

LOS LINFATICOS DEL RIÑON

Dres. NESTOR JOSE CALDAS, JULIO CESAR SALVIDEA,
PABLO SUAREZ ANSORENA y HECTOR QUEIRELHAC

Los linfáticos del riñón nacen de dos redes intercomunicadas, una superficial y otra profunda, y otra independiente, la de la cápsula adiposa.

La red superficial, asienta en la zona cortical (red de Jaziensky), naciendo desde la cápsula misma. Está constituida por finos canalitos que se anastomosan en plexos que rodean estrechamente la estructura celular.

La red profunda se inicia en capilares que rodean los diferentes segmentos tubulares de la zona medular. Son particularmente importantes alrededor de los vasos y en el intersticio.

Estas dos corrientes se unen en la base de las pirámides de Malpigh para dar origen a los plexos peripapilares, que atraviesan las columnas de Bertini para desembocar en el seno del riñón.

En la periferia de los cálices, se desarrollan numerosas anastomosis tanto linfáticas como venosas, lo que transforma el ángulo calicopilar en zona de gran actividad circulatoria.

Los colectores

A su llegada al hilio, los colectores linfáticos siguen los ramos arteriales y especialmente los venosos del pedículo, disponiéndose en: Grupo anterior, medio y posterior, con pequeñas variantes en cada lado. Fig. N° 1.

Linfáticos del Riñón

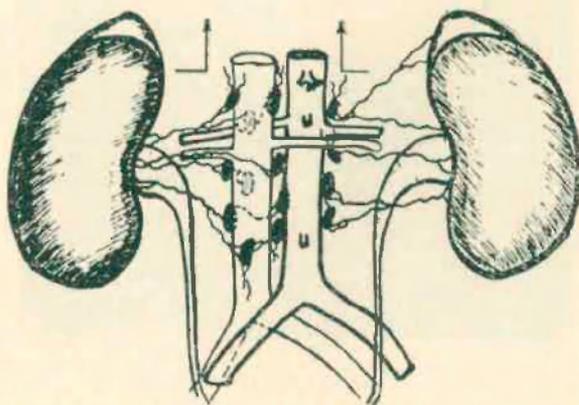


FIGURA 1

El grupo anterior drena la valva anterior del riñón, consta de tres o cuatro colectores, colocados por delante de la vena prepilórica primero y de la renal después, cruzan por delante y por detrás de la vena cava inferior y desembocan en los ganglios correspondientes.

El grupo medio cuenta con un solo colector a la izquierda y con dos a la derecha.

El grupo posterior, con tres a la izquierda y cuatro a la derecha, sigue la cara posterior de la arteria retropiélica y de la renal después. Los colectores derechos terminan en los ganglios retrócavos, aplicados contra el pilar derecho del diafragma, y los izquierdos, en los lateroaórticos homónimos. Ambos poseen anastomosis transdiafragmáticas con ganglios mediastínicos inferiores.

