

24. Mack, F. G. and Mador, M. L.: "Pyogenic (Foam Cell) Granuloma in a case of Pyonephrosis". J. Urol. 67: 258, 1952.
25. Mathis, R. y Lorenzo, J.: "Absceso cortical de riñón simulando una neoplasia". Rev. Arg. Urol. 14: 183, 1945.
26. McKenzie, K. R.: "Xanthogranulomatous Pyelonephritis: confusion with renal carcinoma". J. Urol. 92: 261, 1964.
27. Melicow, M. M.: Xanthic lesions: report of four cases including two of "xanthomatosis" of the kidney. J.A.M.A. 105: 768, 1935.
28. Mitchell, R. E.; Dodson, A. I and Kay, S.: "Xanthogranulomatous Pyelonephritis". Am. Pract. and Digest Treat. 10: 2150, 1959.
29. Noyes, W. E. and Palubinskas, A. J.: "Xanthogranulomatous Pyelonephritis". J. Urol. 101: 132, 1969.
30. Putschar, W.: "Die entzündlichen Erkrankungen der ableitenden Harnwege und der Nierenhüllen einschliesslich der Pyelonephritis und der Pyonephroses". Lubarch O. und Henke F. Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie. Vol. 6. Berlin, 1934.
31. Raymond, G.; Roustan, J. et Lafay, Ch.: "Pyélonéphrite xanthogranulomateuse". J. d'Urol. et Neph. 75: 845, 1969.
32. Saed, S. M. and Fine, G.: "Xanthogranulomatous Pyelonephritis". Am. J. Clin. Path. 39: 616, 1963.
33. Salmon, R. B. and Koeler, P. R.: "Angiography in renal and perirenal inflammatory masses". Radiol. 88: 9, 1967.
34. Schlagenhauser, F.: "Über eigentümliche Staphyloomykosen der Nieren und des pararenalen Bindegewebes". Frankfurt Z. Path. 19: 139, 1916.
35. Selzer, D. W.; Dahlin, D. C. and Deweerdt, J. H.: "Tumefactive xanthogranulomatous Pyelonephritis". Surg. 42: 874, 1957.
36. Seth, H. N.; Kathpalia, P. M. L. and Rao, B. D. P.: "Xanthogranulomatous Pyelonephritis". Brit. J. Urol. 37: 414, 1965.
37. Souto, C. A. V.; Monteiro, S. A. and Andrade, L. C.: "Xanthogranulomatous Pyelonephritis". J. Urol. 102: 393, 1969.
38. Xerri, A. et Auvert, J.: "Deux nouvelles observations de pyélonéphrite xanthogranulomateuse. Données étiologiques et artériographiques". J. d'Urol. et Neph. 75: 798, 1969.
39. Xerri, A. et Cukier, J.: "Pyélonéphrite xanthogranulomateuse" (a propos de 8 observations). Presse Med. 76: 1699, 1968.

PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA ASOCIADA A FISTULA RENOCOLICA

Por los Dres. H. PAGLIERE, N. SANTUCHO, N. GUMAN, J. RUIZ,
B. BIONDINI y B. GIL

La pielonefritis xantogranulomatosa, término que ha predominado entre: pseudoxantoma, granuloma de células espumosas, lesión xántica, xantomatosis del riñón, pielonefritis crónica con alteraciones xantomatosas, pionefrosis xantomatosa, parece ser más frecuente de lo que permite presumir el número de casos publicados hasta la fecha. La razón de esta disparidad se encuentra en el desconocimiento de sus particularidades y, sobre todo, en la poca frecuencia con que se realiza el estudio de los riñones afectados de pionefrosis calculosa.

