

OSTEOPATÍA GENERALIZADA POR METÁSTASIS DE CÁNCER DE LA PRÓSTATA

Américo FOSSATI

Haré una breve y resumida historia clínica del caso, cuyas placas presento a la consideración de la Sociedad.

D. A. (7.300), uruguayo, casado, 65 años, empleado. Antecedentes sin importancia. Es enviado al Sanatorio Español el 4 de Mayo de 1939, con una retención completa de orina y una falsa ruta. Conseguimos pasarle una sonda. Pocos o ningún síntoma: polakiuria discreta, sobre todo nocturna, y nada más; ni disuria, ni piuria, etc. Síntomas de otro orden, ninguno; si no fuera por su retención, se consideraría sano. Buen estado general, no hay dolor ni ha enflaquecido, buen apetito.

Examen urinario: uretra permeable al N° 20 (aunque la vemos sangrando, por su falsa ruta). El sondaje se hizo bien conduciendo con mandril curvo; próstata grande, dura, irregular, fija, con núcleos duros extendidos, saliendo de la logia e invadiendo la zona peri-prostática. Demás órganos bien, sin nada útil a notar.

Exámenes: Sangre:

Glóbulos rojos	4.996.000
Hemoglobina	100 %
Valor globular	1
Leucocitos	11.000
Poli. neutrófilos	69 %
Poli. eosinófilos	2 %
Linfocitos y med. monoc. . . .	23 %
Grandes mononucleados . .	6 %
Urea en la sangre, 0 gr. 62. Calcio, 113 mgrs.	

Hacemos, de acuerdo con la costumbre, una radiografía del aparato urinario y comprobamos: nada e nel sistema urinario, pero lesiones óseas que son las que presentamos; vista ésta, completamos con otras placas de distintos sectores del esqueleto. Interpretación: se ven lesiones óseas extendidas a casi todo el esqueleto, acentuadas sobre todo en la pelvis, columna, cráneo, cara, sobre todo en el maxilar inferior, epifisis femo-

rales, en el tórax toma todas las costillas, esternón, vértebras y clavículas, además las epífisis humerales, omoplatos; en cambio la diáfisis humeral y su extremidad inferior, el cuerpo del fémur y su extremidad inferior, la tibia y el peroné están sanos. Hay que hacer notar que en las partes indemnes del esqueleto, no hay signos de decalcificación, conservando estructura y apariencia normales. La forma general de todos los huesos afectados está conservada, habiendo poca o ninguna modificación del periosteó. Los huesos afectados lo están en su casi totalidad.

Puede sintetizarse como pequeñas zonas de rarefacción con una zona de intensa condensación alrededor de las areolas. La estructura normal ha desaparecido en su mayor parte y en algunas, como en la columna lumbar y sacro, completamente transformada. En una palabra: **hay zonas de rarefacción rodeadas de un tejido de condensación y distribuidas en forma difusa, miliar y generalizada.** No hay signos de ósteo-clasia.

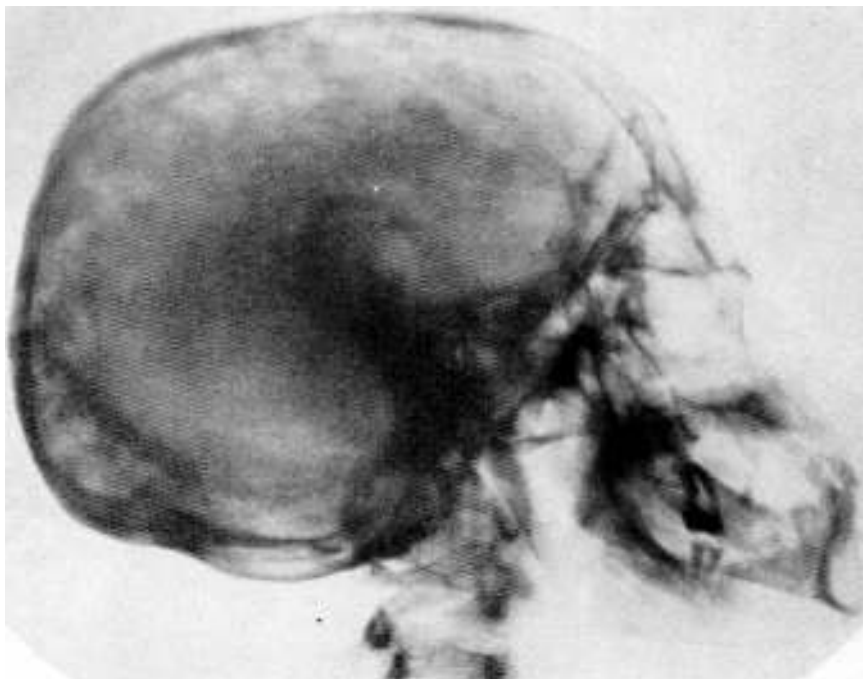
Hubiera sido interesante hacerle una tomografía de su región torácica para verificar o no la existencia de núcleos pleuro-pulmonares, lo que en la placa simple es imposible afirmar.

