomas recibiendo dosis mínimas.

## Introducción

La arteritis temporal y la polimialgia reumática han sido motivo de varias publicaciones en los últimos años<sup>2,14,22</sup>, discutiéndose la relación existente entre ambas entidades. Diversos autores<sup>18,22,27,33</sup> observaron que pacientes afectos de polimialgia reumática desarrollaban más tarde clínica de arteritis temporal; posteriormente, el estudio biopsico sistemático de enfermos con mialgia típica reveló la existencia de lesiones arteríticas aun en ausencia de sintomatología directamente relacionada.

Hamrin y cols.<sup>15,16</sup>, considerando la existencia de la arteritis como proceso patológico fundamental, tanto en la arteritis temporal como en la polimialgia reumática, sugieren la denominación única de polimialgia arterítica.

En nuestro país, se han publicado casos aislados de la entidad<sup>3,6,9,11,12,23,24,26</sup>, por ello, hemos revisado la casuística de nuestro centro durante los últimos años, lo que nos ha permitido recoger 16 casos que comunicamos en este trabajo. Dos de los pacientes incluidos en nuestra serie fueron ya publicados en 1972 por Bacardí y cols.<sup>3</sup>.

## Pacientes y métodos

Durante el período comprendido entre los años 1970 y 1977, hemos estudiado un total de 16 pacientes afectos de polimialgia arterítica, once de los cuales fueron diagnosticados en 1976 y 1977. El diagnóstico se confirmó en 12 de los casos mediante biopsia de la arteria temporal y los 4 restantes fueron incluidos por poseer criterios clínicos, bio-

lógicos y espectacular respuesta a la terapéutica con corticoides.

Analizamos el inicio de los síntomas, el curso clínico de la enfermedad, los datos biológicos más sobresalientes y el efecto del tratamiento esteroideo. Así mismo, valoramos la relación existente entre el examen físico de la región temporal, el estudio oftalmológico y los hallazgos histológicos de la biopsia de una de las arterias temporales con respecto al diagnóstico de la entidad.

## Resultados

No hemos hallado diferencias en cuanto a la presentación según el sexo. De los 16 pacientes ocho eran varones y ocho mujeres. La edad media de los varones fue de 64 años (máxima 76, mínima 51) y la de las mujeres 68 (máxima 71, mínima 62).

El tiempo transcurrido desde el inicio de la sintomatología hasta el momento del diagnóstico osciló entre menos de un mes y más de dos años, observándose en doce de los casos síntomas previos entre 1 y 6 meses (tabla I).

Ninguno de los pacientes se presentó de forma monosintomática, siendo la combinación de dos o más

Tabla I. TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL INICIO DE LOS SINTOMAS

Tiempo	Casos
Menos de 1 mes	1
1-2 meses	5
2-4 meses	5
4-6 meses	2
6-8 meses	1
1-2 años	1
Más de 2 años	1

\* Departamento de Medicina Interna. Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social. Universidad Autónoma. Barcelona.

Tabla II.

	Cason.º															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Cefalea	+	+	-	+	+	-	+	+	+	-	+	+	-	+	-	-
Fiebre	+	+	-	+	-	+	+	-	-	+	+	-	-	+	-	+
Polimialgia	+	-	+	+	-	+	-	+	+	+	-	-	+	-	-	-
Pérdida de peso	+	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	+	+
Claudicación intermitente	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-
Artritis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-
Dismin. agudeza visual	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-

síntomas la expresión clínica más común, tal como se aprecia en la tabla II.

Las cefaleas se presentaron en 10 casos, de localización fronto-temporal (5 casos), parietal (3) y fronto-occipital (2). En 5 de los pacientes, las cefaleas eran pulsátiles y de predominio nocturno, exacerbándose en dos de ellos con la masticación.

El síndrome febril se objetivó en 9 casos, registrándose en 7 de ellos temperaturas entre 38-39° C, sin escalofríos y en 2 febrícula. La duración del cuadro febril osciló entre 15 días y 4 meses.

