

ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES Y SÍNDROME DE CHARLES BONNET. EL CASO DE SANTO MARTINO DE LEÓN

GIANT CELL ARTERITIS AND CHARLES BONNET SYNDROME. THE CASE OF SAINT MARTIN OF LEON

Bonifacio Álvarez-Lario*, Jesús Macarrón-Vicente**

SUMMARY

Saint Martin of Leon was a monk who lived in the 12th century. The details of his life are known because they were described by his contemporary, Lucas de Tuy, in the Liber de Miraculis Sancti Isidori. Saint Martin of Leon was a venerable old man who suffered from severe headaches, considerable difficulties in raising or maintaining his arms raised, asthenia, and anorexia. In addition, he is represented in his codex Concordia with an unusual hyperpigmentation of the temples suggesting a therapeutic intervention on temporal arteries. These data lead us to think that this could be the first described case of giant cell arteritis with some clinical information. Moreover, he experienced a singular and curious appearance of Saint Isidore of Seville, who made him swallow a booklet, which might correspond to a complex visual hallucination or associated Charles Bonnet syndrome. Historical data on the disease are reviewed and discussed, as well as its evolution and treatment before giving steroids.

Keywords: *Giant cell arteritis, polymyalgia rheumatica, headache, Charles Bonnet syndrome, Saint Martin of Leon*

* Sección de Reumatología. Hospital Universitario de Burgos, Burgos, Spain.

** Sección de Neurología. Hospital Universitario de Burgos, Burgos, Spain.

Correspondence Address: Bonifacio Álvarez-Lario, Sección de Reumatología, Hospital Universitario de Burgos, Avd. Islas Baleares, 3, 09006 Burgos, Spain.
E-mail: balario@hubu.es.

INTRODUCCIÓN

La arteritis de células gigantes (ACG) o arteritis de la temporal es un tipo de vasculitis sistémica que afecta en la vejez a los vasos sanguíneos de mediano y gran calibre, sobre todo la aorta y sus ramas principales. Es la vasculitis sistémica más frecuente en los adultos, estimándose que el riesgo de desarrollarla a lo largo de la vida es de aproximadamente de un 1% para las mujeres y un 0,5% para los varones. En la zona noroeste de España se estima en la actualidad una incidencia anual de 10 casos nuevos por cada 100 000 habitantes de más de 50 años, incrementándose dicha incidencia hasta los 80 años, para descender luego lentamente.¹ El factor de riesgo más importante para desarrollar la ACG es la edad avanzada, siendo los datos clínicos más habituales de la enfermedad la cefalea, síntomas constitucionales, claudicación mandibular, polimialgia reumática y trastornos oftalmológicos (Tabla 1).^{2,3,4} La ACG es una enfermedad grave y a veces mortal, estando entre las causas de muerte las roturas de la aorta torácica, los accidentes isquémicos cerebrales y otras causas cardiovasculares, aunque la complicación grave más habitual es la ceguera.^{5,6,7,8,9,10}

Santo Martino, Martín de León en otros trabajos¹¹, fue un clérigo leonés que escribió y dirigió el *scriptorium* del monasterio de San Isidoro de León en

¹ Gonzalez-Gay MA, Miranda-Filloy JA, Lopez-Diaz MJ, *et al.* (2007), Giant cell arteritis in northwestern Spain: a 25-year epidemiologic study, *Medicine* (Baltimore), 86 (2), 61-8.

² Calamia KT, Hunder GG. (1980), Clinical manifestations of giant cell (temporal) arteritis, *Clin Rheum Dis*, 6, 389-403.

³ Gonzalez-Gay MA, Barros S, Lopez-Diaz MJ, Garcia-Porrúa C, Sanchez-Andrade A, Llorca J. (2005), Giant cell arteritis: disease patterns of clinical presentation in a series of 240 patients, *Medicine* (Baltimore), 84 (5), 269-76.

⁴ Carmona FD, Rodríguez-Rodríguez L, Castañeda S, *et al.* (2011), Role of the CCR5/ Δ 32CCR5 polymorphism in biopsy-proven giant cell arteritis, *Hum Immunol*, 72 (5), 458-61.

⁵ Evans JM, Hunder GG. Polimialgia reumática y arteritis de células gigantes. (2000), *Rheum Dis Clin N Am* (ed esp), 2 (3), 515-538.

⁶ Cid MC, García-Martínez A, Lozano E, Espígol-Frigolé G, Hernández-Rodríguez J. (2007), Five clinical conundrums in the management of giant cell arteritis, *Rheum Dis Clin North Am*, 33 (4), 819-34.

⁷ Salvarani C, Cantini F, Hunder GG. (2008), Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis, *Lancet*, 372 (9634), 234-45.

⁸ Soriano A, Muratore F, Pipitone N, *et al.* (2017), Visual loss and other cranial ischaemic complications in giant cell arteritis, *Nat Rev Rheumatol*, 2017, 13 (8), 476-484.

⁹ de Boysson H, Liozon E, Larivière D. (2017), Giant cell arteritis-related stroke: a retrospective multicenter case-control study, *J Rheumatol*, 44, 297-303.

¹⁰ Roberts J, Clifford A. (2017), Update on the management of giant cell arteritis, *The Adv Chronic Dis*, 8 (4-5), 69-79.

¹¹ De las Heras, Amélie (2014), Martin de León († 1203) et la culture scolaire ultra-pyrénéenne. Les *Sentences* de Pierre Lombard dans la *Concordia*, in: Memini, <http://journals.openedition.org/memini/736> (accessed: 7 February 2019).

las dos últimas décadas del siglo XII.¹² Conocemos la vida de Santo Martino porque fue escrita por su coetáneo Lucas de Tuy, hermano de hábito y comunidad en el monasterio de San Isidoro de León, y más tarde obispo de Tuy, en su *Liber de Miraculis Sancti Isidori*.¹³ Santo Martino nació en León. Hacia los 20-25 años inició una larga peregrinación que lo llevó, durante unos 30 años, por diversas ciudades de España (Oviedo y Santiago), Roma, Jerusalén, Antioquía de Siria, Constantinopla, Francia y sus escuelas catedralicias, Inglaterra, Irlanda, y el retorno a León siendo ya muy mayor.^{14,15} Su obra fundamental es *Veteris ac Noui Testamenti Concordia*, o simplemente *Concordia*, donde aborda las cuestiones teológicas de más relevancia en la época. Esta obra marca el renacimiento de los estudios bíblicos en la península ibérica desde el Beato de Liébana, después de un vacío de casi 4 siglos.¹⁶ Santo Martino merece un lugar destacado, no sólo por el hecho de haber manejado la pluma cuando en España sólo se manejaba la espada, sino también por la calidad de sus escritos, además de por la belleza intrínseca de sus códices.^{17,18} Sin embargo, el personaje y su obra cayeron pronto en el olvido, lo que se atribuye a factores de tipo político, social y religioso.¹⁹ En los últimos años algunos investigadores han retomado su estudio.^{20,21}

¹² Viñayo A, Fernández E (1985). *Abecedario-Bestiarario de los Códices de Santo Martino*, León; Editorial Isidoriana. Ediciones Leonesas.

¹³ Universidad de León (1992), Lucas de Tuy. *Milagros de San Isidoro*. Juan de Robles (trad 1525). Julio Pérez Llamazares (transcrip y notas 1947), León; Universidad de León, Cátedra de San Isidoro de la Real Colegiata de León.

¹⁴ Viñayo A, Fernández E (1985). *Abecedario-Bestiarario de los Códices de Santo Martino*, León; Editorial Isidoriana. Ediciones Leonesas.

¹⁵ Viñayo, Antonio (1984). *Santo Martino de León*. Versión romance y fotos del código latino de Lucas de Tuy, León; Editorial Isidoriana.

¹⁶ De Las Heras, Amélie (2013), *Généalogie d'une oeuvre à (in) succès*. Lectures et écritures de la *Veteris ac Novi Testamenti Concordia* dans la collégiale de Saint-Isidore de Léon (1148-1240), in: *L'Atelier du Centre de recherches historiques*, <http://acrh.revues.org/5461> (accessed: 7 February 2019).

¹⁷ Viñayo A, Fernández E (1985). *Abecedario-Bestiarario de los Códices de Santo Martino*, León; Editorial Isidoriana. Ediciones Leonesas.

¹⁸ Viñayo, Antonio (1984). *Santo Martino de León*. Versión romance y fotos del código latino de Lucas de Tuy, León; Editorial Isidoriana.

¹⁹ De Las Heras, Amélie (2013), *Généalogie d'une oeuvre à (in) succès*. Lectures et écritures de la *Veteris ac Novi Testamenti Concordia* dans la collégiale de Saint-Isidore de Léon (1148-1240), in: *L'Atelier du Centre de recherches historiques*, <http://acrh.revues.org/5461> (accessed: 7 February 2019).

²⁰ De las Heras, Amélie (2014), *Martin de León († 1203) et la culture scolaire ultra-pyrénéenne*. *Les Sentences de Pierre Lombard dans la Concordia*, in: *Memini*, <http://journals.openedition.org/memini/736> (accessed: 7 February 2019).

²¹ Suárez González A. (2011), *Los códices XI.1 y XI.2 de San Isidoro de León: ¿Manuscritos «de autor» o monumentos conmemorativos?*, *LBSC*, 4, 261-299.

Por las informaciones de Lucas de Tuy sabemos que Santo Martino cuando inició la escritura de sus obras era un anciano venerable, que padecía de fuertes dolores de cabeza, además de notables dificultades para mantener elevados los brazos, así como que fue protagonista de una singular aparición.²² Todos estos datos nos llevan a pensar que el santo leonés pudo padecer una ACG, probablemente el caso mejor descrito de esta enfermedad, antes de las descripciones modernas.

