

Ureteroscopia para todas las Litiasis Ureterales.

Dres.: MINUZZI P. G., OLMEDO R.A., MINUZZI P. M., ZAZU J., MINUZZI S.I., MINUZZI F. G., SARRIA J. P.

RESUMEN: Hemos practicado más de 250 Ureteroscopias (U.R.S.) hasta el presente, y la creciente experiencia hizo posible que en el momento actual podamos resolver la casi totalidad de las Litiasis Ureterales a pesar de contar con el inapreciable respaldo de la Litotricia Extracorporea por Ondas de Choque (E.S.W.L.).

Asimismo practicamos múltiples ureteroscopias con fines diagnóstico y terapéutico de otras patologías no Litiasicas (Tumores, Estenosis, etc.) en este trabajo queremos resaltar las normas que seguimos y las precauciones que se deben observar para no incurrir en iatrogenia, y que permiten conseguir buenos resultados.

(Revista Argentina de Urología, Vol. 58, pág. 9, 1993)

Palabras Claves: Ureter; Litiasis Ureteral; Ureteroscopia.

INTRODUCCION

En primer término recomendamos lo que habitualmente realizamos en los cálculos de ureter medio y superior (por encima del cruce de los vasos iliacos) de regular tamaño (Más de 10 mm.), pero sobre todo en los verdaderamente obstructivos y con repercusión sobre la función renal, cual es colocar un Pig-Tail doble "J" con anestesia local y sedación por lo general de forma ambulatoria y diferir entonces la ureteroscopia resolutive entre 15 y 30 días. De esta manera el paciente recupera funcionalmente su riñón, no presenta cólicos ni dolor y se consigue una dilatación ureteral que facilita de gran manera la instrumentación ulterior disminuyendo asimismo el tiempo operatorio.

MATERIAL Y METODOS

Utilizamos indistintamente ureteroscópio marca Storz o Wolf convencional. El promedio de Edad corresponde

a 47 años con un rango entre 6 y 76. Preferimos realizar el tratamiento bajo anestesia peridural (80% de los casos), reservando para los restantes la sedación o la anestesia general.

En cuanto a la posición colocamos al paciente con el miembro inferior homolateral al cálculo elevado, y el contralateral bajo, ya que de esta forma además de facilitar el ingreso al ureter permite al cirujano múltiples posibilidades de posiciones operativas.

El 86% de las ureteroscopias realizadas tenían por fin la extracción Litiasica y el 14% restante se realiza con fines diagnóstico o para tratamiento de otras patologías ureterales (Tumores, estenosis, etc.).

Con respecto a la localización de los cálculos un 4,7% correspondía a pelvis renal, un 11,1% a ureter superior, un 32,5% a ureter medio, y un 51,6% a ureter inferior.

En lo concerniente a la metodología que preferimos, señalamos:

a) Drenaje vesical continuo que realizamos durante toda la ureteroscopia y desde el inicio de la misma con

* (F.U.C.D.I.M.) Fundación Urológica Córdoba para la Docencia e Investigación Médica (Córdoba - Argentina).

una Sonda de Nelaton (10-12 Ch.); es por todos conocida la conveniencia de mantener la vejiga prácticamente vacía para facilitar la introducción en el ureter y la posterior manipulación en el mismo.

b) Con respecto a la dilatación del orificio ureteral y del trayecto intramural, en el comienzo de nuestra experiencia realizabamos la dilatación instrumental que luego abandonamos para practicar únicamente la dilatación hidráulica como propone el Dr. f. Perez Castro, con las amplias ventajas que esta ofrece para la introducción del ureteroscopio, la operatividad intraureteral, y otros beneficios que señalaremos más adelante, siendo de capital importancia la disminución del tiempo operatorio.

c) Como complemento de la dilatación hidráulica utilizamos además, para la introducción del ureteroscopio una cateter ureteral por el canal lateral del mismo, teniendo así una guía segura para insertar y avanzar el aparato. En los casos en los que por la dilatación supralitiasica el cálculo puede desplazarse al riñón, introducimos en lugar de un cateter ureteral común una Sonda Dormia o un cateter de oclusión 3 Ch. y así evitamos que en el momento de introducción, que es cuando mayor es la presión hidráulica se produzca la fuga del lito al riñón.

