

Pensando en el síndrome de cascanueces en la consulta de Atención Primaria

Yolanda González Pascual*, Julia Álvarez Blanco*, Víctor Lemes Niz, Marina Bousquets Niño**.**

* LES. Medicina de Familia y Comunitaria. Gerencia Atención Primaria de Zamora. Centro Salud de Carballeda. Zamora (España).

** MIR. Medicina familiar y comunitaria. Gerencia Atención Primaria. Zamora (España).

Correspondencia: Yolanda González Pascual. ygonzalezp@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción: En la consulta de Atención Primaria nos enfrentamos diariamente al reto de la incertidumbre y a la falta de tiempo y de medios, por ello es importante estar bien formados y conocer entidades poco frecuentes como la que nos ocupa para poder pensar en ellas.

El síndrome renal de cascanueces (Nutcracker syndrome) consiste en la compresión de la vena renal izquierda (VRI) entre la arteria mesentérica superior y la aorta abdominal, lo que provoca un aumento en el gradiente de presión entre la VRI y la vena cava inferior [1].

Se presenta con dolor abdominal y/o lumbar izquierdo y con síntomas urológicos y/o ginecológicos.

Exposición del caso: Mujer de 33 años que consulta por meses de evolución de dolor lumbar izquierdo irradiado a fosa iliaca izquierda que empeora con la menstruación, asociando importante dismenorrea y dispareunia.

En la exploración física destacan varices vulvares y en las analíticas microhematuria de repetición.

Ante la sospecha de un posible síndrome de cascanueces y/o síndrome de congestión pélvica es derivada a cirugía vascular.

Diagnóstico y discusión: Para el médico de Atención Primaria el diagnóstico requiere un alto índice de sospecha y una cuidadosa historia clínica [1].

Tras la valoración por cirugía vascular y la petición de Angio-TC abdominopélvico, al mantener la misma sospecha que nosotros, se objetivaron hallazgos

sugestivos de síndrome de congestión pélvica con VRI de calibre normal, sin estenosis significativas a nivel del cruce con la aorta y la arteria mesentérica superior.

Ante estos hallazgos y la clínica de la paciente se le ha propuesto tratamiento con embolización de varices pélvicas.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de cascanueces, dolor abdominal, hematuria.

CASO CLÍNICO

INTRODUCCION

El síndrome o fenómeno de cascanueces fue descrito inicialmente por De Schepper en 1972, que lo denominó «síndrome de atrapamiento de la vena renal izquierda» [2].

El síndrome renal de cascanueces (Nutcracker syndrome) consiste en la compresión de la vena renal izquierda (VRI) entre la arteria mesentérica superior y la aorta abdominal, lo que provoca un aumento en el gradiente de presión entre la VRI y la vena cava inferior de hasta 3mmHg (el valor normal se sitúa por debajo de 1mmHg). Los delgados septos entre las venas y el sistema colector de los fórnix renales se rompen, con la consiguiente hematuria renal unilateral izquierda.

No se conoce la prevalencia exacta. La mayoría de los casos sintomáticos se presentan en la tercera y cuarta décadas de la vida, aunque también se pueden

ver en recién nacidos y su incidencia parece más elevada en mujeres [3] y personas con bajo peso.

La clínica es muy variada. Es una de las causas conocidas del síndrome de congestión pélvica [4], hematuria macro y microscópica [5], dolor pélvico inexplicado y de pérdidas uterinas. Cuando se presenta como una afectación eminentemente renal suele conllevar proteinuria ortostática, dolor abdominal en flanco izquierdo y microhematuria, mientras que si la presentación es de carácter urológico predominarán varicocele, varices pélvicas y/o vulvares, glúteos o muslos, dispareunia, dismenorrea e intolerancia al ortostatismo.

Para el médico de Atención Primaria el diagnóstico requiere un alto índice de sospecha y una cuidadosa historia clínica. Debe plantearse ante un paciente con dolor lumbo-pélvico y hematuria. El diagnóstico requiere confirmación mediante imagen [6], son útiles como pruebas complementarias la ecografía con doppler color, la tomografía computarizada de abdomen con contraste y la angioresonancia.