TABLA 1

Hallazgos clínicos más habituales en la arteritis de células gigantes

	Calamia KT ²³	González-Gay MA ²⁴	Carmona FD ²⁵
Cefalea	68%	86%	81,9%
Dolor en cuero cabelludo		30%	
Pérdida de peso, anorexia	50%	60%	
Claudicación mandibular	45%	40%	43,8%
Fiebre	42%	10%	
Polimialgia reumática	40%	40%	49,4%
Malestar, cansancio, debilidad	40%		
Amaurosis fugaz	16%		
Pérdida visual definitiva	14%	12%	8,7%
Disfagia	8%	6%	
Claudicación en miembros	4%	5%	4,8%

LA EDAD DE SANTO MARTINO

Como ya se ha dicho, la edad es el mayor factor de riesgo de desarrollar la ACG. La enfermedad casi nunca comienza antes de los 50 años y su

²² Universidad de León (1992), Lucas de Tuy. Milagros de San Isidoro. Juan de Robles (trad 1525). Julio Pérez Llamazares (transcrip y notas 1947), León; Universidad de León, Cátedra de San Isidoro de la Real Colegiata de León.

²³ Calamia KT, Hunder GG. (1980), Clinical manifestations of giant cell (temporal) arteritis, Clin Rheum Dis, 6, 389-403.

²⁴ Gonzalez-Gay MA, Barros S, Lopez-Diaz MJ, Garcia-Porrúa C, Sanchez-Andrade A, Llorca J. (2005), Giant cell arteritis: disease patterns of clinical presentation in a series of 240 patients, Medicine (Baltimore), 84 (5), 269-76.

²⁵ Carmona FD, Rodríguez-Rodríguez L, Castañeda S, et al. (2011), Role of the CCR5/Δ32CCR5 polymorphism in biopsy-proven giant cell arteritis, Hum Immunol, 72 (5), 458-61.

incidencia aumenta a medida que progresa la edad, teniendo su pico entre los 70-79 años, siendo el 80% de los pacientes mayores de 70 años.^{26,27}

Sabemos con exactitud que la muerte de Santo Martino ocurrió el 12 de enero de 1203, porque así aparece recogido en el Necrologio antiguo de la Real Colegiata de San Isidoro de León.^{28,29} No conocemos la fecha de nacimiento del santo, más allá de las estimaciones de A. Viñayo, que sitúa su nacimiento hacia 1120-1130³⁰ y, por tanto, Santo Martino tendría a su muerte unos 75-80 años. Entre otros datos, esta cronología se basa en que sus obras, según se indica al final del prólogo de las mismas, se iniciaron en 1185, y en que hasta en cinco ocasiones nos menciona Lucas de Tuy su avanzada edad cuando comenzó la redacción de sus obras.³¹ Tiene importancia la fecha de inicio de sus escritos porque entonces ya padecía fuertes dolores de cabeza, como se verá posteriormente. Pese a que la fecha de inicio de sus escritos aparece recogida en el prólogo como 1185,^{32,33} para Pérez Llamazares el inicio de sus obras sería 1197 porque nos dice Lucas de Tuy que su financiación corrió en buena parte a cargo de la reina doña Berenguela, segunda esposa del rey don Alfonso IX de León, y esta no llegó a León hasta diciembre de 1197.^{34,35} Por otra parte, los expertos en el tema indican que las ilustraciones de su obra *Concordia* se realizaron en un periodo de tiempo relativamente corto y que no fue hasta después de 1190 cuando se difundió por Europa el estilo de ilustración que aparece en los códices³⁶ Según A. Suárez es probable que Santo Martino comenzase su

²⁶ Gonzalez-Gay MA, Miranda-Filloo JA, Lopez-Diaz MJ, et al. (2007), Giant cell arteritis in northwestern Spain: a 25-year epidemiologic study, *Medicine* (Baltimore), 86 (2), 61-8.

²⁷ Salvarani C, Cantini F, Hunder GG. (2008), Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis, *Lancet*, 372 (9634), 234-45.

²⁸ Viñayo, Antonio (1984). Santo Martino de León. Versión romance y fotos del código latino de Lucas de Tuy, León; Editorial Isidoriana.

²⁹ Risco, Manuel (1978). Historia de la ciudad y corte de León y de sus reyes, León; Ed Nebrija SA, 62-64.

³⁰ Viñayo, Antonio (1984). Santo Martino de León. Versión romance y fotos del código latino de Lucas de Tuy, León; Editorial Isidoriana.

³¹ Viñayo A, Fernández E (1985). Abecedario-Bestiarario de los Códices de Santo Martino, León; Editorial Isidoriana. Ediciones Leonesas.

³² Viñayo, Antonio (1984). Santo Martino de León. Versión romance y fotos del código latino de Lucas de Tuy, León; Editorial Isidoriana.

³³ Risco, Manuel (1978). Historia de la ciudad y corte de León y de sus reyes, León; Ed Nebrija SA, 62-64.

³⁴ Universidad de León (1992), Lucas de Tuy. Milagros de San Isidoro. Juan de Robles (trad 1525). Julio Pérez Llamazares (transcrip y notas 1947), León; Universidad de León, Cátedra de San Isidoro de la Real Colegiata de León.

³⁵ Risco, Manuel (1978). Historia de la ciudad y corte de León y de sus reyes, León; Ed Nebrija SA, 62-64.

³⁶ Viñayo A, Fernández E (1985). Abecedario-Bestiarario de los Códices de Santo Martino, León; Editorial Isidoriana. Ediciones Leonesas.

obra en 1185, realizando un códice poco elaborado y que se ha perdido, y que en los últimos años del siglo XII y primeros del XIII se realizase una copia iluminada, que es la que se conserva en la actualidad, contando con el apoyo económico de la reina de León doña Berenguela.³⁷ Alternativamente, la obra pudo iniciarse en 1185, pero fracasar por falta de apoyos, reiniciándose ya de modo efectivo, con la ayuda de la reina, a partir de 1197. En función de estos datos, y asumiendo como correcta la posible fecha de nacimiento indicada por A. Viñayo, el santo tendría 55-65 años al inicio de su obra si se considera a 1085 como la fecha de este inicio, y entre 67 y 77 años si se considera a 1097 como la fecha del inicio de los códices ilustrados.

LOS DOLORES DE CABEZA

La cefalea es un síntoma común en la presentación de la ACG, ocurriendo en más de dos tercios de los pacientes. Salvo por la queja específica ocasional de hiperestesia al tocar o a la presión en el cuero cabelludo, las características de la cefalea no son específicas. Clásicamente el dolor de cabeza debido a ACG está localizado en las sienes, pero también puede ser frontal, occipital o generalizado. Las cefalea puede empeorar progresivamente, o ir y venir, a veces mejorando temporalmente.³⁸ Las ramas superficiales de la arteria temporal pueden hallarse engrosadas, dolorosas y/o con disminución o ausencia de pulsos.³⁹

Sabemos que Santo Martino padecía de dolor de cabeza porque nos lo dice él mismo en el prólogo de su obra^{40,41} y porque lo recuerda Lucas de Tuy en varias ocasiones.

Cap LXIV «... siendo ya tan viejo y cansado y teniendo continuamente tan grande dolor de cabeza, osase comenzar obra de tanto trabajo...»

Cap LXIII «... que teniendo el santo varón continuamente grandísimo dolor de cabeza, allende de su vejez...»⁴²

³⁷ Suárez González A. (2011), Los códices XI.1 y XI.2 de San Isidoro de León: ¿Manuscritos «de autor» o monumentos conmemorativos?, LBSC, 4, 261-299.

³⁸ Smith JH, Swanson JW. (2014), Giant cell arteritis, Headache, 54 (8), 1273-89.

³⁹ Smetana GW, Shmerling RH. (2002), Does this patient have temporal arteritis?, JAMA, 287 (1), 92-101.

⁴⁰ Viñayo A, Fernández E (1985). Abecedario-Bestiario de los Códices de Santo Martino, León; Editorial Isidoriana. Ediciones Leonesas.

⁴¹ Universidad de León (1992), Lucas de Tuy. Milagros de San Isidoro. Juan de Robles (trad 1525). Julio Pérez Llamazares (transcrip y notas 1947), León; Universidad de León, Cátedra de San Isidoro de la Real Colegiata de León.

⁴² Ibid.

POLIMIALGIA REUMÁTICA

La polimialgia reumática (PMR) se caracteriza por dolor y rigidez en la zona de los hombros, caderas y cuello.^{43,44} La rigidez puede causar problemas para vestirse o para el aseo personal, con imposibilidad para peinarse y con frecuencia notables dificultades para incorporarse de una silla, para darse la vuelta en la cama o para levantarse por la mañana.⁴⁵ La incapacidad para elevar los brazos más de 90° a causa de la rigidez es un hallazgo típico, refiriendo el 64% de los pacientes en la primera visita al médico esta incapacidad para elevar los brazos por encima de la cabeza.⁴⁶ Un cuadro de PMR se observa en el 40-60% de los pacientes con ACG (por contra, se encuentra una ACG en el 10-30% de los pacientes con PMR).^{47,48}

Además de la imposibilidad para elevar los brazos por la rigidez y el dolor, típicos de la PMR, se puede observar claudicación de los brazos entre el 3-15% de los pacientes con ACG por afectación de las arterias del arco aórtico, sobre todo subclavia y arterias axilares, que se puede acompañar de soplos arteriales, disminución de pulso y alteraciones de la presión arterial.^{49,50,51,52}

Por la descripción de Lucas de Tuy parece claro que Santo Martino tenía notables dificultades para elevar los brazos y/o para mantenerlos levantados.

⁴³ Salvarani C, Cantini F, Hunder GG. (2008), Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis, *Lancet*, 372 (9634), 234-45.

