TRUCOS EN MEATO-TRAYECTO INTRAMURAL

José H. Amon Sesmero¹, Javier Estébanez Zarranz¹, José M^a Martínez Sagarra¹
y José Vicente Rodríguez².

¹Servicio de Urología. Hospital del Río Hortega. Valladolid.

²Fundación Puigvert Barcelona. Barcelona. España.

ÍNDICE/RESUMEN

1. Trucos en introducción de ureteroscopia semirígida.

J. H. Amón Sesmero, J. Estébanez Zarranz
y J. M. Martínez-Sagarra.

2. Trucos en introducción de ureteroscopia flexible.

J. H. Amón Sesmero, J. Estébanez Zarranz
y J. M. Martínez-Sagarra.

3. Trucos en introducción ureteroscopia rígido-flexible.

J. Vicente Rodríguez.

Palabras clave: Trucos Introducción ureteroscopios.
Ureteroscopia semirígida. Ureteroscopia flexible.

1. INTRODUCCIÓN DEL URETEROSCOPIO SEMIRÍGIDO.

J. H. Amón, J. Estébanez y J. M. Martínez-Sagarra.

El acceso al tramo distal del uréter con el ureteroscopia semirígida, franqueando el meato ureteral es un gesto de vital importancia para llevar a cabo la ureteroscopia con éxito. Esta maniobra debe ser en todo momento delicada y precisa para evitar el daño en el meato ureteral que puede impedir la continuación del procedimiento por sangrado, falsa vía con pérdida del camino o cuanto menos, obligar a un cateterismo ureteral temporal postoperatorio.

La técnica original de la ureteroscopia descrita por Pérez-Castro (1) se ha simplificado con la miniaturización de los ureteroscopios y la aparición de la bomba de dilatación hidráulica del uréter (2). Pero podemos encontrar situaciones en las que el acceso está imposibilitado por no visualizarse el meato, estar éste demasiado lateralizado (ocurre en la HBP muy voluminosa), o ser estenótico.

Correspondencia

J. H. Amon Sesmero
Servicio de Urología
Hospital del Río Hortega
Cardenal Torquemada, s/n
47010-Valladolid (España)

FIGURA 1.

FIGURA 2.

Para la identificación del meato ureteral conviene orientarse con la barra interureteral del trigono, fácilmente reconocible al visualizar el suelo vesical. Siguiendo la misma hacia afuera encontraremos el meato ureteral. A veces, las condiciones locales (edema, cálculo impactado, etc) borran la anatomía del hemitrigono ipsilateral, por lo que una táctica útil puede ser identificar el meato contralateral para hacernos idea por equidistancia de la zona dónde debemos buscar el meato que nos interesa.

Si no hay una identificación clara del mismo, rastreamos la zona con el extremo de una guía introducida por el canal de trabajo del ureteroscopio. Es conveniente utilizar una guía con su extremo muy fle-

xible, (vascular o tipo Sensor, Boston Scientific) que actúa "tactando" la pared, sin dañarla. Cuando existe una próstata voluminosa o un lóbulo medio marcado conviene deslizar el ureteroscopio de esta forma desde el cuello vesical hacia el fondo y hacia fuera, adaptándonos al relieve existente. Una vez que la guía se insinúa en el uréter, encontrando el camino, la introducimos hasta cavidades renales bajo control radiológico. Rotando el ureteroscopio 180° sobre la guía conseguimos tensar el meato que adopta la forma de "tienda de campaña", lo que facilita su entrada (Figuras 1 y 2). Una vez iniciado el tránsito distal del uréter, conectamos la bomba de dilatación (Ureteromat), y volvemos a orientar el ureteroscopio en posición normal. El flujo con el que trabajamos nos permite, al distender la pared ureteral, ver la luz ureteral y ascender con seguridad.

Nuestra táctica es utilizar dos calibres de ureteroscopios semirígidos: 7,2 y 9,5 Ch. (Figura. 3). El primero de los calibres permite acceder al uréter normalmente sin dilatación previa. Es el ureteroscopio que con más frecuencia empleamos para el tratamiento de la litiasis ureteral con láser de contacto. Cuando, excepcionalmente, se precisa dilatación en algún tramo ureteral, utilizamos un pequeño catéter balón (calibre 3 Fr) que pasa por el canal de trabajo del ureteroscopio, alcanza un calibre 12 Fr al hincharse y en su extremo distal es una guía metálica (Passport. Boston Scientific).

El ureteroscopio de calibre 9,5 lo empleamos en caso, sólo, de tener que utilizar la pinza de extracción de rama larga, (precisa de dicho calibre para su paso). El paso de este ureteroscopio puede necesitar dilatación previa del meato ureteral con mayor frecuencia que el calibre 7,2 Fr, por lo que, si encontra-

FIGURA 3.

mos dificultad, procedemos a realizar la ureteroscopia con el aparato de menor calibre, en otras palabras, utilizamos como sistema de dilatación del tramo distal ureteral el propio ureteroscopia. La dilatación, hecha de este modo, es más rápida, se realiza bajo visión directa y permite dejar una guía dentro del uréter que hará de conductor del ureteroscopia 9,5 Fr.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. PEREZ-CASTRO, E.; MARTINEZ-PIÑEIRO, J.A.: "La ureteroscopia transuretral. Un actual proceder urológico". Arch. Esp. Urol., 5: 1, 1980.
2. PEREZ-CASTRO, E.; IGLESIAS PRIETO, J.I.: "No dilatation of the ureteral orifice and the use of hydraulic pump: ureteromat. Controversies in endourology". Philadelphia: WB Saunders, 324, 1995.

