

Inserção percutânea bilateral de cateter duplo J

Percutaneous insertion of bilateral double J stent

Thiago Franchi Nunes^{1,a}, Tiago Kojun Tibana^{1,b}, Rômulo Florêncio Tristão Santos^{1,c}, Jorge da Costa Carramanho Junior^{1,d}, Edson Marchiori^{2,e}

1. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande, MS, Brasil. 2. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência: Dr. Thiago Franchi Nunes. Avenida Senador Filinto Müller, 355, Vila Ipiranga. Campo Grande, MS, Brasil, 79080-190. E-mail: thiagofranchinunes@gmail.com.

a. <https://orcid.org/0000-0003-0006-3725>; b. <https://orcid.org/0000-0001-5930-1383>; c. <https://orcid.org/0000-0002-8679-7369>; d. <https://orcid.org/0000-0002-4467-3296>; e. <https://orcid.org/0000-0001-8797-7380>.

Recebido para publicação em 12/12/2017. Aceito, após revisão, em 2/2/2018.

Como citar este artigo:

Nunes TF, Tibana TK, Santos RFT, Carramanho Junior JC, Marchiori E. Inserção percutânea bilateral de cateter duplo J. Radiol Bras. 2019 Mar/Abr;52(2):104-105.

INTRODUÇÃO

A drenagem das vias urinárias pode ser realizada por meio de uma série de técnicas e dispositivos, entre elas a inserção retrógrada por cistoscopia ou percutânea anterógrada do cateter duplo J e nefrostomia percutânea⁽¹⁾.

A inserção de um duplo J restaura a drenagem urinária fisiológica sem necessidade de um cateter externo⁽²⁾. Os cateteres utilizados para o tratamento de afecções ureterais obstrutivas são geralmente inseridos por via retrógrada com orientação cistoscópica⁽³⁾, porém, o procedimento pode não ter sucesso ou ser contraindicado em até 50% dos pacientes, principalmente quando ocorre obstrução distal ou compressão extrínseca do ureter causada por tumores⁽⁴⁾. Nessa circunstância, o paciente é tipicamente referido para drenagem percutânea⁽³⁾.

A inserção percutânea do cateter duplo J, utilizando a ultrassonografia e fluoroscopia, pode ser realizada como uma boa alternativa a nefrostomia percutânea e inserção retrógrada do cateter, em pacientes com dilatação do sistema coletor renal. Apresenta alta taxa de sucesso, entretanto, é uma técnica pouco difundida. As vantagens desse procedimento incluem menor potencial de complicações, além de ser realizado sob anestesia local e sedação, minimizando os riscos de adversidades pós-anestesia geral, principalmente em pacientes graves⁽⁵⁾. Deve idealmente ser realizada por radiologistas intervencionistas com treinamento em procedimentos percutâneos.

PROCEDIMENTO

A revisão dos exames de imagem antes do procedimento é de suma importância na busca de achados que contribuam para o sucesso técnico, como melhor visualização do sistema coletor renal e qualquer outro fator em potencial para ocorrência de evento adverso (Figura 1), como a interposição do cólon entre o flanco e o rim.

O acesso percutâneo ao sistema coletor geralmente é realizado com o paciente em decúbito dorsal, com orientação da ultrassonografia e utilizando-se agulha ecogênica