Schlagenhauser describió en 1916 esta lesión nombrándola estafilomicosis, por su similitud con la actinomicosis y al haberle atribuido una etiología estafilocócica. Putschar en 1934 describe las células espumosas asociadas a pielonefritis crónica, siendo Osterling el que le dio el nombre por el cual se conoce actualmente. Elliott y colaboradores encuentran tres casos en cien pielonefritis, llegando a reunir siete casos en cuatro años; Friedenbergl y Spjut publican doce casos observados entre 1951 y 1961; Hooper y colaboradores, en 1962, presentan quince observaciones propias; Ghosh encuentra tres en el estudio de 222 riñones extirpados por lesiones inflamatorias; Ríos, Dalenz y Peacock, cuatro entre cincuenta y dos; Kawaichi y Reingold, en 19 nefrec-

tomías en pacientes parapléjicos, encuentra tres, a lo que hay que agregar la serie de ocho casos presentados por Xerri y colaboradores.

Sorprende la afirmación de Aboulker y colaboradores, quienes dicen que sobre una centena de pionesfrosis registrada en diez años en la Clínica Urológica del Hospital Cochin, alrededor de cuarenta merecen el nombre de xantomatosas, esta circunstancia puede obedecer al hecho de que la infiltración de lipoides en células histiocitarias que se revelan como "Células espumosas", es frecuente en cualquier proceso inflamatorio con destrucción y absorción de lípidos, pero la abundancia de estas células y de los fenómenos inflamatorios y reaccionales es lo que caracteriza a la enfermedad. Es así como estos autores dudan en considerarla una entidad anatomoclínica juzgando que se trataría más bien de pionesfrosis con aspectos xantomatosos de extensión variable, ocurridos bajo ciertas condiciones bacteriológicas y sobre todo anatomoclínicas muy particulares: con esto se volvería a la concepción original, ya que según Tonelli y Giannotti no fue considerada en un principio enfermedad autónoma, sino como una pielonefritis inespecífica con numerosas células espumosas.

En esta sociedad existe, respecto al tema, la contribución de Mathis y Lorenzo, aunque en la ocasión no se identificó a la entidad relatada.

Edad: Se ha observado en todas las edades desde los nueve meses hasta los 82 años. Nuestro paciente con 59 años se encuentra dentro de los de mayor frecuencia.

Sexo: Hay un predominio del sexo femenino, difícil de conciliar con el factor obstructivo y litiasico más frecuente en el varón.

Etiología: Con frecuencia se reúnen diversos factores: obstrucción, litiasis e infección urinaria. La litiasis existía en 12 de los 15 casos de Hooper y colaboradores. En 8 de los 12 de Friedenberg y Spjut, en los 5 de Parger y en los 3 de Ghosh. La infección es un factor constante aunque el germen es variable: *Proteus*, *Escherichia Coli*, estafilococos, *aerobacter*, etc. Al *Proteus* se le ha incriminado un valor casi específico como factor etiológico, particularmente a raíz del trabajo experimental de Larson y Bell que en 1913 lograron provocar granulomas inflamatorios por la inyección intraperitoneal de *Proteus* atenuados en animales de experimentación, aunque no describieron la presencia de células espumosas en estos granulomas. Wadell y colaboradores citados por Ríos Dalenz, provocan lesiones xantomatosas en pulmones de conejos con altos niveles lípidos sanguíneos con inyecciones intratraqueales de gérmenes gram negativos.

De los 12 casos de Friedenberg, en 9 el cultivo fue positivo y en 7 se identificó al *Proteus*; si bien Ghosh ha destacado la importancia de la infección por *Proteus*, otros la han negado, considerando su habitual frecuencia en toda pielonefritis.

A la terapia con antibióticos se le atribuyó valor causal, aunque por otra parte se ha argumentado que quedarían sin explicación los casos observados en que no se realizó tratamiento con antibióticos, pero es probable que alguna responsabilidad tengan al prolongar la evolución de un proceso crónico que de otra manera transcurriría hacia la supuración.

Hallazgos de laboratorio: Son frecuentes la leucocitosis con neutrofilia y desviación a la izquierda, la eritrosedimentación muy acelerada, distintos grados de anemia, proteinuria y cultivos de orina positivos para gérmenes patógenos. Según Martínez Piñeiro siempre habría orinas ácidas.

Clinicamente: Síntomas urinarios caracterizados por disuria y/o poliuria. La lumbalgia es frecuente, así como el dolor a la presión localizada en ángulo costovertebral. Casi siempre existe una tumoración palpable con contacto lumbar, fija, dura, irregular. Otros signos consisten en estado febril con escalofríos, pérdida de peso, náuseas, vómitos. Rara vez hematuria.