d) En los casos de litiasis que por su número y/o tamaño requiere múltiples reingresos al ureter, preferimos, en contra de la opinión de otros autores (X), la utilización de la camisa de Peel Away, para nosotros "Amplatz" ureteral, siempre y cuando:

- 1) Tengamos ureter dilatado previamente, gracias a la colocación del cateter Pig-Tail ya mencionado.
- 2) Que la introducción de la misma se realice simultáneamente a la inserción inicial del ureteroscopio.
- 3) Que dicho "Amplatz" sea rasgado y de una cierta flexibilidad que permita observar la impronta del cruce de los vasos ilíacos.
- 4) Hay que tener especial cuidado cuando se avanza el "Amplatz" dentro del ureter que siempre debe estar 2 o 3 cm por detrás del ureteroscopio.

Este accesorio facilita y agiliza enormemente la reintroducción del ureteroscopio, cuantas veces se desee, sin producir lesiones ureterales.

e) Una vez localizado el cálculo disponemos de varias alternativas para su extracción. Algunas con elementos ya mencionados en las etapas anteriores. El ideal, en primer término es la extracción directa con pinzas, cuando la localización y las características del lito lo permiten. Si ha sido colocada una Sonda Dormia u otra cestilla extractora es posible en ocasiones, bajo visión, la extracción con la misma y con la ayuda de la presión hidráulica, que favorece la distensión del ureter, por debajo del lugar donde asienta la litiasis. Esta maniobra

también se realiza para la extracción con pinzas.

Si el cálculo es de gran tamaño, y no permite la extracción directa, o si esta fuertemente impactado en el ureter, se requiere la fragmentación del mismo que realizamos habitualmente con litotricia ultrasónica. Es en estos casos en que puede tener una gran ayuda el "Amplatz" ureteral, como así también en las calles litiasicas (post ESWL).

Para los cálculos de ureter medio y superior (técnica que realizamos en la era pre-ESWL) forzando la indicación, como se ha mencionado previamente colocamos un Pig-Tail entre 15 y 30 días antes. De esta forma realizamos la ureteroscopia con un ureter complaciente y dilatado y con menor riesgo de infección ya que la permanencia del Doble "j" ha permitido el drenaje continuo del riñón y con las medidas de precaución que tomamos (acidificación de la orina y antisepsia) logramos llevar al paciente en perfectas condiciones al acto quirúrgico. La metodología quirúrgica es idéntica a la descripta para el ureter inferior. Poniendo especial atención en evitar la fuga de la litiasis al riñón. Sin lugar a dudas el tratamiento de elección para los litos del ureter superior sin ESWL, es la N.L.P. por lo tanto los cálculos de mayor tamaño que hemos tratado por esta vía son los del ureter medio (Mayor de 15 mm.).

En lo que respecta al post-operatorio de todas las U.R.S. independientemente del sector ureteral en que hayamos trabajado, dejamos por lo menos 24 hs un cateter ureteral y sonda vesical, y a través de este realizamos el control para certificar la ausencia de litiasis residual y la permeabilidad de la vía.

La mayoría de nuestros pacientes realizan un IUUV a partir de los 60 días del procedimiento a fin de corroborar la completa indemnidad del árbol urinario.

Por último a fin de evitar la infección post operatoria realizamos a nuestro pacientes 24 hs de antibiocioterapia desde el día de la internación, para continuar luego con 4-5 días de antisepsia urinaria, por supuesto todo modificable según cada caso y urocultivo previo.

COMPLICACIONES

Presentamos a continuación la causas de los fallos ureteroscópicos en oportunidades la fuga del cálculo al riñón practicando inmediatamente la N.L.P. resolutiva:

Tres por imposibilidad de ingresar al ureter.

En cinco oportunidades la imposibilidad de alcanzar el lito motivó la permanencia de un cateter ureteral para solucionar esto en una segunda sesión.

Con respecto a las complicaciones de mayor envergadura citamos dos estenosis, aclarando en este punto, que no ha sido posible chequear a todos nuestros pacientes pues muchos no regresan a la consulta debido a que

residen en centros alejados, pero tenemos conocimiento de su evolución satisfactoria.

