

## FLEBOGRAFIA RENAL — ANATOMIA RADIOLOGICA

Dres. JULIO C. SALVIDEA, GLORIA E. DIAZ, EDUARDO EYHEREMENDY  
y E. LUCHETTI

Mientras existe una copiosa bibliografía sobre arteriografía selectiva renal, el capítulo de la exploración radiológica de la vena renal permanece aún poco explotado. Resultan sumamente interesantes los aportes de Gillot, con el procedimiento de Cavografía Oclusiva, sobre el cual lamentamos no tener experiencia. Se ha explorado además la vena renal izq., por investigación quirúrgica de las venas funiculares. El estudio angiográfico clásico para vena cava inferior, consiste en la inyección simultánea de contraste en ambas femorales; este método es de especial indicación en los casos en que se presume invasión de vena cava inferior, desde la vena renal, en un proceso canceroso.

En una cavografía son identificables las venas renales por las muescas o improntas del borde de la cava inferior, determinadas por la llegada de sangre no opacificada, más o menos a nivel de la primera vértebra lumbar.

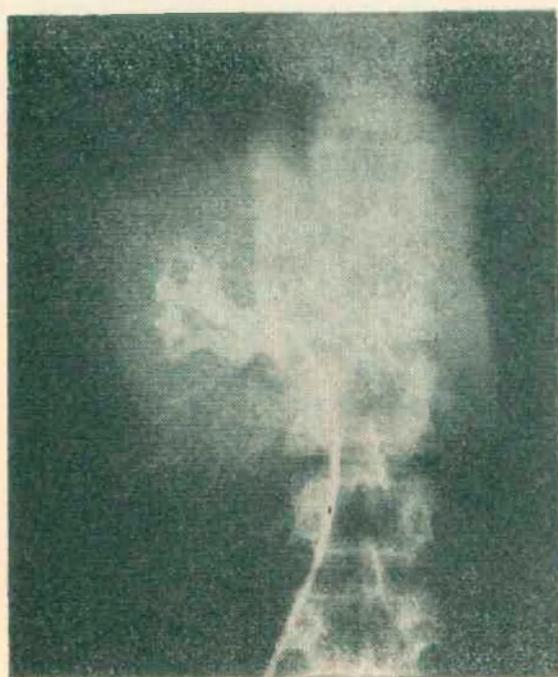


FIGURA 1



FIGURA 2

Durante la arteriografía selectiva, es posible registrar a veces un tiempo venoso, pero la inconstancia de su objetivación y la escasez de su contraste lo convierten en poco satisfactorio para el diagnóstico.

La investigación por separado de ambas renales, con técnica a lo Seldiger, es decir, por reemplazo percutáneo, no quirúrgico, resulta un método cómodo, de fácil realización y carente de riesgos o complicaciones.

El valor que la flebografía selectiva renal pueda tener en la caracterización de los procesos que afectan al riñón, está aún en estudio.

No se debe pretender superponer o contraponer este método al de la arteriografía selectiva renal, de notable precisión.

Utilizamos un catéter Kifa amarillo, de curva amplia, aprovechando la anestesia que practicamos para el estudio arteriográfico. Una vez llevado el catéter a la vena cava inferior, se busca el enganche de ambas renales y se las inyecta manualmente con 20 a 30 c.c. de contraste con la mayor velocidad y presión posibles.

Describiremos la *anatomía general de la vena renal*, la *circulación venosa periférica* y las características de la vena renal derecha y de la izquierda con sus afluentes, incluyendo en ésta los detalles de la vena suprarrenal, motivo de otra presentación a este Congreso.

La circulación venosa renal tiene analogías y diferencias importantes con la arterial. Mientras las arterias son terminales, no sucede lo mismo con las venas que se anastomosan ampliamente. De tal manera, se puede inyectarse el total del sistema ingresando en cualquier rama.