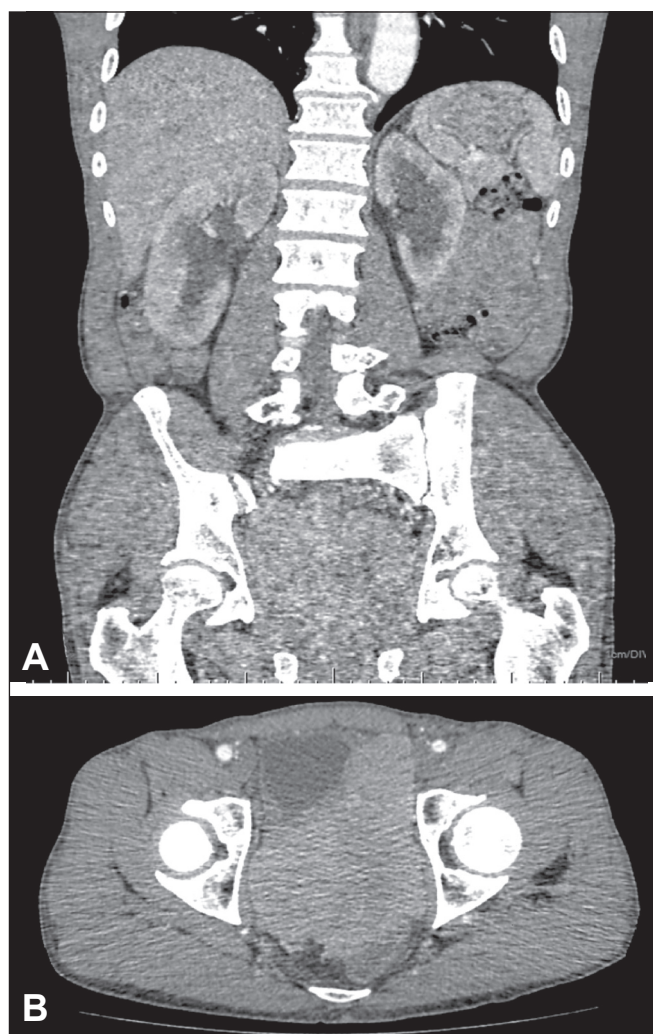


Figura 1. Tomografia computadorizada de abdome pós-contraste, aquisição coronal (A), mostrando hidronefrose acentuada bilateral. Aquisição axial da pelve (B) identificando massa na loja prostática (sarcoma) invadindo ambos os ostios ureterais, impossibilitando implante cistoscópico do cateter duplo J.

(Figura 2A), permitindo, assim, a visualização da inserção desde a pele até o cálice renal, preferencialmente pelo cálice médio, que oferece um acesso mais fácil à junção