El enfermo tolera mal la sonda uretral y el 6 de Mayo se opera: Dr. Fossati, ayuda Pract. Da Silveira. Anestesia local; cistotomía suprapúbica habitual sin accidentes. Como único detalle, que dado el carácter definitivo de la ostomía, fijo la vejiga a la aponeurosis del recto anterior. Sonda Pezzer 32, cierre parcial. En el mismo acto operatorio se efectúa previa anestesia local, una incisión en la región pre-esternal de 1 cm. y con una cureta cortante extraemos tejido óseo para efectuar un estudio histológico. Se toca con electro-coagulación y se cierra la piel con un agrafe. Las secuelas operatorias son excelentes. El enfermo es dado de alta el 17 de Mayo, para ser atendido en su domicilio por el médico de la Sociedad a que pertenece.

BIOPSIA. — "Fragmento de esternón: se observan algunas laminillas óseas atroficas que encierran médula ósea en atrofia fibrosa y adiposa y en la que se encuentran nidos de **células ncoplásicas carcinomatosas: metastasis de origen X.** En otras partes subsiste médula ósea roja, rica en megacariocitos, algunos alterados, en degeneración gránulo-hialina". — Enrique Castro.

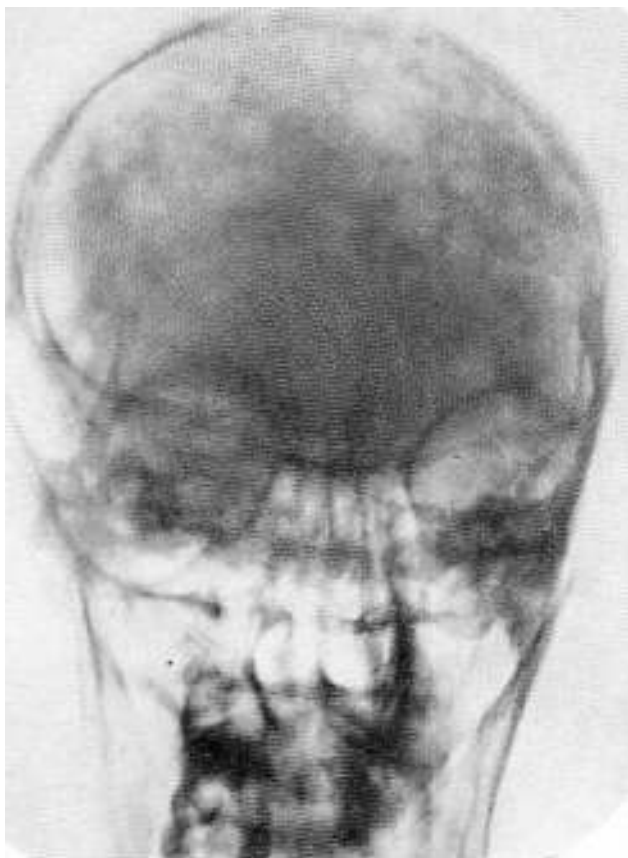
Es digno de hacer resaltar la coexistencia de lesiones óseas tan avanzadas y extendidas, con un estado general satisfactorio, no traducándose la lesión por ningún signo clínico que le pueda ser atribuido: dolores, deformaciones, fracturas, etc. y tan es así que si no fuera de que en nuestra rutina es obligatoria la radiografía en todos los enfermos con lesiones urinarias, esta complicación hubiera pasado completamente inadvertida.

Se ha dicho que los cánceres, producen por sus toxinas



por su repercusión en el metabolismo de los demás órganos, modificaciones estructurales y morfológicas en el tejido óseo y se quiere oponer esta concepción en la interpretación de imágenes radiográficas en huesos de cancerosos, en pugna con las de las metástasis. Lo uno no excluye lo otro y la anatomía patológica, cuando puede efectuarse, lo aclara terminantemente y aun más, los dos tipos de lesiones pueden coexistir y su traducción gráfica sobreponerse. Nuestro caso parece ser así, de acuerdo con el resultado biopsico: **lesiones tróficas**: “se observan algunas láminas óseas atróficas que encierran médula ósea en atrofia fibrosa y adiposa”, y más adelante: “en otras partes subsiste médula ósea rica en megacariocitos, algunos alterados en degeneración gránulo - hialina” y **lesiones neoplásicas**: “y en la que se encuentran nidos de células neoplásicas carcinomatosas, metástasis de origen X”.