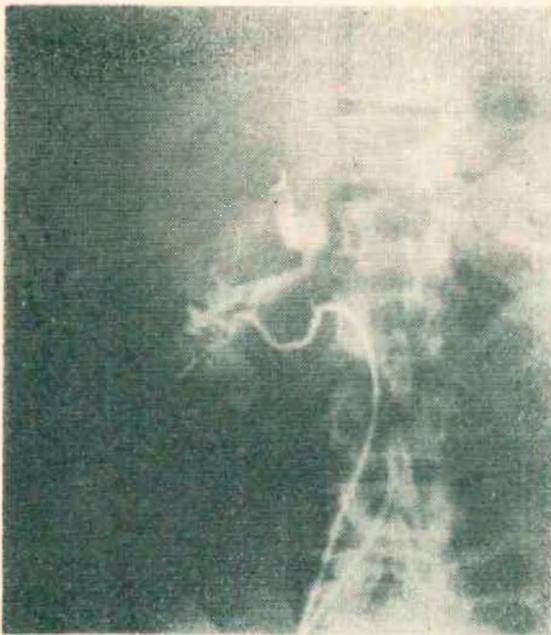


FIGURA 3

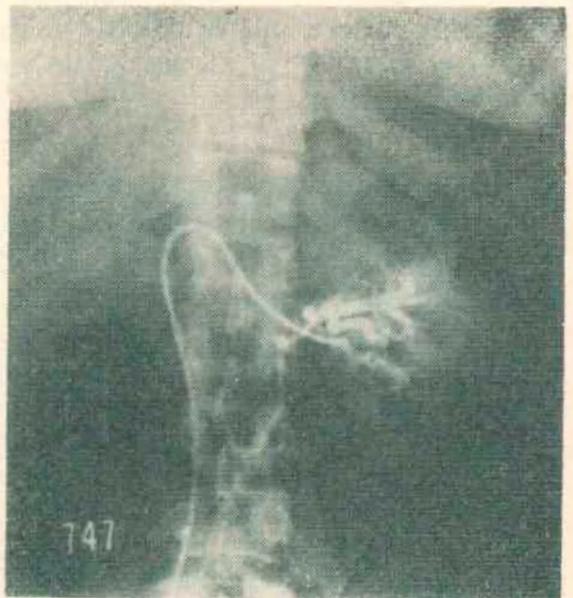


FIGURA 4

Mientras la arteria renal se abre en dos ramas que abrazan la pelvis, la vena ocupa la región prepiélica, siendo la retropiélica una rama de escasa importancia.

La vena tiene el mismo sistema de división que la arteria: rama principal, las dos ramas de división, luego segmentarias y subsegmentarias a cuyo nivel se hace la intercomunicación del total de los sistemas. Nuestra investigación radiológica no llega más allá, es incapaz de demostrar las arcuatas y los vasa-recta venosos.

La vena renal derecha tiene un breve trayecto. Comparamos su imagen a un ramillete o abanico. El interés de su estudio angiográfico se reduce exclusivamente al riñón ya que no recibe afluentes importantes. En un solo caso pudimos observar, como anomalía, la desembocadura de la útero-ovárica en la vena renal derecha.

Es de mucho interés la siguiente observación: Se encuentra una vena a la derecha de la vena cava inferior. Su morfología y su vecindad

al seno renal hacen presumir que se trata de una vena piélica que comunica finalmente con la mesentérica superior y la vena porta. Se trata de una comunicación sistémico-porta espontánea, no registrada en la literatura revisada, análoga a las conexiones descritas entre la vena renal izquierda y la esplénica.