Ocho de los pacientes presentaban clínica compatible con polimialgia reumática, de localización escapulo-humeral en todos ellos.

El síndrome tóxico, caracterizado por astenia, anorexia y pérdida de peso, que osciló entre 5 y 15 kg, se apreció en 6 de los casos. Es de resaltar cómo en cuatro casos la sospecha diagnóstica inicial fue, por este motivo, de enfermedad neoplásica.

Otros síntomas observados con menor frecuencia fueron claudicación intermitente (2 casos), disminución de la agudeza visual (2) y artritis (2).

La palpación de las arterias temporales fue normal en 5 casos y patológica en 11. De éstos, en 4 no existía pulso en ambos lados y en 3 en un lado (2 derecho y 1 izquierdo). En los 4 pacientes restantes, las arterias temporales estaban engrosadas y latían, con hiperestesia al tacto en un caso.

El examen oftalmológico, practicado en todos los casos, reveló únicamente alteraciones en dos pacientes que referían disminución de la agudeza visual, y que presentaban un aspecto oftalmológico de neuritis óptica isquémica.

La velocidad de sedimentación globular (VSG) se halló notablen-

te elevada en todos los pacientes. Sólo uno de ellos tenía una VSG inferior a 100 mm<sup>3</sup>/h. Se encontraron valores de hemoglobina por debajo de 10 g % en 8 casos. La determinación de alfa-2-globulina, fue superior a 1 g en 8 de los pacientes (tabla III).

La biopsia de la arteria temporal de un lado, fue practicada en todos los enfermos, resultando positiva la

Tabla III

VSG (mm/h)	: 121,75 ± 23,47
Hb (g/100 ml)	: 10,68 ± 2,34
Alfa-2-glob. (g/100 ml)	: 0,98 ± 0,24

histología en 12 de ellos y normal en los 4 restantes. En la tabla IV, correlacionamos los hallazgos histológicos con los datos de exploración física de las arterias temporales. Destacamos la positividad de la biopsia en 2 de los 5 pacientes cuya palpación de las arterias temporales era rigurosamente normal. En los dos únicos casos que se observó afectación ocular, el examen físico de las arterias temporales fue normal.

Todos los pacientes fueron tratados con 6-metilprednisolona a dosis de 40-80 mg/día, con reducción progresiva de las mismas entre 1-2 meses, de acuerdo con la mejoría de los síntomas y disminución de la VSG (tabla V).

En 11 de los enfermos tenemos constancia de la evolución clínica. Tres de estos están asintomáticos sin medicación desde hace un año y medio, habiendo recibido tratamiento entre tres y seis meses. Los 8 restantes se hallan libres de sintomatología, recibiendo dosis esteroideas mínimas. Cinco de los enfermos de diagnóstico reciente no han superado aún los 6 meses de terapéutica. Los otros tres continúan tratamiento a los 6, 2, y 1,5 años de evolución, por haber presentado reaparición de la sintomatología al suprimir la medicación (tabla VI).

Tabla IV. RELACION ENTRE LA EXPLORACION FISICA Y LAS BIOPSIAS DE LAS ARTERIAS TEMPORALES

		Biopsia positiva
Exploración normal	5 casos	2
Exploración patológica	11 casos	
1. Engrosadas pulsátiles	3 casos	2
2. Engrosadas, dolor Pulsátiles	1 caso	1
3. Ausencia de pulso		
- Unilateral	4 casos	4
- Bilateral	3 casos	3
	Total	12

Tabla V. EFECTO DE LOS CORTICOIDES SOBRE LA VSG

	Semanas tratamiento			Total
	1.º	2.º	3.º	
Disminución a 50 % del valor inicial	2	6	3	11
Normalización de la VSG	0	1	2	3

Tabla VI. EVOLUCION Y TRATAMIENTO (11 pacientes)

	N.º de casos	Tiempo de tratamiento
Asintomáticos sin tratamiento (al 1,5 años)	3	Entre 3 y 6 meses
Asintomáticos a dosis mínimas	8	5 menos de 6 meses 1 un año y medio 1 dos años 1 seis años

## Discusión

La frecuencia de la polimialgia arterítica no se conoce con exactitud. Sandcock<sup>28</sup>, señala la existencia de 13 casos por cada 100.000 habitantes. En nuestro medio no podemos valorar este dato, pero sí resaltamos que el mejor conocimiento de la enfermedad comporta un aumento en el número de diagnósticos, como observamos en este estudio en el que la mayoría de pacientes corresponden a los dos últimos años.

