

Pielonefritis xantogranulomatosa

Reporte de 10 casos

Por los Dres.:

A. PARAMIO RUIBAL, (24) R. PÉREZ MARTÍNEZ, (25)

J. C. Morales, (26)

N. MACHADO, (*****) O. M. PIERA, (27) J. A. RIVERO, (****)

R. DE LA VEGA (***) Y E. ESTEVEZ (*****)

Se ha observado en algunas ocasiones, que el cuadro anatomopatológico de inflamaciones crónicas en el riñón se desvía notablemente de la forma clásica de la pielonefritis crónica. Esta desviación se evidencia morfológicamente por cambios de coloración, que corresponden a una alteración tisular de tono amarillento, con reemplazamiento de forma nodular, difusa o mezcla de ambos en el tejido renal e histológicamente por la aparición de acúmulos de macrófagos de citoplasma espumoso, en los que se demuestra la presencia de lípidos, determinando el color amarillento de esta alteración.

Los histiocitos cargados de lípidos se han visto en una variedad de lesiones renales siendo la menos frecuente la pielonefritis crónica resultante de obstrucciones ureterales, piélicas o ureteropiélicas; éste parece deberse al alto contenido lípido que posee el riñón y a su pobre respuesta con tejido fibroso a las agresiones.

pielonefritis crónica resultante de obstrucciones ureterales, piélicas o ureteropiélicas; éste parece deberse al alto contenido lípido que posee el riñón y a su pobre respuesta con tejido fibroso a las agresiones.

En 1916, *Schlagenhauser* reportó 5 casos de pielonefritis en los que el cuadro histológico sugería una actinomicosis a causa de tubérculos, cuyos centros mostraban la presencia de colonias de estafilococos, rodeados por células espumosas, linfocitos, plasmocitos y tejido fibroso. Estas lesiones fueron causadas por el estafilococo en cultivos experimentales. El autor sugirió la denominación de "Staphy inkoses", comparándolo con la batriomicosis vista en algunos animales domésticos.

Putchar en 1934, llama la atención sobre los acúmulos de células espumosas, alrededor de los abscesos en la pionefrosis, que recordaban el hipernefoma. En 1944, es *Osterlind* quien propone el nombre de pielonefritis xantogranulomatosa" al reportar 3 casos con los cambios antes descritos.

Otros nombres con los que ha sido

24 Especialista Auxiliar de Anatomía Patológica del Hospital Docente "Cmdte. M. Fajardo", Zapata y C, Vedado, Habana, Cuba.

25 Profesor de Urología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de la Habana, Jefe del Departamento de Urología del Hospital Docente "Cmdte. M. Fajardo", Zapata y C, Vedado, Habana, Cuba.

(**♦**) Residentes del Departamento de Anatomía

Patológica del Hospital Docente "Cmdte. M. Fajardo", Zapata y C, Vedado, Habana, Cuba.

27 Trabajo presentado en el XI Congreso Médico y VII Estomatológico Nacional, celebrado en la Habana, del 23 al 26 de febrero de 1966.

28 Jefe del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Docente "Cmdte. M. Fajardo", Zapata y C, Vedado, Habana, Cuba.

reportada esta entidad son: Pielonefri-

tis con reacción pseudoxantomatosa, pseudoxantoma, lesión xántica y granuloma de células espumosas.

Su posible confusión anatómica e histológica con la tuberculosis renal, la actinomicosis y el carcinoma de células claras, ya que existen casos en que la reacción xantogranulomatosa afecta el espacio perirrenal y estructuras adyacentes, la escasez de publicaciones de esta entidad y la oportunidad que hemos tenido de estudiar 3 casos desde el punto de vista anatomopatológico y clínico, nos hicieron revisar el material de pielonefritis crónica de biopsias y autopsias del Hospital Docente "Cmdte. M. Fajardo" durante los años 1961-1965 ambos inclusive (13,282 biopsias y (1,491 autopsias) y determinar su frecuencia.

Material y métodos:

Para nuestra revisión se ha estudiado el material de piezas quirúrgicas renales y las pielonefritis obtenidas de estudios necrópsicos, durante el período ya señalado; el mismo está constituido por 218 casos.

Las técnicas de tinción histológica utilizadas para nuestro estudio fueron la de Hematoxilina-Eosina, Van Gieson para tejido conjuntivo, la de Oil Red para los lipoides y la técnica de P.A.S.

CASO 1.