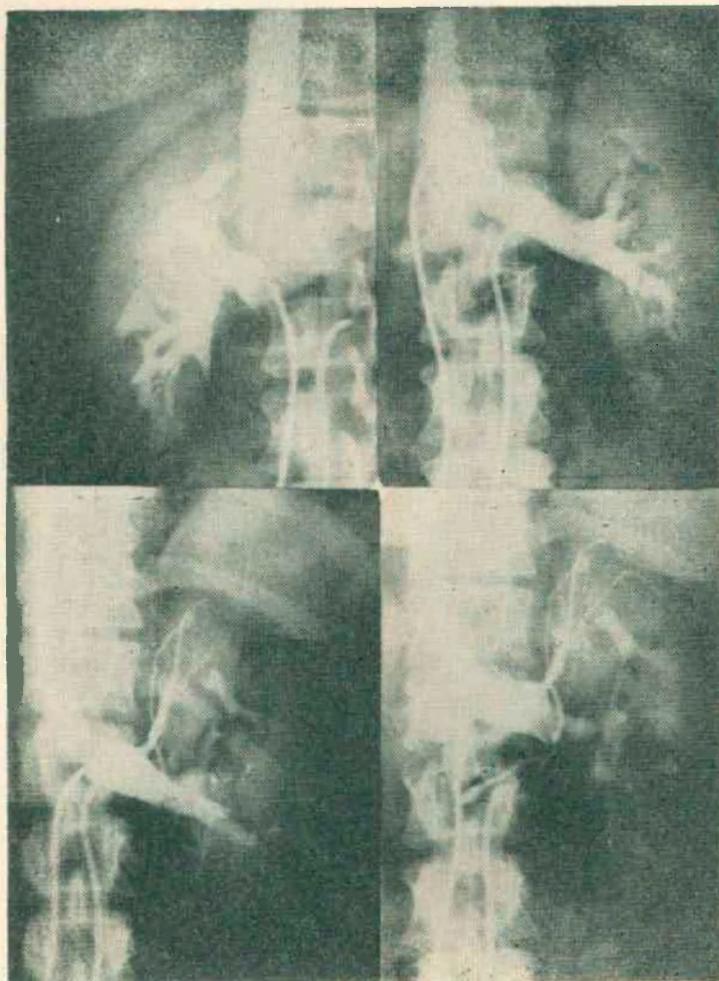


FIGURA 6

La vena renal izq., que debe atravesar el plano medio para encontrar la V.C.I., es más larga. Posee tres conexiones importantes: con la suprarrenal inf. izq. (pedículo principal o hilio suprarrenal) con la vena genital y en muchas oportunidades conecta la primera lumbar con el nacimiento de la azygos (vena renoazygos lumbar).

Las conexiones ascendentes de las lumbares inyectadas a su través se muestran rectilíneas o arqueadas.

La vena útero-ovárica puede llenarse hasta el ligamento ancho y la espermatocálica hasta sus orígenes, las testiculares y epididimarias. Esto es posible dado que el sistema valvular es pobre y débil.

Venas de la cápsula adiposa del riñón circundan en forma de arco el borde externo del órgano, son importantes vías de derivación, conectan la circulación del riñón hacia abajo con la gonadal y hacia arriba con la suprarrenal y las diafragmáticas inferiores. Existen además conexiones parietales e intraperitoneales.

*Patología:* Hemos observado a la vena acompañar al riñón en sus procesos de atrofia disminuyendo su calibre (poliquistosis, pielonefritis).

En cambio, en una hipertensión renovascular con estenosis completa de la arteria renal la vena conservaba su calibre debido al mantenimiento del órgano por circulación vicariante.

En uronefrosis hay apertura grosera de las dos ramas de división configurando un aspecto equiparable a la apertura de las pre y retro-piélica durante la arteriografía selectiva de esta afección.