No encontramos diferencias según el sexo, aunque la mayor parte de autores<sup>10, 28, 29</sup> destacan la predominancia en mujeres. Es conocida la presentación de la entidad a partir de los 35 años, dudándose del diagnóstico en edades inferiores<sup>19</sup>. Todos nuestros enfermos, excepto uno, superaban esta edad.

Desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico suele mediar un período de tiempo variable, considerado por Hamilton y cols.<sup>14</sup> como prodrómico. Este hecho, constatado en nuestro trabajo, nos parece atribuible a la pluralidad de formas clínicas de presentación señaladas en la tabla II y a la ausencia en muchos casos de signos locales de la enfermedad.

Las cefaleas de localización fronto-temporal acompañadas rara vez de signos inflamatorios a nivel de la arteria temporal, son el síntoma más frecuentemente hallado a diferencia de otras series<sup>10, 29</sup>, en que predominan las mialgias.

La fiebre es, en general, de escasa importancia, aunque en algún caso se puede hallar fiebre elevada y persistente no acompañada de escalofríos<sup>19, 32</sup>, como sucedía en siete de nuestros enfermos; esta afección debe por tanto tenerse en cuenta en el diagnóstico de los procesos febriles de etiología desconocida.

Si bien se describe que la polimialgia suele preceder en varios meses a la aparición de otros síntomas<sup>18</sup>, hemos observado el inicio simultáneo de polimialgia y cefalea en una gran mayoría de nuestros casos.

La astenia, anorexia, y pérdida de peso, ocurren en una elevada proporción de pacientes<sup>2, 19, 29</sup>, que corresponden al 37,5 % de nuestra serie y que pueden sugerir una enfermedad de naturaleza neoplásica.

La afectación de la arteria temporal no es la única localización de la enfermedad, pudiendo observarse lesiones arteríticas en diversos vasos como troncos supra-aórticos, arterias de extremidades inferiores y más rara vez en arterias coronarias, renales y pulmonares<sup>17, 30</sup>.

Sólo dos de nuestros pacientes con polimialgia arterítica tenían sintomatología visual (12,5 %), proporción menor de la esperada ya que clásicamente la afectación ocular se describía con una frecuencia del 30 al 50 %<sup>5, 8</sup>. Sin embargo, en trabajos más recientes<sup>10, 29</sup> se citan porcentajes similares e incluso inferiores a los nuestros, dependiendo probablemente de la mayor frecuencia con que esta afección es diagnosticada.

La afectación articular en forma

de artralgiás o artritis es excepcional<sup>29</sup>, su existencia aunque posible, es un dato en contra del diagnóstico de polimialgia arterítica. Esta sintomatología hizo considerar a Bagratuni<sup>4</sup>, que la enfermedad podría tratarse de una variante de la artritis reumatoide en el anciano, hecho que actualmente está plenamente descartado.

Los hallazgos clásicos a la exploración física son engrosamiento, dolor y disminución o ausencia de latido en las arterias temporales<sup>2, 19, 29</sup>. Estas alteraciones se presentaron en dos terceras partes de los pacientes. La biopsia de la arteria temporal suele ser diagnóstica de la enfermedad. En doce de los dieciséis enfermos la biopsia fue positiva, coincidiendo en diez de ellos con alteraciones en la exploración física, bien en forma de engrosamiento o ausencia de pulso uni o bilateral. Así pues, la normalidad de la palpación, no debe excluir la práctica de la biopsia en casos con clínica sugerente, tal como señalan Alestig y Barr<sup>1</sup> y se comprueba en dos de nuestros casos. La negatividad del examen histológico no invalida el diagnóstico; la típica distribución segmentaria de las lesiones obliga a la extirpación de 1 cm de arteria como mínimo y a la práctica de numerosos cortes de la misma<sup>2</sup>.