O.S.V., H.C. 367577, de 60 años, blanca, que refiere una historia de 12 años de trastornos urinarios, dados por orinas turbias, ardor miccional y dolores en fosa lumbar derecha. En una ocasión expulso arenilla en la orina, mejorando hasta el ingreso en nuestro centro, motivado por los

síntomas referidos y fiebre alta de 39.5°C. Al examen físico se constata tumoración en fosa lumbar de recha, de 10 cms. de diámetro aproximado y de contornos redondeados. Los exámenes complementarios informaron una anemia de 3.300.000 hematíes, 8.9 de hemoglobina, 16,000 leucocitos con diferencial de 80 segmentados y 2 Stab. Orina por cateterismo con numerosos leucocitos. Los R.X. mostraron una litiasis gigante del riñón derecho, con exclusión de ese riñón y presencia de pequeños cálculos en el polo inferior del riñón izquierdo. Con el diagnóstico de pionefrosis se le realiza nefrectomía derecha, encontrándose en el acto operatorio perinefritis intensa. El espécimen quirúrgico consistió en riñón derecho de 12.5 x (11.25) cms. de longitud y anchura respectivamente, con cápsula engrosada y atrofia del parénquima por dilatación del aparato pielocalicial, que se mostraba deformado y con superficie necrótica de color amarillo-carmelitoso. encontrándose en la luz varios cálculos. El parénquima renal conservado, de un color blanquecino, mostraba áreas pericaliciales amarillentas. La paciente evolucionó sin complicaciones siendo dada de alta 15 días después de operada.

< Fig. 1).

CASO 2.

I. F.G., H.C. 347920, de 44 años, masculino, blanco, que consulta por dolor lumbar derecho, fiebre y ardencia miccional. Con historia de hematuria a los 20 años. Permanece asintomática hasta hace 5 años en que refiere ardencia miccional con expulsión de arenilla, orinas turbias y fetidez, con cuadros febriles a repetición que motivan varios ingresos hospitalarios, en uno de los cuales hace 2 años se realiza uretrotomía interna por estrechez uretral, los estudios radiográficos en esas ocasiones arrojaron el resultado de una litiasis coraliforme del riñón derecho. Al examen físico se constata dolor en fosa ilíaca



Fig. 1. Caso No. 1. Atrofia por fibrosis del parénquima renal con tejido amarillento, friable, tapizando la luz pielocalicial. Cálculos coraliformes.

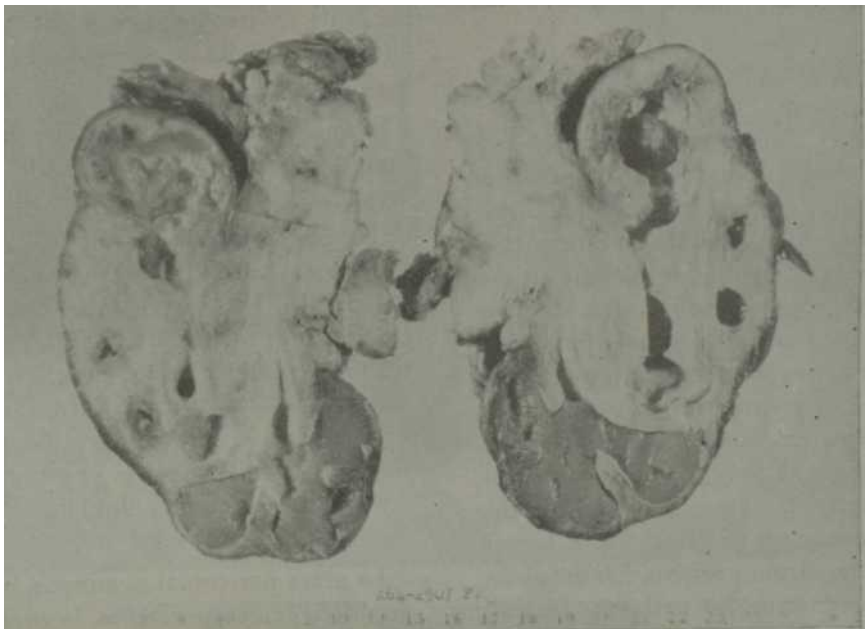


Fig. 2. Caso No. 2. Dilatación pielocalicial con material coloideo llenando los cálices inferiores y tejido amarillento tapizando los superiores. El tejido celotidioso del hilio se confunde con el proceso fibroso cicatricial de la nefritis.

derecha y punto costomuscular derecho, fiebre y orinas piúricas.

Los complementarios mostraron: hemoglobina: 10, leucocitos: 5,000 con un diferencial de segmentados: 45, eosinófilos: 17, eritro; 83. Heces fecales: tri cocéfalos. Orina: Hematíes y leucocitos numerosos. B.A.A.R.: Negativo: No germinación del cultivo.

Con diagnóstico de litiasis renal derecha se le realiza nefrectomía derecha, encontrándose riñón aumentado de tamaño (14 x 9 x 6 cms.) con adherencia a la grasa perirrenal por proceso inflamatorio crónico. A la apertura del órgano se observó cálculo coraliforme y dilatación marcada del aparato pielocalicial con material de aspecto coloide en cálices inferiores. Areas amarillentas de tipo nodular en tejido firme del parénquima. Después del acto operatorio el paciente evolucionó sin complicaciones, siendo dado de alta 8 días después. (Fig. 2).

CASO 3.

