

VARIANTES ANATOMICAS DEL CONDUCTO TORACICO

J. H. SOLIS ALAMILLA, C. SANCHEZ FABELA, R. GUTIERREZ CARREÑO

**Departamento de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital General.
Instituto Mexicano del Seguro Social C. M. N. México, D. F.**

Es realmente difícil para los estudiosos del sistema linfático hallar descripciones anatómicas de este sistema y los que existen están orientados hacia su patología. Es conveniente dar a conocer algunas de las variantes congénitas encontradas para integrarlas en conjunto y poder interpretarlas convenientemente. En esta ocasión nos referiremos al *Conducto Torácico*: Las variantes anatómicas más frecuentemente encontradas en un período de un año mediante estudios linfográficos en número de Cien con demostración radiológica de sus cambios anatómicos, excluyendo pacientes con problema obstructivo en que existen imágenes radiológicas distintas a las variantes anatómicas.

Los casos reportados son pacientes cuyo problema no tuvo repercusión anatómica en el Conducto Torácico ni en su desembocadura que pudiera traducir alguna alteración morfológica del mismo.

Normalmente el Conducto Torácico se inicia a nivel de L_1 a partir de la Cisterna de Pecquet con variaciones en este sitio. En conjunto lo forman 4 troncos principales, a saber:

a) Por afluencia de la cadena paracaval y paraaórtica que drenan a la Cisterna de Pecquet (2).

b) Dos troncos: uno derecho y otro izquierdo, por los cuales drena la linfa proveniente de las vísceras respectivas: un tronco intestinal, esplénico y diafragmático, por el lado izquierdo, y tronco intestinal, hepático y subdiafragmático, por el lado derecho.

Ya iniciado el tronco principal del Conducto Torácico a partir de la Cisterna, drenan hacia él los linfáticos que provienen del hemitórax izquierdo hasta su desembocadura.

Por otra parte, del lado derecho a nivel de su tercio inferior drenan los linfáticos que provienen del hemitórax derecho, pero en sus dos tercios superiores el drenaje linfático de este hemitórax forma un nuevo tronco, unas veces independiente del Conducto Torácico y otras veces unido a él y que desemboca en el lado homólogo contralateral y que es conocido como la Gran Vena Linfática Derecha.

Normalmente el drenaje de linfa en estos niveles es regulado, igualmente que en otros sitios, por la presencia de válvulas, lo mismo que son demostrables



FIG. 1. — Explicación en el texto.



FIG. 2. — Explicación en el texto.

Caso II (fig. 2):

Aquí apreciamos una trifurcación de un Conducto Torácico a partir de un tronco único con nacimiento a nivel de L_1 con imagen distinta a la anterior en su desembocadura, correspondiendo a tres distintas, una para cada conducto respectivamente, pudiendo observar la diferencia de calibre de cada uno de ellos.

Caso III (fig. 3):

Este interesante caso corresponde a un Conducto Torácico Ectásico, que se presenta en situaciones de insuficiencia valvular en igual forma que a nivel de otros sitios vasculares (venas). Nótese el gran calibre del mismo acercándose a 1 cm en su gran desembocadura.

Caso IV (fig. 4):

Aquí presentamos una duplicación de un Conducto Torácico a partir de un solo tronco (bífido), con una desembocadura en herradura, apreciando

en el Conducto Torácico. El calibre normal de este conducto es aproximadamente de 2-4 mm y la cantidad de linfa que transporta es de 2-10 mL por hora, aproximadamente. Insistimos en que en los casos que a continuación presentamos excluimos algún tipo de bloqueo en la desembocadura del Conducto Torácico.

Casos clínicos

Caso I (fig. 1):

Este caso corresponde a una duplicación troncular del Conducto Torácico, desde su nacimiento a nivel de D_{12} (para mayor claridad no fue posible efectuar la toma con plaqueta). Se aprecian ambos conductos torácicos hasta su desembocadura. Puede apreciarse que sigue prácticamente el mismo trayecto que el izquierdo, usualmente el que es visualizado con mayor frecuencia hasta su desembocadura en el lado contralateral.



FIG. 3. — Explicación en el texto.

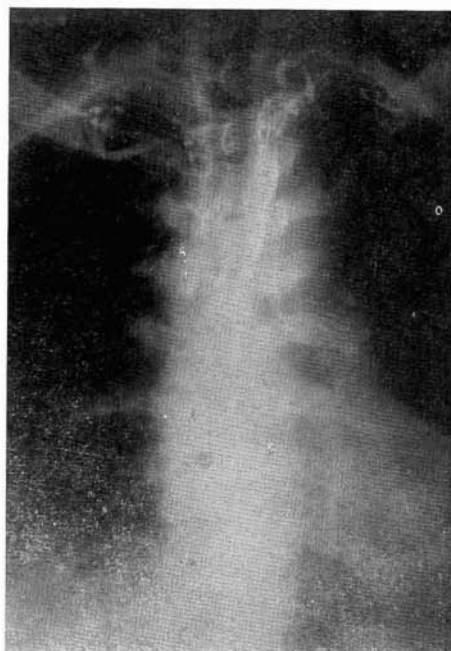


FIG. 4. — Explicación en el texto.

incluso material de contraste en el lado contralateral y que corresponde a algún afluente de la vena linfática derecha en conexión con el tronco principal.

Conclusiones

Demostramos en los presentes casos que existen variantes anatómicas muy interesantes: cuatro casos que representan el 4 % de variantes congénitas del número de estudios efectuados durante un año. Usualmente en nuestro Departamento buscamos intencionadamente visualizar siempre el Conducto Torácico durante la toma de placas radiográficas en forma biplanar (anteroposterior y lateral), incluso efectuando masaje en las extremidades, cuando el material de contraste no ha progresado hasta dicho nivel, y en contadas ocasiones lo hemos efectuado mediante Fluoroscopia.

Existen descripciones esquemáticas de dos y tres Conductos Torácicos independientes iniciándose en la Cisterna de Pecquet, muy difíciles de demostrar.

En esta ocasión presentamos las variantes anatómicas más frecuentes encontradas en estudios sistematizados con búsqueda intencionada de las mismas, ya que requiere de mucha paciencia e interés en ello. Por lo tanto, como mencionamos al inicio de estas líneas, el interés principal es para los estudiosos de la Linfología y anatomistas, sin embargo creemos conveniente darlas a conocer para una mejor interpretación en caso de encontrarse con ellas.

RESUMEN

Se exponen algunas de las variantes halladas en el Conducto Torácico.

SUMMARY

Some variants of the Toracic Duct are presented an commented on.

BIBLIOGRAFIA

1. SERVELLE, M.: Les Lymphatiques du Diaphragme dans les dysfonctionnements du canal thoracique. «Pathologie Vasculaire», tomo III, 23:23, 1975.
2. FOLDI, M.: «Physiology and Pathophysiology of Lymph flow». Cap. 1, 1977.
3. LOCKHART, R. D.: Sistema Linfático. «Anatomía Humana».