



“Grupo de Trabajo Oncología- AP Costa de la Muerte”.

Módulo 5 Urxencias Urológicas

Autor: Dr. L. M. Antón Aparicio

HEMATURIA

A hemorraxia do tracto urinario pode acontecer nunha variedade de situacións clínicas nos pacientes oncológicos e pode rapidamente progresar a unha urxencia con risco vital. Na maioría das ocasións os episodios de hematuria son microscópicos ou menores (infeccións, litise, instrumentación, presenza de sondas ou catéters). Un enfoque graduado da prevención e o manexo fai posible reducir ao mínimo esta complicación.

Tumores renais

A hematuria é o signo urolóxico máis frecuente do adenocarcinoma renal avanzado. Máis do 50% dos pacientes teñen unha hematuria total, espontánea, intensa e con emisión de coágulos alongados, sen ben prodúcese en fases avanzadas, cando o tumor invadiu a vía excretora.

Tumores de urotelio superior

Un 75% dos pacientes presenta hematuria precoz, intensa e con coágulos. Nun 30% dos casos, aproximadamente, acompáñase de uropatía obstrutiva, que se asocia a dor cólica, e ás veces anulación funcional do ril afecto.

Tumores de vexiga

Os tumores de células transicionais (90% dos tumores vesicais) teñen na hematuria de signo clave.

Tumores de próstata

O adenocarcinoma de próstata (95% de todos os cancros prostáticos) ten na hematuria un signo, usualmente tardío, que aparece cando o tumor está moi avanzado e invade a uretra e/ou o colo vesical.

Cistite rádica ou actínica.

Son frecuentes despois de tratamento radioterápicos en neoplasias uterinas ou vesicais. A intensidade da hematuria é severa, pero bastante tardía. Máis severa se a radioterapia foi o único tratamento.

Cistite por fármacos

A quimioterapia de diversas entidades oncológicas mediante ciclofosfamida adoita causar nunha porcentaxe non desprezable de pacientes con cistites hemorráxicas. A formación de acroleína pode ser evitada con administración de mesna (mercapto-etansulfonato sódico) e por ende prevén as lesións vesicais acroleína-dependentes. Tamén está demostrado o incremento das posibilidades de hematuria por ciclofosfamida, se o paciente recibiu radioterapia pelviana.

Cistite hemorráxica

1. Cistite por quimioterapia: os metabolitos da ciclofosfamida e do seu análogo a ifosfamida son a fosfamida e a acroleína.
2. Cistite inducida por radiación: aproximadamente o 5-50%-50 dos pacientes que reciben tratamento con radiación con doses superiores ou iguais a 75 Gy por cancro xinecolóxicos, genitourinarios e rectais experimentan complicacións vesicais

Tratamento

1. Manexo inicial: os piares do tratamento inicial son a hidratación intravenosa para manter unha diurse activa, lavados vesicais con soro salino fisiolóxico (SSF) mediante sonda de tres vías, transfusión sanguínea se é necesario, corrección das coagulopatías
2. Retención urinaria aguda no curso dunha hematuria: adoita acontecer pola presenza de coágulos que obstrúen o tracto urinario. O tratamento de urxencia ten como obxectivo evacuar os ouriños e os coágulos, isto debe efectuarse cunha sondaxe uretral con catéter de 22-24 Ch que permite realizar lavados vesicais con SSF ata evacuar todos os coágulos e obter un líquido claro.
3. Cistite hemorráxica: A secuencia comeza coa indicación de cistoscopia baixo anestesia xeral para desfacer e eliminar todos os coágulos e fulguración de áreas sangrantes. Posteriormente déixase colocada unha sonda uretral de tres vías para conectar o sistema de lavado continuo con SSF.
4. O mesna diminuíu a incidencia de hematuria e cistite hemorráxica posterior á quimioterapia menor a un 5%. A sobrehidratación para diluír a croleína urinaria tamén tivo éxito en reducir a incidencia de hemorraxia vesical.