⁴⁴ González-Gay MA, Matteson EL, Castañeda S. (2017), Polymyalgia rheumatica, *Lancet*, 390 (10103), 1700-12.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ Muller S, Hider SL, Helliwell T, *et al.* (2016), Characterising those with incident polymyalgia rheumatica in primary care: results from the PMR Cohort Study, *Arthritis Res Ther*, 18, 200.

⁴⁷ Salvarani C, Cantini F, Hunder GG. (2008), Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis, *Lancet*, 372 (9634), 234-45.

⁴⁸ González-Gay MA, Matteson EL, Castañeda S. (2017), Polymyalgia rheumatica, *Lancet*, 390 (10103), 1700-12.

⁴⁹ Gonzalez-Gay MA, Barros S, Lopez-Diaz MJ, Garcia-Porrúa C, Sanchez-Andrade A, Llorca J. (2005), Giant cell arteritis: disease patterns of clinical presentation in a series of 240 patients, *Medicine (Baltimore)*, 84 (5), 269-76.

⁵⁰ Salvarani C, Cantini F, Hunder GG. (2008), Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis, *Lancet*, 372 (9634), 234-45.

⁵¹ Nueninghoff DM, Hunder GG, Christianson TJ, McClelland RL, Matteson EL. (2003), Incidence and predictors of large-artery complication (aortic aneurysm, aortic dissection, and/or large-artery stenosis) in patients with giant cell arteritis: a population-based study over 50 years, *Arthritis Rheum*, 48 (12), 3522-31.

⁵² Cid MC, Prieto-González S, Arguis P, *et al.* (2009), The spectrum of vascular involvement in giant-cell arteritis: clinical consequences of detrimental vascular remodelling at different sites *APMIS Suppl* 2009, (127), 10-20.

Cap. LXIII: «... era ya tanta su flaqueza, que no podía escribir ni sostener los brazos para ello, y por esto hizo en su escritorio atar a una viga, que estaba alta, unos cordeles con ciertos lazos, los cuales echaba por debajo de las espaldas y de los brazos, de manera que estaba como colgado para que su cuerpo flaco pudiese más ligeramente soportar aquel trabajo. Y así escribía él su obra en ciertas tablas de cuerno, las cuales así escritas de su mano daba a ciertos escribanos que tenía consigo, y ellos trasladábanlo en pergamino, y maravillábanse todos mucho de una cosa, que teniendo el santo varón continuamente grandísimo dolor de cabeza, allende de su vejez, siempre trabajaba y nunca dejaba de estudiar y escribir.»⁵³

ASTENIA Y ANOREXIA

Los síntomas constitucionales asociados a la ACG son frecuentes e incluyen fiebre, cansancio y pérdida de peso. La fiebre ocurre en aproximadamente la mitad de pacientes con ACG, y es habitualmente de bajo grado, observándose fiebre $>38^{\circ}$ solo en el 10% de casos.^{54,55} La astenia, anorexia y pérdida de peso se observa en más del 50% de pacientes, siendo habitualmente menores, aunque en algunos casos pueden llegar a ser importantes.^{56,57}

En diversos momentos de su obra nos dice Lucas de Tuy que Santo Martino estaba muy debilitado y que comía muy poco, hechos que atribuye en todo momento a su vida de austeridad y sacrificio. La presencia de fiebre solo aparece relatada al final de sus días.

Cap. LXII: «... porque él nunca comía carne ni pescado ni bebía vino, salvo alguna vez, de tarde en tarde, que para la flaqueza de su estómago, por medicina bebía un poco de vino, y aquello tan aguado que apenas se podía conocer si era agua o vino en el sabor y en el color.»

Cap. LXIII: «... era ya tanta su flaqueza...»

⁵³ Universidad de León (1992), Lucas de Tuy. Milagros de San Isidoro. Juan de Robles (trad 1525). Julio Pérez Llamazares (transcrip y notas 1947), León; Universidad de León, Cátedra de San Isidoro de la Real Colegiata de León.

⁵⁴ Gonzalez-Gay MA, Barros S, Lopez-Diaz MJ, Garcia-Porrúa C, Sanchez-Andrade A, Llorca J. (2005), Giant cell arteritis: disease patterns of clinical presentation in a series of 240 patients, *Medicine (Baltimore)*, 84 (5), 269-76.

⁵⁵ Salvarani C, Cantini F, Hunder GG. (2008), Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis, *Lancet*, 372 (9634), 234-45.

⁵⁶ Gonzalez-Gay MA, Barros S, Lopez-Diaz MJ, Garcia-Porrúa C, Sanchez-Andrade A, Llorca J. (2005), Giant cell arteritis: disease patterns of clinical presentation in a series of 240 patients, *Medicine (Baltimore)*, 84 (5), 269-76.

⁵⁷ Jones JG. (1991), Clinical features of giant cell arteritis. *Baillieres Clin Rheumatol*, 5 (3), 413-30.

Cap. LXIV: «... siendo ya tan viejo y cansado.»

Cap. LXXIV: «... el martes siguiente vino una calentura y poco a poco se le fueron enflaqueciendo las fuerzas corporales, y así cayó enfermo...»⁵⁸

ALTERACIONES VISUALES

Diversos síntomas visuales se han descrito en la ACG. El síntoma más precoz es la amaurosis fugaz o pérdida brusca y transitoria de la visión, que suele ser monocular. La pérdida de visión permanente o completa en uno o ambos ojos ocurre en el 15-20% de los pacientes y es la complicación más temida de la ACG.⁵⁹ Habitualmente es indolora y brusca, pudiendo ser parcial o completa, unilateral o bilateral. Puede ser consecuencia de una neuropatía óptica isquémica anterior, oclusión de la arteria central de la retina o infarto de coroides. Una vez establecida la pérdida visual raramente es reversible.^{60,61,62}

Otras alteraciones visuales descritas incluyen la diplopia, que ocurre en un 5%, y el síndrome de Charles Bonnet (SCB), consistente en alucinaciones visuales (AV) en un paciente psicológicamente normal.⁶³ El SCB se caracteriza por AV complejas estereotipadas y elaboradas que pueden ser repetitivas o persistentes y de aparición brusca. En un estudio reciente sobre el SCB se encontró que el contenido de las AV eran personas en el 35,5%, plantas en el 31,1% y animales en el 22,2% de los casos. Los objetos estaban en movimiento en el 80% y la duración de las AV era superior a 3 minutos en dos tercios de los casos.⁶⁴ A una AV compleja podría corresponder la visión que tuvo Santo Martino de San Isidoro, que acabó infundiéndole la sabiduría haciéndole tragar un librito.

⁵⁸ Universidad de León (1992), Lucas de Tuy. Milagros de San Isidoro. Juan de Robles (trad 1525). Julio Pérez Llamazares (transcrip y notas 1947), León; Universidad de León, Cátedra de San Isidoro de la Real Colegiata de León.

⁵⁹ Soriano A, Muratore F, Pipitone N, *et al.* (2017), Visual loss and other cranial ischaemic complications in giant cell arteritis, *Nat Rev Rheumatol*, 2017, 13 (8), 476-484.

⁶⁰ Calamia KT, Hunder GG. (1980), Clinical manifestations of giant cell (temporal) arteritis, *Clin Rheum Dis*, 6, 389-403.

⁶¹ Evans JM, Hunder GG. Polimialgia reumática y arteritis de células gigantes. (2000), *Rheum Dis Clin N Am* (ed esp), 2 (3), 515-538.

⁶² Soriano A, Muratore F, Pipitone N, *et al.* (2017), Visual loss and other cranial ischaemic complications in giant cell arteritis, *Nat Rev Rheumatol*, 2017, 13 (8), 476-484.

⁶³ Neshet G, Neshet R, Rozenman Y, Sonnenblick M. (2001), Visual hallucinations in giant cell arteritis: association with visual loss, *J Rheumatol*, 28 (9), 2046-8.

⁶⁴ Santos-Bueso E, Serrador-García M, Porta-Etessam J, *et al.* (2015), Charles Bonnet syndrome. A 45-case series, *Rev Neurol*, 60 (8), 337-40.

Cap. LII: «... y como una noche estuviera velando y orando, apareciósele el muy glorioso Doctor San Isidoro, el cuál traía un librito pequeño en las manos, y dijo al santo religioso estas palabras: ¡Oh amado mío, toma este libro y cómelo, y date ha el Señor la ciencia de las Sagradas Escrituras... y como San Isidoro le vió, que estaba dudando de comer el libro, llegóse a él, y tomóle de la barbilla e hizole por fuerza tragar el libro... Y de aquel día en adelante floreció en el entendimiento de las Santas Escrituras tanto y de tal manera, que platicando y disputando con cualquier maestro en la sagrada Teología, a todos los vencía y sobrepujaba.»⁶⁵

Además del episodio descrito, se narran otras dos visiones del santo, una de San Isidoro en el Cap. L y otra de un espíritu maligno, cuando ya estaba en el lecho de muerte, en el Cap. LXXV.⁶⁶

DISCUSIÓN

La historia de la ACG y de la PMR es relativamente reciente. Los dos síndromes, que son relativamente comunes y relacionados entre sí, fueron inicialmente descritos separadamente, apreciándose la unión entre ellos hace solo poco más de 50 años. El término “arteritis temporal” fue acuñado por Horton *et al* en 1934, mientras que el término “arteritis de células gigantes” se debe a Gilmour en 1941.⁶⁷ La primera descripción clínica de la enfermedad se atribuye a Hutchinson en 1880, mientras que Horton *et al* en 1932 describieron el primer caso comprobado con biopsia de la arteria temporal. En los años 30 del siglo pasado ya fueron frecuentes las comunicaciones de cuadros de ACG, quedando bien establecidas las alteraciones visuales de la enfermedad en la década de los 50. Otro tanto ocurre con la PMR. La primeras descripciones se atribuyen a Bruce en 1888, que describió a 5 pacientes de más de 60 años con dolores musculares y articulares incapacitantes. Sin embargo, no hubo nuevas descripciones de la entidad hasta después de la 2ª Guerra Mundial y el nombre de “polimialgia reumática” no apareció hasta la mención de Barber en 1957. En los años 60 llegó a ser evidente la relación entre la ACG y la PMR.⁶⁸

⁶⁵ Universidad de León (1992), Lucas de Tuy. Milagros de San Isidoro. Juan de Robles (trad 1525). Julio Pérez Llamazares (transcrip y notas 1947), León; Universidad de León, Cátedra de San Isidoro de la Real Colegiata de León.