Histológicamente, las lesiones se localizan en la lámina elástica interna, que está marcadamente frag-

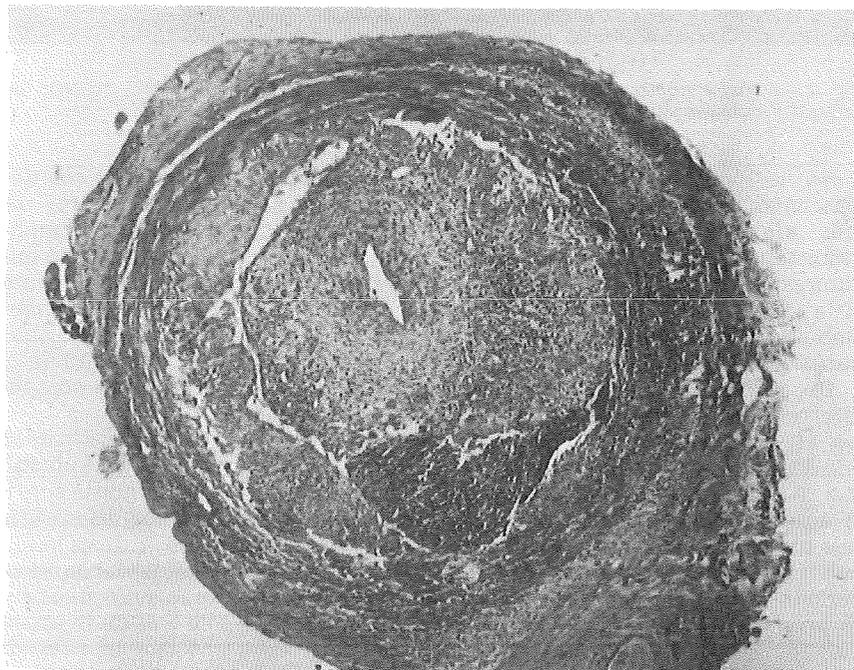


Fig. 1.—Sección de arteria temporal que muestra infiltrado inflamatorio, fragmentación de la lámina elástica y proliferación de la íntima.

mentada y distorsionada. Existe un infiltrado por histiocitos, linfocitos, células epitelioides y células gigantes que dan a la lesión su nombre tradicional de arteritis de células gigantes. La presencia de estas últimas células no es un hecho constante de este tipo de arteritis, ya que en un 20-40 % de los pacientes no se puede demostrar su existencia<sup>15, 20</sup>. La luz de los vasos puede hallarse marcadamente reducida por engrosamiento de la íntima y en alguna ocasión ocluida por trombos<sup>15, 20, 25</sup> (figs. 1 y 2).