Raymond y colaboradores distinguen cuatro formas clínicas: 1º) Forma

nodular, localizada a un polo o a una de las superficies y que plantea la necesidad de diferenciarla de un tumor, quiste o tuberculoma. En estos casos la angiografía muestra escasa vascularización, que permite descartar el diagnóstico de tumor y realizar cirugía conservadora. 2º) Forma pionefrótica: caracterizada por piuria, riñón agrandado silencioso a la urografía y asociado a litiasis. 3º) Forma con retención piélica: con distinto grado de infección, lleva al diagnóstico de uronefrosis por estenosis urétero-piélica. En estos casos la arteriografía suele ser coincidente con el diagnóstico de uronefrosis. 4º) Forma masiva pseudo-tumoral, que puede ser diagnosticada por: a) la piuria y los signos de infección, y b) la arteriografía.

Radiológicamente: Los riñones son casi siempre mudos al examen urográfico acompañándose frecuentemente de litiasis. Con la pielografía ascendente se logra a veces visualizar los cálices, afirmando Friedenberg que "cuando el medio de contraste puede ser forzado en el riñón afectado más allá de la unión ureteropiélica, el sistema pielocalicial aparece dilatado y groseramente distorsionado". Mathis y Lorenzo llamaron también la atención entre la discordancia de la urografía excretora con la pielografía ascendente, atribuyendo la mayor fidelidad de esta última al edema que impediría la visualización de los cálices en la urografía por excreción, y señalando la posibilidad de que esto sea útil en el diagnóstico diferencial con una neoplasia.

Arteriografía y tomografía: Melicow y Becker destacan que las pielonefritis xantomatosas pueden ser confundidas por su radiotransparencia con quistes o tumores con alteraciones degenerativas, o bien cuando las lesiones son múltiples con el riñón poliquístico, tuberculosis o hidronefrosis.

La diferenciación con tumores benignos, faltos de vascularización, fibromas, lipomas, mesenquimomas que semejan quistes, es difícil. Arteriográficamente los xantogranulomas pueden ser avasculares o acompañarse de una dilatación vascular que simula una neoplasia; Rossi y colaboradores describen en la arteriografía de las pielonefritis xantogranulomatosas tres formas: 1º) localizada, en que el urograma muestra cambios referidos a una lesión que ocupa una zona limitada; 2º) una forma difusa asociada a hidronefrosis, que es frecuente aunque no constante; en esta forma aparece la separación y el alargamiento de las ramas renales con ausencia de la normal subdivisión de las ramas periféricas. En la fase nefrográfica múltiples radiotransparencias que representan cálices dilatados, rodeados por opacificación marginal del perénquima, la presencia de zonas con aumento de vascularización puede ser un elemento para sospechar la pielonefritis xantogranulomatosa en su diferenciación con la hidronefrosis obstructiva; 3º) una forma difusa sin hidronefrosis, con separación de las arterias simulando una hidronefrosis. En la fase nefrográfica hay una impregnación uniforme del riñón con completa desaparición del espacio entre corteza y médula.

Becker señala en la angiografía y urografía: 1º) Reducción del espesor de la cortical. 2º) Múltiples defectos de relleno con desplazamiento de los vasos simulando una uronefrosis. Los cálices son borrosos e irregulares. 3º) Deformación y estrechez del uréter.

Elliott y colaboradores encuentran que en los casos por ellos estudiados en la angiografía la atrofia renal cuando existe se encuentra enmascarada por la granulomatosis perirenal. Para Becker esto no se observa en el riñón pequeño o con pielonefritis atrófica.

En la nefrotomografía Evnet y col. encuentran que el xantogranuloma ocupa la zona relativamente avascular en la fase nefrográfica. Esta zona es irregular y diferente por lo tanto del quiste, que presenta bordes nítidos y regulares.

Asociación con otras patologías: Se han referido casos concurrentes con

"...el más efectivo remedio actualmente disponible contra la prostatitis".

Prof. Erik Ask-Upmark.

cernilton

 **(Cernitín)**

descongestivo con tropismo prostático específico.