⁶⁶ Ibid.

⁶⁷ Hunder GG. (2006), The early history of giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica: First descriptions to 1970, Mayo Clin Proc, 81 (8), 1071-83.

⁶⁸ Ibid.

Poco se sabe de la evolución natural de la ACG antes de 1950, cuando Shick *et al* comunicaron que la cortisona mejoraba rápidamente los síntomas de la ACG.⁶⁹ Se considera que la frecuencia de eventos isquémicos debidos a la ACG, en especial la pérdida visual, era de un 60% en la era preesteroidea, frente al 15-20% en las series recientes.^{70,71} En varias de las descripciones iniciales, sin pérdida visual, se menciona una mejoría o curación al cabo de meses o años.⁷² Antes de los corticoides sólo se mencionan tratamientos anecdóticos, incluyendo dosis altas de yoduro potásico, pequeñas dosis de arsfenamina o salvarsán, histamina intravenosa y tetraciclinas. El tratamiento era básicamente sintomático con diversos analgésicos -aspirina, fenacetina, codeína o heroína- e inyecciones locales de procaína.^{73,74} Algunos autores apuntaron que la sección de la arteria temporal con frecuencia aliviaba la cefalea, pero no otras manifestaciones.⁷⁵

Los estudios histológicos sugieren que la incidencia de ACG pudiera estar infravalorada.⁷⁶ Un estudio publicado en 1973 investigó la presencia de ACG en 1097 autopsias realizadas en la ciudad sueca de Malmö durante un año, encontrando 12 casos de ACG. Sólo dos de ellos habían sido diagnosticados de arteritis, mientras que en otros 7 casos había datos en su historial clínico que pudieran haber hecho sospechar la enfermedad (dolor de cabeza, dolor muscular o malestar general) entre 1 y 14 años antes de su muerte, y que no se habían interpretado como tales por sus médicos.⁷⁷ De especial interés son dos pacientes de la serie sueca. El caso 6, un varón que a los 74 años refería dolores en hombros, caderas y rodillas y se quejaba de intenso y prolongado dolor de cabeza, junto con anemia y elevada VSG. Se atribuyó el cuadro a una úlcera gástrica y a litiasis renal. Durante los siguientes años

⁶⁹ Shick RM, Baggenstoss AH, Fuller BF, Polley HF. (1950), Effects of cortisone and ACTH on periarteritis nodosa and cranial arteritis, *Proc Staff Meet Mayo Clin*, 25 (17), 492-4.

⁷⁰ Cid MC, García-Martínez A, Lozano E, Espígol-Frigolé G, Hernández-Rodríguez J. (2007), Five clinical conundrums in the management of giant cell arteritis, *Rheum Dis Clin North Am*, 33 (4), 819-34.

⁷¹ Hunder GG. (2006), The early history of giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica: First descriptions to 1970, *Mayo Clin Proc*, 81 (8), 1071-83.

⁷² *Ibid.*

⁷³ *Ibid.*

⁷⁴ Jennings GH. (1948), "Arteritis temporal". Some aspects of subacute arteritis in later life, *Br Med J*, 6, 443-7.

⁷⁵ Hunder GG. (2006), The early history of giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica: First descriptions to 1970, *Mayo Clin Proc*, 81 (8), 1071-83.

⁷⁶ Salvarani C, Cantini F, Hunder GG. (2008), Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis, *Lancet*, 372 (9634), 234-45.

⁷⁷ Ostberg G. (1973), An arteritis with special reference to polymyalgia arteritica, *Acta Pathol Microbiol Scand, Suppl* 237, 1.

el paciente se fue deteriorando gradualmente y murió a los 88 años, 14 años después del relato inicial de los síntomas, por cirrosis hepática y neumonía.⁷⁸ Igualmente parecido es el caso 8, una mujer que refería a los 62 años dolor de cabeza, malestar y mareos, siendo etiquetado el cuadro como neurosis. Unos años más tarde presentó dolor en brazos y piernas, rigidez y dificultad para levantar los brazos, siendo interpretado como espondilosis y mialgias. Murió por un infarto de miocardio a los 76 años, también al menos 14 años después del inicio de síntomas compatibles con ACG.⁷⁹ No es por tanto excepcional, que sin diagnosticar y sin un tratamiento efectivo, el paciente pueda presentar síntomas compatibles con la ACG, de muchos años de evolución, y que acabe muriendo por este u otro motivo.

Según el relato de Lucas de Tuy, Santo Martino pasó de ser “casi idiota” a alcanzar la sabiduría tras la aparición milagrosa de San Isidoro que le hizo tragar un libro.

*Cap. LII: «En aquel tiempo fué el devotísimo padre Don Martino, de muy venerable vida, presbítero y canónigo del dicho monasterio de San Isidoro, de quien arriba, poco antes hice mención, el cual, aunque era casi idiota, o ignorante del entendimiento interior de las Escrituras...».*⁸⁰

Evidentemente, esto no era así. Santo Martino había pasado más de 30 años de su vida viajando, formándose y estudiando. Sus conocimientos teológicos quedan de manifiesto en sus escritos, en los que copia, comenta y, en ocasiones corrige, a los teólogos más importantes de la época.^{81,82} Por otra parte, el latín usado en la obra *Concordia* es suelto y elegante, las frases cuidadas, con ciertas características musicales y rítmicas, de donde se deduce la excelente formación humanística del santo, contrastando con el latín bárbaro, chabacano y ya casi romanceado de los documentos de la época.^{83,84} Probablemente, la descripción que hace Lucas de Tuy de Santo Martino,

⁷⁸ Ibid.

⁷⁹ Ibid.

⁸⁰ Universidad de León (1992), Lucas de Tuy. Milagros de San Isidoro. Juan de Robles (trad 1525). Julio Pérez Llamazares (transcrip y notas 1947), León; Universidad de León, Cátedra de San Isidoro de la Real Colegiata de León.

⁸¹ De las Heras, Amélie (2014), Martin de León († 1203) et la culture scolaire ultra-pyrénéenne. *Les Sentences de Pierre Lombard dans la Concordia*, in: Memini, <http://journals.openedition.org/memini/736> (accessed: 7 February 2019).

⁸² Viñayo A, Fernández E (1985). *Abecedario-Bestiario de los Códices de Santo Martino*, León; Editorial Isidoriana. Ediciones Leonesas.

⁸³ Ibid.

⁸⁴ Real Colegiata Basílica de San Isidoro de León (1960), Santo Martino de León. *El hombre, el sabio, el santo*. Edición del Ilmo Cabildo Colegial. León; Imp Católica.

como casi idiota, es un recurso literario para magnificar el milagro de San Isidoro.

Las interpretaciones de este singular hecho han sido variadas. Para Lucas de Túy se trataba, sin duda, de un milagro más de San Isidoro. Los restos de San Isidoro llegaron desde Sevilla a León en el año 1063 y se colocaron en el altar del monasterio de San Juan Bautista y San Pelayo, que posteriormente pasaría a denominarse monasterio de San Isidoro.⁸⁵ Desde su traslado, los restos de San Isidoro, compartían espacio físico con los monjes, por lo que para la religiosidad medieval podría parecer casi normal la aparición ocasional del santo a los canónigos. Para otros autores, representaría la práctica frecuente entre los santos de atribuir las propias obras, a la intervención de otro santo, en señal de humildad, y en este contexto estaría el relato de la intervención de San Isidoro.⁸⁶

Otros autores opinan que es un hecho ridículo, y un santo igualmente ridículo, que reflejan la incultura y superstición de la España medieval.⁸⁷ Nosotros aportamos la interpretación de que Santo Martino pudo padecer un SCB asociado a su ACG.

El SCB es un cuadro clínico caracterizado por la aparición de AV visuales en pacientes con estado cognitivo conservado y habitualmente con gran



Figura 1. San Isidoro haciendo tragar el libro a Santo Martino. Artesonado barroco de la sala Pendón de Baeza. Monasterio de San Isidoro. León.

⁸⁵ Viñayo A, Fernández E (1985). *Abecedario-Bestiario de los Códices de Santo Martino*, León; Editorial Isidoriana. Ediciones Leonesas.

⁸⁶ Real Colegiata Basílica de San Isidoro de León (1960), *Santo Martino de León. El hombre, el sabio, el santo*. Edición del Ilmo Cabildo Colegial. León; Imp Católica.

⁸⁷ Ford R (1983). *Manual para viajeros por León y lectores en casa*. Madrid; Ediciones Turner.

deterioro de la visión.⁸⁸ Estas AV pueden ser complejas (figuras humanas, animales, plantas, edificios...) o simples (líneas, figuras geométricas, flashes...). Las principales patologías asociadas al SCB aparecen en la tabla 2. Se mencionan, además, diversos factores desencadenantes de las AV como la anemia, cansancio, estrés, baja iluminación, deslumbramiento y el aislamiento social,⁸⁹ pudiendo estar presentes en el santo leonés muchos de ellos. Desde la descripción inicial de Hart en 1967 de dos casos de ACG con AV,⁹⁰ se han descrito varios casos más, con frecuencia aunque no siempre, asociados a pérdida visual.^{91,92,93,94,95,96,97}

TABLA 2
Patologías asociadas al Síndrome de Charles Bonnet

Patología ocular	Degeneración macular asociada a la edad Catarata Glaucoma Retinopatía diabética Neuritis óptica Enucleación
Tratamientos oculares	Terapia fotodinámica Fotocoagulación retinina con láser Inyecciones de antiangiogénicos
Patología SNC	Infarto occipital Trombosis venosa cerebral Tumor intracraneal Esclerosis múltiple

⁸⁸ Santos-Bueso E, Serrador-García M, Porta-Etessam J, *et al.* (2015), Charles Bonnet syndrome. A 45-case series, *Rev Neurol*, 60 (8), 337-40.

