

Síndrome de cascanueces como causa poco frecuente de dolor abdominal y hematuria en mujeres jóvenes. A propósito de dos casos

Alberto Kramer-Ramos¹, Ana Azahara García-Ortega², Vladimir Rosa-Salazar³, María del Mar García-Méndez³, Bartolomé García-Pérez⁴

¹Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España

²Servicio de Radiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España

³Unidad de Corta Estancia. Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España

⁴Jefe Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España

Recibido: 27/12/2017

Aceptado: 09/04/2018

En línea: 30/04/2018

Citar como: Kramer-Ramos A, García-Ortega AA, Rosa-Salazar V, García-Méndez MM, García-Pérez B. Síndrome de cascanueces como causa poco frecuente de dolor abdominal y hematuria en mujeres jóvenes. A propósito de dos casos. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2018 (Abr); 3(1): 21-24.

Autor para correspondencia: Alberto Kramer-Ramos. kramerfoxx@gmail.com

Palabras clave

- ▷ Síndrome de cascanueces
- ▷ Dolor abdominal
- ▷ Hematuria
- ▷ Dispareunia

Keywords

- ▷ Nutcracker syndrome
- ▷ Abdominal pain
- ▷ Hematuria
- ▷ Dyspareunia

Resumen

El síndrome de cascanueces es una patología que se caracteriza por la compresión de la vena renal izquierda, entre la arteria mesentérica superior y la aorta abdominal, siendo en ocasiones de difícil diagnóstico y de tratamiento complejo. Suele afectar a mujeres jóvenes y se manifiesta principalmente por dolor abdominal y hematuria, ocasionando multitud de visitas a los servicios de Urgencias y especialistas hasta llegar al diagnóstico final. Presentamos dos casos muy ilustrativos de mujeres jóvenes que, tras múltiples consultas, finalmente fueron diagnosticadas de síndrome de cascanueces.

Abstract

The nutcracker syndrome is a pathology characterized by compression of the left renal vein, between the superior mesenteric artery and the abdominal aorta, sometimes being difficult to diagnose and complex treatment. It usually affects young women and is manifested mainly by abdominal pain and hematuria, causing many visits to the emergency services and specialists until the final diagnosis. We present two very illustrative cases of young women who after multiple consultations were finally diagnosed with nutcracker syndrome.

Puntos destacados

- ▷ El dolor abdominal crónico sin diagnóstico, con reiterados contactos con el sistema sanitario, obliga a descartar anomalías de posición de la arteria renal izquierda; sobre todo si se acompaña de hematuria.

Introducción

El síndrome de cascanueces se caracteriza por la compresión de la vena renal izquierda a modo de pinza, entre la arteria mesentérica superior y la aorta abdominal, impidiendo su drenaje sanguíneo normal en la vena cava inferior, lo que provoca un aumento del gradiente de presión. Más común en mujeres de edad comprendida entre 30-40 años, sin predisposición etiológica clara.

Con menor frecuencia, la vena renal izquierda se encuentra en posición retroaórtica, por lo que ocurre la compresión entre la aorta y los cuerpos vertebrales (síndrome de cascanueces posterior).

La manifestación clínica más característica es la hematuria, microscópica o macroscópica, principalmente tras bipedestación prolongada o tras realizar actividad física, así como dolor abdominal en flanco izquierdo. A nivel ginecológico, se caracteriza por dismenorrea, dispareunia, dolor hipogástrico, y varices pélvicas, vulvares e incluso glúteas.

Una detallada historia clínica y la angiogramografía computarizada (angio-TC) abdominal con contraste serán elementos clave para esclarecer el diagnóstico. En cuanto al tratamiento, inicialmente será conservador y, si no hay remisión, se valorará la cirugía.

Caso clínico 1

Paciente mujer de 26 años sin antecedentes de interés salvo toma de anticonceptivos orales por síndrome de ovario poliquístico e infecciones del tracto urinario (ITU) no complicadas con urocultivos negativos. Acudió por dolor en flanco izquierdo y disuria. Había consultado en múltiples ocasiones por dolor

en zona lumbar izquierda de características cólicas que no mejoraba en ninguna posición, irradiación hacia flanco izquierdo junto con náuseas sin vómitos, disuria y febrícula ocasional de 37,5 °C, siendo diagnosticada de cólico nefrítico. Se repitieron ITU recurrentes con urocultivos negativos.

En la exploración física, abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en flanco izquierdo y zona lumbar izquierda sin defensa ni irritación peritoneal con puño percusión izquierda dudosa. El resto de la exploración fue anodina.

La analítica mostró hemograma y bioquímica completa normales. La orina tenía un pH 6,5, hemoglobina ++, leucocitos +++, 28 leucocitos y 8 hematíes por campo. La ecografía abdominal fue normal. Se trató la ITU y alta domiciliaria.