2. INTRODUCCIÓN DEL URETEROSCOPIO FLEXIBLE

J. H. Amón, J. Estébanez y J. M. Martínez-Sagarra

Si bien la ureteroscopia flexible fue descrita con anterioridad a la rígida (1), las limitaciones de su manejo por falta de visión y capacidad de ascenso en las cavidades renales condicionaron pronto su escasa utilización. La dificultad de introducción se solventó gracias al tubo-guía que diseñaron Takayasu y Aso (2), precursor de las vainas de acceso ureteral actuales, pero la falta de defletación activa y el escaso canal de irrigación y trabajo fueron sus mayores inconvenientes hasta que solventados estos problemas se utilizó para el diagnóstico y tratamiento de los defectos de llenado del tracto urinario superior (3).

Nosotros utilizamos la ureteroscopia flexible en el diagnóstico de la hematuria benigna unilateral y en el seguimiento de los tumores de urotelio superior tratados conservadoramente de forma endouroológica (4).

La introducción del ureteroscopia flexible ha precisado siempre, en nuestras manos, de dilatación previa del uréter intramural. Procedemos del siguiente modo: tras la localización del meato ureteral por cis-

toscopia, pasamos a través del mismo una guía de 0,038 pulg. con extremo flexible y cuerpo suficientemente rígido para impedir el acodamiento (tipo Sensor. Boston Scientific), sobre la que deslizamos de forma secuencial varios catéteres ureterales (normalmente calibre 7 Fr y posteriormente otro de calibre 8 Fr), que se mantienen en el uréter escaso tiempo. Retiramos el cistoscopia y el catéter, manteniendo en el sitio la guía, cuyo extremo pasamos por el canal de trabajo del ureteroscopia. Deslizamos éste, bien lubricado, sobre la guía hasta el extremo de la misma bajo control fluoroscópico. Para facilitar esta maniobra, un ayudante mantiene la guía tensa y orientada según la dirección ureteral, mientras introducimos el cuerpo del ureteroscopia con la mano no dominante próxima a la uretra, mientras sujetamos el cabezal con la otra mano dominante.

Ante la dificultad de paso del uréter intramural, es conveniente utilizar la vaina de acceso ureteral. Estos dispositivos se fabrican en medidas variables (20-55 cm de longitud y 9,5-14 Fr de calibre). Permiten dilatar este tramo ureteral de forma gradual en un único paso y proveen de un canal de introducción suave y seguro que protege al ureteroscopia cuando se realizan maniobras repetidas de ureteroscopia. Su introducción se hace directamente, montando el dilatador que tiene en su extremo un calibre 6 Fr sobre la guía. Una banda radiopaca en el extremo de la vaina mejora su identificación dentro del uréter, para poder retirar el dilatador cuando la vaina supera el uréter intramural.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. MARSHALL, V.F.: "Fiber optics in urology". J. Urol., 91: 110, 1964.
2. TAKAYASU, H.; ASO, Y.: "Recent development for pyeloureteroscopy: guide tube method for its introduction into the ureter". J. Urol., 112: 176, 1974.
3. BAGLEY, D.H.; HUFFMAN, J.L.; LYON, E.S.: "Flexible ureteropyeloscopy: diagnosis and treatment in the upper urinary tract". J. Urol., 138: 280, 1987.
4. AMÓN SESMERO, J.H.; ESTEBANEZ ZARRANZ, J.; CONDE REDONDO, y cols.: "La ureteroscopia en el protocolo de seguimiento del tumor de urotelio superior tratado por vía endoscópica". Arch. Esp. Urol., 57: 303, 2004.

DIFICULTAD EN LA INTRODUCCIÓN MEATO-TRAYECTO URET. INTRAMURAL*J. Vicente Rodríguez.*

INTRODUCCIÓN URET.RÍGIDO/SEMI RÍGIDO	INTRODUCCIÓN URETEROSCOPIO FLEXIBLE
<p>Dilatadores metálicos: olivas, bujías, etc: traumáticos, pasajes repetidos, peligrosos en uréter terminal tortuoso.</p> <p>NO RECOMENDABLES.</p> <p>SECUENCIA</p> <p>Paso directo (el 80 % de ureteroscopia ≤ 9 ch - Bagley). Si fracasa:</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Rotar el ureteroscopia 180°. Si fracasa:</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>+ dilatación hídrica (ureteromat), (máximo caudal 200/400 mm /seg y una vez sobrepasado reducir a la mitad). Si fracasa:</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Paso guía vascular (tipo Benson 0,035")</p> <p>→ a su través catéter / balón 5 – 7 ch. (2 – 4 cms, 5 – 8 cms. con balón expandido)</p> <p>→ dilatación, vaciado del balón, retirada catéter y paso ureteroscopia dejando guía vascular como tutor.</p>	<p>Paso directo: no es aconsejable; difícil y traumático (para el paciente).</p> <p>SECUENCIA</p> <p>Paso guía vascular (tipo Benson)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ureteroscopia en paralelo o enhebrar ureteroscopia. Si fracasa:</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>+ dilatación hídrica. Si fracasa:</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Sobre la guía vascular pasar "vainas de acceso" hidrófilas y semirígidas (Boston, Cook) de diferente longitud y calibre → retirada del tutor de la vaina → a su través se pasa el ureteroscopia (conservando la guía como tutor).</p>

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. VAULONGENDONK, R. y cols.: "Ureteral acces strategies: pro-acces sheth". Urol. Clin. N. Am. 31: 71. 2004.