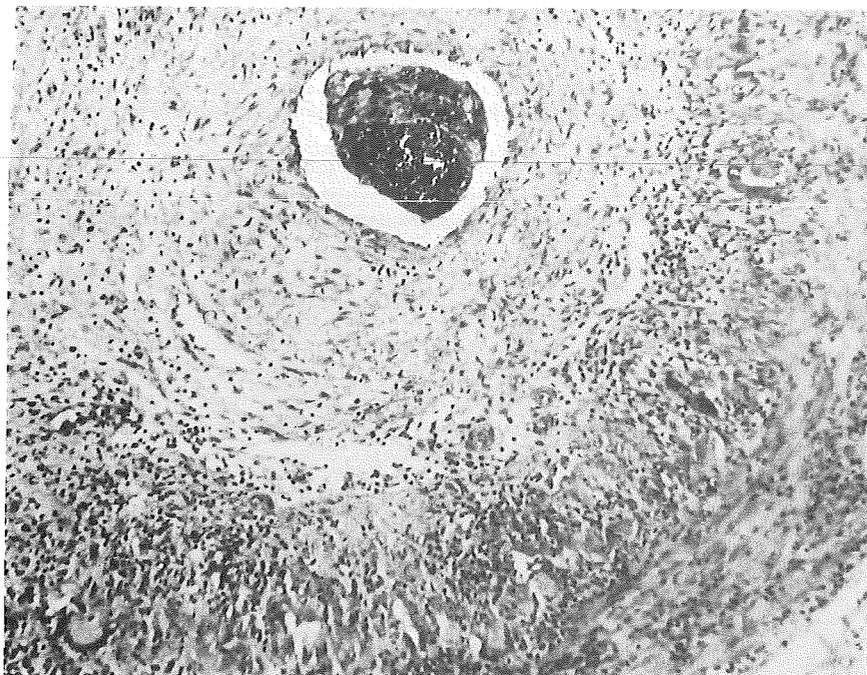


Fig. 2.—A mayor aumento se aprecian en el infiltrado las células gigantes. Oclusión de la luz del vaso por un trombo.

No hemos observado discordancias entre los datos de laboratorio más significativos de nuestra casuística y los descritos por otros autores<sup>19, 29, 32</sup>, siendo característico el aumento de la VSG, alfa-2-globulina y la anemia moderada normo o hipocroma.

La literatura de la era pre-esteroides sugería que la polimialgia arterítica se autolimitaba pasados dos años<sup>2</sup>. Sin embargo, actualmente sabemos que la duración de la enfermedad puede variar desde seis meses a seis años y raramente puede recaer o persistir durante períodos de más de catorce años<sup>13</sup>. El pronóstico, una vez realizado el diagnóstico e instaurado el oportuno tratamiento, es bueno, en caso contrario queda ensombrecido por el desarrollo de complicaciones como

la amaurosis por trombosis de la arteria central de la retina o afectación de grandes vasos.

El tratamiento de elección son los corticosteroides que proporcionan una rápida mejoría, justificando ésta su empleo a pesar del riesgo de efectos secundarios a estas edades. No hay reglas establecidas en cuanto a las dosis de inicio y de mantenimiento del tratamiento, si bien el paciente con polimialgia aislada requiere dosis inferiores (10 mg/día) que el efecto de arteritis histológicamente demostrada (40-

trario, en otros tres enfermos la supresión del tratamiento comportó la reaparición de los síntomas, por lo que continúan con dosis de 8-12 mg/día de 6-metilprednisolona, a los seis, dos y un año y medio respectivamente.

El mejor conocimiento de este proceso ha ido paulatinamente mejorando la capacidad del clínico para un adecuado diagnóstico, permitiéndole, por tanto, una terapéutica eficaz y resolutoria. Aunque por el momento la biopsia de la arteria temporal es el único procedimiento diagnóstico seguro, en casos en los que su práctica no sea posible, está justificado un intento terapéutico con corticoides después de una valoración adecuada de la historia clínica.

## Bibliografía

1. Alesting K, Barr J. *Giant-cell arteritis. A biopsy study of polymyalgia rheumatica, including one case of Takayasu's disease.* Lancet 1, 1.228, 1963.
2. Anderson LG, Bayles TB. *Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis.* Dis Mth. 1, 1, 1974.
3. Bacardí R, Rubies Prat J, Sole Obradors M, Torruella M, Benasco C, Casalots J. *Arteritis temporal y polimialgia reumática.* Med Clin. 58, 4, 1972.
4. Bagratuni L. *Anarthritic rheumatoid disease.* Lancet 2, 694, 1965.
5. Bevan AT, Dunnill MS, Harrison MJG. *Clinical and biopsy findings in temporal arteritis.* Ann Rheum Dis. 27, 271, 1968.
6. Delgado G, Martínez Lage JM, Zarranz JJ, Iragui V. *Arteritis temporal, enfermedad de Horton.* Rev. Med. Univ Navarra 13, 271, 1969.
7. Editorial. *Polymyalgia arterítica.* Brit Med J. 1, 1.046, 1977.
8. Egge K, Midtb A, Westby R. *Arteritis temporalis.* Acta Ophthalmol. 44, 49, 1966.
9. Farreras Valenti P. *Sobre la arteritis temporal craneal cefalálgica.* Rev Clin Esp (Europa Médica) 3, 144, 1965.
10. Fauchald P, Rygvold D, Oystese B. *Temporal arteritis and polymyalgia rheumatica. Clinical and biopsy findings.* Ann Intern Med. 77, 845, 1972.
11. Foz M, Miranda A, Rey C. *Infarto óseo en un caso de polimialgia reumática.* Med Clin. 41, 388, 1968.
12. Garrido M, Aguirre C, Damiano A, Maresca A. *Arteritis difusa con arteritis temporal.* Rev Clin Esp. 112, 93, 1969.
13. Gordon I. *Polymyalgia rheumatica. A clinical study of 21 cases.* Quart J Med. 29, 473, 1960.