El tratamiento varía desde actitud expectante y tratamiento sintomático hasta nefrectomía [7]. En algunos estudios se observó una aparente correlación entre un mayor índice de masa corporal y la regresión de los síntomas [8] debido probablemente a que la grasa pueda separar parcialmente la vena y las arterias y liberar algo la compresión. El tratamiento definitivo se reserva para casos muy sintomáticos, y engloba stents, bypass gonado-cava, reimplantación de vena renal izquierda.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 33 años sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes personales de hipotiroidismo subclínico. Consulta por llevar cerca de un año con dolor lumbar izquierdo y en fosa iliaca izquierda, había estado en tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos y fisioterapia sin mejoría. Refiere que empeora con la menstruación produciendo importante dismenorrea y dispareunia, por lo cual también había sido valorada por ginecología quienes habían objetivado en ecografía ginecológica plexo varicoso perianexial izquierdo y periuterino izquierdo y habían indicado tratamiento con anticonceptivos sin mejoría.

En la exploración física destaca una complexión delgada con un índice de masa corporal de 19, dolor a la palpación de pared pélvica izquierda y varices en labio mayor izquierdo y raíz de muslo izquierdo.

Pulsos distales presentes y simétricos en ambos miembros inferiores.

Revisando analíticas previas constatamos microhematuria de repetición sin otros hallazgos significativos.

Ante los datos de la historia clínica, la exploración física y los resultados de las pruebas complementarias se nos plantea el diagnóstico de síndrome de cascanueces y/o síndrome de congestión pélvica, por lo cual decidimos derivar a la paciente a la consulta de cirugía vascular e indicamos una dieta para aumentar de peso, así como terapia descongestiva por parte de fisioterapia.

DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN

La paciente fue valorada por el servicio de cirugía vascular quienes al mantener la misma sospecha diagnóstica que nosotros solicitó un angioTAC abdominopélvico en el cual se objetivó vena renal izquierda de calibre normal, sin estenosis significativas a nivel del cruce con la aorta y la arteria mesentérica superior. El ángulo aorto-mesentérico es de 49°. Ambas venas ováricas están aumentadas de calibre. La vena ovárica izquierda tiene un calibre máximo de 1cm y drena a la vena renal izquierda. La vena ovárica derecha también está aumentada de calibre con un diámetro de 11 mm y drena a la VCI. Así mismo se observan venas tortuosas y aumentadas de calibre en región pélvica y genital, hallazgos en relación con varices útero-genitales. Estas venas también tienen drenaje a ambas venas hipogástricas. Estos hallazgos son sugestivos de síndrome de congestión pélvica.

Ante estos hallazgos y la sintomatología de la paciente se le propuso embolización de varices pélvicas pendiente de su realización. Tras aumento de peso la paciente refiere cierta mejoría clínica.

En el diagnóstico final de este caso ha sido excluido el síndrome de cascanueces, no obstante, es importante pensar en ello ya que es una enfermedad rara que consiste en el atrapamiento de la VRI, y sus manifestaciones más frecuentes son hematuria y dolor en hemiabdomen izquierdo. Su diagnóstico es difícil ya que es eminentemente clínico [3], es poco conocido y pasa fácilmente desapercibido debido al alto grado de sospecha diagnóstica necesaria, y por la falta que existe de criterios diagnósticos y casos publicados.

Por estos motivos es necesaria la formación de los médicos de familia en estas enfermedades poco frecuentes, para poder pensar en ellas enfocando bien

a los pacientes y evitando así complicaciones y poder mejorar su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hermida Pérez JA. Síndrome de cascanueces. Med Gen Fam.2016; 5(1):21-24.
2. De Schepper A. Nutcracker phenomenon of the left renal vein pathology. J Belg Rad. 1972; 55:507-11.
3. Gulleroglu K, Gulleroglu B, Baskin E. Nutcracker syndrome. World J Nephrol. 2014; 3:277-81.
4. Winer AG, Chakiryan NH, Mooney RP, Verges D, Ghanaat M, Allaei A, et al. Secondary pelvic congestion syndrome: description and radiographic diagnosis. Can J Urol. 2014; 21:7365-8.
5. Del Canto Peruyera P, Vaquero Lorenzo F, Vallina-Victorero Vazquez MJ, Alvarez Salgado A, Vicente Santiago M, Botas Velasco M, et al. Recurrent hematuria caused by nutcracker syndrome. Ann Vasc Surg. 2014; 28:1036.e15-9.
6. Fong JK, Poh AC, Tan AG, Taneja R. Imaging findings and clinical features of abdominal vascular compression syndromes. Am J Roentgenol. 2014; 203:29-36.
7. Said SM, Gloviczki P, Kalra M, Oderich GS, Duncan AA, D Fleming M, et al. Renal nutcracker syndrome: Durgical options. Semin Vasc Surg. 2013; 26:35-42.
8. Alaygut D, Bayram M, Soylu A, Cakmakci H, Türkmen M, Kavukcu S. Clinical course of children with nutcracker syndrome. Urology. 2013; 82:686-90.