DESCRIPCION:

Medicamento de origen natural con marcada acción descongestiva sobre glándulas y órganos, especialmente sobre la inflamación de próstata. **No es un preparado hormonal.**

DOSIFICACION Y MODO DE EMPLEO:

6 a 8 comprimidos que preferentemente deben ser masticados, con el desayuno.

DURACION DEL TRATAMIENTO:

Según criterio médico de acuerdo a la evolución de la enfermedad.

TOLERANCIA:

ATOXICO. No se han observado efectos secundarios.

INDICACIONES:

Prostatitis - vesiculitis crónica - infecciones crónicas e inflamatorias uretritis no específica - adenoma de próstata y cistitis.

PRESENTACION:

Envase de 100 comprimidos.

"El mecanismo de acción del Cernitín aún no ha sido aclarado pero puede considerarse comprobado un efecto descongestivo con marcado tropismo prostático específico y una capacidad para aumentar los mecanismos de defensa frente a las inflamaciones e infecciones en general". (Servicio de Urología del Hospital Italiano - Evaluación Clínica del Cernilton.)

LABORATORIOS A. B. CERNELLE VEGEHOLM - SUECIA

Representante exclusivo en la Argentina.



LABORATORIOS TEMIS S.A.C.I.A.

Humberto 1° 1860 - Tel. 23-1809 - Capital Federal



Principio activo del CERNILTON. El Cernitín es un extracto microbiológico de polen seco, que contiene diversos principios vitales: 21 aminoácidos distintos, lípidos, glúcidos, fosfolípidos, un pequeñísimo porcentaje de estrógenos, enzimas, DNA, RNA, vitaminas (no vitamina B.12) y minerales.

NERO

**cólico
renal o
hepático**



composición

NERO inyectable - Cada ampolla contiene:

Floroglucinol 40 mg; 1,3,5 Trimetiloxibenceno 20 µg; Excipiente c. s. p. 2 ml.

NERO 40 inyectable - Cada ampolla contiene: Floroglucinol 40 mg; 1,3,5 Trimetiloxibenceno 40 µg; Excipiente c. s. p. 5 ml.

NERO supositorios - Cada supositorio contiene: Floroglucinol 300 mg; 1,3,5 Trimetiloxibenceno 300 µg; Excipiente c. s. p. 2,400 mg.

NERO comprimidos - Cada comprimido contiene: Floroglucinol 60 mg; 1,3,5 Trimetiloxibenceno 60 mg; Excipiente c. s. p. 200 mg.

presentación

NERO inyectable: Caja de 5 ampollas.

NERO 40 inyectable: Caja de 5 ampollas.

NERO supositorios: Envase de 6 supositorios.

NERO comprimidos: Envase de 30 comprimidos.

ELEA

yugula las crisis
dolorosas más
violentas, del cólico
renal o hepático,
por resolución del
espasmo

facilita la migración
y expulsión indolora
de los cálculos
ureterales

totalmente inocuo

neoplasia renal (Friedenberg y Spjut), y con quiste hidatídico (Martínez Piñero), en nuestro paciente coexistía con una fistula renocólica.

En casi todos los casos se equivocó el diagnóstico pero el error que más interesa destacar es la confusión con una neoplasia maligna, ya que en algunos pacientes se realizó una intervención ampliada, con resección de bazo, ángulo colónico y cabeza de páncreas, cuando tal vez hubiera sido posible una terapia más conservadora. En uno de los casos de Selzer se había efectuado varios años antes lumbotomía exploradora y diagnóstico de carcinoma, siendo tratado con Roentgenterapia posoperatoria.