J.M.H., H.C. 322407, de 48 años, blanca, que consulta por fístula lumbar. Refiere haber comenzado su enfermedad hace 6 años, en que se le diagnosticó una litiasis, practicándosele pielolitotomía izquierda. Después de esta operación presenta cuadro de pielonefritis a repetición, apareciendo 5 años después fístula lumbar que motiva fistulectomía. Concorre nuevamente, no refiriéndose la causa en la historia clínica. Se le practica una nefrectomía izquierda. Investigaciones previas a la operación, informaron un urocultivo con bacilos difteroides y un exudado de la herida con bacilos Gram positivo. En un pielograma ascendente los hallazgos fueron: dilatación discreta de pelvis renal y cálices con signos marcados de pielonefritis, comprobándose

la existencia de trayectos fistulosos hacia partes blandas y polo inferior izquierdo, opacificándose gran parte del colon descendente. La operación consistió en nefrectomía izquierda, comprobándose gran proceso de perinefritis. El riñón pesó 1,579 grs., midiendo 12 x 5 x 6.5 cms. A su apertura mostró dilatación marcada del aparato pielocalicial.

CASO 4.

L.M.R.F., H.C. 321565, de 45 años, blanca, consulta por dolor en región lumbar derecha, sin precisar fecha de inicio; que se acompaña de fiebre y escalofríos, irradiándose a fosa ilíaca derecha y pesantez a la micción, constante, con remisiones durante un espacio prolongado de tiempo sin precisar cuánto.

Hace 2 años le realizan examen radiológico de riñones, informándole que tiene pielitis, por lo que le ponen un tratamiento que la mejora, hasta hace 6 meses; en que reaperece el dolor lumbar, que se irradia a fosa ilíaca derecha, acompañado de anorexia y cefalea.

Como se mantiene la sintomatología a la que se añade ardencia al orinar, es ingresada para su estudio.

Complementario: Bacteriológico de la orina por cateterismo: Negativo a las 42 horas. Antibiograma (pus tomado del riñón): *Proteus vulgaris*. Orina por cateterismo: densidad 1,020, aspecto turbio, epitelio plano escaso, leucocitos numerosos. Aortografía translumbar: Pionefrosis derecha litiásica. Se le realiza nefrectomía derecha encontrándose un riñón aumentado de tamaño, que midió 13 x 8 x 6.5 cms.

La grasa perirrenal se adhería haciendo difícil la decapsulación, la superficie de sección mostró mala delimitación córticomedular con dilatación pielocalicial y anfractuosidades de la superficie

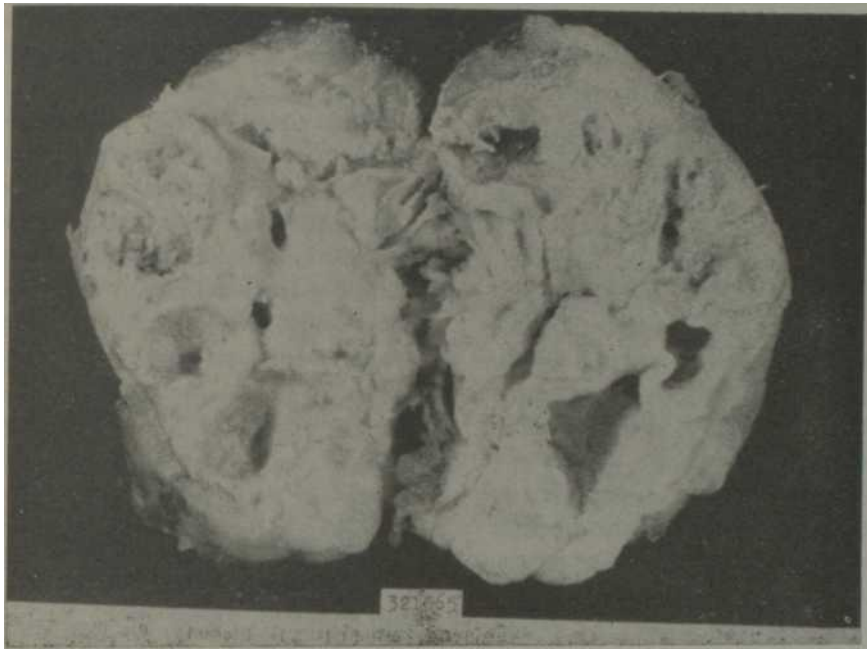


Fig. 3. Caso A o. 4. Intensa destrucción del parénquima con la presencia de áreas amarillentas bordeando cálices y en pleno tejido renal.