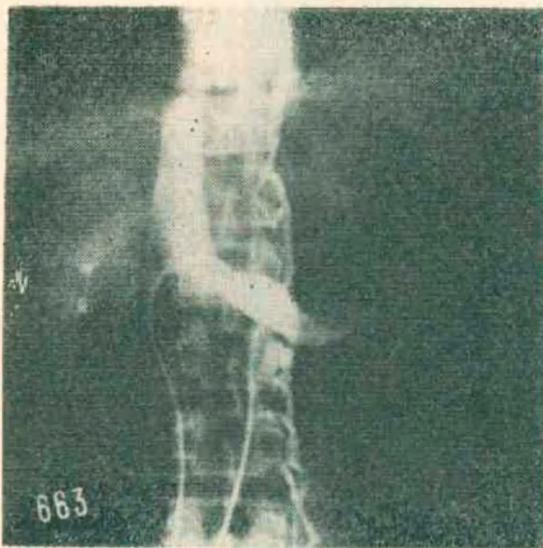


FIGURA 7

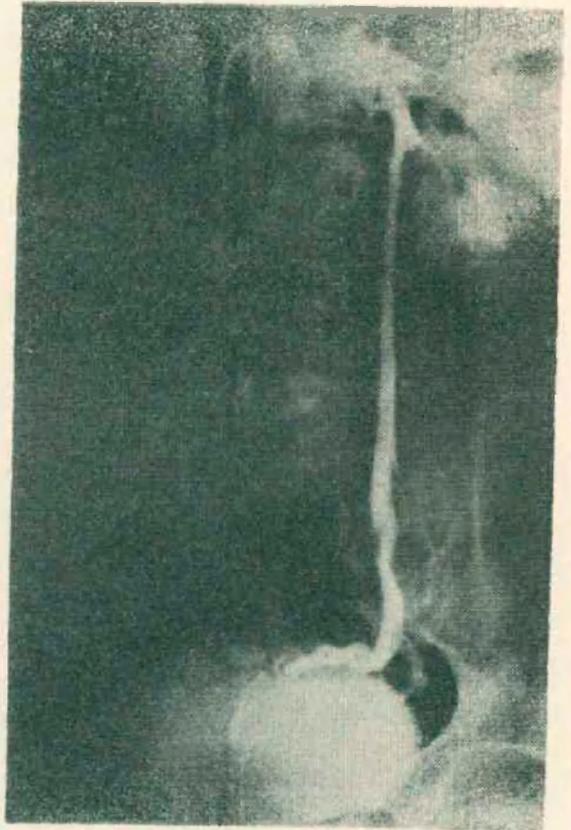


FIGURA 8

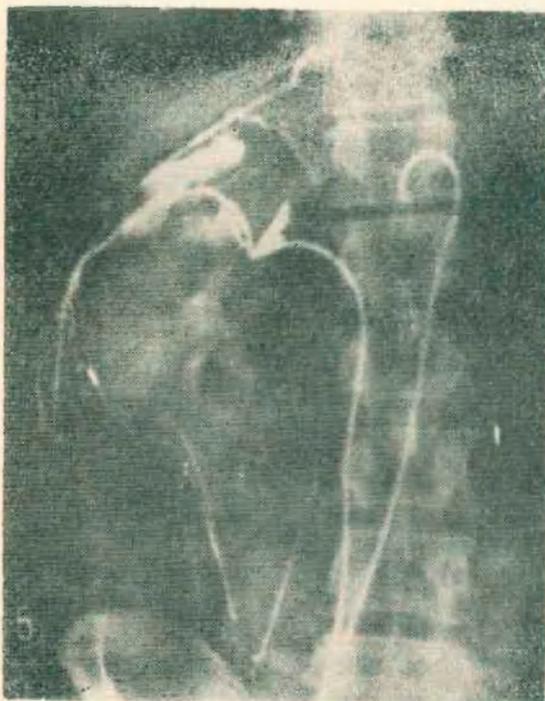


FIGURA 9

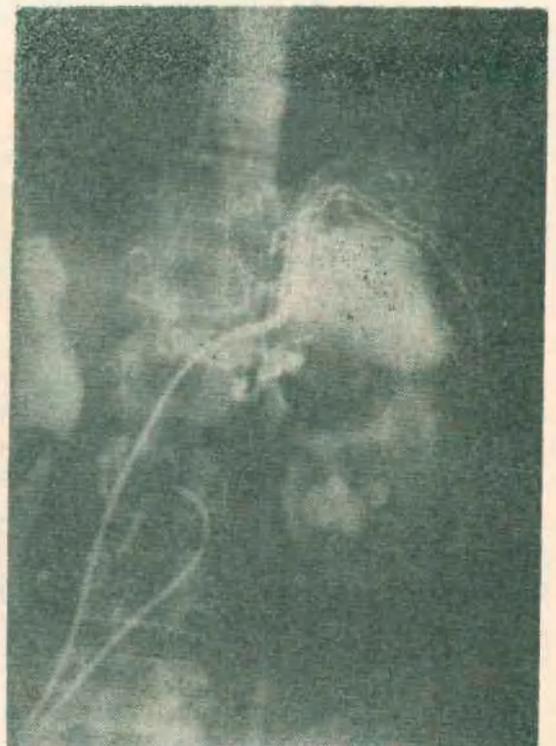


FIGURA 10



FIGURA 11

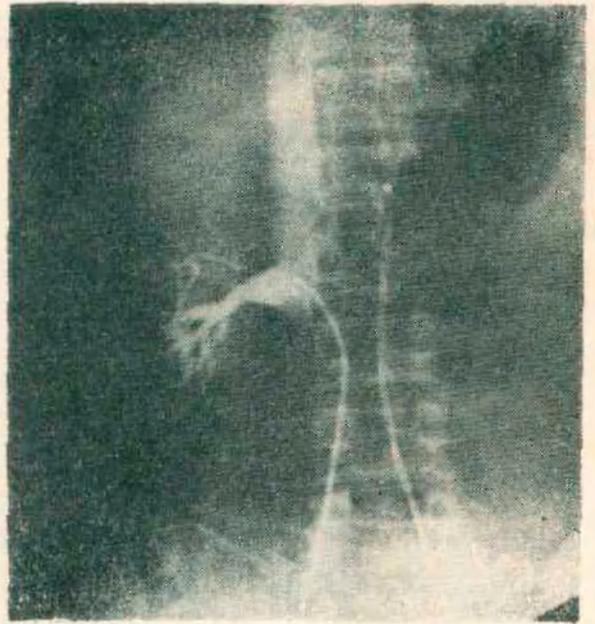


FIGURA 12