Anatomía patológica: Macroscópicamente el riñón se presenta agrandado con engrosamiento de la grasa perirenal y con cavidades anfractuadas rodeadas por un tejido duro, lardáceo, con múltiples focos nodulares amarillentos que pueden simular el hipernefroma. Los cálices alterados, dilatados, con contenido purulento, las papilas renales destruidas, la corteza con micro abscesos. Microscópicamente el examen muestra que los nódulos amarillentos están compuestos por células grandes, facetadas, con abundante protoplasma vacuolado y núcleo pequeño y difícilmente coloreable, se observan también abundantes polinucleares y fibras colágenas escasas, más numerosas en otras zonas alejadas de los focos con células espumosas. Estas últimas coloreadas al Sudan se encuentran llenas de inclusiones lipídicas, las coloraciones específicas muestran que se trata de grasas neutras y colesterol con pequeñas cantidades de fosfolípidos (SAEED). Las lesiones vasculares, como lo ha señalado Schopfer, son importantes, con esclerosis arterial y sobre todo venosa.

Patogenia: Los procesos lipogranulomatosos se observan con frecuencia en otras regiones del organismo, inclusive con células xantomatosas. Oberling describió la xantogranulomatosis retroperitoneal y le atribuyó posibilidades metastásicas proponiendo la irradiación posoperatoria. Queloz (cit. Blanc) describió en 1936 una lipomatosis múltiple de los ganglios linfáticos abdominales con lipofagos xantomatosos caracterizados por su riqueza en ésteres de colesterol. Se han descrito procesos semejantes en el pulmón, estómago, colon, plexos coroides, ovarios, vesícula biliar, próstata y particularmente en la esteatonecrosis de la glándula mamaria, espontánea o traumática.

Los lipogranulomas inflamatorios se observaron como consecuencia de la inyección de parafina realizada con distintos fines, en algunos casos en los órganos genitales del varón. Experimentalmente el 75 % de los animales inyectados con parafina por Weidman y Jefferies desarrollaron granulomas.

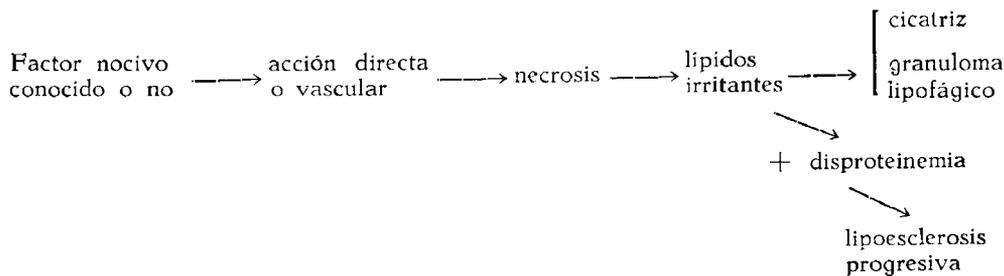
Las células espumosas pueden hallarse en el xantelasma del párpado, o como tumor en el xantoma tuberoso, en estos casos los pacientes suelen presentar niveles altos de lípidos plasmáticos y colesterol igualmente elevado. La xantomatosis secundaria puede ocurrir si el aumento de lípidos se asocia a diabetes mellitus, mixedema, hepatitis colangioliática y nefrosis. Tanhauser supone que la xantomatosis sistémica se debe a una alteración del metabolismo de los lípidos en las células retículo endoteliales. Las células espumosas de la afección que nos ocupa son de naturaleza histiocitaria; Sanerkin y otros han confirmado el origen mesenquimático de las células histiocitarias espumosas del riñón, representando un estado por el que pasa toda citoesteatonecrosis.

Según la naturaleza de las grasas liberadas en el proceso de necrosis la reacción será de lipofagos, de células epitelioides, o de células gigantes. Por otra parte, las mismas células adiposas se originan en las células mesenquimatosas perivasculares, parientes de las del retículo primitivo, que son de la misma cepa que las de los ganglios linfáticos, siendo capaces de producir anticuerpos (cit. Blanc).

De lo expuesto se deduce la dificultad de establecer la secuencia de los fenómenos observados, admitiendo Blanc la posibilidad de una reacción en cadena que haría adquirir a los procesos lipofágicos caracteres especiales. El

denominador común, según este autor, es la necrosis; las reacciones son las mismas para todo tejido adiposo, la célula se hace poligonal, desaparece la membrana, confluyen formando pequeños quistes, multiplicándose los histiocitos y apareciendo las células espumosas, la proliferación fibroblástica limita las zonas necrosadas, infiltrándose de linfocitos los espacios intercelulares; la difusión de las grasas y su transporte explica la extensión de los fenómenos reaccionales que adquieren caracteres particulares en relación en parte con las alteraciones vasculares, particularmente a consecuencia de trombosis venosas previas, y de los distintos elementos, ácidos grasos y ésteres de colesterol, a que da lugar la transformación del tejido adiposo.