⁸⁹ Santos-Bueso E, Serrador-García M, Porta-Etessam J, *et al.* (2015), Charles Bonnet syndrome. A 45-case series, *Rev Neurol*, 60 (8), 337-40.

⁹⁰ Hart CT. (1967), Formed visual hallucinations: a symptom of cranial arteritis, *Br Med J*, 3 (5566), 643-4.

⁹¹ Neshet G, Neshet R, Rozenman Y, Sonnenblick M. (2001), Visual hallucinations in giant cell arteritis: association with visual loss, *J Rheumatol*, 28 (9), 2046-8.

⁹² Simeón Aznar CP, Fonollosa Pla V, Cuenca Luque R, Bosch Gil JA. (1990), Alucinaciones visuales en la arteritis de Horton, *Med Clin (Barc)*, 94, (10), 398.

⁹³ Sonnenblick M, Neshet R, Rozenman Y, Neshet G. (1995), Charles Bonnet syndrome in temporal arteritis, *J Rheumatol*, 22 (8), 1596-7.

⁹⁴ Liozon E, Ly K, Loustaud V, Vidal E. (2002), Visual hallucinations and the risk of visual loss in patients with giant cell (temporal) arteritis, *J Rheumatol*, 29 (4), 855-7.

⁹⁵ Vu N, Manolios N, Spencer DG, Howe GB. (1998), Charles Bonnet syndrome in giant cell arteritis, *J Clin Rheumatol*, 4 (3), 144-6.

⁹⁶ Razavi M, Jones RD, Manzel K, Fattal D, Rizzo M. (2004), Steroid-responsive Charles Bonnet syndrome in temporal arteritis, *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 16 (4), 505-8.

⁹⁷ Bloch J, Morell-Dubois S, Koch E, *et al.* (2011), Visual hallucinations and giant cell arteritis: the Charles Bonnet syndrome. *Rev Med Interne*, 32 (12), e119-21.

Cirugía del SNC	Cirugía de macroadenoma Resección cortical occipital Cirugía de glioblastoma multiforme Cirugía de astrocitoma parietal Lobectomía
Patología sistémica	Arteritis de células gigantes Neurosarcoidosis Neuritis óptica sifilítica Crisis hipertensiva Anemia severa
Fármacos	Tramadol Brimonidina

Modificada de Santos-Bueso⁹⁸

Nesher *et al* estudiaron la presencia de AV en 31 pacientes con ACG. Seis de ellos habían tenido AV y en 4 de los 6 pacientes las alucinaciones precedieron en días a la pérdida permanente de la visión. La mayoría de los pacientes tenían AV complejas, estando despiertos y con los ojos abiertos.⁹⁹ Por su parte, Liozon *et al* encontraron AV en 14 de 203 pacientes con ACG, de los que solo 3 tenían pérdida visual permanente.¹⁰⁰ Estos datos sugieren que la presencia de AV en los pacientes con ACG es más habitual de lo que indican las publicaciones. Se piensa que los pacientes son reacios a comentarlas para que no se les etiquete como enfermos psiquiátricos.^{101,102} Así ocurrió en el caso de Santo Martino que solo refirió su visión de San Isidoro cuando se lo pidió expresamente el abad.

Cap. LXIV: «... y luego el abad, en presencia de ciertos canónigos de los más antiguos de la casa, le preguntó, y en virtud de la obediencia le mandó que le dijese cómo y en qué manera le había venido tanta gracia y sabiduría. Respondió el santo varón, verdadero hijo de obediencia, y dijo cómo el

⁹⁸ Santos-Bueso E, Serrador-García M, Porta-Etessam J, *et al.* (2015), Charles Bonnet syndrome. A 45-case series, *Rev Neurol*, 60 (8), 337-40.

⁹⁹ Nesher G, Nesher R, Rozenman Y, Sonnenblick M. (2001), Visual hallucinations in giant cell arteritis: association with visual loss, *J Rheumatol*, 28 (9), 2046-8.

¹⁰⁰ Liozon E, Ly K, Loustaud V, Vidal E. (2002), Visual hallucinations and the risk of visual loss in patients with giant cell (temporal) arteritis, *J Rheumatol*, 29 (4), 855-7.

¹⁰¹ Nesher G, Nesher R, Rozenman Y, Sonnenblick M. (2001), Visual hallucinations in giant cell arteritis: association with visual loss, *J Rheumatol*, 28 (9), 2046-8.

¹⁰² Liozon E, Ly K, Loustaud V, Vidal E. (2002), Visual hallucinations and the risk of visual loss in patients with giant cell (temporal) arteritis, *J Rheumatol*, 29 (4), 855-7.

*glorioso confesor San Isidoro le apareciera y le diera el entendimiento de las Escrituras con aquel librillo que le hiciera comer, según de suso es dicho».*¹⁰³

No se menciona que Santo Martino tuviese problemas visuales antes o después de las apariciones, por lo que no es probable que el santo tuviese algún problema visual distinto de los habituales de la vejez. Aunque habitualmente el SCB se describe en pacientes con gran deterioro visual, también se han descrito casos en pacientes con buena visión.^{104,105,106} Por otra parte, en este síndrome las alucinaciones son solo visuales, estando descrita más excepcionalmente la asociación de alucinaciones visuales y auditivas (generalmente en forma de música) que se ha denominado SCB plus.¹⁰⁷ En el relato de Lucas de Tuy, San Isidoro le habló a Santo Martino, lo que probablemente deba ser interpretado como un adorno literario más de Lucas de Tuy, para mejorar el entendimiento del suceso, o menos probablemente como una alucinación auditiva asociada.

La patogénesis del SCB es desconocida. Se piensa, según la teoría de la desafereciación, que la falta de estímulo visual originaría una reacción del córtex visual, presentándose las alucinaciones visuales por la hiperexcitabilidad de una zona específica del córtex.¹⁰⁸ Sin embargo, deben existir otros mecanismos, como parece indicarlo la presencia de las AV en ocasiones antes de la pérdida visual o el hecho de que las AV en la ACG respondan bien a los corticoides aunque no se recupere la visión.¹⁰⁹ El daño cerebral isquémico debido a la vasculitis cerebral, también podría intervenir en su origen.^{110,111} Otros posibles procesos que pueden cursar con AV complejas pudieran ser

¹⁰³ Universidad de León (1992), Lucas de Tuy. Milagros de San Isidoro. Juan de Robles (trad 1525). Julio Pérez Llamazares (transcrip y notas 1947), León; Universidad de León, Cátedra de San Isidoro de la Real Colegiata de León.

¹⁰⁴ Liozon E, Ly K, Loustaud V, Vidal E. (2002), Visual hallucinations and the risk of visual loss in patients with giant cell (temporal) arteritis, *J Rheumatol*, 29 (4), 855-7.

¹⁰⁵ Shiraishi Y, Terao T, Ibi K, Nakamura J, Tawara A. (2004), The rarity of Charles Bonnet syndrome, *J Psychiatr Res*, 38 (2), 207-13.

¹⁰⁶ Martínez-Hernández HR, López-Gómez M. (2009), Síndrome de Charles Bonnet en déficit visual izquierdo transitorio secundario a una trombosis venosa central, *Arch Neurocién (Mex)*, 14 (1), 73-77.

¹⁰⁷ Santos-Bueso E, Sáenz-Francés F, Serrador-García M, García-Sánchez J. (2014), Charles Bonnet plus syndrome, *Med Clin (Barc)*. 2014;143(3):139.

¹⁰⁸ Santos-Bueso E, Serrador-García M, Porta-Etessam J, et al. (2015), Charles Bonnet syndrome. A 45-case series, *Rev Neurol*, 60 (8), 337-40.

¹⁰⁹ Vu N, Manolios N, Spencer DG, Howe GB. (1998), Charles Bonnet syndrome in giant cell arteritis, *J Clin Rheumatol*, 4 (3), 144-6.

¹¹⁰ Neshet G, Neshet R, Rozenman Y, Sonnenblick M. (2001), Visual hallucinations in giant cell arteritis: association with visual loss, *J Rheumatol*, 28 (9), 2046-8.

¹¹¹ Vu N, Manolios N, Spencer DG, Howe GB. (1998), Charles Bonnet syndrome in giant cell arteritis, *J Clin Rheumatol*, 4 (3), 144-6.

cuadros psicóticos, demencias, enfermedad de Parkinson, epilepsia con crisis visuales, alucinaciones ictales, alucinosis peduncular y algunos fármacos y tóxicos.^{112,113,114}

La ausencia de descripciones de ACG antes de la época moderna hace preguntarse si se trata de una enfermedad moderna o ya existía en la antigüedad. Varios autores han querido reconocer algunos casos, generalmente a partir de pinturas o relatos indirectos. Appelboom y van Eigem sugirieron la presencia de la enfermedad en un bajorrelieve de la tumba egipcia de Pa-Aton-Em-Heb, datada en el 1350 a.C. En él se aprecia a un arpista ciego, con los párpados hinchados, la cara demacrada y cierto aspecto de arterias temporales prominentes.¹¹⁵ También se ha sugerido que el senador romano Gallus Cerrinius, que se quedó ciego de modo súbito e indoloro, podría padecer una ACG.¹¹⁶ Sin embargo, la neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica es mucho más frecuente que la arterítica,¹¹⁷ por lo que, sin otros datos, las posibilidades de ACG son escasas. Posteriormente, a partir del siglo XV, se encuentran varios retratos en los que se observan arterias temporales prominentes que pudieran sugerir la enfermedad. Así se aprecia en los retratos del canónigo Canon van der Pale pintado por van Eyck,¹¹⁸ el retrato de un hombre de Andrea Mantegna,¹¹⁹ el retrato de Piero de Cosimo realizado por Francesco Gamberti,¹²⁰ san Frediano pintado por Filippino Lippi,¹²¹ o el

¹¹² Sonnenblick M, Neshet R, Rozenman Y, Neshet G. (1995), Charles Bonnet syndrome in temporal arteritis, *J Rheumatol*, 22 (8), 1596-7.

