



Diálisis y Trasplante

www.elsevier.es/dialisis



Nota Clínica

Extracción percutánea de catéter doble J pielovesical

Agustín Azpiazu^{a*}, Koldo Hurtado^a, Eva Pampín^a, Itziar Neve^a y Antón Arruza^b

^aServicio de Radiodiagnóstico, Osakidetza, Hospital Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz, Álava, España

^bServicio de Urología, Osakidetza, Hospital Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz, Álava, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de julio de 2008

Aceptado el 17 de noviembre de 2008

Palabras clave:

Catéter
Doble jota
Extracción
Pielovesical

Keywords:

Catheter
Double J
Extraction
Pyelovesical

RESUMEN

Los catéteres doble J pielovesicales se emplean con cierta frecuencia en variadas situaciones clínicas en el campo de la urología. Está indicado su empleo en la permeabilización ureteral en enfermedad tumoral, el apoyo en la expulsión de fragmentos litíasicos poslitotricia y la ayuda en la expulsión de las litiasis renoureterales.

Cuando se utilizan en enfermedad benigna (tipo litiasis y/o postlitotricia), es habitual que, tras concluida su función, haya que extraerlos. La técnica de elección para su extracción es la vía endoscópica transuretral. Sólo en contadas ocasiones, cuando la extracción cistoscópica no es factible por variadas razones, se puede recurrir a la vía percutánea que exponemos a continuación.

© 2008 SEDYT. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Percutaneous retrieval of a double J pyelovesical catheter

ABSTRACT

Double J pyelovesical catheters are frequently used in distinct situations in urology. Their use is indicated mainly in ureteral permeabilization for neoplastic occlusions, as an aid in expelling stone fragments after lithotripsy and to help renoureteral stones advance to the bladder.

When used in benign disease (such as lithiasis and/or post lithotripsy), once the treatment is over, the catheter is extracted. The procedure of choice is usually a transurethral endoscopic manoeuvre. Only occasionally, when cystoscopic extraction is unfeasible for various reasons, can percutaneous extraction be attempted, as in the case presented herein.

© 2008 SEDYT. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Caso clínico

Se trata de una mujer, de 71 años de edad, tratada de una litiasis renal derecha múltiple mediante litotricia extracorpórea, con la colocación posterior de un catéter doble J pielovesical postratamiento (fig. 1).

Trascurridos 15 días de la litotricia, sin incidencias reseñables, se intenta la extracción del catéter doble J con técnica endoscópica, extracción que resulta técnicamente imposible. Ante esta situación, se plantea su extracción percutánea.

Técnica

Previa sedación por parte del servicio de anestesia, se efectúa, en primer lugar, una nefrostomía percutánea, según la técnica estándar

en nuestro hospital (*set* de punción de COPE) (fig. 2). Se procede a recambiar la guía fina de nefrostomía por un catéter guía de 7F precurvado (fig. 3). A través del catéter guía precurvado, se avanza un catéter lazo, tipo Goose-neck, de 10 mm de diámetro en su circunferencia, y, tras varios intentos, se consigue atrapar el extremo distal del catéter doble J (fig. 4). Una vez firmemente sujeto el catéter doble J con el lazo, sólo queda traccionar de forma suave, pero firme, el lazo y el catéter guía de una forma solidaria (fig. 5). Con esta tracción, se consigue extraer el conjunto por la incisión cutánea efectuada previamente (fig. 6). Tras concluir esta maniobra, se deja una nefrostomía percutánea de seguridad, que se extrae transcurridas 24 h sin incidencias reseñables.

Discusión

Hay 2 grandes grupos de enfermedades en los que está indicada la colocación de catéteres doble J pielovesicales.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: agustin.azpiazu@osakidetza.net (A. Azpiazu).