Nuestro caso se aclaró con una sencillez sorprendente, sin

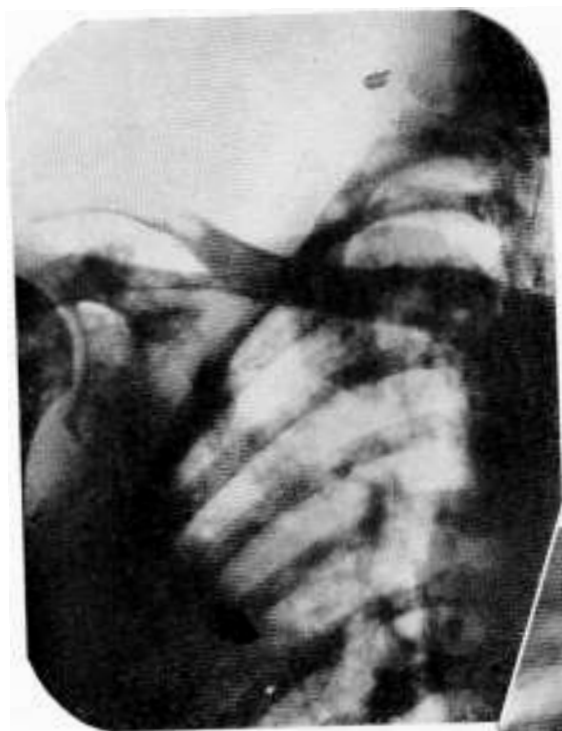


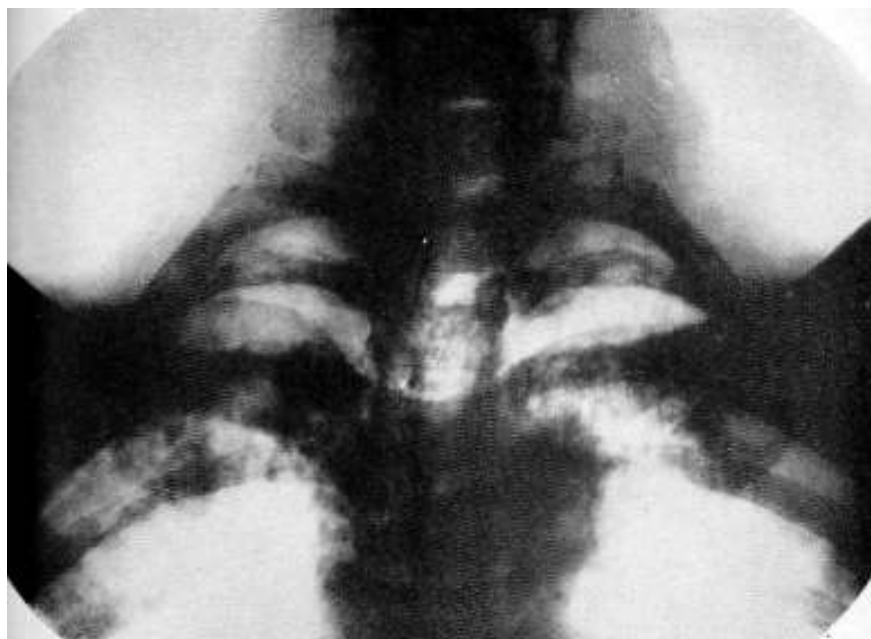
obligarnos a aguzar nuestro sentido clínico ni a analizarlo minuciosamente para rotularlo con precisión. En efecto:

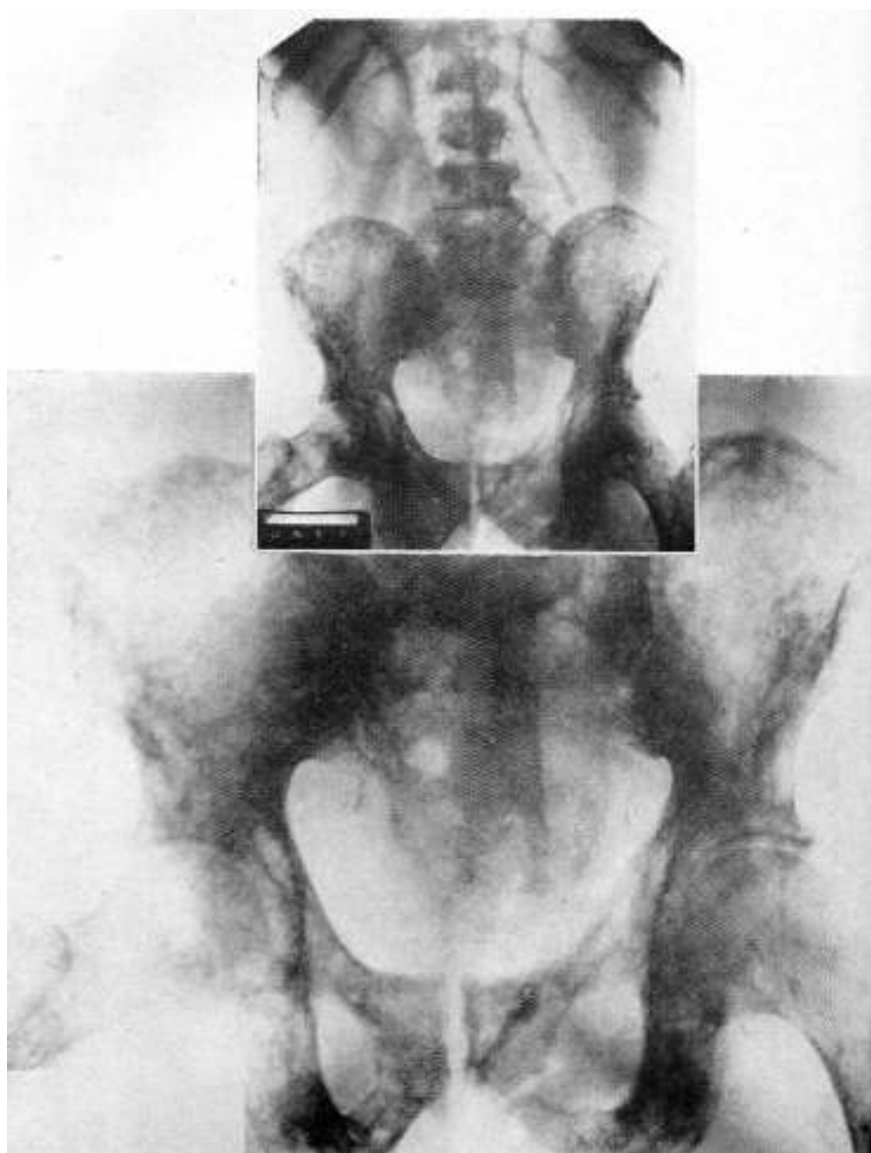
1º Su lesión “princeps” se reveló con síntoma ruidoso, una retención de orina, y su exploración física señaló una lesión franca y neta que no daba lugar a dudas.

2º La costumbre de radiografiar sistemáticamente nuestros enfermos urinarios, descubrió, a pesar de su silencio y falta de signos reveladores, la complicación ósea.

3º La decisión de biopsiar la lesión ósea por foraje de su esternón, aclaró de un modo indiscutible el carácter de su lesión y las relaciones íntimas con el proceso prostático.







4º La histología pudo ser categórica y afirmativa en el diagnóstico de la lesión.

Como se ve, todo claro y neto; pero no siempre es así y a menudo no lo es, en efecto: 1º La lesión inicial y causa de la lesión ósea puede ser silenciosa y falta de signos físicos y funcionales que pasa inadvertida y si bien nuestro caso confirma la extraordinaria tendencia del cáncer prostático a la metástasis ósea (1), por una causa que no se ha podido explicar satisfactoriamente, lo mismo que pasa con los neos de la tiroides y del ovario, en cambio no lo está con la regla, según afirma Oberndorfer, de que las lesiones más pequeñas son las que dan las metástasis más grandes. En nuestra casuística y en la literatura, no es rara esta situación y más de una vez, hemos encontrado un neo de la próstata apenas apreciable, en enfermos con lesiones metastáticas óseas con síntomas acentuados, a los que el médico de cabecera nos había remitido para que comprobáramos o no la posibilidad de una localización primitiva, más aún, con lesiones óseas, casi calcadas radiográficamente con la nuestra, se han producido discusiones de diagnóstico, con exuberancia de análisis clínicos y de laboratorio sin poderse obtener resultados definitivos y que sólo la autopsia ha podido resolver, revelando un nódulo carcinomatoso, causa inicial de todo su proceso: nódulo pequeño, escondido, difícil de despistar clínicamente (2).

Conviene quizás detenernos en este caso clínico de Van Cautere y otros, tan interesante, para mostrar lo difícil que es a la sola clínica, a pesar de los análisis de laboratorio y de la radiología, aclararlos debidamente. Este enfermo fué presentado a la Sociedad Clínica de Anvers como osteitis condensante generalizada, por Verrickken y también como pudiendo ser la Enfermedad Marmórea, esto último con reservas de diagnóstico, en mayo de 1935. Su historia era ruidosa: empujes febriles, dolores intensísimos, fracturas múltiples y su aspecto radiográfico muy parecido al que presento. Muere en agosto de 1935 con el diagnóstico

1. Se calcula que los cánceres de la próstata dan metástasis en 70 % de los casos, los de la tiroides 40 %, los del seno 30 %; los demás en cantidades mucho menores. Kaufman.

2. Caso de Van Bogaert, C. Van Cautere, H. J. Sherer. "Presse Médicale". Noviembre de 1936.

clínico de enfermedad ósea condensante o enfermedad de Paget atípica. En la autopsia: pequeño carcinoma duro esquirroso de la próstata con metástasis óseas en todas las partes del esqueleto. Comparemos este caso, en el que vuelvo a insistir, las imágenes radiográficas son muy similares a las del nuestro, con la situación en éste, en el que la retención de orina primero y luego un simple tacto rectal despistan ya la lesión.

