Bucle intrapiélico con catéter doble J en procedimiento endourológico: a propósito de un caso

F.J. Delgado Oliva, M.A. Bonillo García, J.L. Palmero Martí, L. Gómez Pérez, E. Broseta Rico, J.F. Jiménez Cruz

Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Actas Urol Esp 2006; 30 (3): 331-334

RESUMEN

BUCLE INTRAPIÉLICO CON CATÉTER DOBLE J EN PROCEDIMIENTO ENDOUROLÓGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Presentamos el caso clínico de un paciente sometido a un procedimiento endourológico (dilatación neumática con balón de estenosis ureteral) que presenta en el transcurso del mismo un bucle iatrogénico del catéter doble J y su posterior manejo terapéutico.

Palabras clave: Bucle. Catéter doble J. Endourología.

ABSTRACT

DOUBLE J CATHETER LOOP AS CONSEQUENCE OF ENDOUROLOGIC PROCEDURE: CASE REPORT

We present a report of a patient that had a iatrogenic double J catheter loop after endourology procedure (neumatic balloon dilatation of ureteral stenosis) as well as its therapeutic management.

Keywords: Loop. Double J catheter. Endourology.

La utilización del catéter doble J como elemento de derivación interna renal, se ha convertido en los últimos años en una herramienta fundamental en la práctica diaria urológica^{1,5}. En nuestra experiencia de más de 15 años utilizando catéteres doble J en diversos procedimientos endourológicos (tratamiento litiasis ureterales con láser, dilataciones neumáticas, etc.) o tras sesiones de ESWL, no habíamos observado ni se había descrito ningún caso de nudo en catéter doble J como el caso clínico que presentamos a continuación.

CASO CLÍNICO

Varón de 50 años con antecedente de fijación en la columna lumbar por hernias discales, que presenta litiasis coraliforme en pelvis renal derecha escasamente radiopaca, con dilatación pielocalicial

y retraso de la eliminación en la UIV (Fig. 1). Se procede a administrar un tratamiento alcalinizante con citrato potásico (*Acalka*) a dosis de un comprimido cada 8 horas durante 3 meses y a la colocación de un catéter doble J derecho. Posteriormente se programan tres sesiones de litotricia extracorpórea con ondas de choque y se solicita UIV tras el tratamiento objetivando una anulación funcional de la unidad renal afecta a pesar de la colocación de catéter doble J.

Para valorar el estado funcional del riñón derecho se realiza un renograma isotópico y gammagrafía renal con escasa captación isotópica del riñón derecho y curva plana y obstructiva tras la administración del diurético en el renograma. La función renal total del riñón derecho es del 9%.

Se realiza una ureteroscopia derecha con anestesia para intentar filiar el origen de la anulación

FIGURA 1. Urografía inicial.

renal apreciando durante el procedimiento una estenosis ureteral lumbar e ilíaca de gran longitud (8-10 cm) sin litiasis apreciable. Se asciende guía estándar (Cordis, de 150 cm de largo y 0,90 mm de ancho con un revestimiento de politetrafluoroetileno) hasta riñón y se dilata repetidamente con balón neumático de alta presión (18 atmósferas) sin conseguir resolver la estenosis ureteral, dado que durante las dilataciones la guía de trabajo es arrastrada con el balón hasta una posición más distal se decide colocar además una guía de seguridad y se procede a ascenderla hasta la pelvis renal para evitar su desplazamiento. Una vez finalizados los intentos de dilatación ureteral se decide la colocación de un catéter doble J que asciende sin problemas por la guía de trabajo. Sin embargo al intentar retirar dicha guía se observa que el bucle intrapiélico ha formado un nudo que impide retirarla. (Fig. 2)

En este momento se le plantean al paciente dos opciones terapéuticas: abordaje percutáneo para extracción del bucle o nefrectomía, dada la escasa funcionalidad del riñón derecho y la este-

nosis ureteral de gran longitud y difícil resolución con medidas conservadoras (Figs. 3-6).

El paciente adoptó por la segunda opción realizando nefrectomía derecha si incidencias operatorias significativas, y estando el paciente asintomático en sucesivas visitas a consulta externa.

DISCUSIÓN

La colocación de catéteres doble J es en la actualidad un procedimiento fundamental en la resolución de obstrucciones ureterales, secundarias a litiasis o tras procedimientos endourológicos². Generalmente se trata de una maniobra segura y bien tolerada por el paciente, aunque se han descrito complicaciones inmediatas como la hematuria, disuria o dolor hipogástrico, y complicaciones tardías como la migración del catéter, incrustación o rotura del mismo^{2,5}. En los 15 años de experiencia en nuestra unidad utilizando estos catéteres en diversas maniobras endourológicas no habíamos observado una complicación como la que hemos descrito, ni siquiera tras la realización de ureterorrenoscopias (URS). La URS

FIGURA 2. Radiografía simple con bucle.