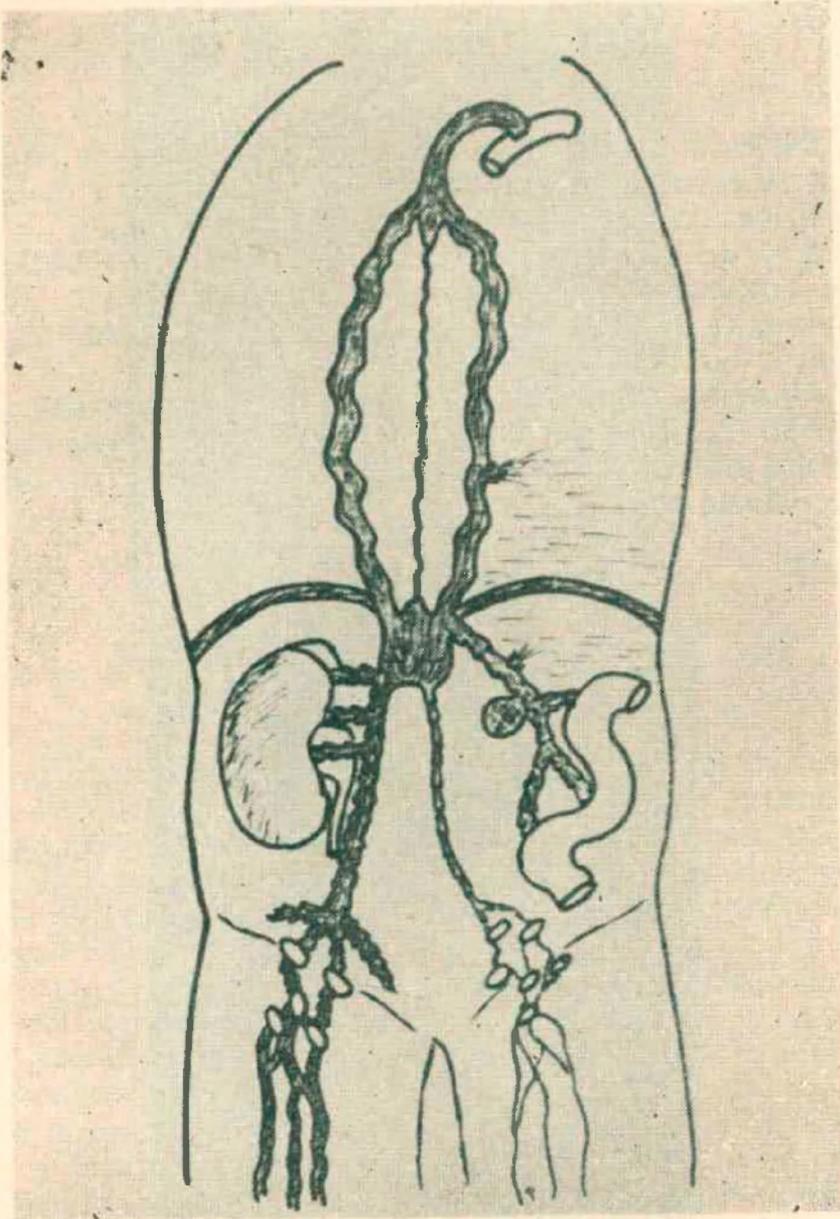


FIGURA 2

Los ganglios

Todos los colectores linfáticos terminan en un sector de la cadena lumboaórtica, comprendido entre el origen de las arterias renales y el de la mesentérica inferior.

Pueden diferenciarse cinco grupos ganglionares: Lacteroaórtico derecho, Lateroaórtico izquierdo, Retrócavo, Laterócavo (a la altura de la vena renal) y Reno-suprarrenal izquierdo.

Se han descrito ganglios intercalares; pero nunca hiliares. Estos grupos reciben colectores de la cápsula suprarrenal, hígado colon y testículo.

No existiendo normalmente circulación a contracorriente, no es posible opacificar este grupo linfático ganglionar, por inyección desde el dorso del pie. Fig. N° 3.

Cuando se produce un bloqueo del sistema canalicular, por encima del lugar de embocadura de los colectores renales, la hipertensión resultante, ocasiona dilatación de los mismos e incompetencia de su sistema valvular. Fig. N° 4. En estas condiciones, puede presentarse reflujo linfático desde las cadenas lumboaórticas, siendo factible ahora sí, su opacificación.

Fisiopatología

La circulación linfática de los miembros inferiores y de las vísceras abdominales, se resuelve en dos colectores que, junto con la gran vena linfática entérica, constituye o no la cisterna de Pequet.

En el 35 % de los casos en que la confluencia es baja, se origina el Conducto Torácico en la ya mencionada cisterna, a la altura de L2.

Habitualmente la convergencia es más alta, no habiendo lugar a la formación de cisterna.

El C. T. simple continuidad del colector izquierdo mas la confluencia del derecho, recibe los colectores intercostales, que, escalonándose en su recorrido endotorácico, constituyen la potencial vía de derivación en casos de oclusión de la principal.