2° En cambio si fué fácil y sencillo el diagnóstico de la lesión prostática, tengo el convencimiento de que la lesión ósea, hubiera pasado inadvertida y no podía ser de otro modo, pues no daba signo alguno de su existencia, si no hiciéramos la radiografía sistemática en nuestros enfermos urinarios. Son estos casos y otros de lesiones silenciosas que justifican ampliamente esta conducta; debido a ello pudimos completar el cuadro clínico, antes de que otros síntomas, que tendrán que venir, si la evolución de su cáncer le da tiempo: dolores, fracturas, etc., lo revelarán.

3° Nos congratulamos de haber efectuado la biopsia que completó el aclaramiento total de la lesión. Parece baladí el que se haya hecho, pues es hoy corriente y ha entrado con firmeza en la rutina; pero no se hace a menudo y se pierde el tiempo en discusiones más o menos interesantes y científicas. El caso citado es un ejemplo (2), de modo que debo insistir en la utilidad de su aplicación y debe hacerse siempre que la situación lo exija, pues es una operación sencilla y exenta de peligros, máxime cuando, como en nuestro caso, tenemos el esternón afectado: una inyección de novocaína, un puntazo de bisturí, una cureta que extrae un pedazo de hueso, una electrocoagulación del trayecto y fondo y un agrafe. Me parece más seguro la cureta que extrae material suficiente para un buen examen, que la simple punción, aun con aspiración, la que tendría sus ventajas en el abordaje intramedular y que es de gran valor indudablemente, pero sólo si es positivo el resultado.

4° Dije antes que también tuvimos la suerte de que la histología pudo ser categórica en su diagnóstico y vamos a comentar en pocas palabras el por qué de esa afirmación. Todos sabemos que el resultado de los exámenes histológicos de lesiones tumorales óseas no siempre es claro y terminante, ya en la literatura médica, ya en nuestro propio medio no son excepcionales las situaciones en las que la histología no anda de acuerdo con la

clínica ni con la evolución de la lesión, otras veces no puede precisar seguramente; otras, histólogos de reconocida competencia, no llegan a las mismas conclusiones, fuera de los casos en que no pueden asegurar la exactitud de sus resultados. Nuestro caso está en el de los que el resultado del examen histológico es franco y de acuerdo con la clínica y la radiografía, encajando perfectamente con las otras piezas del cuadro clínico.

Aquí en realidad debía de concluir la comunicación; pero no he resistido a la tentación de hacer algunos comentarios sobre la radiología y la biopsia relacionados con este tema, ampliando lo dicho anteriormente. Convendría oír a los radiólogos y anatómo-patólogos de nuestra Sociedad, que con su experiencia y conocimientos aclararán este asunto tan importante y discutido. Se ha querido poner frente a frente a la radiología y la biopsia en el diagnóstico de las lesiones tumorales óseas. Cada procedimiento tiene sus detractores y sus panegiristas. Hay que resaltar que estos comentarios no tienen nada que ver directamente con nuestro caso en que el diagnóstico era claro y neto y en que el tratamiento con posibilidades de éxito no era posible.

Los partidarios de la **biopsia** dicen que la radiología no es a menudo terminante, precisa, y que basados en ella sólo, es a veces imposible llegar a conclusiones diagnósticas exactas. Podemos, por el simple estudio de las placas radiográficas, hacer un diagnóstico firme? No lo creemos. Varias posibilidades pueden y deben ser tenidas en cuenta. Resumamos las lesiones fundamentales en la radiología de nuestro caso: lesiones destructivas y lesiones condensantes mezcladas, extendidas a un gran número de huesos, con eso descartamos todas las lesiones localizadas. En primer lugar nombremos para eliminarlo fácilmente al **mieloma**, cuya similitud estaría en que hay lesiones de rarefacción y que es a menudo generalizado. Debemos recordar con B. y Mn. March el rasgo principal del mieloma, que es de presentar destrucciones óseas puras, sin reacción constructiva. (Fuera de que en el mieloma hay signos generales: fiebre, bazo, ganglios, hiperleucocitosis, hiperalbumosuria, etc.). La **enfermedad marmórea** de Shoenberg, no la citamos sino porque ese fué uno de los diagnósticos en un caso similar al nuestro (2) se caracteriza radiográficamente "por una opacidad extrema de la mayor parte de los huesos, de la base del cráneo, sobre todo de la apófisis cli-

noides posterior, la opacidad es tal que suprime en la placa toda apariencia de estructura ósea". Como se ve un aspecto muy distinto, sólo la generalización es común.