60 mg/día)<sup>2,7</sup>. Las dosis de mantenimiento se regulan según la mejoría de los síntomas y normalización de la VSG. El tratamiento inicial debe reducirse paulatinamente a partir de los 10 días<sup>2</sup>, la enfermedad tiende a recaer si se disminuyen o suprimen bruscamente, especialmente en forma de complicaciones oculares<sup>7</sup>.

Se aconseja que la medicación debe continuarse por un período mínimo de dos años, pudiéndose suprimir periódicamente los esteroides —en casos sometidos a dosis mínimas— con el fin de detectar la resolución completa de la enfermedad<sup>2</sup>, tal como sucedió en tres de nuestros pacientes asintomáticos al cabo de un año y medio de iniciada la enfermedad, habiendo sido sólo tratados entre tres y seis meses. Por el con-

14. Hamilton CR Jr, Shelley WM, Tumulty PA. *Giant-cell arteritis: including temporal arteritis and polymyalgia rheumatica*. *Medicine (Baltimore)* 50, 1, 1971.
15. Hamrin B. *Polymyalgia arteritica*. *Acta Med Scand.* 553 (Supl. 1), 1, 1972.
16. Hamrin B, Jonsson N, Landberg T. *Arteritis in "polymyalgia rheumatica"*. *Lancet* 1, 397, 1964.
17. Harris M. *Dissecting aneurysms of the aorta due to giant-cell arteritis*. *Brit Heart J.* 30, 380, 1968.
18. Harrison MJG, Bevan AT. *Early symptoms of temporal arteritis*. *Lancet* 2, 638, 1967.
19. Healey LA, Wilske KR. *Manifestations of giant-cell arteritis*. *Med Clin North Amer.* 61, 261, 1977.
20. Horton BT, Magath TB, Brown GE. *Arteritis of the temporal vessels. A previously undescribed form*. *Arch Intern Med.* 53, 400, 1934.
21. Hunder GG, Sheps SG. *Intermittent claudication and polymyalgia rheumatica. Association with panarteritis*. *Arch Intern Med.* 119, 638, 1967.
22. Kogstad D. *Polymyalgia rheumatica and its relation to arteritis temporalis*. *Acta Med Scand.* 178, 591, 1965.
23. Merchante A, Abad JA, Rubio P, Navarro P. *Arteritis de células gigantes con síndrome polimialgico y pérdida de visión*. *Rev Clin Esp.* 107, 287, 1967.
24. Mota JR, Ferrer PS. *Arteritis giganteocelular de Horton*. *Med Clin.* 45, 334, 1965.
25. Parker F, Healey LA, Wilske KR, Odland GF. *Light and electron microscopic studies on human temporal arteries with special reference to alterations related to senescence, atherosclerosis and giant-cell arteritis*. *Amer J Path.* 79, 57, 1975.
26. Rodríguez Cuartero A, González Martínez F. *Arteritis de la temporal y polimialgia reumática*. *Rev Clin Esp.* 143, 25, 1976.
27. Rynes RF, Mika P, Bathomew LE. *Development of giant-cell (temporal) arteritis in a patient "adequately" treated for polymyalgia rheumatica*. *Ann Rheum Dis.* 36, 88, 1977.
28. Sandok BA. *Temporal arteritis*. *J Am Med Ass.* 11, 1.045, 1973.
29. Sorensen S, Lorenzen IB. *Temporal arteritis and polymyalgia rheumatica*. *Acta Med Scand.* 201, 207, 1977.
30. Tallgren LG, Von Knorring J. *Renal vascular involvement in a case of polymyalgia rheumatica with temporal arteritis*. *Acta Med Scand.* 185, 421, 1969.
31. Thompson JR, Simmons CR, Smith LL. *Polymyalgia arteritica an bilateral subclavian artery occlusive disease. A case report*. *Radiology* 101, 595, 1971.
32. Von Knorring J, Erma M, Lindstrom B. *The clinical manifestations of temporal arteritis*. *Acta Med Scand.* 179, 691, 1966.
33. Wilske KR, Healey LA. *Polymyalgia rheumatica. A manifestation of systemic giant-cells arteritis*. *Ann Intern Med.* 66, 77, 1967.