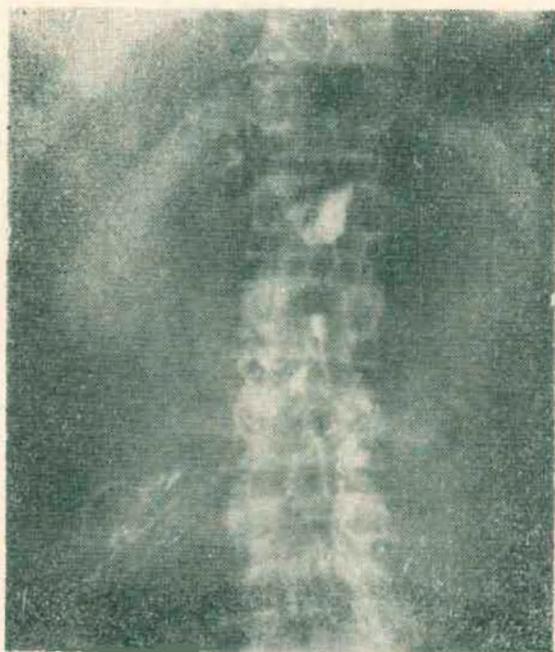


FIGURA 3

Cuando un proceso que ocupa lugar, se desarrolla en el mediastino, puede suceder que el C. T. se vea ocluído, ya sea por compresión o por infiltración. No obstante, esto no es suficiente para que se desarrollen colecciones quilosas. Las anastomosis linfovenosas son suficientes para derivar la linfa.

Pero las posibilidades de homeostasis se ven superadas, cuando el bloqueo es masivo y sucesivamente se ven afectadas la vía principal de derivación y luego las supletorias. En este momento se producen fenómenos de permeación: Quilotórax, Quiloperitoneo, Quiluria y en algunos casos, derrames quilosos en las extremidades. Fig. N° 2.

Descripción de las diapositivas

Esta breve reseña nos permite interpretar fisiopatológicamente este estudio linlográfico, en el que aparecen nítidamente opacificados los linfáticos posteriores de un joven paciente, portador de quíloria y quilotórax. Fig. N° 3.

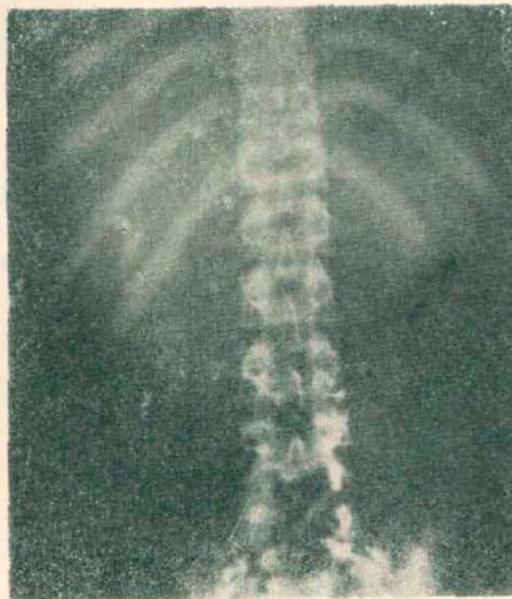


FIGURA 4

Las dos primeras placas, muestran la opacificación de los linfáticos del pedículo renal y de los intercostales de los tres últimos espacios documentando de esta manera, su intercomunicación a través de los ganglios del grupo retrócano, con los colectores del grupo posterior.

El siguiente, muestra la recanalización del C. T. a través de los colectores intercostales izquierdos.

En los restantes, la colocación de un catéter en la arteria y vena renales, respectivamente, facilita la identificación de estos elementos, demostrando simultáneamente una variante anatómica, y la coincidencia de los colectores linfáticos con el recorrido de la vena renal; facilita así mismo la tarea del cirujano, al indicarle la zona a explorar.

La última placa, pone de manifiesto la estasis linfática, a través de las linfangiectasias en el territorio de los colectores renales e intercostales patológicos, en placa de más de 48 horas. Fig. N° 4.