En realidad puede decirse que sólo tres lesiones son las que, prácticamente, dan motivo a una discusión de diagnóstico y las tres tienen de común ser generalizadas y unir al lado de lesiones poróticas, otras de condensación o de esclerosis y son: la **enfermedad de Recklinghausen** o osteitis fibroquística generalizada, la de **Paget** y las **metástasis neoplásicas**. En la osteitis fibro-quística generalizada o enfermedad de **Recklinghausen**, hay una asociación de zonas claras, pseudo-quistes, con zonas de fibrosis, pero las sombras son más borrosas e irregulares con contornos mal limitados, los quistes no se exteriorizan, se localizan en la tibia, antebrazo y maxilares, el cráneo es rara vez tomado y si lo es, es en forma algodonada sin geodas verdaderas, además hay una decalcificación difusa y a distancia de las lesiones principales del esqueleto; en nuestras placas los huesos de los miembros presentan una arquitectura normal. En la **osteitis deformante generalizada** o **enfermedad ósea de Paget**, las sombras son algodonadas, las placas de decalcificación parecen más anchas sin formaciones óseo-plásticas, el hueso pagético es un hueso frágil; las sombras condensadas son más difusas, los **bordes del hueso** y sobre todo los del cráneo están **deformados** y la **participación de los huesos de las extremidades es casi constante** en los casos generalizados. Los norteamericanos Batger y Waters, citados por Coste, insisten en la integridad del cráneo, en la carcinosis y su ataque característico, en el Paget; no es siempre así y nuestro caso es una prueba evidente en contra; en cambio la conservación del estado general es mayor en el Paget que en la carcinosis, así como su evolución larga y lenta; además las zonas de condensación alternan con mayor irregularidad con las claras y las trabéculas que las separan, más entreveradas.

Las **metástasis epiteliales** son irregulares y muy variadas, al lado de las manchas claras destructivas, hay a menudo zonas condensadas que son la exteriorización de la lucha local del organismo contra la invasión cancerosa, zonas de fibrosis y de calcificación, vencida ésta las zonas destructivas progresan, llegando así a los procesos óseo-clásicos que marcan una etapa avanzada de la enfermedad. La localización de las metástasis, sobre todo

de la prostática, se hace principalmente en la pelvis y extremidad inferior de la columna. Como se ve, en las formas típicas de las lesiones, parece ser fácil distinguir unas de otras; pero no hay que olvidar que no siempre es así, que hay formas atípicas que se apartan bastante de lo expuesto y sobre todo que hay un período de la evolución de esas enfermedades, en que son fácilmente confundibles, de donde que a menudo es preciso esperar la evolución para precisar su naturaleza y recurrir a procedimientos de laboratorio, biopsia, exploración de las para - tiroides, etcétera. Aquí la contemporización no tiene la gravedad que tendría en otros tumores localizados, puesto que la solución terapéutica eficaz no depende de un diagnóstico rigurosamente exacto, dado que la radical posible y útil en éstos, no puede ser en aquéllos.

Daré algunas citas sobre el tema. Moulonguet y Lifsgitz: "la radiografía de los tumores óseos no da siempre la llave del diagnóstico, dando imágenes patognomónicas. Aquí como en otras partes, la radiografía es una ayuda de la clínica".

"Pensamos que es difícil, sino imposible, hacer diagnóstico entre distrofias óseas, tumor maligno secundario y otras lesiones del esqueleto, tales como la sífilis en todas sus formas, sin el auxilio de la biopsia". Ch. Lenormant, P. Wilmet y J. Pergole.

Los partidarios del predominio de la radiología sobre la punción dicen: los casos en que el examen histológico no está de acuerdo con la evolución clínica, no se cuentan y al lado de casos indiscutibles, hay otros en que la histología no es categórica y le es imposible asegurar la benignidad o malignidad de un tumor determinado. Hay que saber esperar, antes de tomar soluciones radicales, aunque este modo de pensar tenga sus inconvenientes y es de preguntarse, si no es menos peligroso seguir las indicaciones de la histología e instituir el tratamiento de inmediato, que de esperar la prueba del tiempo, lo que no aceptamos en otras localizaciones de tumores supuestos malignos.

Si algunos no se esfuerzan en la biopsia, dice Tabernier, es que en los tumores de hueso, no es el examen sencillo, sin peligros y seguro, como en los tumores de la piel o del cuello uterino. No es simple, debe hacerse una verdadera osteotomía, para no arriesgar a recoger tejido de reacción peri - tumoral trivial; puede traer hematomas en lesiones a veces muy vascularizadas, puede abrir

el camino a una exteriorización de yemas neoplásicas muy desagradable para el enfermo; puede además infectar secundariamente el tumor. La cuestión de si, en un sarcoma, puede provocar siembras o metástasis, ha hecho gastar mucha tinta sin resolverlo.

Coincidencia o no, en quince casos examinados por Lecene, a los cinco años, el único que vivía era también el único a quien no se le había biopsiado.