Blanc establece en el siguiente esquema el orden y la evolución del proceso:



Esquema éste de particular interés en su aplicación a la patología urológica por cuanto incluye las fibrosis retroperitoneales.

La pielonefritis xantogranulomatosa sería en síntesis la consecuencia de una modalidad reaccional particular ante la necrosis tisular, preferentemente lípida, condicionada a la presencia de distintos factores: infección, cronicidad y modalidad reaccional individual.

La historia clínica de nuestra observación es la siguiente:

Historia clínica 51.194. Policlínico Mariano Castex. P. C., casado, 59 años, argentino.

Es remitido del hospital "F. Santojanni" con el siguiente resumen de historia clínica: En 1968 internado en Posadas (Corrientes) por TBC pulmonar durante dos meses. Medicado con estreptomina, Isoniazida y PAS durante cuatro meses. Se interna el 8/9/69, refiriendo que desde un año antes padece dolor en zona lumbar y flanco derecho acompañado de estado febril y escalofríos, episodios que se repiten en forma intermitente. Se le indica al enfermo tratamiento quirúrgico renal, razón por la cual se traslada a Bs. Aires.

Diagnóstico: TBC pulmonar bilateral excavada.

Estudios realizados: bacteriología de esputo:	{	Directo negativo	
	}	Cultivo negativo	
bacteriología de orina:	{	Directo negativo	
	}	Cultivo negativo	
eritrosedimentación	{	ingreso	68
	}	actual	2
úrea en sangre	{	ingreso	0,20
	}	actual	0,22

Orina	ingreso	actual
reacc.	Acida	Acida
densidad	1017	1017
album.	Vestigios francos	Marcados vestigios
gluc.	No contiene	No contiene
hemoglob.	No contiene	No contiene
Pus	Contiene	Contiene

Bacteriología de orina para flora común: No se observa desarrollo de bacterias.

Urografía: Falta de función renal derecha. Imagen izquierda normal.

Tratamiento: Estreptomicina 1 gr. diario. Isoniazida 800 mgr. Pirazinamida 1 ½ gr.

Se interna en el Servicio de Urología del Policlínico Mariano Castex el 26/1/71. Se intenta realizar pielografía ascendente derecha, no siendo posible la introducción del catéter, por el meato ureteral se observa salida de pus espeso. Ante la imposibilidad de realizar la pielografía ascendente se efectúa pielografía percutánea por punción, inyectándose 60 cc. de yoduro de sodio, observándose relleno de pelvis renal y pasaje a colon ascendente.

El 19/2/71 se realiza intervención quirúrgica: Lumbotomía con resección costal, se constata una gran masa de consistencia dura compuesta por riñón y grasa perirenal adherida al diafragma. En la maniobra de liberación se abre la pleura y el peritoneo. Con dificultad se realiza la nefrectomía con grasa perirenal y glándula suprarrenal. Se comprueba brecha en colon ascendente que se encontraba fuertemente adherido a la masa tumoral. Cierre de la brecha con catgut crómico 000 con puntos ivaginantes en dos planos. Cierre de peritoneo y pleura, cierre de pared en un plano dejando avenamiento de la cavidad. Se le da el alta el 6/3/71.

Reingresa un mes y medio después en muy mal estado general, con ictericia, con componentes obstructivos y parenquimatoso, fistula fecal cutánea y gran absceso de pulmón izquierdo. Es tratado consiguiéndose la desaparición de la fistula fecal y del absceso pulmonar, desaparición de la ictericia. Se da de alta en buenas condiciones.

Informe histopatológico: Protocolo 28.052.