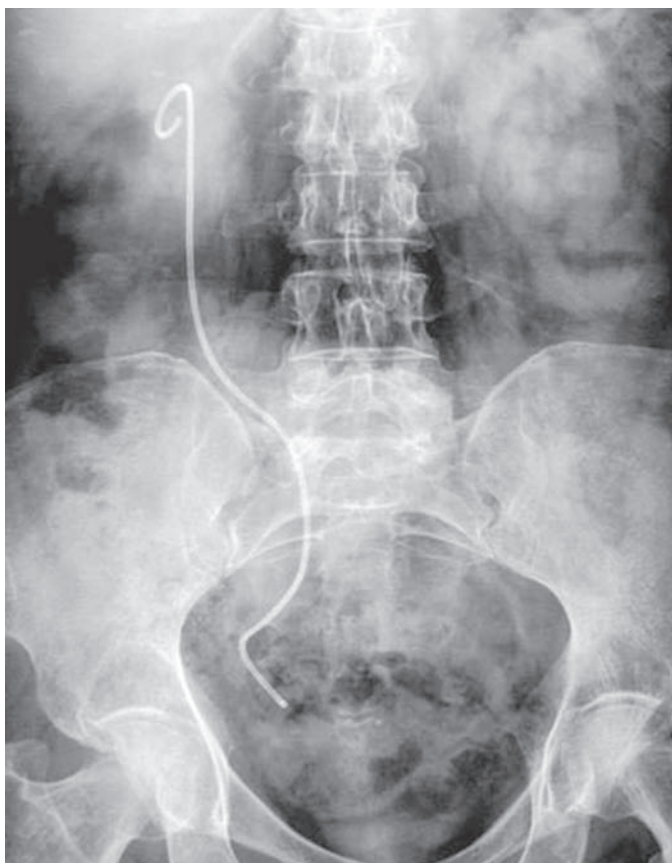


Figura 1. Catéter doble J pielovesical en el postoperatorio de litotricia extracorpórea por litiasis renal derecha. Nótese que el extremo distal del catéter doble J se ha retirado de la vejiga, estando probablemente localizado en el uréter distal derecho.



Figura 2. Guía fina de nefrostomía (0,018) colocada en el riñón derecho a través de infundíbulo de cálices de grupo inferior renal.

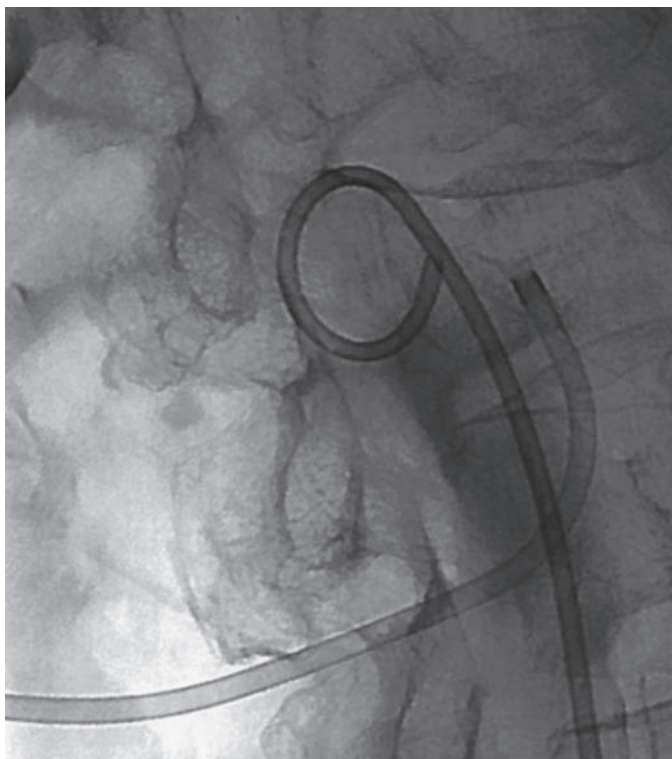


Figura 3. Catéter guía de 7 F precurvado, con el extremo distal radioopaco, apuntando en dirección al extremo más distal del catéter doble J.

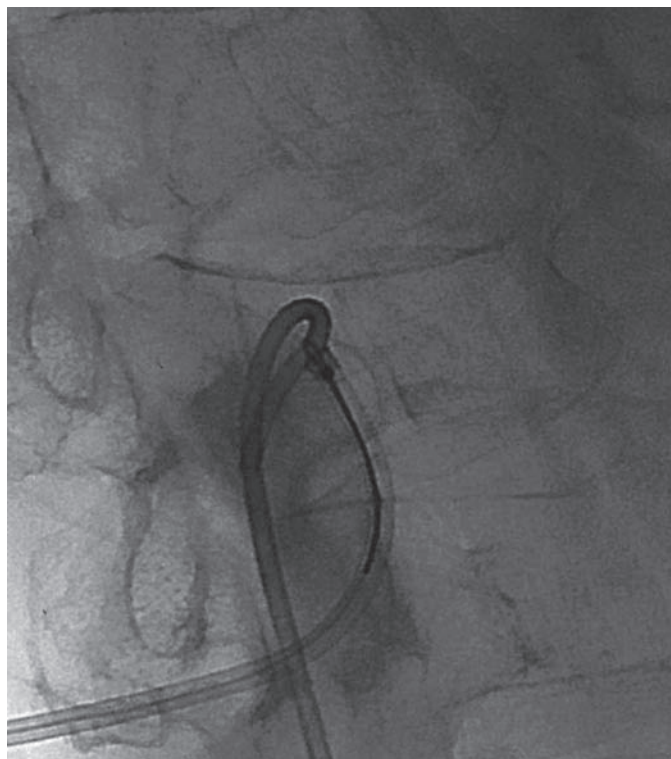


Figura 4. El catéter lazo ha conseguido atrapar el extremo del doble J a unos 3 cm de su punta y, mediante tracción del catéter lazo y empuje simultáneo de la vaina precurvada, se ha logrado mantener el conjunto solidario.

