

# NOTA CLÍNICA



Gac Med Bilbao. 2014;111(1):22-24

## Síndrome del cascanueces

**Edurne López-Uralde Pérez-Albéniz<sup>a</sup>, Ana López-Viñaspre Muguerza<sup>b</sup>, Jesús Iturralde-Iriso<sup>b</sup>, Amadou Ada-Gueye<sup>a</sup>, Ana Sauto-Gutiérrez<sup>a</sup>, Sheila García-Rivas<sup>c</sup>**

*(a) Médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Comarca Araba. (Vitoria-Gasteiz. Álava)*

*(b) Médico de familia. Centro de salud Casco Viejo (Vitoria-Gasteiz. Álava)*

*(c) Médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gonzalo de Berceo (Logroño. La Rioja)*

Recibido el 13 de enero de 2014; aceptado el 14 de enero de 2014

### PALABRAS CLAVE

Síndrome del cascanueces;  
Atención primaria;  
Dolor abdominal

**Resumen:** El síndrome del cascanueces es una compresión extrínseca de la vena renal izquierda producida como consecuencia de su atrapamiento entre la aorta y la arteria mesentérica superior, por disminución del ángulo normal entre estos dos troncos arteriales. Debido a este fenómeno, se produce una hipertensión de la vena renal izquierda, varices en la vena gonadal izquierda y hematuria unilateral; con menor frecuencia presenta dolor pelviano crónico o disuria. Se presenta por igual en ambos sexos y su prevalencia verdadera no se conoce. Es una enfermedad de baja incidencia y debe sospecharse en pacientes jóvenes, varones o mujeres, con síntomas de larga evolución sin otras afecciones que los justifiquen. La flebografía retrógrada es la técnica de elección para su diagnóstico. El tratamiento del síndrome del cascanueces depende de la severidad del cuadro y de la sintomatología. Puede tratarse quirúrgicamente o mediante procedimientos endovasculares. Presentamos el caso de una paciente en la que su diagnóstico se demoró tres años, aunque finalmente fue tratada mediante embolización de la vena gonadal izquierda y colocación de *stent* en la vena renal izquierda desapareciendo toda la sintomatología.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

### KEYWORDS

Nutcracker syndrome;  
Primary care;  
Abdominal pain

### Nutcracker Syndrome

**Abstract:** Nutcracker syndrome is an extrinsic compression of the left renal vein produced as a result of entrapment between the aorta and superior mesenteric artery by decreasing the normal angle between these two arterial trunks. Because of this phenomenon, hypertension of the left renal vein, varices in the left gonadal vein and unilateral hematuria less frequently have chronic pelvic pain or dysuria is produced. It occurs equally in both sexes and its true prevalence is not known. It is a low incidence of disease and should be suspected in young patients, male or female, with longstanding symptoms without other conditions that warrant. Retrograde venography is the technique of choice for diagnosis. The treatment of nutcracker syndrome depends on the

severity of the disease and the symptoms. It can be treated surgically or by endovascular procedures. We present the case of a patient in whom the diagnosis was delayed three years, but was finally treated by embolization of the left gonadal vein and stent placement in the left renal vein all the symptoms disappearing.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

### Intxaur-hauskailu sindromea

**Laburpena:** Intxaur-hauskailu sindromea giltzurrun ezkerreko lido konpresioa da, aorta eta goiko mesenteriko arteriala artean arrapatzen delako, bi enbor hauen arteko angelu normala jaisten da eta. Delako fenomeno hori, ezkerreko giltzurrun lido hipertentsioa, ezkerreko gonadal lido barizeak eta unilateral hematuria agertzen dira, gutxiagotan pelbiseko mina kronikoa edo disuria sortzen dira. Berdin gertatzen da sexu bietako eta bere benetako prebalentzia ez da ezagutzen. Gaixotasunaren intzidentzia txikia da eta susmatu behar da gaixo gazteen artean, gizon edo emakume, denbora luzeetatik sintomak dituztenen artean eta beste baldintzarik gabe. Benografia Retrograda diagnostiko teknika onena da. Intxaur-hauskailu sindromeren tratamendua gaixotasunaren larritasuna eta sintomak arabera da. Trata daiteke ebakuntzarekin edo hodian barnetik prozedurekin. Gaixo baten kasua aurkezten dugu, noren diagnostikoa hiru urtez atzeratu egin zen, baina, azkenik, ezker gonadal lido enbolizazioarekin eta stent ezkerreko giltzurrun lido barruan stent batekin tratatu zioten, hori egin eta gero sintoma guztiak desagertu ziren.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