¹¹³ Martínez-Hernández HR, López-Gómez M. (2009), Síndrome de Charles Bonnet en déficit visual izquierdo transitorio secundario a una trombosis venosa central, *Arch Neurocién (Mex)*, 14 (1), 73-77.

¹¹⁴ Pang L. (2016), Hallucinations experienced by visually impaired: Charles Bonnet syndrome, *Optom Vis Sci*, 93 (12), 1466-78.

¹¹⁵ Appelboom T, van Eigem A. (1990), How ancient is temporal arteritis? *J Rheumatol*, 17 (7), 929-31.

¹¹⁶ Hunder GG. (2006), The early history of giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica: First descriptions to 1970, *Mayo Clin Proc*, 81 (8), 1071-83.

¹¹⁷ Soriano A, Muratore F, Pipitone N, et al. (2017), Visual loss and other cranial ischaemic complications in giant cell arteritis, *Nat Rev Rheumatol*, 2017, 13 (8), 476-484.

¹¹⁸ Hunder GG. (2006), The early history of giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica: First descriptions to 1970, *Mayo Clin Proc*, 81 (8), 1071-83.

¹¹⁹ Galassi FM, Galassi S. (2016), A case of Horton's disease (with its potential neurological symptoms) depicted in a portrait by Andrea Mantegna, *Neurol Sci*, 37, 147-8.

¹²⁰ Santos-Bueso E, Sáenz-Francés F, García-Sánchez J. (2011), Francesco Giamberti's temporal arteritis? Eye pathology in the paintings of Piero di Cosimo, *Arch Soc Esp Oftalmol*, 86 (11), 385-6.

¹²¹ Galassi FM, Frank J, Rühli FJ. (2016), A Case of Temporal Arteritis in Filippino Lippi's (1459-1504) Saint Frediano? *Clin Rheumatol*, 35 (7), 1891-2.

retrato de un viejo pintado por Nicholas Regnier.¹²² Sin embargo, ante una arteria temporal anormal a la exploración, sin otros datos clínicos o analíticos, la sospecha de ACG es muy baja,¹²³ y probablemente pueda explicarse mejor por arteriosclerosis u otras causas.¹²⁴ La sospecha de ACG es más alta en el caso de Ambroise Paré (1509-1590), anatomista y cirujano francés que, además de tener la arteria temporal engrosada en su retrato, padecía de dolores de cabeza.¹²⁵

Santo Martino aparece representado en su obra *Concordia* y, puesto que la representación se realizó en vida del santo,¹²⁶ o poco después de su muerte,¹²⁷ es de suponer que tuviese algún parecido con la realidad. En su cabeza (Figura 2) destacan unas orejas grandes, y en soplillo, –semejantes a las que se observan en otros personajes representados–. Su ojo derecho está desviado hacia la izquierda, probablemente en actitud de mirar al texto –así aparecen también los ojos de otras representaciones–. Se nos representa con barba, calvo o bien con la tonsura de clérigo, el ceño fruncido y un mal color de piel, de aspecto grisáceo, muy distinto del color rosado de las representaciones San Isidoro (Figura 3), del profeta Daniel (Figura 4) y de otros santos y profetas en el mismo códice. El color grisáceo se hace más oscuro, hasta hacerse casi negro en la zona de las sienes. Aunque es un tema puramente especulativo, este oscurecimiento de las sienes podría representar el uso de tratamientos tópicos, la aplicación de cauterios, o la práctica de sangrías de las arterias temporales para aliviar el dolor de cabeza, que hubiesen causado hiperpigmentación de la zona. Como ya se ha comentado, la sección de la arteria temporal se ha utilizado para aliviar el dolor de cabeza de la ACG hasta bien entrado el siglo XX.¹²⁸ Ya en el siglo X Ali ibn Isa, oculista de Bagdad, describió

¹²² Hunder GG. (2006), The early history of giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica: First descriptions to 1970, *Mayo Clin Proc*, 81 (8), 1071-83.

¹²³ El-Dairi MA, Chang L, Proia AD, Cummings TJ, Stinnett SS, Bhatti MT. (2015), Diagnostic algorithm for patients with suspected giant cell arteritis, *J Neuroophthalmol*, 35 (3), 246–53.

¹²⁴ Galassi FM, Frank J. Rühli FJ. (2016), A Case of Temporal Arteritis in Filippino Lippi's (1459-1504) Saint Frediano? *Clin Rheumatol*, 35 (7), 1891-2.

¹²⁵ Kahn MF. (1988), Ambroise Paré avait probablement une artérite temporelle, *Presse Med*, 17 (39), 2054.

¹²⁶ Viñayo A, Fernández E (1985). *Abecedario-Bestiario de los Códices de Santo Martino*, León; Editorial Isidoriana. Ediciones Leonesas.

¹²⁷ Suárez González A. (2011), Los códices XI.1 y XI.2 de San Isidoro de León: ¿Manuscritos «de autor» o monumentos conmemorativos?, *LBSC*, 4, 261-299.

¹²⁸ Jennings GH. (1948), "Arteritis temporal". Some aspects of subacute arteritis in later life, *Br Med J*, 6, 443-7.

cómo cortar y extirpar la arteria temporal.¹²⁹ Por otra parte, Abulcasis, un cirujano árabe de los siglos X y XI, sugería la aplicación de hierros calientes o cauterios en la cabeza de los que sufrían cefaleas.¹³⁰ Santo Martino pudo conocer estas técnicas en sus viajes por Oriente, o bien podían conocerlas los médicos judíos de la judería de León, o los médicos árabes de la península ibérica. Aunque en los concilios de Tours y de Clermont, a mediados del siglo XII, se prohibió la práctica médica a los religiosos, los centros monásticos mantenían el saber y custodiaban los textos escritos.¹³¹ En la biblioteca del monasterio de San Isidoro en León se conserva un *Macer Floridus*, de finales del siglo XI o principios del siglo XII, donde se recogen diversos remedios para el dolor de cabeza basados en plantas,^{132,133} que pudo conocer el santo. Estos remedios se aplicaban mediante emplastos empapados con el principio activo y vinagre para mejorar su absorción.¹³⁴ La aplicación repetida de alguno de estos emplastos podría haber ocasionado el oscurecimiento de la piel.

Las descripciones que nos hace Lucas de Tuy no son médicas, sino literarias y religiosas y, como ya se ha comentado, en ocasiones probablemente distorsionó los hechos para mejorar el relato o para favorecer su entendimiento. A partir de su relato no es posible diferenciar si la dificultad para mantener los brazos elevados era por rigidez, por dolor, por claudicación o por debilidad. Otros cuadros frecuentes en los ancianos como la periartrosis escapulo-humeral pueden cursar con dolor y limitación funcional en hombros, pero suele ser unilateral, cuando el relato sugiere una afectación bilateral, y no explicaría la cefalea y el resto de los síntomas. Otra buena opción para la imposibilidad de elevar los brazos sería el “síndrome del hombre en el barril”. Este cuadro caracterizado por debilidad desproporcionada de los miembros superiores frente a las extremidades inferiores (diplejía braquial), origina una peculiar postura del paciente, con ambas manos colgando sueltas al lado del

¹²⁹ Hunder GG. (2006), The early history of giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica: First descriptions to 1970, *Mayo Clin Proc*, 81 (8), 1071-83.

¹³⁰ Al-Rodhan NR, Fox JL. (1986), *Al-Zahrawi and Arabian neurosurgery, 936-1013 AD*, *Surg Neurol*, 26 (1), 92-5.

¹³¹ Fernández González E. (2000), *Magia y medicina en el mundo medieval a través de las imágenes*, Cuadernos del CEMYR, 8, 73-128.

¹³² *Ibid.*

¹³³ Cátedra de San Isidoro (1990), *Macer Floridus*. Edición facsímil del herbario-médico medieval de la Real Colegiata de San Isidoro de León. León; Universidad de León y Cátedra de San Isidoro. León.

¹³⁴ Magiorkinis E, Diamantis A, Mitsikostas DD, Androutsos G. (2009), Headaches in antiquity and during the early scientific era, *J Neurol*, 256 (8), 1215-20.

tronco. Excepcionalmente se ha observado este síndrome asociado a ACG¹³⁵ y también a mielopatía cervical espondilótica en pacientes ancianos.¹³⁶ Sin embargo, en este cuadro se esperaría una notable dificultad para escribir y Santo Martino continuó escribiendo hasta sus últimos días. Por otra parte en el caso asociado a mielopatía espondilótica no se explicaría bien el resto de alteraciones del santo. Otro tanto podríamos decir de la camptocormia y del síndrome de la persona rígida (*stiff person syndrome*). No parecen tener explicación los problemas médicos de santo Martino por una espondiloartritis lumbar o una hernia discal como se ha sugerido en algunos escritos y en la prensa.^{137,138} Otra posibilidad sería una hiperostosis esquelética idiopática difusa, que afecta a personas mayores y se caracteriza por una entesopatía espinal y periférica.¹³⁹ Los pacientes con esta entidad tienen con mayor probabilidad dolor y rigidez en extremidades superiores que los pacientes con espondilosis, pudiendo complicarse el cuadro con disfagia y mielopatía cervical por la presencia de osteofitos exuberantes.¹⁴⁰ Sin embargo, este cuadro tampoco explica los dolores de cabeza ni el resto de la sintomatología y probablemente lo habrían descrito quienes han tenido acceso a su restos esqueléticos, al ser las alteraciones en la columna vertebral muy evidentes. Tampoco nos aporta el relato de Lucas de Tuy las características de la cefalea, salvo su intensidad, y que Santo Martino llevaba largo tiempo padeciéndola. Las migrañas con aura cursan con síntomas visuales, pero es raro que cursen con alucinaciones visuales complejas, siendo en general destellos, manchas o líneas en zig-zag, más que figuras formadas.¹⁴¹ Por otra parte, tanto

¹³⁵ Calle-Lopez Y, Fernandez-Ramirez AF, Franco-Dager E, Gomez-Lopera JG, Vanegas-Garcia AL. (2018), «Man-in-the-barrel» syndrome: atypical manifestation of giant cell arteritis, *Rev Neurol*, 66 (11), 373-6.