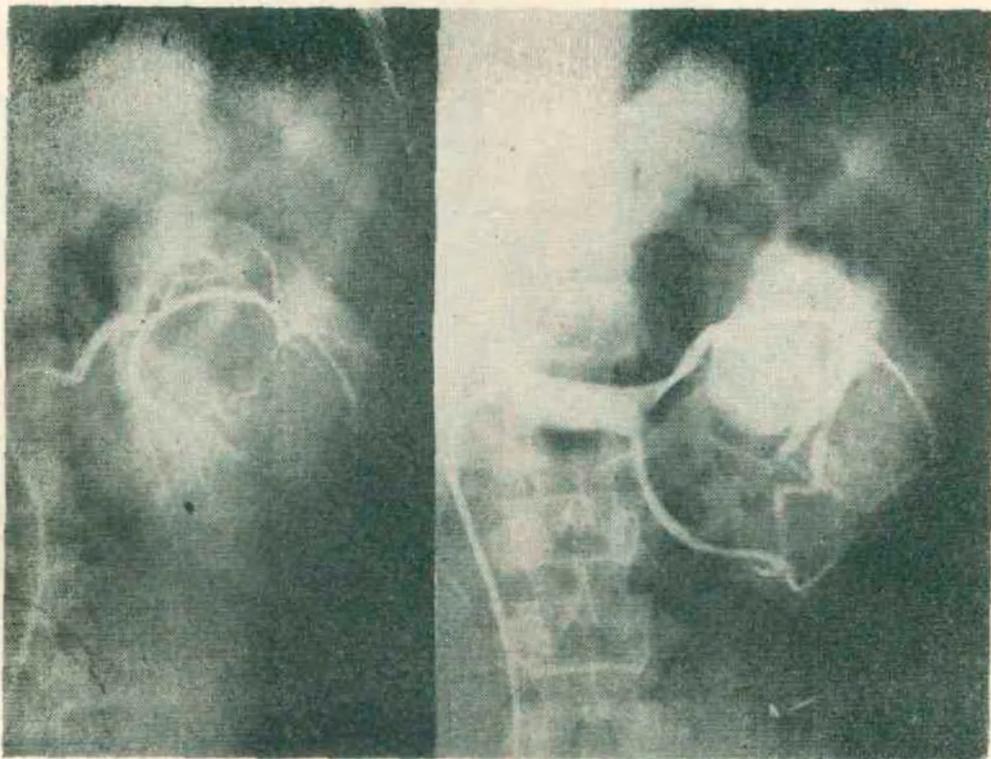


FIGURA 13

Un gran quiste hidático de riñón deformaba y empujaba al órgano y a su pedículo contra los grandes vasos. En la cavografía se observa una ancha desembocadura de la vena renal izq. que no admite el avance del catéter selectivamente más allá de uno o dos cm.