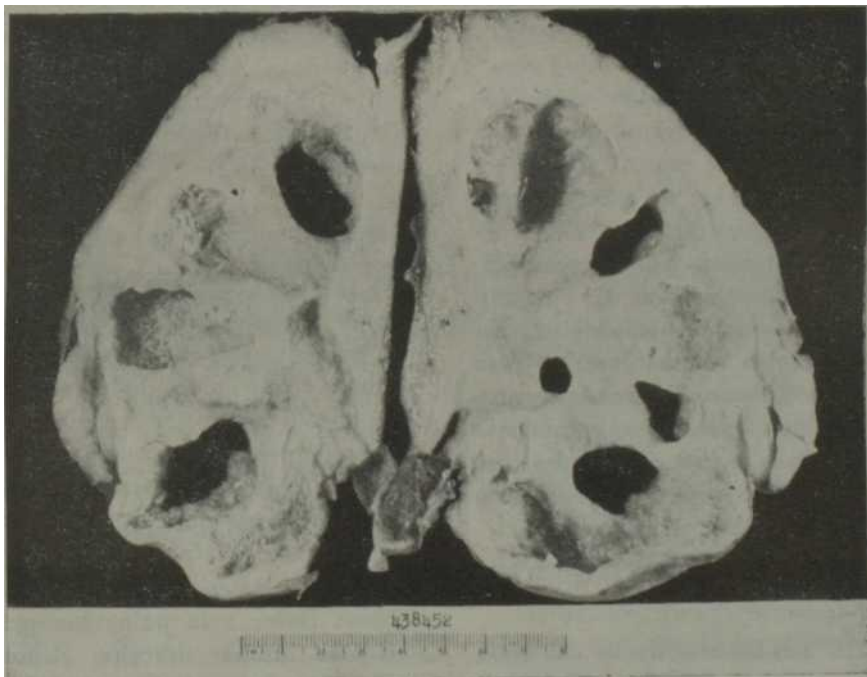


Fig 4 Dilatación marcada del aparato pielocaliceal por cálculo de la íriiíofí uretero piélica. Color amarillento del tejido que reviste dichos cavidades.

R. C. M.
JUNIO 30, 1966

mucosa de la misma. Biopsia B64-763: Pielonefritis xantogranulomatosa. (Fig. No. 3).

Es dada de alta mejorada, aconsejándole chequeo por consulta.

CASO 5.

J.R.A., H.C. 438452, femenina, mestiza, de 47 años, que consulta por dolor en hipocondrio derecho y fosa lumbar derecha. Desde pocos días antes, refiere dolor tipo cólico en flanco derecho, que se irradia a la espalda y se acompañan de fiebre y ardor miccional. Refiere, además, heces sanguinolentas y leucorreas fétidas.

Al examen físico: Abdomen eontracurado, doloroso en flanco derecho, donde se palpa tumoración redondeada, no fácilmente precisable en sus límites.

R.X. Urograma descendente: Gran hidronefrosis derecha con bloqueo total por un cálculo localizado en la parte superior del uréter derecho.

Es operada, encontrándose riñón adherido a la grasa perirrenal por proceso inflamatorio, que mostró a la apertura un riñón de 15 x 9 x 6 cms. de parénquima atrófico y pelvis y cálices dilatados, cubiertos por tejido amarillento friable, y un cálculo de 1.3 cms. enclavado en la unión pielocalicial. En el postoperatorio se establece trayecto fistuloso lumbar que es resecado en nueva intervención quirúrgica, curando la paciente. De la secreción fistulosa, se aislaron neisseria y estafilococos coagulasa positiva. (Fig. 4).

CASO 6.

P. V. G., H.C. 324181, de 32 años, masculino, blanco, consulta por litiasis renal izquierda, refiere desde hace 13 años dolor intenso en región lumbar, que se irradia a hipogastrio. Le diagnosticaron

litiasis renal bilateral, siendo operado en

dos ocasiones del riñón derecho. Actualmente refiere dolor de poca intensidad en región lumbar izquierda que se irradia a hipogastrio. Orinas turbias con ardientía en ocasiones durante todo este período de tiempo. En el examen físico no se palpan los riñones, el tacto rectal muestra próstata dentro de límites normales.

Complementarios: Hemoglobina: 12.3, leucocitos: 10,000, hematocrito: 48, eritrocitos: 27, calcio total: 11 mlgs. Orina densidad: 1,014 turbia con trazas de albúmina, algunos hematíes, leucocitos abundantes. B.A.A.R.: no se observaron. Tractus urinario simple: Riñón izquierdo: aumentado de tamaño. Cálculo coraliforme en proyección de la pelvis renal izquierda con sombra de cálculos en el resto del riñón izquierdo. Hay pequeñas sombras de menor tamaño y número en el riñón derecho. Biopsia de nefrectomía polar inferior izquierda B64-433. Pielonefritis crónica con nefrocalcinosis. Litiasis renal. En un urocultivo: Escherichia coli (100,000 x cc.). El paciente es dado de alta con tratamiento.

CASO 7.