### GILTZA-HITZAK

Intxaur-hauskailu sindromea;  
Lehen mailako arreta;  
Abeleko mina

### Introducción

El síndrome del cascanueces es una compresión extrínseca de la vena renal izquierda producida como consecuencia de su atrapamiento entre la aorta y la arteria mesentérica superior<sup>1</sup>, por disminución del ángulo normal entre estos dos troncos arteriales<sup>2</sup>. Esta anomalía puede ser congénita o asociarse a ptosis renal izquierda, disminución de grasa perirrenal, lordosis lumbar acentuada y también con el embarazo<sup>3</sup>. Debido a este fenómeno, se produce una hipertensión de la vena renal izquierda, varices en la vena gonadal izquierda y hematuria unilateral<sup>3</sup>, con menor frecuencia presenta dolor pelviano crónico o disuria<sup>1</sup>.

### Caso clínico

Mujer de 31 años de edad que acude a consulta de atención primaria en octubre de 2008 por dolor pélvico acompañado de dolor en la porción anterior de ambos muslos y ambas pantorrillas. Antecedentes personales de alergia a contrastes yodados y diabetes insípida por microadenoma de hipófisis en tratamiento con desmopresina.

El dolor no cede con analgesia por lo que en un primer momento, sospechando que la clínica podría estar en relación con alguna patología ginecológica, se decide derivar a dicho servicio. Realizan exploración y ecografías ginecológicas y una laparoscopia exploradora, siendo todo normal.

A continuación, y ante la sospecha de que pudiera tener un origen neurológico, se deriva a Neurología para estudio, donde realizan resonancia magnética de columna, punción lumbar y electromiograma, estando todas las pruebas dentro de la normalidad. Ante la sospecha de patología intraabdominal que estuviera produ-

ciendo el dolor, se realiza una TC abdominopélvica que se informa como normal.

Por parte de Urología se realiza una cistoscopia, en la que el único hallazgo es un cierto grado de cervicotrigonitis. Se realiza también una gastroscopia siendo ésta normal.

Ante la falta de resultados y ya que la paciente continúa con la clínica, se decide derivar a la Unidad del Dolor, que llevan a cabo una infiltración del ganglio impar transdiscal que no es efectiva.

Tras el hallazgo en una ecografía abdominal de afilamiento de la vena renal izquierda en la zona de salida de la arteria mesentérica superior, el servicio de Cirugía Vasculardecide realizar una flebografía renal, en la que se observa una compresión a nivel de la vena renal izquierda (figura 1), diagnosticándose así, tres años después (en mayo del 2011), un síndrome del cascanueces. Se trató mediante embolización de la vena gonadal izquierda y colocación de *stent* en la vena renal izquierda, desapareciendo toda la sintomatología.

### Discusión

El síndrome del cascanueces fue descrito de manera inicial por De Schepper en 1972 como "síndrome de atrapamiento de la vena renal izquierda". Es un cuadro clínico análogo al síndrome de la arteria mesentérica superior, en el que la tercera porción duodenal es comprimida entre la arteria mesentérica superior y la aorta, dando lugar a un cuadro obstructivo intestinal<sup>3</sup>.

Se presenta por igual en ambos sexos y su prevalencia verdadera no se conoce. Es una enfermedad de baja incidencia y debe sospecharse en paciente jóvenes, varones o mujeres, con síntomas de larga evolución sin otras afecciones que los justifiquen<sup>2</sup>.

Clínicamente puede permanecer silente o manifestarse de diferentes maneras: hematuria macro o microscópica, dolor en fosa renal izquierda y/o abdominal, proteinuria recurrente en jóvenes, síndrome de fatiga crónica, varicocele, dolor pelviano crónico o disuria<sup>1,2,3</sup>.

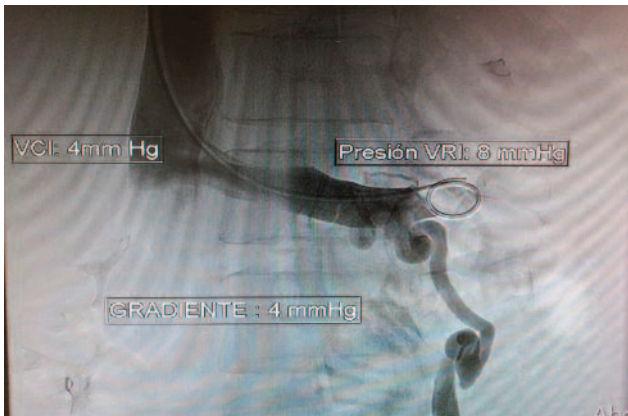
Característicamente, la sintomatología suele intensificarse con el ortostatismo y/o el ejercicio. Frecuentemente se presenta como episodios de hematuria macro o microscópica que se pueden acompañar de dolor en fosa renal izquierda y/o dolor abdominal. También se ha relacionado con episodios de proteinuria recurrente en jóvenes, así como con el síndrome de fatiga crónica.