## POLYMYALGIA ARTERITICA. CLINICAL CHARACTERISTICS OF 16 PATIENTS

### Summary

Clinical and biological characteristics are studied in 16 patients with polymyalgia arteritica. 12 of them were diagnosed by biopsy of the temporal artery and the other 4 because they presented clinical, biological data and a high response to corticosteroids.

There were no differences according to sex. Most patients (75 %) had symptoms since 1-6 months, headache being the most common (75 %). Fever (56 %), polymyalgia (50 %), weight loss (37 %), intermittent claudication, loss of vision and arthritis (12 %) were the symptoms seen in these patients.

ERS was high in all cases, hemoglobin was less than 8 g/100 ml in 8 cases and an increase of alfa-2-globuline was found in 8 patients. Temporal artery palpation was abnormal in 11 patients. Two of 5 patients who presented a normal arterial palpation had a positive biopsy.

All patients received 6-metil-prednisolone. 3 are well after 3, 4 and 6 months therapy. 8 are also well but receiving small doses of steroids as treatment.

## COLECCION CIENCIAS MEDICAS LIBROS DE MEDICINA



### TECNICAS DE MICROCIROLOGIA

José M.ª Serra Renom y José Cañadell  
1979, ISBN 84-313-0582-7, 100 págs.  
550 ptas.

### ATLAS DE PATOLOGIA MACROSCOPICA

R. C. Curran y E. L. Jones  
1978, ISBN 84-313-0511-8, 148 págs.  
3.200 ptas.

### CARDIOLOGIA

Ayres & Gregory  
1977, ISBN 84-313-0501-0, 704 págs.  
3.000 ptas.



## EUNSA

EDICIONES UNIVERSIDAD DE NAVARRA, S. A.

Plaza de los Sauces, 1 y 2 - Apdo. 396 - Tel. (948) 256850\*  
BARAÑAIN - PAMPLONA (España)