C.G.F., H.C. 422372, masculino, blanco, de 37 años, de profesión carpintero, consulta por dolor lumbar derecho intenso, refiriendo dicha sintomatología hace 5 meses, con irradiación a fosa ilíaca derecha, ardor miccional y expulsión de arenilla. En ocasiones fiebre alta acompañada de náuseas, vómitos alimenticios y escalofríos, pérdida de 15 libras de peso en dos meses. Al examen físico: Dolor a la palpación profunda en fosa lumbar derecha. Riñones no palpables. Próstata normal. R.X. Pielografía descendente: Hidronefrosis derecha por gran cálculo que ocupa la

R. C. M.
JUNIO 30. 1966

pelvis renal de ese lado. Aortografía: Fase aortográfica típica de hidronefrosis. Los urocultivos no germinaron, no comprobándose en los mismos B.A.A.R. Se sometió a una nefrectomía derecha en la que se encuentran riñón de 13 x 8 x 4 cms., convertido en bolsón pielo-fróti-co, encontrándose cálculo de 3 x 2 cms., en cáliz superior dilatado y pus en el resto de la luz pielocalicial. El paciente hace buen postoperatorio, siendo dado de alta curado.

CASO 8.

D. M.D., H.C. 343282, 31 años, blanca, femenina, que consulta por dolor lumbar a tipo cólico; hace 3 años histerectomía con anexectomía bilateral tipo Wertheim. Desde hace seis meses cistitis a repetición, orinas turbias y dolores de tipo cólico a repetición.

Al examen físico: Riñones palpables. R.X. Sombra de cálculo en cáliz inferior izquierdo. No eliminación. Discreta dilatación piélica derecha. (Posible T.B. renal).

Hemograma: 13.1 Hb. 6,000 leucocitos. 58 segmentados, 4 eosinófilos, 3 mono, 35 linf.

Se le realiza nefrectomía izquierda. El riñón midió 10 x 6 x 4 cm. presenta dilatado su aparato pielocalicial, encontrándose sustancia amarillenta, blanda en zona medular. El informe anatomopatológico en aquella ocasión fue de T.B. renal. Los bacteriológicos de orina fueron negativos de B.A.A.R. antes y después del acto operatorio. La paciente evolucionó favorablemente, siendo dada de alta curada.

CASO 9:

E. S.R., H.C. 444972, 53 años, femenina, blanca, que consulta por dolor lumbar izquierdo. Refiere haberlo sentido

por primera vez hace tres años, acompañándose de fiebre y escalofríos; al consultar al médico descubre una diabetes que se trata con insulina; dos meses antes de su ingreso se añade al cuadro ardor miccional. Al examen físico: Fosa lumbar izquierda dolorosa con tumefacción palpable a ese nivel. R. X. Urografías y arteriografía. Después de varios estudios radiográficos se concluye que la paciente es portadora de un riñón supernumerario izquierdo (hidronefrótico). E.C.G. Bloqueo A.V. de primer grado. Glicemia de 212 mlgs. por ciento. Se opera, encontrándose un riñón supernumerario izquierdo superior, adherido a los planos vecinos por intensa perinefritis, al abrirse el mismo se encuentra su aparato pielocalicial ocupado por pus y cálculo blando de 1 cm. El informe anatomopatológico fue de: Riñón supernumerario, litiasis uréteropielica, uréteropielonefritis aguda y crónica con componente xantogranulomatoso. El cálculo estaba constituido por uratos. La enferma evolucionó bien aunque hubo supuración de la herida de donde se aisló un *Proteus Mirabilis*.

CASO 10.

G.R.R., H.C. 451097, 38 años, blanca, femenina, que ingresa por síndrome febril de un mes de evolución. Hace año y medio dolor en flanco izquierdo, punzante, irradiado a epigastrio que se acompañó de fiebre de 39-40°C. y escalofríos; dicho cuadro cedió con tratamiento, permaneciendo 13 meses asintomática, hace 4 meses hematuria y episodios de dolor acompañados de vómitos pero afebriles.

Al examen físico: Mucosas hipocoloreadas. Génitourinario: Puntos costomuscular izquierdo doloroso. Riñón izquierdo palpable y aumentado de tamaño.

R.X. Estenosis del uréter izquierdo a la altura del 2o. segmento sacro de 15 milímetros de extensión que provoca hidronefrosis e hidrouréter. No se comprueba sombra de cálculo.

Urocultivo: Escherichia Coli. Negativo de B.A.A.R.

Es operada, localizándosele nefrectomía izquierda. El riñón midió 12 x 6 centímetros. Cápsula discretamente adherente, áreas hemorrágicas en superficie cortical y amarillentas a nivel córticomédular. Hemorragias pielocaliciales. El informe anatomopatológico: Úreteropielonefritis crónica esclerosante con focos de reacción granulomatosa.

Anatomía patológica.

Como en los casos publicados sobre esta patología renal, hasta el presente, el proceso inflamatorio no se confinó en nuestros casos al órgano, sino que hubo participación de la grasa perirrenal; ésta, sin embargo, no mostró los cambios característicos del proceso xantogranulomatoso presente en el parénquima renal, sino, que estuvo constituido por infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario de carácter inespecífico, diversos grados de esclerosis por cicatrización y adherencias de la grasa y cápsula a la superficie cortical del riñón.

Macroscópicamente cinco de nuestros casos mostraron aumento de volumen renal con aspecto esclerolipomatoso de la grasa perirrenal que se adhería al mismo; desprendiéndose ésta con gran dificultad.