En caso de cistite refractaria potencialmente fatal deberemos pasar á adopción de medidas cirúrxicas, que adoitan consistir na derivación de ouriños con ou sen cistectomía.

OBSTRUCCION

Obstrución do tracto urinario

Defínese como a obstrución a calquera nivel da vía urinaria que provoca unha deterioración na función renal.

Dende o punto de vista anatómico distínguese entre obstrución do tramo urinario superior (uréteres e ril) e do tramo urinario inferior (colo vesical, próstata e uretra). Estas diferéncianse en canto á súa etioloxía, clínica, diagnóstico e tratamento.

Clínica: A obstrución ureteral aguda provoca dor cólica en flanco, mentres que a

obstrución crónica pode ser silente, detectándose incidentalmente como hidronefrosis con atrofia cortical renal.

A obstrución ureteral bilateral caracterízase por diminución do volume de ouriños e dor abdominal; en ocasións pode haber síntomas de uremia. Un 75% dos casos de obstrución ureteral son de etioloxía maligna.

A presenza de febre e calafríos debe haber pensar en sobreinfección dos ouriños no tramo obstruído que pode provocar sepse, polo que estaría indicada a derivación ou descompresión urxente da vía urinaria.

Obstrución do tracto urinario inferior e retención urinaria.

Pode clasificarse en causas mecánicas e non mecánicas ou de base neurofisiolóxica. Mecánica: a causa tumoral é a máis importante. Outras causas mecánicas de natureza non maligna son a hiperplasia benigna prostática, estenose uretral post-radiación ou post-instrumentación, estrinximento severo.

A retención urinaria prodúcese por unha interrupción de reflexo miccional a calquera dos seus niveis (SNC, medula espiñal, SNP, unidade neuromuscular vesicuoureteral). Esta interrupción en reflexo pode ser de base anatómica ou farmacolóxica. Fármacos que tamén interfiren co reflexo miccional son a atropina e outros anticolinérgicos, moi empregados durante a anestesia e que adoitan causar retención no postoperatorio.

Síntomas de obstrución serían: dificultade na micción, diminución do calibre e chorro miccional, sensación de baleirado incompleto.

A retención urinaria aguda e completa pódese preceder en días previos de diminución do volume miccional e molestias en flanco e hipogastrio.

Tratamento

As técnicas empregadas actualmente inclúen a cateterización ureteral baixo control cistoscópico e a derivación urinaria externa.

A derivación urinaria externa sería de segunda elección, e dentro desta, a máis utilizada é a nefrostomía percutánea (NPC). Como xa se mencionou, a clásica nefrostomía aberta foi substituída por técnicas percutáneas baixo control radiolóxico (ECO ou TAC). Outras técnicas de derivación urinaria externa son: ureteroileostomías, ureterotransversostomías cutáneas. As súas indicacións son moito máis restrinxidas que as anteriores, sobre a base da súa complexidade e complicacións.

O tratamento inicial consiste na colocación dunha sonda uretral de pequeno calibre. Esta

manobra permite en ocasións facer o diagnóstico diferencial entre a obstrución do tramo urinario superior e o inferior.

Cando a causa da obstrución é baixa, ás veces a sondaxe convencional non é posible e se requiren sondas de menor calibre, ou ben sondas ríxidas ou filiformes. En varóns, a sonda de Foley permite a dilatación de estenose mediante catéter balón, aínda que se debe ter a precaución de non dilatar o balón en uretra postática por risco de laceracións na mucosa e sangrado.

Cando a etiología da obstrución é neurolóxica, a sondaxe limpa e intermitente cada 4-6 horas é a principal arma terapéutica e proporciona unha mellora na calidade de vida respecto a outras medidas empregadas con anterioridade.

Durante o tratamento está indicado a realización de cultivos periódicos cada 3 días, aínda que non está indicada a profilaxe antibiótica. Unicamente se trata cando o cultivo é positivo.

INCONTINENCIA URINARIA

A incontinencia urinaria defínese como a perda involuntaria de ouriños a través da uretra e crea un problema social e hixiénico. Non debemos confundir a presenza de incontinencia urinaria verdadeira con perdas de ouriños por fístulas estrauretrales, que adoitan ser conxénitas.