A las 2 semanas, acudió sin mejoría del dolor, hematuria macroscópica sin coágulos, polaquiuria, náuseas sin vómitos ni fiebre u otra sintomatología acompañante. Cilindros hemáticos en orina. La ecografía abdominal seguía normal, el renograma con furosemida resultó ser normal y angio-TC abdominal con contraste intravenoso (Figura 1) que mostró un ángulo aortomesentérico menor de 30°, responsable del pinzamiento, así como las venas ováricas aumentadas de calibre, con varices periuterinas (Figura 2) e inversión del flujo en la vena ovárica izquierda, todo ello atribuible a hipertensión venosa renal izquierda.

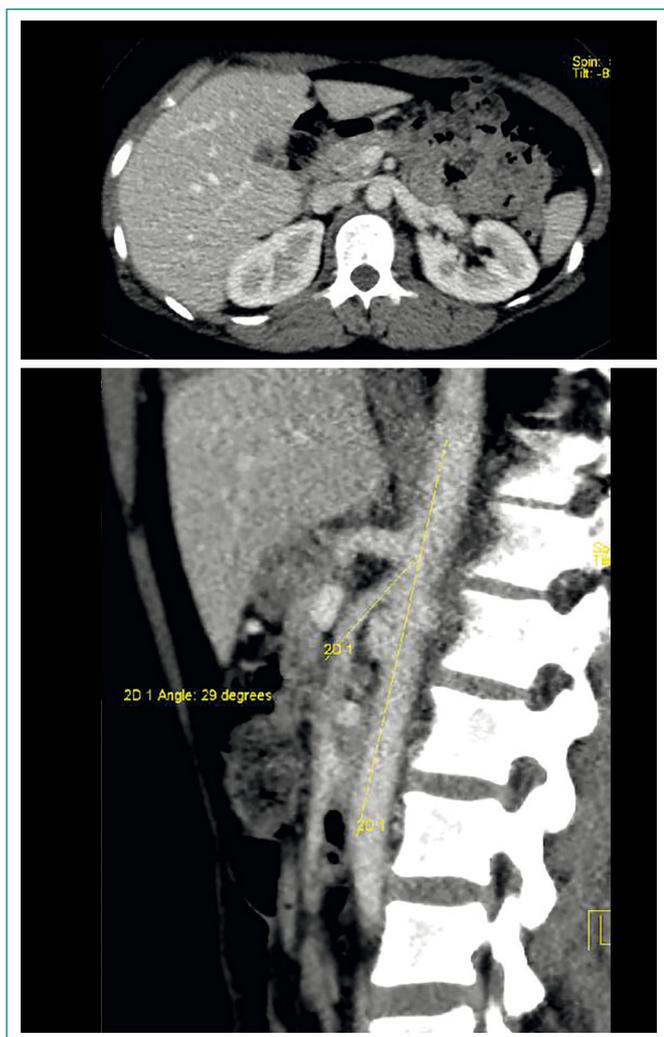


Figura 1. Angio-TC de abdomen con contraste intravenoso (cortes axial y sagital). En el plano sagital se aprecia un ángulo aortomesentérico menor de 30° que condiciona una estenosis de la vena renal a nivel de la pinza aortomesentérica