La superficie de sección mostró en todos los casos dilatación del aparato pielocalicial con presencia de cálculos en su interior en nueve de nuestros diez casos y un cambio característico de la parte parenquimatosa renal afectando de modo especial el tejido peripelocalicial. Estos cambios estaban determinados por la presencia de áreas

amarillo-parduscas que bordeaban los cálices o se constituían en nodulos parenquimatosos, adquiriendo aspecto infiltrativo tumoral o en forma de acúmulos blanquecino-grisáceos de material más blando y con zonas de necrosis o abscesos ocasionales que recordaban la tuberculosis renal. No fue raro el hallazgo de extensas áreas de hemorragia coincidiendo con las lesiones descritas o aún en el tejido perirrenal.

El cuadro histológico mostró gran uniformidad en nuestros casos. La lesión inflamatoria xantogranulomatosa renal se encontró situada casi exclusivamente alrededor de los cálices y pelvis variando la disposición de los elementos inflamatorios en la misma.

El componente tisular de granulación fue francamente evidente en todo el proceso, estando constituido por gran cantidad de vasos de neoforinación e infiltrado inflamatorio agudo y crónico con muy escasas o ausentes células espumosas, en relación inmediata con la luz pielocalicial, a este nivel siempre fue posible encontrar acúmulos de detritus celulares y exudado inflamatorio agudo con ocasionales células espumosas libres en la luz o en continuación con las zonas antes descritas. Este material macroscópicamente contribuyó a dar aspecto anfractuoso e irregular al revestimiento piélico. El epitelio histológicamente estuvo ausente, destruido en la casi totalidad de la zona afectada. Sólo uno de los casos coincidiendo con cambios xantogranulomatosos mostró una metaplasia epidérmica del mismo.

Inmediatamente por fuera de la zona descrita y coincidiendo con idéntico infiltrado inflamatorio se encontraron los histiocitos espumosos dispuestos en pequeños acúmulos o en sábanas, interrumpidas por áreas de necrosis tisular, hemorragias o fibrosis cicatricial.

R. C. M.
JUNIO 30, 1966

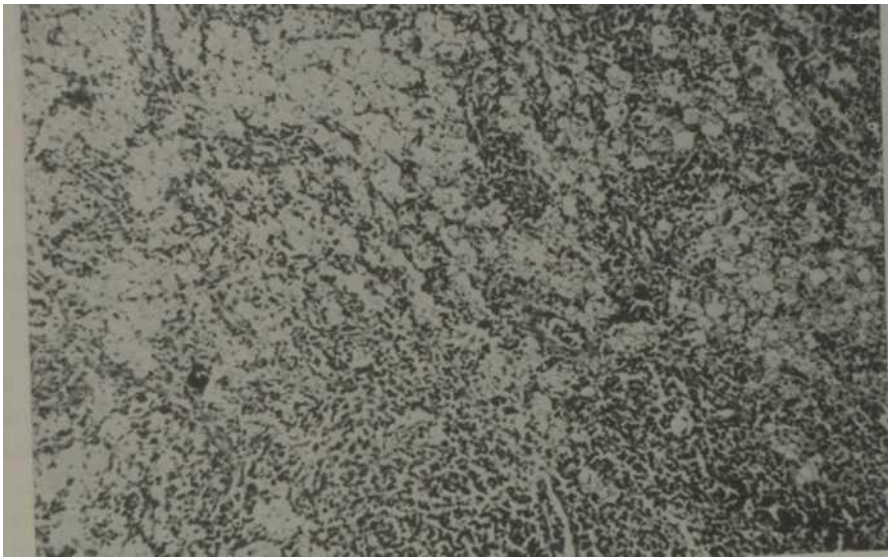


Fig 5. Celulas espumosas cargadas de lípidos en el seno de un infiltrado inflamatorio crónico.



Fig 6. Tejidos de revestimiento pielocalicial en el que se observa infiltrado inflamatorio agudo y crónico, con relación xantogranulomatosa de calulas espumosas y gigantes.