El dolor es el segundo síntoma más frecuente, caracterizándose por dolor abdominal o en flanco izquierdo; en ocasiones puede irradiarse a muslo y nalga<sup>4</sup>. Puede cursar con varicocele izquierdo y varices lumbares, ésta obstrucción al flujo gonadal también se relaciona con síntomas congestivos pelvianos (dolor pélvico crónico, dispareunia, disuria y dismenorrea)<sup>3</sup>.

Es una patología difícil de diagnosticar mediante métodos rutinarios, aunque la primera herramienta diagnóstica debería ser la exploración física. Si el paciente presenta síntomas de congestión pélvica y hematuria, asociado a dolor en flanco izquierdo con irradiación al área glútea, disconfort pélvico y varices pélvicas en la mujer o varicocele en el varón, constituye una fuerte base en el diagnóstico<sup>5</sup>.

Inicialmente debe realizarse un estudio de hematuria para descartar otras causas más frecuentes. La cistoscopia nos informará de la emisión de orina hemática por el meato uretral izquierdo<sup>3</sup>. Técnicas de imagen como la resonancia magnética con contraste o una TC pueden darnos el diagnóstico<sup>5</sup>. La flebografía retrógrada es la técnica de elección, puesto que nos permite llevar a cabo cálculos de gradientes de presión entre la porción distal de la vena renal y la vena cava inferior<sup>3</sup>. Dada la utilidad de la ecografía dúplex y su inocuidad, puede tratarse de una herramienta útil en el *screening* de la proteinuria ortostática para evaluar si la causa es un síndrome del cascanueces.

El tratamiento del síndrome del cascanueces depende de la severidad del cuadro y de la sintomatología.



**Figura 1.** Flebotomografía renal, en la que se observa una compresión a nivel de la vena renal izquierda.

Son indicaciones de tratamiento la hematuria persistente o anemizante, el dolor lumbar o pelviano incapacitante, o la presencia de síntomas congestivos pelvianos acentuados, con exclusión de otros diagnósticos diferenciales. Si decidimos tratarlo, disponemos de procedimientos quirúrgicos abiertos como son la nefropexia medial, *by-pass* de la vena renal, transposición de la vena renal izquierda o el autotrasplante de riñón izquierdo<sup>5</sup>. Otra opción sería el tratamiento endovascular mediante dilatación con balón o *stent* o mediante cauterización química intrapélvica. Estos últimos presentan resultados favorables y menor morbilidad a corto plazo, aunque su eficacia y seguridad debe ser comprobada a largo plazo<sup>3</sup>.

### Conclusiones

El síndrome del cascanueces es una entidad poco frecuente y difícil de diagnosticar por la variabilidad de sus síntomas y porque frecuentemente es un diagnóstico de exclusión. Habría que sospecharlo en paciente jóvenes, varones o mujeres, con síntomas sugestivos de larga evolución sin otras afecciones que lo justifiquen.

La prueba de elección para el diagnóstico es la flebotomografía, pero pueden utilizarse otras técnicas menos invasivas como la resonancia magnética o la TC. Sin olvidar que siempre la exploración física es la herramienta diagnóstica más potente de la que disponemos.

En el caso de estar indicado tratarlo activamente disponemos de tratamientos quirúrgicos o endovasculares, careciendo estos últimos de seguimientos a largo plazo hasta el momento.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

### Bibliografía

- 1 Alcocer-Gamba MA, et al. Tratamiento endovascular exitoso del síndrome de cascanueces con stent autoexpandible. Arch Cardiol Mex. 2012;82:303-7.
- 2 Dellavedova T, Racca L, Ponzano RM, Minuzzi S, Olmedo JJ, Minuzzi G. Síndrome de Cascanueces. Comunicación de un caso. Rev Mex Urol 2010; 70 (1): 51-54.
- 3 D. Santos Arrontes, R. Salgado Salina, V. Chiva Robles, J.M. Gómez de Vicente, I. Fernández González, J. Costa Subias, A. Páez Borda, A. Berenguer Sánchez. Síndrome de Cascanueces. A propósito de un caso y revisión de la literatura. Actas Urol Esp. 2003; 27 (9): 726-731.
- 4 Andrew K. Kurklinsky, Thom W. Rooke. Nutcracker phenomenon and nutcracker syndrome. Mayo Clin Proc. June 2010; 85 (6): 552-559.
- 5 Younes El Harrech, Hassan Jira, Jaouad Chafiki, Mohamed Ghadouane, Ahmed Ameur, Mohamed Abbar. Actitud expectante en el síndrome del cascanueces. Actas Urol Esp. 2009;33(1):93-96.