



ACTAS UROLÓGICAS ESPAÑOLAS

www.elsevier.es/actasuro



Editorial

Comentario editorial al trabajo

“Ureteroscopia diagnóstica y terapéutica: ¿es necesaria siempre la dilatación del meato ureteral?”

Editorial comment on

“Diagnostic and therapeutic ureteroscopy: is dilatation of ureteral meatus always necessary?”

El orificio ureteral varía en tamaño, forma y localización, y tiene una longitud de 9,5 mm en su porción submucosa y 4,8 mm en su porción intramural. La dirección que lleva el uréter es posterolateral, con un ángulo que varía de 90 a 135°. Estas consideraciones anatómicas implican ciertas dificultades técnicas para la realización de la ureteroscopia que hay que solventar, y es por ello por lo que se ha planteado la necesidad de dilatar el meato ureteral para facilitar la introducción del ureteroscopia.

La ureteroscopia es una técnica quirúrgica mínimamente invasiva y altamente resolutive en distintas patologías urológicas, tales como los cálculos y los tumores uroteliales. El porcentaje de éxitos con la ureteroscopia se ha incrementado progresivamente desde el descubrimiento del ureteroscopia en la década de 1980, alcanzando en la actualidad un porcentaje de éxitos superior al 95% en el tratamiento de la litiasis ureteral. Hoy día, la ureteroscopia representa la técnica *gold standard* para la resolución de la mayoría de las litiasis ureterales, y ello ha sido debido a múltiples causas, entre las que merecen destacarse por su importancia la miniaturización de los instrumentos, la mejoría de la visión endoscópica, la tecnología desarrollada para la fragmentación de los cálculos y la adquisición de destreza quirúrgica por parte de los cirujanos.

El requisito imprescindible para llevar a cabo con éxito un procedimiento ureteroscópico es la entrada del instrumento en el uréter, pues los procedimientos endourológicos ureterales a ciegas, sin visualización endoscópica, no son recomendables, por las posibles y frecuentes complicaciones que se producen. Ahora bien, esta maniobra de introducción del ureteroscopia no siempre es fácil, y de ahí la importancia del trabajo de Menéndez et al¹ al abordar el tema y plantear la interesante pregunta acerca de si es necesaria siempre

la dilatación del meato ureteral, que por otra parte es una cuestión que nos planteamos frecuentemente al iniciar la ureteroscopia. Asimismo, es importante determinar qué tipo de dilatación del meato ureteral se emplea, pues aunque todos los métodos facilitan la introducción del ureteroscopia, los métodos mecánicos de dilatación²⁻⁷, como los catéteres ureterales, los doble J, los sistemas telescopados, las vainas teflonadas, las bujías, las olivas y los catéteres balón, son distintos del sistema hidráulico de dilatación (Ureteromat)⁸⁻¹⁰. Las ventajas de la dilatación hidráulica del meato ureteral y uréter intramural sobre la dilatación mecánica son importantes, ya que la dilatación hidráulica no condiciona un riesgo para la integridad de las fibras musculares de la unión vesicoureteral, evitando de esta forma la fibrosis y la consiguiente formación de una estenosis ureteral. Sin embargo, en ocasiones se tiene que recurrir a la dilatación mecánica del meato ureteral, pues no es suficiente con la dilatación hidráulica de éste para poder entrar con el ureteroscopia. Las características anatómicas del meato ureteral y del uréter intramural, junto con el instrumental disponible y la habilidad del cirujano, condicionarán las maniobras que se tengan que realizar para conseguir la entrada del ureteroscopia en el uréter^{11,12}.

En el trabajo que presentan Menéndez et al¹ se analiza de forma retrospectiva la ureteroscopia semirrígida diagnóstica y terapéutica, con y sin dilatación del meato ureteral, en un importante número de casos. Los autores establecen como criterios de dilatación del meato ureteral la dificultad de colocación de la guía ureteral, la imposibilidad de progresar con el ureteroscopia y las anomalías ureterales. La localización de la litiasis, en principio, no representa para los autores un criterio para dilatar el meato ureteral, aunque se considera que en casos de cálculos enclavados en el meato ureteral puede resultar muy dificultoso introducir la guía y

mucho más pasar un catéter o un ureteroscopia; en estos casos, es más recomendable fragmentar primero al menos parte del cálculo.

En este trabajo se puede observar que la mayoría de los pacientes son varones (59%), no habiéndose realizado ureteroscopias en edad infantil, que junto con los procedimientos ureteroscópicos en la mujer embarazada merecen una consideración aparte¹³⁻¹⁵.

Es muy importante llevar a cabo la técnica ureteroscópica de forma reglada y cuidadosa para lograr pasar con éxito y sin problemas tanto el meato ureteral como el uréter intramural, y para ello es importante conocer diversas maniobras, como señalan los autores del trabajo, tales como colocar doble guía o rotar el ureteroscopia 180°. Se considera que es mejor utilizar siempre la dilatación del meato mediante bomba infusora Ureteromat, si se dispone de ésta, y es muy conveniente trabajar siempre con una guía de seguridad. Si existen problemas, como perforaciones ureterales, fragmentación incompleta del cálculo o imposibilidad de continuar la intervención quirúrgica por otros motivos, la guía siempre sirve como tutor para dejar un catéter ureteral o un catéter doble J, evitando de esta forma complicaciones inmediatas o tardías.

