

## LINFOGRAFIA EN AFECCIONES UROLOGICAS

Dres. JULIO CESAR SALVIDEA, LUIS L. SANCHEZ SAÑUDO,  
NESTOR JOSE CALDAS y JUAN C. SPERANZA

El aporte de la linfografía en los últimos años, ha hecho que adquiriera un lugar preponderante en los dominios de la cancerología, tanto en los aspectos diagnóstico, como de control alejado, abriendo perspectivas para la terapia intralinfática.

La variable tendencia linfófila de la patología neoplásica urológica, condiciona la rapidez y cuantía de la invasión ganglionar, que será investigada en el grupo inguinal, para los cánceres de pene; en las cadenas ilíacas, para los de vejiga y próstata, y en los ganglios del grupo lumboaórtico para los de testículo y riñón. Es útil recordar que en este último, la primera estación ganglionar, se halla en los de la ya mencionada cadena lumboaórtica.

### *Técnica*

Previa coloración del linfático por inyección de Azul Patente en el primer espacio interdigital del pie, lo disecamos y canulamos con una aguja de dentista, adaptada a un catéter, por el que inyectamos a presión, lipiodol ultrafluido, obteniendo la opacificación de los canales linfáticos de las extremidades inferiores, los ganglios inguinales, ilíacos, lumboaórticos y aproximadamente en media hora, la del conducto torácico.

Se obtienen radiografías, a continuación del fin de la inyección bilateral, cuyo número dependerá de cada caso en particular y luego de de 24 horas, lapso en que normalmente se han lavado los colectores, estando opacificado solamente los ganglios.

### *Interpretación del material*

El ganglio metastásico no excluido de la circulación se opacifica, su relleno es incompleto y presenta una laguna sinusal; esta imagen es típica, pero no muy frecuente.

Si en la placa precoz, se opacifican redes linfáticas muy ricas y anárquicas, debe despertarse la sospecha de metastasis, pero sólo como signo indirecto, aguardándose los estudios de 24 o más horas para certificar el diagnóstico y no afirmarlo sino sobre ellas.

Los ganglios invadidos no son nunca muy grandes, generalmente no sobrepasan los dos centímetros, lo que los diferencia de los linfomatosos que suelen adquirir mucho mayor tamaño.

Cuando el ganglio es invadido totalmente, queda excluido de la circulación, sólo los signos indirectos pueden detectarlo entonces. Tales: las imágenes de rechazo; el silencio ganglionar, o los canales secundarios que rodean las zonas mudas, y a veces, la aparición de ganglios que normalmente no se opacifican, signo elocuente de circulación supletoria.

Son frecuentes los bloqueos parciales o totales, que provocan la detención de la columna opaca, mostrando canales dilatados y persistentes por más de 24 horas.

Estos bloqueos, a veces bien tolerados, otras veces provocan derrames quilosos. La explicación de esta aparente incongruencia, se halla en las múltiples anastomosis linfaticovenosas, que actúan vicariando a la normal del C. T. cuando existe hipertensión.

La circulación colateral supletoria, consecuente a los bloqueos, explica la aparición de metastasis contralaterales y paradójales, a favor de las múltiples anastomosis del sistema linfático entre sí.

Siguiendo estos lineamientos, se podrá dirigir con exactitud un tratamiento radiante, controlar peroperatoriamente una linfadenectomía, establecer pronóstico, controlar la evolución de la localización metastásica, o intentar la terapia intralinfática.

La sencillez del método, su inocuidad y su reducido costo, hacen que deba recomendarse su empleo con máximo entusiasmo, hasta obtener de él todos sus beneficios.