



1438 - SÍNDROME DE CASCANUECES (*NUTCRACKER SYNDROME*) A PROPÓSITO DE 5 CASOS

J.C. Pérez Marín, A. Ojeda Sosa, M. López Garrido, P. Crecente Otero, R.A. Castillo Rueda, E. Verdugo Sosa y N. Moya Notario

Servicio Medicina Interna. Hospital Insular. Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Objetivos: El síndrome del cascanueces (NS) consiste en una anomalía vascular en la que se comprime la vena renal izquierda (VRI) a su paso entre la unión de la aorta y la arteria mesentérica superior, debido a un ángulo muy cerrado entre ambas arterias. Provoca hipertensión venosa renal izquierda con desarrollo de venas colaterales y varicosidades intra y perirrenales. Nuestro objetivo es presentar la serie de 5 casos diagnosticados en nuestra Unidad de enfermedades minoritarias.

Métodos: Presentamos 5 casos clínicos de nuestra Unidad. Describimos la clínica y la terapia instaurada.

Resultados: Se presentan en la tabla.

| | N1 | N2 | N3 | N4 | N5 |
|--|---------------------------|----------------|---------------------------|---------------------------|------------------------------|
| Edad al diagnóstico (años) | 40 | 19 | 37 | 49 | 15 |
| Sexo | Mujer | Mujer | Mujer | Mujer | Trans |
| Motivo de consulta | Dolor abdominal y pélvico | ITU repetición | Dolor abdominal y pélvico | Dolor abdominal y pélvico | Hematuria/infección urinaria |
| Tiempo inicio de síntomas/diagnóstico | 20 años | 1 año | 15 años | 6 años | 2 meses |
| Angio TAC | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Angulo mesentérica superior/aorta | 37 grados | 18 grados | 20 grados | 26 grados | 28 grados |
| Stent vena renal izquierda | Sí. Doble stent | No | Sí | Sí | No |
| Embolización: venas ováricas | Sí. Coils | No | Sí. Coils, espuma | Sí. Espuma | No |
| Gradiente vena renal izquierda y cava inferior | 4-5 mmHg | 1 mmHg | 4 mmHg | 4 mmHg | 3 mmHg |

| | | | | | |
|---|---------|-----------------|--------|-------------|-----------------|
| Hematuria | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Dolor abdomino-pélvico | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Congestión pélvica | | | | | |
| Dolor lumbar izquierdo | Sí | No | Sí | Sí | Sí |
| Infecciones urinarias de repetición | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Tratamiento actual | AAS | Incremento peso | AAS | Clopidogrel | Incremento peso |
| Tiempo de seguimiento en unidad de minoritarias | 11 años | 7 años | 5 años | 6 años | 2 meses |

Discusión: La prevalencia es desconocida debido a la ausencia de criterios diagnósticos. Puede aparecer en todas las edades, con un pico de prevalencia entre la segunda y tercera década de vida. Cursa con hematuria con o sin dolor en flanco izquierdo, dolor pélvico y várices gonadales (varicocele y síndrome de la vena ovárica). Requiere un alto índice de sospecha y de estudios como ultrasonografía Doppler, angiografía TAC, resonancia magnética y flebografía con determinación del gradiente de presión reno-cava. Se debe considerar en el diagnóstico diferencial de hematuria y dolor lumbar o abdomino-pélvico de causa no clara. La hematuria se debe a la hemorragia directa en la vía urinaria por la rotura de las venas peripélvicas dilatadas. La angiografía-TAC es la técnica diagnóstica. La flebografía confirma el diagnóstico y mide presiones y gradiente reno-cava. En muchos casos no precisa actuación alguna. Este enfoque se prefiere en menores de 18 años, el crecimiento conlleva la resolución de los síntomas debido al aumento del tejido fibroso e intraabdominal en el origen de la arteria mesentérica superior, liberando la VRI. La terapia endovascular estaría indicada en pacientes con congestión pélvica y con persistencia de clínica.

Conclusiones: El NS puede ser más frecuente de lo que se sospecha. Su diagnóstico precoz previene complicaciones como trombosis de la VRI. Su sospecha clínica justifica la realización de exploraciones radiológicas confirmatorias y la actitud terapéutica va a estar condicionada por la magnitud de la hematuria, la intensidad de las manifestaciones clínicas y la presencia de circulación colateral venosa importante.

Bibliografía

1. Zhang H, Li M, Jin W, San P, Xun P, Pan S. The left renal entrapment syndrome: diagnosis and treatment. *Ann Vasc Surg.* 2007;21:198-203.
- 2 Ananthan K, Onida S, Davies AH. Nutcracker syndrome: an update on current diagnostic criteria and management guidelines. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2017;53:886-94.
3. Hanna HE, Santella RN, Zawada ET Jr, Masterson TE. Nutcracker syndrome: an underdiagnosed cause for hematuria? *D J Med.* 1997;50: 429-36.
4. Shokeir AA, el-Diasty TA, Ghoneim MA. The nutcracker syndrome: new methods of diagnosis and treatment. *Br J Urol.* 1994;74:139-43.
5. Quevedo HC, Arain SA, Abi Rafeh N. Systematic review of endovascular therapy for nutcracker syndrome and case presentation. *Cardiovasc Revasc Med.* 2014;15:305-7.