En cuanto a las perforaciones citamos 7 de importancia, (3) de ellas con cirugía abierta reparadora inmediata por el gran extravasado, (2) de ellas con fuga de lito fuera de la vía urinaria, siendo las restantes incluidas estas (2) últimas, manejadas con tratamiento conservador cual es la permanencia de un Pig-Tail o cateter ureteral.

U.R.S. EN OTRAS PATOLOGIAS

En 15 pacientes se práctico la U.R.S. para certificar la existencia de una estenosis y para el tratamiento de la misma tentativo con la dilatación y posterior colocación de Pig-Tail; en (9) casos se realizó con fines **diagnósticos**, (6) de los cuales eran **tumores intraureterales** y de **vía**, unos benignos y otros que por ser incipientes pudieron tratarse con laser de N.D. Yag, los (3) restantes eran portadores de hematuria y no fue posible establecer la etiología de la misma.

(**Tumores extraurológicos y Urológicos, etc.**) En estos casos la instrumentación con el ureteroscopio siguiendo la luz ureteral, nos permite colocar bajo vision hasta el riñón alambre guía del cateter Pig-Tail que posteriormente es colocado mediante una cistoscopia.-

RESULTADOS

La mayoría de las ureteroscopias para tratar litiasis resultaron un éxito en la primera sesión, teniendo un 7,5% de sesiones iterativas que corresponden en su mayoría a cálculos del ureter medio o superior o a cálculos de gran tamaño que no es posible extraer en un tiempo por lo prolongado del acto operatorio.

DISCUSION

Estamos de acuerdo con otros autores en que la principal complicación de la U.R.S. es la imposibilidad de alcanzar el nivel de la patología (Litiasis u otra). En nuestra experiencia hemos logrado minimizar este obstáculo con la colocación del ya mencionado cateter doble "J", que nos permite instrumentar un ureter amplio y complaciente, disminuyendo así la incidencia de complicaciones menores y mayores, como así también exten-

der la indicación de esta técnica a cálculos que por su localización y/o tamaño eran considerados no accesibles a la U.R.S. como también practicarla en ureteres dobles completos e incompletos sin dificultad alguna.

CONCLUSION

Queremos enfatizar en que nuestra metodología de trabajo expuesta con claridad en estas líneas, haciendo especial incapié en el Pig-Tail previo, la dilatación hidraulica, el cateter ureteral como guía, y "Amplatz" Ureteral nos ha permitido hacer de la U.R.S. una práctica rutinaria en nuestro Servicio, llevada a cabo por todos los integrantes del mismo e inclusive por los residentes, que desde el comienzo de nuestra formación nos entrenamos en las prácticas endourológicas, resaltando que en la era litotricia, la incidencia de estas prácticas es muy baja.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Carter, S St.Cj Cox; R y Wickmam, S.E.A. "Complication Associated with Ureteroscopy" Br. J. Urol., 58 6-25 1986.
- 2) Pekman, I. Husain, N.D. Sharma and S.R. AL-FAQIH "Transuretral Ureteroscopy. Safety Guide Wire as an aid to a more aggressive Approach" Br. J. Urol., 60 23-27 1987.
- 3) Lytton Bernard: "Complication of Ureteroscopy". Seminassin Urology, Vol.IV Nro 3 (August) 183-190 1986.
- 4) Perz Castro Ellendt E., y Martinez Piñeiro J. A. "La Ureterorenoscopia Transuretral. Un actual proceder Urológico" Arch.Esp.Urol., 5:3 1980.
- 5) Perez Castro Ellendt, y Martinez Piñeiro J.A. "Rigid Ureteropyeloscopy. Second Congress of the I.S. U.E. Bristol 1981.
- 6) Ruiz Marcellan, F.J.; Ibarz Servio, L. y Urmeneta Sanroma, J.M. "La Ureterosopia Transuretral en el Tratamiento de la Litiasis del Ureter. A propósito de 100 Ureteroscopias" Actas Urol. Esp. 11:71 1987.
- 7) Tolley D.A. "Endoscopic Ureteric Stone Extraction Experience with the short Ureteroscope" Br. J. Urol., 59 401-404 1987.