Macroscofia: Forma alterada, tamaño disminuido, adherida al tejido perirenal con el que se remite; glándula supra renal de forma y tamaño conservados. Cortical con regular cantidad de lipoides. Médula s/p. Al corte tejido blanquecino de aspecto fibroso que rodea a una gran cavidad de paredes gruesas, rojizas y superficie granulosa.

Microscopia: Las diferentes secciones muestran pelvis con intenso infiltrado del corion con vasos de neoformación y parénquima renal reemplazado por áreas de necrosis con polinucleares rodeados por tejido xantogranulomatoso. Hay área de hiperplasia tubular. Adrenal: s/p.

Diagnóstico: Pielonefritis crónica xantogranulomatosa.

RESUMEN

Se presenta un paciente de 59 años con pielonefritis xantogranulomatosa asociada a una fistula renocólica y litiasis renal, que había sido tratada previamente con tuberculostáticos por suponerse afectado de TBC. Se realizó nefrectomía y la evolución, aunque accidentada, fue satisfactoria.

BIBLIOGRAFIA

- Aboulker, P.; Franc B.; Galian, P.:* A propos des pynophroses xantrogranulomateuses. J. Urol. Nephrol 75, 803-808, 1969.
- Ackelman, L. V.; Del Regato, J.:* Cáncer, diagnosis, treatment and prognosis. S. Louis C. V. Mosby Co., 1947.
- Avnet, N. L.; Roberts, T. W. and Goldberg, H. R.:* Tumefactive xanthogranulomatous pyelonephritis. Amer. J. Roentgen, 90, 89-96, 1963.
- Barrie, H. J.:* Foamcell Granuloma in chronic pyonephrosis simulating tuberculosis. Brit. J. Sur., 36, 316, 1949.
- Becker, J. A.:* Xanthogranulomatous pyelonephritis. A case report with angiographie finding. Acta Radiol., 4, 139, 1966.
- CULVER, H.:* Replacement lipomatosis of kidney. Surg. Clin. Amer., 14, 813, 1934.
- Chester, W.:* Über Lipoid granulomatose. Virshows Arch. Path. Anat., 279, 561, 1931.
- Deniz, E. and Grafton Weller, S.:* Solitary adenoma with hydrinephrotic atrophy: Xanthomatous papillary adenoma. J. Urol., 92, 263-266, 1964.