En el trabajo se constata que el tiempo de la ureteroscopia es mayor si se dilata el meato, aunque no se evidencian diferencias significativas en cuanto al tiempo si se hace la dilatación activa mediante dilatadores secuenciales faciales; sin embargo, si se utiliza la bomba infusora Ureteromat, el tiempo de acceso al uréter se reduce notablemente, ya que se ahorran maniobras endourológicas, la visión endoscópica es mucho mejor, y con ello se disminuyen las lesiones ureterales. Asimismo, no existen diferencias significativas en cuanto al número de complicaciones con la ureteroscopia, dependiendo si se hace o no dilatación del meato ureteral. Los cólicos renoureterales que se producen tras la ureteroscopia suelen deberse más a la duración y complejidad del proceso ureteroscópico y a la existencia de restos litiasicos que a la dilatación o no del meato, y pueden evitarse dejando un catéter ureteral o un doble J tras realizar la ureteroscopia.

En conclusión, coincido con los autores del trabajo que solamente en casos seleccionados se debe realizar la dilatación mecánica del meato ureteral para llevar a cabo una ureteroscopia diagnóstica o terapéutica, pero considero que debemos utilizar habitualmente la dilatación hidráulica con la bomba infusora Ureteromat, por su eficacia y seguridad al mejorar la visión endoscópica del procedimiento de la ureteroscopia.

B I B L I O G R A F Í A

1. Menéndez N, Varea S, Penida A, Santoril F, Quezada J, Grillo C. Ureteroscopia diagnóstica y terapéutica: ¿es necesaria siempre la dilatación del meato ureteral? *Actas Urol Esp.* 2009;33:160-64
2. Gholamrezaie HR, Shahrazad A, Tabibi A, Bahar HM. Acute dilation of intramural ureter for ureteroscopy: Railway technique. *J Endourol* 2006;20:410-2.
3. Hubert K, Palmer J. Passive dilation by ureteral stenting before ureteroscopy: Eliminating the need for active dilation. *J Urol.* 2005;174:1079-80.
4. Kourambas J, Byrne G, Preminger G. Dose a ureteral access sheath facilitate ureteroscopy? *J Urol.* 2001;165:789-93.
5. Patterson DE. Access to the difficult ureter. En: Smith AD, Badlani G, Bagley D, Clayman RV, Docimo SG, Jordan GH, et al, editores. *Smith's Textbook of Endourology.* 2.ª ed. Ontario: BC Decker Inc.; 2007. p. 227-32.
6. Huffman JL, Bagley DH. Ballon dilation of the ureter for ureteroscopy. *J Urol.* 1988;140:954-6.
7. Garvin TJ, Clayman RV. Ballon dilation of the distal ureter to 24F: an effective method for ureteroscopic retrieval. *J Urol.* 1991;146:742-5.
8. Pérez-Castro E, Mancebo JM, Masarra J. Dilatación hidráulica con bomba impulsora de líquido irrigante. Nuevo aparataje en ureterorenoscopia. *Arch Esp Urol.* 1986;39:3.
9. Pérez-Castro E. Ureteromat. Method to facilitate ureterorenoscopia and avoid dilation. *Urol Clin North Am.* 1988;15:315-21.
10. Cima L, Iglesias JI, Orozco R, Masarra J, Mancebo JM, Pérez-Castro E. Dilatación hidráulica (Ureteromat): ureteroscopia eficaz y segura. *Arch Esp Urol.* 2008;6:55-60.
11. Amon Sesmero JH, Estébanez Zarranz J, Martínez Sagarra JM, Vicente Rodríguez J. Trucos en meato-trayecto intramural. *Arch Esp Urol.* 2005;58:757-60.
12. Vanlangendonck R, Landman J. Ureteral access strategies: pro-access sheath. *Urol Clin North Am.* 2004;31:71-81.
13. Herdon CD, Viamonte L, Joseph DB. Ureteroscopy in children: Is there a need for ureteral dilation and postoperative stenting? *J Pediatr Urol.* 2006;2:290-3.
14. Romero Otero J, Gomez Fraile A, Feltes Ochoa JA, Fernández I, López Vázquez F, Aransay Bramtot A. Tratamiento endourológico de la litiasis del tracto urinario superior en la infancia. *Actas Urol Esp.* 2007;31:532-8.
15. Scarpa RM, De Lisa A, Usai E. Diagnosis and treatment of ureteral calculi during pregnancy with rigid ureteroscopes. *J Urol.* 1996;155:875-7.

Álvaro Serrano Pascual
 Servicio de Urología, Hospital Universitario de Guadalajara,
 Guadalajara, España
 Correo electrónico: alvaro.serrano.p@gmail.com