FIGURAS 3, 4 y 5. Pieza quirúrgica.

FIGURA 6. Catéter doble J con bucle.

es un procedimiento endourológico ampliamente utilizado en la práctica diaria urológica para diagnóstico y tratamiento de la patología del tracto urinario superior (litiasis, tumores de urotelio, estenosis ureterales o hematurias con diagnóstico incierto). Generalmente se trata de una técnica segura, fiable y con escaso número de complicaciones, aunque hay descritas en la literatura diversos tipos. Desde simples infecciones urinarias o hematurias que se resuelven espontáneamente sin medidas adicionales, a sepsis urinarias con ingreso en UCI y hasta avulsiones ureterales o roturas renales que requieren tratamiento quirúrgico inmediato⁶. Está bien descrito en la literatura que el número de complicaciones de la

URS disminuye considerablemente con el uso de ureterorrenoscopios flexibles, con una menor duración en el procedimiento y con la experiencia del urólogo que la lleva a cabo^{7,8,10}; aunque con los flexibles la visión es peor y está limitado el uso del láser⁶. Nosotros utilizamos ureterorrenoscopios semiflexibles (ACMI, Olympus, Candela y Storz) con calibres entre 7,2 y 11,5 Ch' y, al igual que Borboroglu et al.⁹, no dejamos de forma sistemática el catéter doble J tras URS no complicadas, siempre que el cálculo o sus fragmentos se hayan extraído completamente. Sólo colocamos el catéter doble J en aquellos casos de edema intenso, perforación ureteral, extrusión de cálculos o restos litíasicos abundantes, evitando así las complicaciones asociadas a la colocación del catéter⁶.

En nuestra experiencia colocando catéteres doble J en diversas maniobras endourológicas y con más de 5500 URS realizadas, no habíamos observado ni hemos encontrado referenciada en la literatura, una complicación como la descrita. En este caso el interés por asegurar que la guía no se desplazara distalmente motivó su excesiva introducción, con la consiguiente secuencia de bucle-nudo e imposibilidad de retirar la misma.

REFERENCIAS

1. Ringel A, Richter S, Shalev M, Nissenkorn I. Late complications of ureteral stents. *Eur Urol* 2000 Jul;38(1):41-44.
2. Bultitude MF, Tiptaft RC, Glass JM, Dasgupta P. Management of encrusted ureteral stents impacted in upper tract. *Urology* 2003 Oct;62(4):622-626.

3. Vallejo Herrador J, Burgos Revilla FJ, Álvarez Alba J, Sáez Garrido JC, Tellez Martínez-Fornes M, Sánchez de la Muela P, et al. Double J ureteral catheter. Clinical complications. *Arch Esp Urol* 1998 May;51(4):361-373.
4. Collier MD, Jerkins GR, Noe HN, Soloway MS. Proximal stent displacement as complication of pigtail ureteral stent. *Urology* 1979 Apr;13(4):372-375.
5. Robert M, Boullaran AM, El Sandid M, Grasset D. Double-J ureteric stent encrustations: clinical study on crystal formation on polyurethane stents. *Urol Int.* 1997;58(2):100-104.
6. Alapont Alacreu JM, Broseta Rico E, Pontones Moreno JL, Oliver Amorós F., Palmero Martí JL, Boronat Tormo F. et al. Complicaciones de la uretero-rensoscopia. *Actas Urol Esp* 2003; 27(9):692-699.
7. Harmon WJ, Sershon PD, Blute ML, Patterson DE, Segura JW. Ureteroscopy: current practice and long-term complications. *J Urol* 1997;157:28-31.
8. Weinberg JJ, Anson K, Smith AD. Complications of ureteroscopy in relation to experience: report of survey and author experience. *J Urol* 1987;137:384-388.
9. Borboroglu PG, Amling CL, Schenkman NS, Monga M, Ward JF, Piper NY et al. Ureteral stenting after ureteroscopy for distal ureteral calculi: a multi-institutional prospective randomized controlled study assessing pain, outcomes and complications". *J Urol* 2001; 166(5): 1651-1657.
10. Schuster T, Hollenbeck B, Faerber G and Wolf S. Complications of ureteroscopy: analysis of predictive factors. *J Urol* 2001;166: 538-540.

Dr. F. Delgado Oliva

Avda. del Puerto, 1-8º puerta 14 - 46021 Valencia

E-mail: frandelgol@hotmail.com

(Trabajo recibido el 4 octubre de 2005)