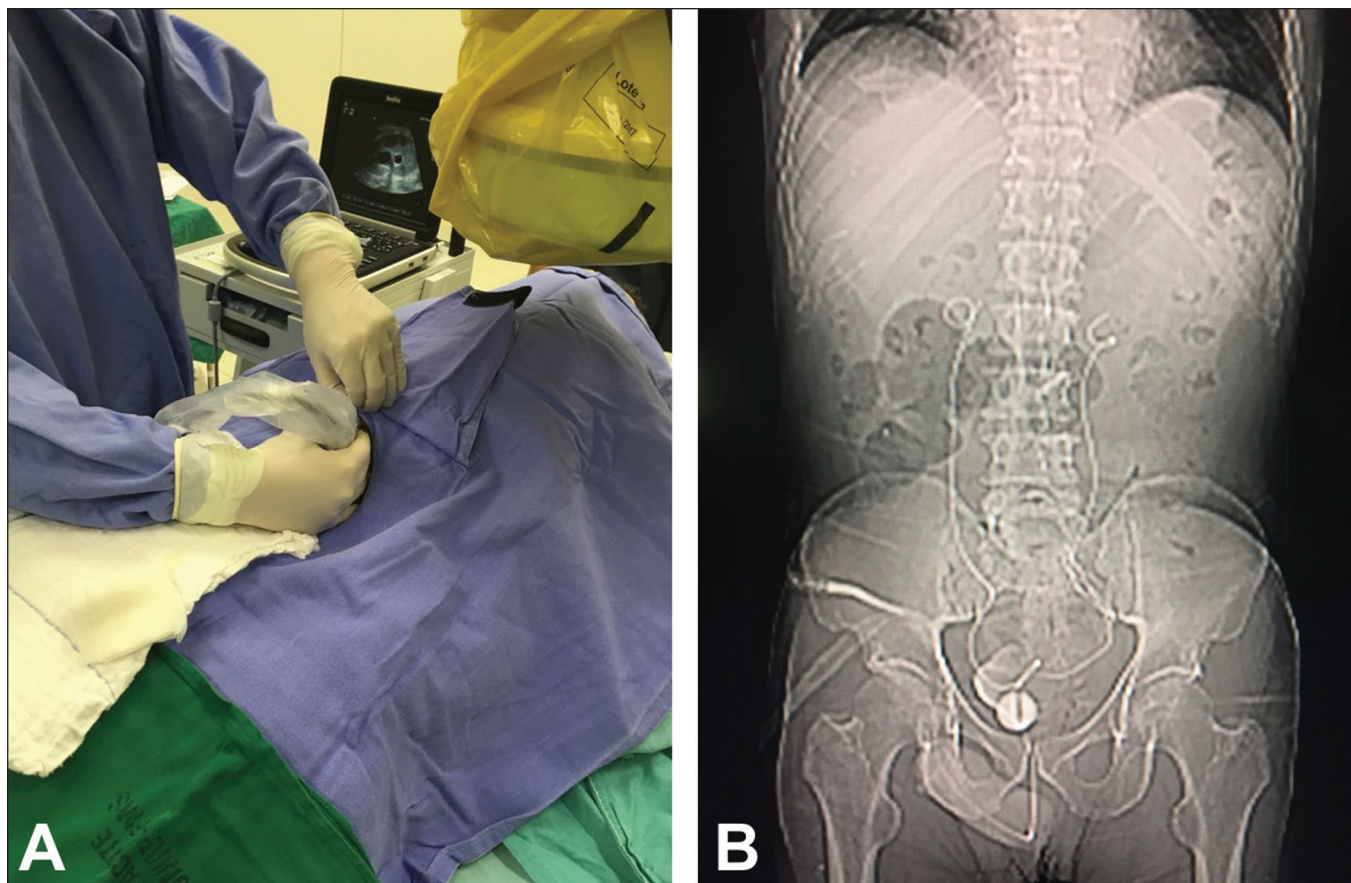


Figura 2. A: Planejamento do procedimento de implante percutâneo de cateter duplo J com realização de ultrassonografia das vias urinárias na sala de hemodinâmica. **B:** Adequado posicionamento de ambos os cateteres duplo J ao fim do procedimento.

ureteropélvica, ou por um cálice do polo inferior, orientado posterolateralmente, que fornece uma rota de punção segura e relativamente avascular⁽³⁾, visando minimizar complicações como sangramentos e pneumotórax⁽⁶⁾. Nos casos de dilatação discreta do sistema coletor, a técnica coaxial com *kit* de micropunção é preferida. Procedese a pielografia anterógrada com injeção de contraste iodado e visualização fluoroscópica da anatomia do sistema coletor.

Uma vez que o acesso tenha sido estabelecido, um fio-guia hidrofílico e um cateter diagnóstico 5F são introduzidos sob fluoroscopia pelo sistema coletor até a bexiga. Quando há dificuldade em ultrapassar a estenose, geralmente utiliza-se um balão dilatador de 4 mm através da obstrução, na tentativa de dilatar o ureter⁽³⁾. Posiciona-se então uma bainha introdutora 7F × 45 cm, sendo retirados o fio-guia e o cateter 5F. Dessa forma, prossegue-se com a passagem do duplo J pela bainha introdutora, com ajuda do fio-guia teflonado de ponta “J”.

O *pigtail* proximal do cateter ureteral pode ser não formado em um momento inicial, entretanto, a imagem

de acompanhamento geralmente mostra que ele se forma ao longo de alguns dias. Realizamos uma radiografia de abdome entre 12 e 72 horas após o procedimento, para visualização da posição do cateter e da excreção do contraste administrado (Figura 2B).

REFERÊNCIAS

1. Thornton RH, Covey AM. Urinary drainage procedures in interventional radiology. *Tech Vasc Interv Radiol.* 2016;19:170–81.
2. Fiuk J, Bao Y, Callearly JG, et al. The use of internal stents in chronic ureteral obstruction. *J Urol.* 2015;193:1092–100.
3. van der Meer RW, Weltings S, van Erkel AR, et al. Antegrade ureteral stenting is a good alternative for the retrograde approach. *Cur Urol.* 2017;10:87–91.
4. Uthappa MC, Cowan NC. Retrograde or antegrade double-pigtail stent placement for malignant ureteric obstruction? *Clin Radiol.* 2005;60:608–12.
5. Bahu R, Chaftari AM, Hachem RY, et al. Nephrostomy tube related pyelonephritis in patients with cancer: epidemiology, infection rate and risk factors. *J Urol.* 2013;189:130–5.
6. Taylor E, Miller J, Chi T, et al. Complications associated with percutaneous nephrolithotomy. *Transl Androl Urol.* 2012;1:223–8.