¹³⁶ Rodríguez-Vico JS, Berrocal-Izquierdo N, Duarte J. (2010), Mielopatía cervical espondilótica aguda como causa del síndrome del “hombre en el barril”, *Rev Neurol*, 51 (11), 701-3.

¹³⁷ Viñayo A, Fernández E (1985). *Abecedario-Bestiario de los Códices de Santo Martino*, León; Editorial Isidoriana. Ediciones Leonesas.

¹³⁸ Viñas V, Fanjul C (2015), Secretos y mentiras en la investigación del Panteón Real, in: *Diario de León* 27/03/2005, <http://www.diariodeleon.es/noticias/revista/secretos-mentiras-investigacion-panteon-real.188804.html> (accessed: 7 February 2019).

¹³⁹ Mata S, Fortin PR, Fitzcharles MA, *et al.* (1997), A controlled study of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. Clinical features and functional status, *Medicine (Baltimore)*, 76 (2), 104-17.

¹⁴⁰ *Ibid.*

¹⁴¹ Pang L. (2016), Hallucinations experienced by visually impaired: Charles Bonnet syndrome, *Optom Vis Sci*, 93 (12), 1466-78.

las migrañas como las cefaleas tensionales tienden a disminuir o desaparecer con la vejez.^{142,143}

Los síntomas de Santo Martino sugieren en nuestra opinión que el santo leonés pudiera padecer una ACG, diagnóstico que integra en un solo cuadro la cefalea, las dificultades para elevar o mantener elevados los brazos, el cansancio, la anorexia y el singular y curioso episodio de la aparición de San Isidoro que le hace tragar un libro. El-Dairi *et al*, propusieron un algoritmo para el diagnóstico de ACG en pacientes de más de 50 años valorando la presencia de 7 criterios. Santo Martino podría cumplir tres de ellos: síntomas constitucionales (cansancio, malestar, pérdida de peso, fiebre), polimialgia reumática y cefalea o dolor de cuello de inicio reciente. Con dos criterios la sospecha es moderada (se aconseja ya tratamiento con corticoides y biopsia de la arteria temporal). Con tres criterios presentes la sospecha de ACG es alta.^{144,145} No podemos saber ciertamente si Santo Martino tenía una ACG o no, lo que está claro es que si acude en la actualidad con estos datos a la consulta se le debería realizar una analítica con VSG y una biopsia de arteria temporal, o alguna de las nuevas modalidades diagnósticas.^{146,147} Para nuestro conocimiento, este pudiera ser el primer caso descrito de posible ACG con alguna información clínica.

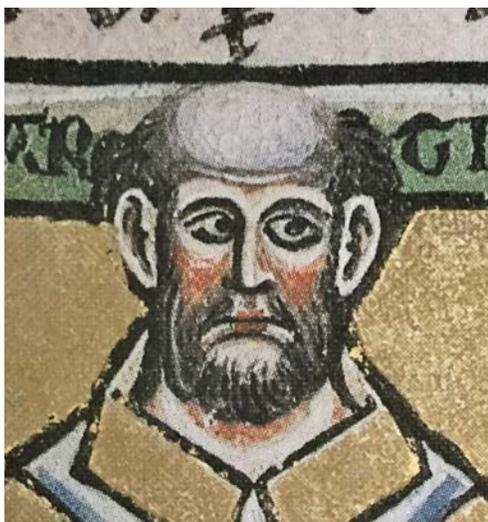


Figura 2. Representación de Santo Martino de León en su obra *Concordia*.

¹⁴² Bravo TP. (2015), Headaches of the elderly, *Curr Neurol Neurosci Rep*, 15 (6), 30.

¹⁴³ Freitag FG. (2013), Why do migraines often decrease as we age?, *Curr Pain Headache Rep*, 17 (10), 366.

¹⁴⁴ El-Dairi MA, Chang L, Proia AD, Cummings TJ, Stinnett SS, Bhatti MT. (2015), Diagnostic algorithm for patients with suspected giant cell arteritis, *J Neuroophthalmol*, 35 (3), 246–53.

¹⁴⁵ Baig IF, Pascoe AR, Kini A, Lee AG. (2019), Giant cell arteritis: early diagnosis is key, *Eye Brain*, 11, 1-12.

¹⁴⁶ Freitag FG. (2013), Why do migraines often decrease as we age?, *Curr Pain Headache Rep*, 17 (10), 366.

¹⁴⁷ Prieto-González S, Villarreal-Compagny M, Cid MC. (2019) Imaging in the management of giant cell arteritis, *Med Clin (Barc)*, pii: S0025-7753(18)30733-4, doi: 10.1016/j.medcli.2018.10.030. [Epub ahead of print]



Figura 3 y 4. A la izquierda (Figura 3), representación del profeta Daniel y, a la derecha (figura 4), fragmento de la cara de San Isidoro en Concordia. Según los expertos, ambas ilustraciones y la figura de santo Marino están realizadas por el mismo artista.¹⁴⁸ Llama la atención la diferente coloración de la piel, especialmente en la zona de las sienes.

REFERENCIAS

1. Al-Rodhan NR, Fox JL. (1986), Al-Zahrawi and Arabian neurosurgery, 936-1013 AD, *Surg Neurol*, 26 (1), 92-5.
2. Appelboom T, van Eigem A. (1990), How ancient is temporal arteritis? *J Rheumatol*, 17 (7), 929-31.
3. Baig IF, Pascoe AR, Kini A, Lee AG. (2019), Giant cell arteritis: early diagnosis is key, *Eye Brain*, 11, 1-12.
4. Bloch J, Morell-Dubois S, Koch E, *et al.* (2011), Visual hallucinations and giant cell arteritis: the Charles Bonnet syndrome. *Rev Med Interne*, 32 (12), e119-21.
5. Bravo TP. (2015), Headaches of the elderly, *Curr Neurol Neurosci Rep*, 15 (6), 30.
6. Calamia KT, Hunder GG. (1980), Clinical manifestations of giant cell (temporal) arteritis, *Clin Rheum Dis*, 6, 389-403.
7. Calle-Lopez Y, Fernandez-Ramirez AF, Franco-Dager E, Gomez-Lopera JG, Vanegas-Garcia AL. (2018), «Man-in-the-barrel» syndrome: atypical manifestation of giant cell arteritis, *Rev Neurol*, 66 (11), 373-6.
8. Carmona FD, Rodríguez-Rodríguez L, Castañeda S, *et al.* (2011), Role of the CCR5/Δ32CCR5 polymorphism in biopsy-proven giant cell arteritis, *Hum Immunol*, 72 (5), 458-61.

¹⁴⁸ Viñayo A, Fernández E (1985). *Abecedario-Bestiarario de los Códices de Santo Martino*, León; Editorial Isidoriana. Ediciones Leonesas.

9. Cátedra de San Isidoro (1990), Macer Floridus. Edición facsímil del herbario-médico medieval de la Real Colegiata de San Isidoro de León. León; Universidad de León y Cátedra de San Isidoro. León.
10. Cid MC, García-Martínez A, Lozano E, Espígol-Frigolé G, Hernández-Rodríguez J. (2007), Five clinical conundrums in the management of giant cell arteritis, *Rheum Dis Clin North Am*, 33 (4), 819-34.
11. Cid MC, Prieto-González S, Arguis P, *et al.* (2009), The spectrum of vascular involvement in giant-cell arteritis: clinical consequences of detrimental vascular remodelling at different sites, *APMIS Suppl* 2009, (127), 10-20.
12. De Boysson H, Liozon E, Lariviere D. (2017), Giant cell arteritis-related stroke: a retrospective multicenter case-control study, *J Rheumatol*, 44, 297-303.
13. De Las Heras, Amélie (2013), Généalogie d'une oeuvre à (in) succès. Lectures et écritures de la Veteris ac Novi Testamenti Concordia dans la collégiale de Saint-Isidore de León (1148-1240), in: *L'Atelier du Centre de recherches historiques*, <http://acrh.revues.org/5461> (accessed: 7 February 2019).
14. De las Heras, Amélie (2014), Martin de León († 1203) et la culture scolaire ultra-pyrénéenne. Les *Sentences* de Pierre Lombard dans la *Concordia*, in: Memini, <http://journals.openedition.org/memini/736> (accessed: 7 February 2019).
15. El-Dairi MA, Chang L, Proia AD, Cummings TJ, Stinnett SS, Bhatti MT. (2015), Diagnostic algorithm for patients with suspected giant cell arteritis, *J Neuroophthalmol*, 35 (3), 246-53.
16. Evans JM, Hunder GG. Polimialgia reumática y arteritis de células gigantes. (2000), *Rheum Dis Clin N Am* (ed esp), 2 (3), 515-538.
17. Fernández González E. (2000), Magia y medicina en el mundo medieval a través de las imágenes, *Cuadernos del CEMYR*, 8, 73-128.
18. Ford R (1983). *Manual para viajeros por León y lectores en casa*. Madrid; Ediciones Turner.
19. Freitag FG. (2013), Why do migraines often decrease as we age?, *Curr Pain Headache Rep*, 17 (10), 366.
20. Galassi FM, Frank J, Rühli FJ. (2016), A Case of Temporal Arteritis in Filippino Lippi's (1459-1504) Saint Frediano? *Clin Rheumatol*, 35 (7), 1891-2.
21. Galassi FM, Galassi S. (2016), A case of Horton's disease (with its potential neurological symptoms) depicted in a portrait by Andrea Mantegna, *Neurol Sci*, 37, 147-8.
22. Gonzalez-Gay MA, Barros S, Lopez-Diaz MJ, Garcia-Porrúa C, Sanchez-Andrade A, Llorca J. (2005), Giant cell arteritis: disease patterns of clinical presentation in a series of 240 patients, *Medicine (Baltimore)*, 84 (5), 269-76.
23. González-Gay MA, Matteson EL, Castañeda S. (2017), Polymyalgia rheumatica, *Lancet*, 390 (10103), 1700-12.