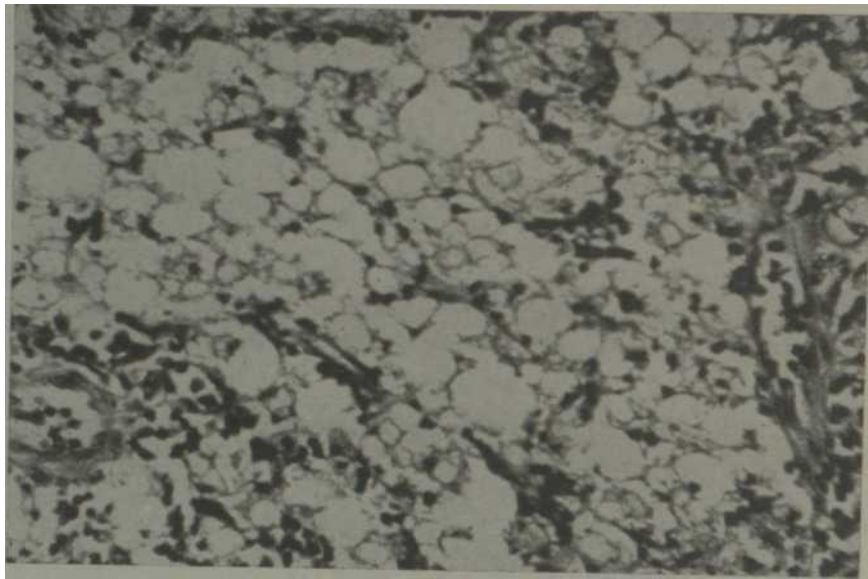


Fig. 7. Detalle de área muy vascularizada a nivel del proceso inflamatorio xanlo-granulomatoso.

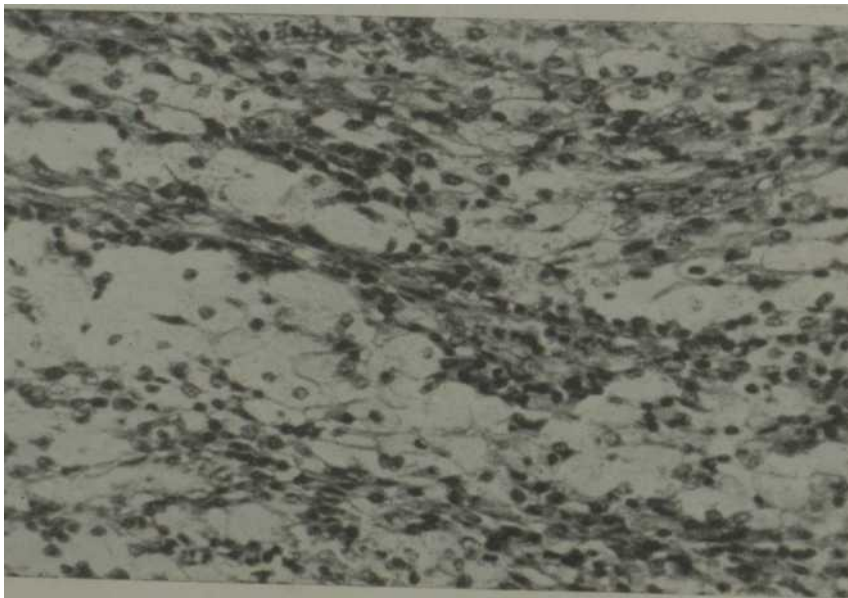


Fig. 8. Detalle de la citología de las células espumosas en el que se aprecian los núcleos h.oercromáticos y citoplasma claro y granular

Las células que la constituían eran redondeadas o poliédricas de citoplasma abundante, vacuoladas o con finos granulos acidófilos, con un núcleo pequeño, picnótico y de localización preferentemente excéntricas, entre las cuales se observaron células gigantes de tipo cuerpo extraño. En 3 de los casos se identificaron colonias de bacterias en el centro de estas lesiones. Esta parte del proceso inflamatorio se extendía en forma irregular hacia el resto del parénquima renal, dando la impresión de una infiltración tumoral.

La parte más externa del proceso se continuó insensiblemente con los cambios inflamatorios del resto del parénquima y se caracteriza por diferentes grados de fibrosis cicatricial, englobando elementos atrofiados tubulares y glomerulares y por un infiltrado principalmente linfocitario que en la mayoría de los casos presentó francos folículos germinativos. Los cambios inflamatorios del parénquima renal, estuvieron determinados por la gravedad del proceso, desde una pielonefritis con cambios mínimos hasta una destrucción casi total de los elementos nobles del parénquima. (Figs. 5, 6, 7 y 8).

DATOS CLINICOS

Edad.—Como los casos anteriormente reportados en la literatura, esta enfermedad fue más frecuente después de la cuarta década, encontrándose entre nuestros casos sólo dos por encima de la quinta década.

Sexo.—Un 70% de nuestros casos fueron del sexo femenino.

Raza.—Un 80% de nuestros casos correspondieron a individuos de la raza blanca, siendo el 20% restante de la raza mestiza.

Localización.—No existieron en nuestros casos, a diferencia de los reportados por otros autores preferencia por una localización renal determinada; ya que un 50% estuvieron localizados en riñón

derecho y 50% en izquierdo, no encontrándose ninguna lesión bilateral.

Síntomas clínicos.—Dolor, fiebre, piuria y liematuria fueron hallazgos constantes en nuestros casos, así como la aparición radiográfica de litiasis renal.

DISCUSION

Diferentes teorías han sido valoradas con respecto a la patogenia de la pielonefritis xantogranulomatosa, ocupando el primer lugar aquella que considera la misma un cambio secundario a una infección del tractus urinario superior; la destrucción tisular y la liberación de lípidos estimularía la respuesta histiocitaria. Una segunda teoría valora la posibilidad de un trastorno metabólico de las grasas, estando ésta avalada por las investigaciones de Windows, en las nefrosis lipoideas y glomerulonefritis. La tercera valora ambos factores asociados a obstrucciones del conducto excretor y a trastornos de la irrigación, tanto sanguínea como linfática.