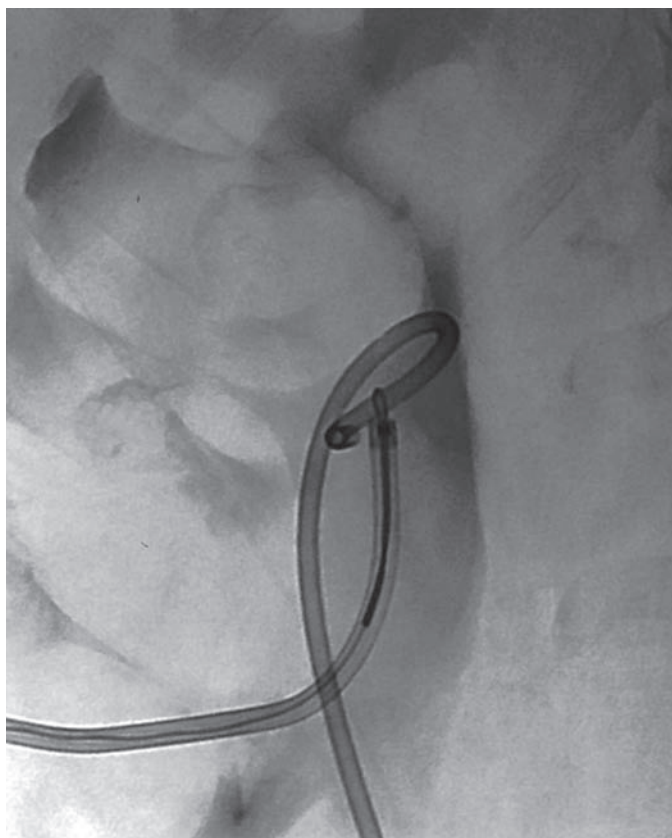


Figura 5. Se comienza la tracción del conjunto catéter lazo-vaina precurvada hacia la superficie cutánea del paciente.



Figura 6. Se consigue extraer el catéter a través de la piel del paciente, quedando sólo una pequeña parte del doble J intraureteral. Sólo queda avanzar una guía metálica a través del doble J, extraerlo en su totalidad y dejar una nefrostomía de descarga temporal, a través de la guía.

1. El primero de ellos es en la enfermedad tumoral obstructiva del uréter, en la que la comunicación de la pelvis renal con la vejiga es necesaria para evitar la retención urinaria a nivel proximal, con el consiguiente riesgo de infección y/o insuficiencia renal obstructiva. Suele ser una maniobra alternativa a la cirugía y, por tanto, con frecuencia, es un tratamiento paliativo definitivo. En estos casos, no es necesaria la extracción posterior del catéter doble J, sino su recambio cada cierto tiempo (entre 3 y 6 meses según los casos). Este recambio se efectúa habitualmente por vía cistoscópica.

2. El otro gran grupo de enfermedades potenciales beneficiarias de esta técnica es el de las litiasis renoureterales. En las litiasis tributarias de litotricia extracorpórea, es de gran ayuda colocar catéteres doble J para ayudar y «dirigir» los fragmentos litiásicos a lo largo del uréter hasta la vejiga urinaria. En este grupo de pacientes, el catéter doble J, una vez finalizada su función, debe retirarse de forma definitiva. Tras concluir su función, es necesario extraerlos para evitar complicaciones derivadas de estancias prolongadas, tipo encrustaciones¹, migraciones a regiones no deseadas, etc.². La técnica habitual para su extracción, y que habitualmente no presenta complicaciones, ni dificultades técnicas, es la vía endoscópica, mediante cistoscopia^{3,4}.

No obstante, hay situaciones aisladas en las que esta maniobra es infructuosa. En el caso que presentamos, la explicación más probable del fallido intento cistoscópico es el hecho de que el extremo distal

del catéter se ha retirado de la vejiga y se encuentra en el uréter (fig. 1). Por esta razón, se recurrió a la vía percutánea, con la que se pudo extraer el catéter y dar por concluido el tratamiento con éxito. Independientemente del motivo que imposibilite la extracción cistoscópica, pensamos que es útil conocer la posibilidad de recurrir a la vía percutánea, según la técnica aquí descrita (figs. 2-6), y con ello evitar su extracción con técnicas más cruentas, fundamentalmente la quirúrgica¹.

Conclusión

A la vista del presente caso clínico, queríamos apuntar la posibilidad de extraer catéteres doble J pielovesicales por vía percutánea cuando, por distintos motivos, no es factible su extracción por vía cistoscópica.

Bibliografía

1. Rana AM, Sabooh A. Management strategies and results for severely encrusted retained ureteral stents. *J Endourol.* 2007;21:628-32.
2. Ioannis C, Ioannis Z, Evangelos I, Konstantinos G. Retrovesical migration of malpositioned double-J ureteral stent. *Int Urol Nephrol.* 2003;35:325-6.
3. Killeen KP. Ureteroscopic removal of retained ureteral Double-J stents. *Urology.* 1990;35:354-9.
4. Chen CK, Li CC, Ke HL, Chou YH, Huang CH, Shih MC. Double J stent forgotten for 7 years: a case report. *Kaohsiung J Med Sci.* 2003;19:84-7.