Las dificultades del examen histológico, sus indecisiones, sus errores, etc., son más frecuentes en los tumores primitivos de los huesos que en los metastáticos. En éstos la biopsia parece ser más franca, como lo ha sido en nuestro caso.

Para concluir: por el hecho de obtener soluciones negativas en algún caso, no puede ni debe llegarse a una conclusión pesimista con respecto al valor de la histología, para el diagnóstico de los tumores de hueso, pues en la gran mayoría de los casos la histología es un medio indispensable, de utilidad incontestable para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de esas lesiones.

En el fondo todos dicen lo mismo: ni la radiografía, ni la biopsia tienen valor absoluto; la una y la otra deben ser interpretadas, confrontadas, con los signos clínicos y la evolución. Por suerte, es interesante de notar que en los casos de interpretación radiológica dudosa, la histología es fácil y segura, en cambio en casos histológicos dudosos la radiología puede ser franca y terminante. Ej.: Paget con metástasis epitelial y por el otro lado: tumor a mieloplaxos atípico con osteitis fibrosa y fibro-sarcoma, de donde se deduce que el summum de beneficios debe obtenerse con el uso juicioso de ambos métodos combinados.

Pd. El enfermo el 23 de julio presentaba dolores intensísimos y hematurias con mal estado general.

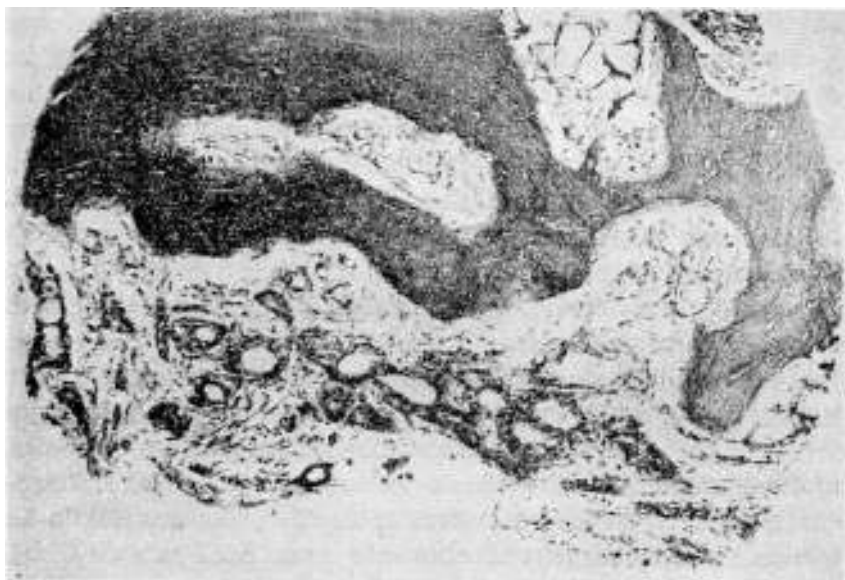
Julio de 1939.

APÉNDICE

Bller. E. Castro. — Dr. A. Fossati. Hospital Sanatorio Español. Enf. D. M. A. V. 1939. — **Punción biópsica del esternón** (foco de decalcificación por metástasis tumoral).

Fijación formol - decalcificación - inclusión en parafina.

En los preparados con el producto de la biopsia se observa hueso adulto formado por láminas óseas alteradas, con un pro-



Fotomicrografía. — Nidos de células epiteliomatosas en la médula ósea.

ceso que recuerda el de la ósteo - fibrosis, separadas por anchos espacios medulares que contienen médula ósea, de aspecto variado según las diversas zonas observadas. En algunas es médula atrófica, adiposa o en reacción fibroblástica, y sin elementos mieloblásticos. En ésta se encuentran nidos muy escasos de células neoplásicas carcinomatosas, que tienden rápidamente a disponerse en pseudo-vesículas, como lo muestra la foto - micrografía N° 22.657, que reproduce el foco tumoral más grande hallado en la biopsia.

En otras partes subsiste médula ósea roja, rica en mega-

cariocitos casi todos alterados, con picnosis nuclear y degeneración gránulo - hialina (creo esto en relación con el trastorno del metabolismo del calcio). Firmado: *Enrique Castro*.

Dr. D. Prat. — En la interesante comunicación del doctor Fossati, ha tocado los problemas fundamentales del diagnóstico y tratamiento de los tumores óseos, de manera que si quisiéramos referirnos a los diferentes temas en cuestión, nos iríamos muy lejos. Considero que en materia de diagnóstico de tumores malignos óseos, hay que referirse siempre a las tres fuentes fundamentales del diagnóstico: la clínica, la radiología y la anatomía patológica. La intensa colaboración de estas tres disciplinas médicas, será la resultante que cristalizará en el diagnóstico más posible y valedero, es cierto que hay casos en que a veces, la clínica, por sí sola, puede establecer independientemente el diagnóstico; otras veces, lo hace la radiología y frecuentemente la histología patológica, que parece ser la más segura; pero que tampoco está exenta de errores.