### DE PROXIMA APARICION

ATLAS  
DE HISTOPATOLOGIA  
R. C. Curran

PRINCIPIOS  
DE MICROBIOLOGIA  
Alice Lorraine Smith

# EUNSA

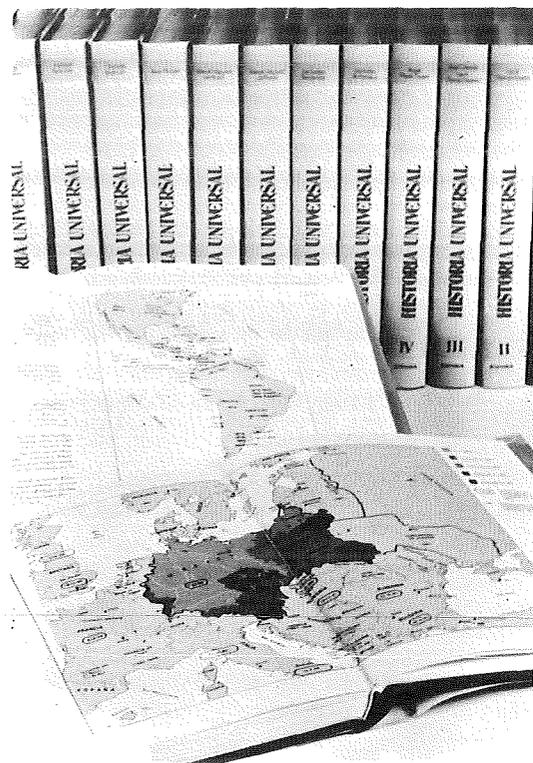
# HISTORIA UNIVERSAL

## CARACTERISTICAS

CADA VOLUMEN: 500 páginas (aproximadamente) Formato: 242 x 195 mm.  
Ilustraciones: láminas, croquis, mapas. Encuadernación: guaflex

Fechas de publicación:

- Aparición del Tomo I: marzo de 1979
- Aparición del último Tomo: diciembre de 1981
- Volúmenes publicados: Tomo I, 2.000 ptas.
- Volúmenes de próxima aparición (año 1979): Tomo II y Tomo VI



**Tomo I**  
**LAS PRIMERAS CIVILIZACIONES**  
Hasta el año 500 a. J.C.  
Luis Suárez Fernández

**Tomo II**  
**LA ANTIGÜEDAD CLASICA**  
500 a. J.C. - 161 d. J.C.  
Luis A. García Moreno

**Tomo III**  
**DEL MUNDO ANTIGUO  
AL MEDIEVAL**  
S. II a s. VIII  
José Orlandis y Luis A.  
García Moreno

**Tomo IV**  
**FUNDAMENTOS DE LA  
CIVILIZACION EUROPEA**  
S. VIII - mediados s. XI  
Angel Martín Duque

**Tomo V**  
**LA CRISTIANDAD MEDIEVAL**  
Mediados s. XI - principios s. XIV  
Luis Adão da Fonseca

**Tomo VI\***  
**DE LA CRISIS DEL SIGLO XIV  
A LA REFORMA**  
S. XIV y XV  
Luis Suárez Fernández

**Tomo VI\*\***  
**DE LA CRISIS DEL SIGLO XIV  
A LA REFORMA**  
Renacimiento y Reforma  
Valentín Vázquez de Prada

**Tomo VII**  
**LA EPOCA DE LAS GUERRAS  
DE RELIGION**  
1550 - 1660  
Valentín Vázquez de Prada

**Tomo VIII**  
**DEL ABSOLUTISMO  
A LAS REVOLUCIONES**  
1660 - 1776  
René Pillorget

**Tomo IX\***  
**DE LAS REVOLUCIONES  
AL LIBERALISMO**  
La época de las Revoluciones  
1776 - 1830  
José Luis Comellas

**Tomo IX\*\***  
**DE LAS REVOLUCIONES AL  
LIBERALISMO**  
La época Romántico-Liberal  
1830 - 1870  
José Luis Comellas

**Tomo X**  
**LA CONSOLIDACION  
DEL LIBERALISMO**  
1870 - 1918  
Gonzalo Redondo

**Tomo XI**  
**DEL LIBERALISMO  
A LA DEMOCRACIA**  
1918 - 1945  
Gonzalo Redondo  
**ATLAS HISTORICO**  
A todo color

APELLIDOS	NOMBRE
ESPECIALIDAD	
CALLE	NUM.
POBLACION	DISTRITO POSTAL
PROVINCIA	PAIS

Deseo suscribirme y recibir en mi dirección los 14 volúmenes de la HISTORIA UNIVERSAL a medida que vayan apareciendo.



## EUNSA

EDICIONES UNIVERSIDAD DE NAVARRA, S.A.  
Plaza de los Sauces, 1 y 2 - Tel. (948) 25 68 50\*  
BARAÑAIN - PAMPLONA (ESPAÑA)