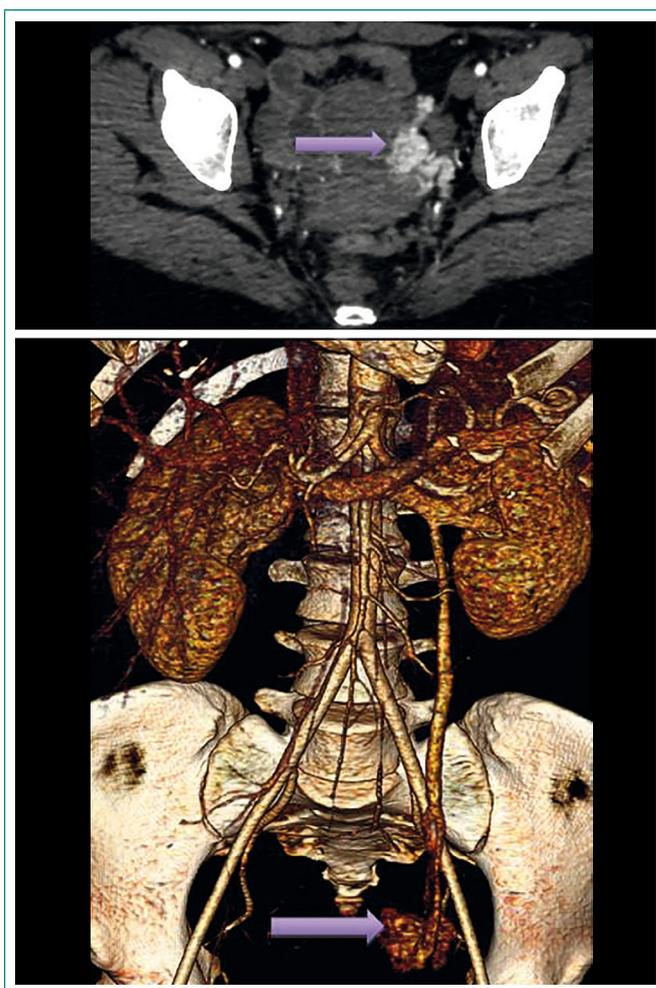


Figura 2. Angio-TC de abdomen (corte axial y reconstrucción VR). Venas ováricas aumentadas de calibre, con varices periuterinas (flecha morada) e inversión del flujo en la vena ovárica izquierda, todo ello atribuible a hipertensión venosa renal izquierda por síndrome de cascanueces

Con el diagnóstico de síndrome de cascanueces, se realizó flebografía de vena renal y selectiva de ovárica izquierda, observando reflujo renoovárico con importante paquete varicoso pélvico (Figura 3).

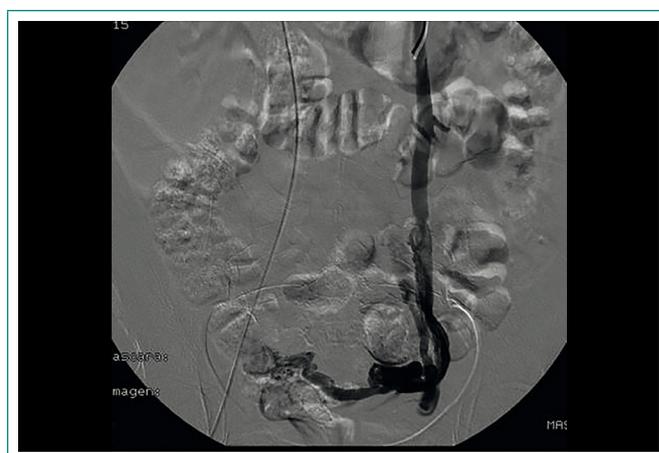


Figura 3. Mediante abordaje de vena femoral común derecha se accede a vena renal izquierda y se realiza flebografía de vena renal y selectiva de ovárica izquierda, observando reflujo renoovárico con importante paquete varicoso pélvico

Ante la ausencia de mejoría clínica con tratamiento analgésico, se decidió colocación de endoprótesis metálica tipo Zilver Vena® en la estenosis con franca mejoría clínica, del flujo venoso y reducción del calibre de la vena ovárica (Figura 4).



Figura 4. Se coloca prótesis metálica en la estenosis con franca mejoría de flujo venoso y reducción del calibre de la vena ovárica

Caso clínico 2

Mujer de 32 años sin antecedentes de interés ni tratamiento crónico presenta dolor abdominal de larga evolución.

Refiere un cuadro de un año de evolución caracterizado por dispepsia, hiporexia y orinas coléricas (sin clínica miccional), acompañado de dolor continuo, persistente y diario en fosa y flanco izquierdos, irradiado a región lumbar ipsilateral, que se acentuaba con ejercicio y flexión del tronco, mejorando con reposo, sin ceder en su totalidad y que impide el descanso nocturno.

El cansancio diario obligó a disminuir su actividad física y cambió su personalidad: más irascible, despistada y falta de concentración. Además, disminuyó el apetito por dolor epigástrico posprandial, saciedad precoz y distensión abdominal. Dispareunia con persistencia del dolor durante los 2-3 días posteriores al coito. Consultó ginecólogo particular, que objetivó, mediante ecografía, varices pélvicas.

A la exploración física destaca dolor a la digitopresión a nivel epigástrico, hipogástrico y fosa-flanco izquierdos. Bioquímica y hemograma normales. Se realizó una colonoscopia que fue normal y la ecografía objetivó dilatación de venas periuterinas izquierdas, ectasia pielocalicial izquierda y algunos túbulos. Posteriormente, se realizó TC abdominal (Figura 4) que detectó atrapamiento de la vena renal izquierda en la pinza aortomesentérica.

Con el diagnóstico de síndrome de cascanueces y de congestión pélvica con varices pélvicas, se inició analgesia. Se desestimó el tratamiento quirúrgico por parte de la paciente y actualmente se encuentra en seguimiento por la Unidad del Dolor, con regular control de los síntomas.