24. Gonzalez-Gay MA, Miranda-Filloo JA, Lopez-Diaz MJ, *et al.* (2007), Giant cell arteritis in northwestern Spain: a 25-year epidemiologic study, *Medicine (Baltimore)*, 86 (2), 61-8.
25. Hart CT. (1967), Formed visual hallucinations: a symptom of cranial arteritis, *Br Med J*, 3 (5566), 643-4.
26. Hunder GG. (2006), The early history of giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica: First descriptions to 1970, *Mayo Clin Proc*, 81 (8), 1071-83.
27. Jennings GH. (1948), "Arteritis temporal". Some aspects of subacute arteritis in later life, *Br Med J*, 6, 443-7.
28. Jones JG. (1991), Clinical features of giant cell arteritis. *Baillieres Clin Rheumatol*, 5 (3), 413-30.
29. Kahn MF. (1988), Ambroise Paré avait probablement une artérite temporal, *Presse Med*, 17 (39), 2054.
30. Liozon E, Ly K, Loustaud V, Vidal E. (2002), Visual hallucinations and the risk of visual loss in patients with giant cell (temporal) arteritis, *J Rheumatol*, 29 (4), 855-7.
31. Magiorkinis E, Diamantis A, Mitsikostas DD, Androutsos G. (2009), Headaches in antiquity and during the early scientific era, *J Neurol*, 256 (8), 1215-20.
32. Martínez-Hernández HR, López-Gómez M. (2009), Síndrome de Charles Bonnet en déficit visual izquierdo transitorio secundario a una trombosis venosa central, *Arch Neurocién (Mex)*, 14 (1), 73-77.
33. Mata S, Fortin PR, Fitzcharles MA, *et al.* (1997), A controlled study of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. Clinical features and functional status, *Medicine (Baltimore)*, 76 (2), 104-17.
34. Muller S, Hider SL, Helliwell T, *et al.* (2016), Characterising those with incident polymyalgia rheumatica in primary care: results from the PMR Cohort Study, *Arthritis Res Ther*, 18, 200.
35. Neshet G, Neshet R, Rozenman Y, Sonnenblick M. (2001), Visual hallucinations in giant cell arteritis: association with visual loss, *J Rheumatol*, 28 (9), 2046-8.
36. Nuenninghoff DM, Hunder GG, Christianson TJ, McClelland RL, Matteson EL. (2003), Incidence and predictors of large-artery complication (aortic aneurysm, aortic dissection, and/or large-artery stenosis) in patients with giant cell arteritis: a population-based study over 50 years, *Arthritis Rheum*, 48 (12), 3522-31.
37. Ostberg G. (1973), An arteritis with special reference to polymyalgia arteritica, *Acta Pathol Microbiol Scand, Suppl* 237, 1.
38. Pang L. (2016), Hallucinations experienced by visually impaired: Charles Bonnet syndrome, *Optom Vis Sci*, 93 (12), 1466-78.

39. Prieto-González S, Villarreal-Compagny M, Cid MC. (2019) Imaging in the management of giant cell arteritis, *Med Clin (Barc)*, pii: S0025-7753(18)30733-4, doi: 10.1016/j.medcli.2018.10.030. [Epub ahead of print]
40. Razavi M, Jones RD, Manzel K, Fattal D, Rizzo M. (2004), Steroid-responsive Charles Bonnet syndrome in temporal arteritis, *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 16 (4), 505-8.
41. Real Colegiata Basílica de San Isidoro de León (1960), Santo Martino de León. El hombre, el sabio, el santo. Edición del Ilmo Cabildo Colegial. Leon; Imp Católica.
42. Risco, Manuel (1978). Historia de la ciudad y corte de León y de sus reyes, León; Ed Nebrija SA, 62-64.
43. Roberts J, Clifford A. (2017), Update on the management of giant cell arteritis, *Ther Adv Chronic Dis*, 8 (4-5), 69-79.
44. Rodríguez-Vico JS, Berrocal-Izquierdo N, Duarte J. (2010), Mielopatía cervical espondilítica aguda como causa del síndrome del “hombre en el barril”, *Rev Neurol*, 51 (11), 701-3.
45. Salvarani C, Cantini F, Hunder GG. (2008), Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis, *Lancet*, 372 (9634), 234-45
46. Santos-Bueso E, Sáenz-Francés F, García-Sánchez J. (2011), Francesco Giamberti's temporal arteritis? Eye pathology in the paintings of Piero di Cosimo, *Arch Soc Esp Oftalmol*, 86 (11), 385-6.
47. Santos-Bueso E, Sáenz-Francés F, Serrador-García M, García-Sánchez J. (2014), Charles Bonnet plus syndrome, *Med Clin (Barc)*. 2014;143(3):139.
48. Santos-Bueso E, Serrador-García M, Porta-Etessam J, *et al.* (2015), Charles Bonnet syndrome. A 45-case series, *Rev Neurol*, 60 (8), 337-40.
49. Shick RM, Baggenstoss AH, Fuller BF, Polley HF. (1950), Effects of cortisone and ACTH on periarteritis nodosa and cranial arteritis, *Proc Staff Meet Mayo Clin*, 25 (17), 492-4.
50. Shiraishi Y, Terao T, Ibi K, Nakamura J, Tawara A. (2004), The rarity of Charles Bonnet syndrome, *J Psychiatr Res*, 38 (2), 207-13.
51. Simeón Aznar CP, Fonollosa Pla V, Cuenca Luque R, Bosch Gil JA. (1990), Alucinaciones visuales en la arteritis de Horton, *Med Clin (Barc)*, 94, (10), 398.
52. Smetana GW, Shmerling RH. (2002), Does this patient have temporal arteritis?, *JAMA*, 287 (1), 92-101.
53. Smith JH, Swanson JW. (2014), Giant cell arteritis, *Headache*, 54 (8), 1273-89.
54. Sonnenblick M, Neshet R, Rozenman Y, Neshet G. (1995), Charles Bonnet syndrome in temporal arteritis, *J Rheumatol*, 22 (8), 1596-7.

55. Soriano A, Muratore F, Pipitone N, et al. (2017), Visual loss and other cranial ischaemic complications in giant cell arteritis, *Nat Rev Rheumatol*, 2017, 13 (8), 476-484.
56. Suárez González A. (2011), Los códices XI.1 y XI.2 de San Isidoro de León: ¿Manuscritos «de autor» o monumentos conmemorativos?, *LBSC*, 4, 261-299.
57. Universidad de León (1992), Lucas de Tuy. Milagros de San Isidoro. Juan de Robles (trad 1525). Julio Pérez Llamazares (transcrip y notas 1947), León; Universidad de León, Cátedra de San Isidoro de la Real Colegiata de León.
58. Viñas V, Fanjul C (2015), Secretos y mentiras en la investigación del Panteón Real, in: *Diario de León* 27/03/2005, <http://www.diariodeleon.es/noticias/revista/secretos-mentiras-investigacion-panteon-real.188804.html> (accessed: 7 February 2019).
59. Viñayo A, Fernández E (1985). *Abecedario-Bestiario de los Códices de Santo Martino*, León; Editorial Isidoriana. Ediciones Leonesas.
60. Viñayo, Antonio (1984). *Santo Martino de León. Versión romance y fotos del código latino de Lucas de Tuy*, León; Editorial Isidoriana.
61. Vu N, Manolios N, Spencer DG, Howe GB. (1998), Charles Bonnet syndrome in giant cell arteritis, *J Clin Rheumatol*, 4 (3), 144-6.

RESUMEN

Santo Martino de León fue un clérigo leonés del siglo XII. Se conocen algunos detalles de su vida porque fueron descritos por su coetáneo Lucas de Tuy en el Liber de Miraculis Sancti Isidori. Santo Martino era un anciano venerable que padecía fuertes dolores de cabeza, notables dificultades para elevar o mantener elevados los brazos, cansancio y anorexia. Además, aparece representado en su obra Concordia con una inusual hiperpigmentación de las sienes que sugiere alguna intervención terapéutica sobre las arterias temporales. Estos datos nos llevan a pensar que podría ser el primer caso descrito de arteritis de células gigantes con alguna información clínica. Por otra parte, sufrió una singular y curiosa aparición de San Isidoro de Sevilla que le hizo tragar un librito, que pudiera corresponder a una alucinación visual compleja o síndrome de Charles Bonnet asociado. Se comentan los datos históricos de la enfermedad, así como su evolución y tratamiento antes de los corticoides.

Palabras clave: *Arteritis de células gigantes, Polimialgia reumática, Cefalea, Síndrome de Charles Bonnet, Santo Martino de León*