Los tumores epiteliales metastáticos, que es de lo que se ha ocupado el comunicante, tienen ciertas características importantes: 1º su falta de reacción osteogénica; 2º su evolución lenta y tórpidas y 3º su localización en las diáfisis de los huesos largos.

A menudo se ha exigido una biopsia para el contralor diagnóstico, ante la posibilidad de un tratamiento radical; biopsia que muchos cirujanos y nosotros entre ellos, han criticado o han temido y sin embargo, recientemente en la Academia de Cirujía de París, se hacía destacar, que algunos casos de sarcomas de los huesos, que habían curado con la operación, se les había practicado la biopsia, antes de la operación, mientras otros cirujanos, consideran que algunos casos han curado, precisamente, porque no se les hizo biopsia.

Deseo dar a conocer a la Sociedad de Cirujía, dos casos de tumores metastáticos epiteliales, que ponen bien en evidencia la lentitud de estas metástasis en los epitelomas de la próstata. como lo ha destacado el Dr. Fossati.

El primer caso, se refiere a un hombre de unos 58 años de edad, con trastornos urinarios. En el examen de su próstata por el tacto rectal, comprobé una próstata muy dura, que me hizo sospechar un posible epiteloma de la próstata. Este enfermo pasó

a tratarse con el especialista de vías urinarias, que lo talló y que también sospechó el neoplasma prostático, pero, sin la comprobación de signos positivos que le pudieran dar la certeza del diagnóstico.

Como a los dos años y medio, este enfermo hizo una metástasis craneana, con pérdida de sustancia ósea a la radiografía, donde se comprobó una osteolisis sin reacción osteogénica alguna. Es así como se tuvo la comprobación del diagnóstico de epiteloma de la próstata en este enfermo, por la metástasis tardía en el cráneo, que tuvo aún, alrededor de un año de supervivencia, con su metástasis en plena evolución.

El segundo caso, se refiere a una señora, de unos 60 años de edad, que ví por primera vez y a pedido de mis amigos los doctores J. May y Touya, por un tumor del cráneo, al que no se le había podido establecer su origen. La radiografía del cráneo, que traía la enferma, revelaba una gran pérdida de sustancia ósea en la región parieto-occipital, una gran osteolisis sin reacción óseo-perióstica, de unos 7 centímetros de diámetro. Las características radiológicas del caso, eran típicas de un neoplasma y muy posiblemente las de un epiteloma por la falta de reacción ósea. Examiné detenidamente las mamas y el aparato genital, que eran normales, exploré entonces la glándula tiroides y después de un examen cuidadoso, pude encontrar en el lóbulo derecho un pequeño nódulo como un grano de maíz, que me dió la certeza de que se trataba de un epiteloma tiroides o del bocio metastático de Wolfler.

Esto ocurría en mayo de 1935 y el estado general de la enferma era excelente; ella no se quejaba de ningún trastorno, su tumor del cráneo no le molestaba para nada y en lo que se refiere a su tiroides, podemos afirmar que nada se observaba a la inspección y que se requería un examen muy cuidadoso para encontrar su pequeño nódulo, causante de la metástasis.

Esta enferma, la presenté al Congreso Argentino de Cirujía de 1938, entre los casos de metástasis. La enferma ha seguido muy bien, sin ningún trastorno a pesar de su gran tumor del cráneo, que es ya del volumen de una toronja y a los 4 años y $1\frac{1}{2}$ de haberla visto por primera vez, la vuelvo a ver por otra metástasis de la pelvis, que le ha provocado una fractura patológica del ileon derecho. Se agachó para besar a una chica y cayó 1

sentir un gran dolor en la cadera; ella cree que resbaló y cayó, pero en realidad ocurrió que al hacer el esfuerzo, se hizo una fractura patológica del ileon y cayó. Al examen se comprueba un gran tumor que llena la fosa ilíaca interna, tumor duro e irregular y a la radiografía, una osteolisis redondeada del ilíaco, sin reacción osteoperióstica, una verdadera destrucción neoplásica del hueso.

Si tenemos en cuenta que vimos a esta enferma en mayo de 1935, con una lesión metastática de su pseudo bocio metastático, lo que quiere decir que ya tendría por lo menos un año de evolución su tumor primitivo, quiere decir que esta enferma tiene un tumor que da metástasis, con **una evolución de más de cinco años**, cosa por otra parte que se conoce ya en el bocio metastático; pero no son frecuentes estos casos de una evolución tan larga y en los que no se ha hecho ninguna terapéutica.

Conviene tener presente este desarrollo tan lento y latente en las metástasis de los neoplasmas epiteliales, porque nos explican las frecuentes recidivas tardías, a pesar de que el tumor primitivo extirpado, ha curado radicalmente.