Esta última parece estar confirmada por la frecuencia con que se reporta la litiasis en los casos estudiados.

No ha faltado quien valore la posibilidad de que dicho proceso patológico esté condicionado a la presencia de gérmenes de baja virulencia. Las bacterias aisladas de los urocultivos de nuestros casos fueron: *Proteus vulgaris*, bacilos Gram positivo y negativo, *Colibacilos* y *B. difteroides*; la gran variedad de los gérmenes obtenidos nos mueve a considerar la inespecificidad de la lesión.

No existe unanimidad en cuanto al origen de las células espumosas en las lesiones xantogranulomatosas del riñón, no obstante, aceptar la mayoría de los autores el origen retículoendotelial de las mismas, existen opiniones como la de *Mostofi* que las considera derivadas del epitelio tubular y *Barrie*, que valora la posibilidad de que los mismos no

sean inás que fibroblastos en pequeñas áreas de supuración.

En la mayoría de los casos estudiados por nosotros (9 de 10), los cambios xantogranulomatosos de la pielonefritis se acompañaron de litiasis renal; estando presente también un componente agudo de pionesfrosis. De estos 10 casos compilados de un total de 218 estudios anatomohistológicos renales de pielonefritis y pionesfrosis (material quirúrgico y de autopsias) cinco presentaron evidencias macroscópicas la lesión con cuadro microscópico que afectaba difusamente el órgano y cinco fueron consideradas sólo al estudio histológico: estando constituida la lesión por hallazgos focales de células histiocitarias de citoplasma espumoso con caracteres idénticos a los señalados en los otros casos. En dos casos recogidos de nuestro archivo se interpretó erróneamente el cuadro histológico diagnosticándose una tuberculosis renal y un adenocarcinoma de células claras respectivamente en lesiones de pielonefritis xantogranulomatosa, uno de los casos, el más antiguo, presentó lesiones que se señalaron como cambios xantomatosos en una pielonefritis y otros tres casos con cambios focales no fueron valorados por el patólogo. Los cuatro casos restantes fueron estudiados en los últimos años haciéndose el diagnóstico y correcta valoración de la lesión.

Los hallazgos obtenidos en nuestra revisión corroboran los extremos señalados por otros autores, en cuanto a la dificultad en la interpretación histopa-

tológica de la lesión; pero creemos que tal posibilidad se hará cada vez menos frecuente a medida que el patólogo general se familiarice con la lesión.

La aparición de 10 casos de pielonefritis xantogranulomatosa en 218 casos quirúrgicos y de autopsias representa un 4.5% de esta lesión en los mismos, comprobando de este modo una mayor frecuencia a la reportada hasta la fecha por otros autores. El diagnóstico y el oportuno reporte de dichos casos incrementará la casuística que era de 35 casos hasta el año 1963.

CONCLUSIONES

1. Se presentan 10 casos con revisión general de pielonefritis xantogranulomatosa.
2. Se señala la frecuencia de la entidad en nuestro material de biopsias asociada a la litiasis renal.
3. Se valora la importancia del diagnóstico diferencial con otras patologías renales: T.B. y adenocarcinoma de células claras.
4. Se señala el carácter inespecífico de este cuadro inflamatorio, la ausencia de bacilos ácido-alcohol-resistentes y la presencia de otros gérmenes, tales como el *Proteus vulgaris*, bacilos Gram positivo y negativo, *Colibacilos*, *B. difteroides*, etc.
5. Se señala un 4.5% de pielonefritis xantogranulomatosa, comparando esta cifra con la dada por otros autores y haciendo notar que un mejor conocimiento de la lesión evidenciará una frecuencia mayor.

BIBLIOGRAFIA

1. —*Barrie, M. J.*: Foam-cell granuloma in chronic pyonephrosis simulating tuberculosis. *Brit. J. Surg.*, 36: 316-319, 1949.
2. —*Ghosh, H.*: Chronic pyelonephritis with xanthogranulomatous change: report of 3 cases. *Am. J. Clin. Path.*, 25: 1043-1049, 1955.
3. —*Mack, F. G., and Mador, M. L.*: Pyogenic (foam cell) granuloma in a case of pyonephrosis. *J. Urol.*, 67: 258-261, 1952.
4. —*Melicow, M. M.*: Xanthic lesion: report of four cases, including two of "xanthomatosis" of the kidney. *J.A.M.A.*, 105: 768-774, 1935.
5. —*Ostleind, S.*: Uber Pyelonephritis xanthomatosa. *Acta chir. scandinav.*, 90: 369-376, 1944.
6. —*Saeed, S. M. and Fine*: Xanthogranulomatous Pyelonephritis. *Am. J. Cl. Path.*, 39: 616-625, June, 1963.

R. C. M.
JUNIO 30, 1966