Figura 4. Angio-TC de abdomen (cortes sagital y axial). Se aprecia ángulo aortomesentérico disminuido, de 12°

Discusión

El síndrome de cascanueces, o pinzamiento de la vena renal izquierda entre la arteria mesentérica superior y la arteria abdominal, fue descrito por De Schepper en la década de 1970. Presenta mayor prevalencia en mujeres, especialmente entre 30-40 años¹. En la mayoría de casos reportados, el síntoma clínico más frecuente, junto con el dolor abdominal, es la presencia de microhematuria/macrohaturia, tal y como sucede en nuestros casos, aunque no siempre está presente². El origen del dolor es múltiple, desde la propia compresión mecánica que supone el pinzamiento hasta factores hormonales. Autores como J. T. Hobbs³ han hallado un aumento del dolor asociado al síndrome de cascanueces en el periodo premenstrual, posiblemente debido al efecto vasodilatador de la progesterona. Además de las variantes sintomáticas, aparecen variaciones en el pinzamiento anatómico, como en el caso reportado por M. Stephens⁴, donde la vena renal izquierda se comprimió entre la arteria renal derecha y la vena porta. En otro caso reportado, se produce pinzamiento en la vena renal izquierda retroaórtica. Estas variantes anatómicas y sintomáticas provocan que sea una patología de difícil diagnóstico, al que se llega, normalmente, por exclusión. Se trata de una enfermedad infradiagnosticada¹, donde será clave la sospecha clínica y sólo será válido

cuando exista una reducción del diámetro de la vena renal izquierda superior al 50%.

La terapéutica aplicada debería individualizarse en función de la clínica, evolución y riesgo de anemización. Como muchos autores reportan, el tratamiento dispone de un amplio abanico de posibilidades, desde el sintomático y conservador, como en nuestro segundo caso; hasta el invasivo, como en el primero, en el que, por dolor en el flanco que no cedía, se colocó un *stent* en vena renal izquierda. Hay casos reportados que demuestran mejoría de la hematuria y la proteinuria aplicando tratamiento conservador⁵, pero no siempre es así, y se recurrirá a diferentes procedimientos quirúrgicos entre los que encontramos diferentes técnicas como el autotrasplante, la transposición de la vena renal afectada, angioplastia con balón y la más empleada en la actualidad, la implantación de *stent* endovascular a través de cirugía mínimamente invasiva, siendo esta última un procedimiento seguro y eficaz⁶⁻⁸ en pacientes en los que fracasó el tratamiento conservador tras un largo periodo de seguimiento.

Conclusiones

El síndrome de cascanueces se debería tener en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal crónico que no mejora con la terapia habitual. Sus principales síntomas son dolor abdominal y hematuria microscópica y/o macroscópica, proteinuria, dispareunia y dismenorrea, entre otros. Se trata de un síndrome de difícil diagnóstico, habitualmente por exclusión, lo que provoca que sea una patología infradiagnosticada. Una historia clínica completa y detallada es de vital importancia para su sospecha, siendo confirmado el diagnós-

tico mediante pruebas de imagen. El tratamiento conservador con conducta expectante y la cirugía endovascular son las opciones más empleadas.

Bibliografía

1. Kurklinsky AK, Rooke TW. Nutcracker phenomenon and nutcracker syndrome. *Mayo Clin. Proc.* 2010; 85(6): 552-559.
2. Novaes LFC, Da Silva Saguia LN, Di Migueli CA, De Castro Perin MA, Loprete FA, Santana NP, Chervin EL, Sinisgalli LAM, Gimenez MP. Young woman with nutcracker syndrome without main clinic manifestation: Hematuria-Case report. *Int J Surg Case Rep.* 2017 Jan 28; 31: 225-228.
3. Hobbs JT. The pelvic congestion syndrome. *Brit. J. Hosp. Med.* 1990; 43: 200-206.
4. Stephens M, Ryan SK, Livsey R. Unique nutcracker phenomenon involving the right renal artery and portal venous system. *Case Rep Vasc Med.* 2014; 2014: 579061.
5. Oteki T, Nagase S, Hirayama A, Sugimoto H, Hirayama K, Hattori K, Koyama A. Nutcracker syndrome associated with severe anaemia and mild proteinuria. *Clin. Nephrol.* 2004; 62(1): 62-65.
6. Kim JY, Joh JH, Choi HY, Do YS, Shin SW, Kim DI. Transposition of the left renal vein in nutcracker syndrome. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 2006; 31: 80-82.
7. Chen YM, Wang IK, Ng KK, Huang CC. Nutcracker syndrome: an overlooked cause of hematuria. *Chang Gung Med. J.* 2002; 25: 700-705.
8. Angerri O, De Gracia A, Ochoa C, Sangüedolce F, Llagostera S, Caparrós J. Síndrome del cascanueces (nutcracker) secundario a vena renal izquierda retroaórtica: tratamiento quirúrgico con transposición de la vena. *Actas FundPuigvert.* 2012; 31: 28-33.