Etiología

1. Patología tumoral metastásica ou primaria que afecte a estruturas nerviosas que controlan os mecanismos da micción: compresión medular ou da cola de cabalo, infiltración de nervios periféricos que interveñen na micción.
2. Efecto secundario de diversos tratamentos farmacolóxicos: inducen relaxación do músculo detrusor e contracción do colo vesical os opiáceos, anticolinérgicos, haloperidol e antihistamínicos.
3. Dano a estruturas anatómicas que interveñen no control da micción secundario a tratamentos específicos: radioterapia ou tratamento cirúrxico sobre a pelve ou columna vertebral.
4. Irritabilidade vesical: vainos dar a incontinencia tipo urxencia con síntomas de irritación vesical (disuria, urxencias e polaquiuria).
5. Incontinencia paradoxal como consecuencia dunha uropatía obstrutiva: prodúcese por unha obstrución uretral ou da saída da vexiga.
6. Incontinencia de estrés: consiste na perda involuntaria dá ouriños polo aumento da presión intraabdominal (tose, defecación, saltar, etc.)

Tratamento

1. Obxectivos xerais: revertir o proceso patolóxico responsable do cadro clínico, mellorar a sintomatoloxía, en especial a continencia cando non é posible un tratamento etiolóxico, e preservar a función renal.
2. Tratamento non específico: valorar as seguintes actuacións: sondaxe urinaria mentres se poñen as medidas para revertir o proceso patolóxico.
3. Farmacoterapia: as drogas anticolinérgicas empréganse sobre todo en caso inestabilidade vesical (incontinencia en forma de urxencia por cistite por radiación ou ciclofosfamida).
4. Rehabilitación do chan pélvico: ensínase ao paciente a realizar unha serie de rápidas contraccións mantidas coa pelve.
5. Inxección endoscópica de material voluminoso arredor do colo da vexiga para aumentar a resistencia.
6. Esfínter urinario artificial: consiste nun manguito de 4-6 cm de lonxitude que se coloca arredor da uretra bulbar; un reservorio regulador de presión que se implanta no espazo prevesical e que presenta tres niveis de presión (50-61, 60-71 e 70-81 cm de H₂O).
7. Mioplastia gracilis: o músculo gracilis fíxase arredor da uretra bulbar similar a como conseguía o manguito do esfínter urinario vesical.

BIBLIOGRAFIA.

1. Rioja Sanz LA, Rodríguez Vela L: Urgencias en urología. En Silmi Moyano A, Blazquez Izquierdo J, (eds): Urología Práctica. Madrid: Idepsa 1991. Revisión práctica y completa de las urgencias urológicas en general.
2. Broseta E, Oliver F, Martínez Jabaloyas J, Jiménez Cruz JF: Urgencias urológicas. Medicina, sexta edición, Madrid 1994.
3. Henández C y cols.: urgencias Urológicas. ENE ediciones, Madrid 1996. Tema monográfico del LXI Congreso Nacional de Urología. Extenso y meticoloso análisis de las urgencias de la especialidad.
4. Corman JM, McClure D, Pritchett R, et al. Treatment of radiation induced hemorrhagic cystitis with hyperbaric oxygen. J Urol. 2003; 169 (6): 2200-2.
5. Ellison MF, Gomella L, Cameron RB. Problemas y urgencias urológicas. Oncología Práctica. Cameron RB. 1995; 67-72.
6. Fair W. Urgencias Urológicas. Cáncer: Principios y Práctica de Oncología (5º ed) de Vita V et als. 1997; 2502-21.
7. Oncologic emergencies. Clinical Oncology. A Multidisciplinary Approach for Physicians and Students (7º ed). Rubin P. 1992; 147-159.
8. Pérez Romasanta LA. Hematuria y cystitis crónica. Guía terapéutica de soporte en oncología radioterápica.
9. Russo T. Urologic emergencies in the cancer patient. En: Seminars in Oncology. 2000 Jun; 27 (3): 284-98.