- Elliott, C.; Johnson, H. and Balfour, J.*: Xanthogranulomatous pyelonephritis and perirenal xanthogranuloma. *Brit. J. Urol.*, 40, 548-555, 1968.
- Friedenberg, M. and Spjut, H.*: Xanthogranulomatous pyelonephritis. *Amer. J. Roentgen*, 90, 97-108, 1963.
- Grosh, H.*: Chronic pyelonephritis with xanthogranulomatous change. *Amer. J. Clin. Path.*, 25, 1043, 1955.
- Gouygou, Ch.; Habib, R. et De Montera, H.*: L'infiltration lipophagique interstitielle du cortex renal. Études sur bopsies et interpretation histologique. *J. Urol. Med. Chir.*, 65, 644-649, 1959.
- Habib, R.; Levy, M. et Royer, P.*: La pyelonephrite chronique xanthogranulomateuse chez l'enfant. *Arch Fr. Pediat.*, 25, 489-510, 1968.
- Hatch, C. S. and Cockett, A. J.*: Xanthogranulomatous Pyelonephritis. *J. Urol.*, 92, 585, 1964.
- Hooper, R. G.; Kempson, R. L. and Schlegel, J. V.*: Xanthogranulomatous pyelonephritis. *J. Urol.*, 88, 585-593, 1962.
- Ighenti, W. K.*: Zur Frage der allgemeinen Granulomatosen Xanthomatose. *Virchows Arch Path. Anat.*, 282, 585, 1931.
- Kawaichi, G. K. and Reingold, I. M.*: Xanthogranulomatous pyelonephritis in the paraplegic. *J. Urol.*, 97, 58-61, 1967.
- Kutzmann, A. A.*: Replacement lipomatosis of the kidney. *Surg. Gynec. and Obst.*, 52, 690-1931.
- Laurent, M.; Watch, J. M. et Nezelof, Ch.*: Xanthogranulomes rénaux et périrénaux pseudo Tumeurs. *J. Urol. et Nephrol.*, 73, 557-580, 1967.
- Leary, T.*: Crystalline ester cholesterol and adult cortical renal tumors. *Arch. Path.*, 50, 151-178, 1950.
- Mack, F. and Mador, M.*: Pyogenic (Foam cell) granuloma in a case of pynefrosis. *J. Urol.*, 67, 258-261, 1952.
- Mathis, R. y Lorenzo, J.*: Absceso cortical del riñón simulando un neoplasma. *Rev. Argen. Urol.*, 14, 183-189, 1945.
- Martínez-Piñeiro, J. A.*: Pielonefritis xantogranulomatosa. *Rev. Clin. Esp.*, 109, 247-252, 1968
- Mc Kenzie K. R.*: Xanthogranulomatous Pyelonephritis: confusion with renal carcinoma. *J. Urol.*, 92, 261-262, 1964.
- Melicow, M. M.*: Primary tumors of the retroperitoneum. *J. Int. Coll. Surg.*, 19, 401, 1953.
- Melicow, M. M. and Becker, J. A.*: Radiographic simulation of certain solid tumors of the renal corpus to renal cyst. *J. Urol.*, 97, 592-610, 1967.
- Melicow, M. M.*: Xanthic lesions: report of four cases including two of "xanthomatosis" of the kidney. *J. Amer. Med. Ass.*, 105, 768-774, 1935.
- Mirouze, J. et Pages, A.*: Infiltrations spumeuses interstitielles au cours d'affections renales. *J. Urol. Med. Chir.*, 65, 650-659, 1959.
- Noyes, W. E. and Palubinskas, A. J.*: Xanthogranulomatous pyelonephritis. *J. Urol.*, 101, 132-136, 1969.
- O'Rourke, M.*: Lipogranulomata of the male genitalia. *Brit. J. Urol.*, 39, 426-430, 1967.
- Pack, E. T. and Tabah, E.*: Primary retroperitoneal tumors. *Surg. Gynec. Obst.*, 99, 313-341, 1954.
- Parker, J. M.*: Xanthogranulomatous pyelonephritis. *J. Urol.*, 96, 290-292, 1966.
- Raymond, G.; Roustan, J.; Lafay, C.*: Pyelonephrite xanthogranulomateuse (a propos d'un cas). *J. Urol. Nephrol.*, 75, 845-854, 1969.
- Rossi, P.; Myers, D.; Furey, R.; Bonfils, R.*: Angiography in bilateral xanthogranulomatous pyelonephritis. Case report. *Radiology*, 90, 320-321, 1968.
- Dios Dalenz, J.*: La pielonefritis xantogranulomatosa. *Folium Urologicae*, 4, 9-13, 1969.
- Rios Dalenz, J. and Peacock, R.*: Xanthogranulomatous pyelonephritis. *Cancer*, 19, 289-296, 1966.
- Saeed, S. M. and Gine, G.*: Xanthogranulomatous pyelonephritis. *Amer. J. Clin. Path.*, 39, 616-625, 1963.
- Salmon, R. and Koehler, P. R.*: Angiography in renal and perirenal inflammatory masses. Report of three cases. *Radiology*, 88, 9, 1967.
- Schwarzmann, E. and Elkan, W.*: Xanthogranulomatosis of the colon causing obstruction. *J. Int. Coll. Surg.*, 24, 144-150, 1955.
- Selzer, D. W.; Dahlin, D. and De Weerd, J.*: Tumefactive xanthogranulomatous pyelonephritis. *Surgery*, 42, 874, 1957.
- Simril, W. and Rose, D.*: Replacement lipomatosis and its simulation of renal tumors: a report of two cases. *J. Urol.*, 63, 588-592, 1950.
- Souto, C. A.; Monteiro, S. A. and Andrade, L.*: Xanthogranulomatous pyelonephritis. *J. Urol.*, 102, 393-395, 1969.
- Smout, M.; Mc Aninch, L. and Wyatt, J.*: Tumefactive xanthogranulomatous pyelonephritis. *Brit. J. Urol.*, 35, 129-132, 1963.