

Una forma rara de presentación del síndrome de cascanueces: cascanueces retroaórtico

Clara M. Moriana Domínguez, Francisco José Borrego Utiel, Manolo Polaina Rusillo

Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

NefroPlus 2017;9(1):70-71

RESUMEN

Se presenta un caso clínico de un síndrome de cascanueces diferente al habitualmente observado en el estrecho aortomesentérico. En nuestro caso, la vena renal izquierda seguía un trayecto descendente retroaórtico y estaba comprimida entre la columna vertebral y la pared aórtica en su camino hacia la vena cava inferior. Clínicamente cursó con albuminuria y microhematuria indolente con curso intermitente.

Palabra Clave: Síndrome del cascanueces. Vena renal izquierda. Microhematuria.

INTRODUCCIÓN

El síndrome del cascanueces, descrito desde 1972, se refiere a una anomalía vascular infrecuente en la que se comprime la vena renal izquierda a su paso entre la unión de la aorta y la arteria mesentérica superior, debido a un ángulo muy cerrado entre ambas arterias. Esto provoca una hipertensión venosa renal izquierda con desarrollo de venas colaterales y varicosidades intra- y perirrenales, que pueden causar hematuria si se rompe la delgada pared que separa las venas del sistema colector urinario. Cursa clínicamente con hematuria macro- o microscópica, a veces en brotes, principalmente en niños, pero también en adultos, que suele ser asintomática, aunque puede ir asociada con dolor episódico en flanco izquierdo. En ocasiones puede manifestarse con proteinuria ortostática¹⁻⁴. Su detección requiere un alto índice de sospecha y la realización de técnicas angiográficas, por lo que es probable que su frecuencia esté bastante subestimada². Se describe un síndrome de cascanueces muy raro por la compresión de la vena renal izquierda por otras estructuras diferentes a la clásica pinza aortomesentérica.

CASO CLÍNICO

Varón de 17 años, derivado a nefrología para estudio de microhematuria. Desarrollo durante la infancia normal salvo por enuresis a los 16 años. No tenía antecedentes de infecciones urinarias previas ni de infecciones faringoamigdalares de re-

petición. En la analítica inicial presentó: creatinina 0,9 mg/dl, aclaramiento de creatinina 122,9 ml/min/1,73 m²; albuminuria 40,1 mg/gCr y 68,8 mg/día, proteinuria 109,2 mg/gCr y 187,2 mg/día, sedimento normal, urocultivo negativo, estudio inmunológico negativo. Tres meses después mostró un discreto incremento en albuminuria (64,4 mg/gCr y 135,3 mg/día) y proteinuria (145 mg/gCr y 304,7 mg/día). En la radiografía de tórax destacaba un leve *pectus excavatum*, sin observar patología cardíaca con ecocardiografía. En ecografía abdominal se observaron riñones de aspecto y tamaño normales, con pelvis extrarrenal turgente. En la angio-TC se visualizaron riñones de tamaño normal destacando una vena renal izquierda con drenaje en vena cava inferior tras seguir un trayecto retroaórtico. Su calibre estaba aumentado desde el riñón hasta su llegada a la aorta, momento en que sufría un afilamiento al pasar entre aorta y columna vertebral (fig. 1A y B). Esta anomalía ha sido denominada síndrome de cascanueces posterior. Un año después, la analítica no mostraba proteinuria ni albuminuria.

DISCUSIÓN

El síndrome de cascanueces se debe considerar en el diagnóstico diferencial de los casos con hematuria indolente, hematuria intermitente o microhematurias de causa no clara, ya que su detección puede ayudar a evitar exploraciones o revisiones innecesarias². La angio-TC es hoy la técnica de elección por su sencillez, y están en desuso la flebografía y la medición de la presión de la vena renal izquierda⁴. El síndrome de cascanueces posterior se ha descrito de forma muy infrecuente en la bibliografía⁵ y, a tenor de nuestro caso, parece cursar clínicamente de igual manera que el caso clásico. Desde el punto de vista terapéutico, en la mayoría de los casos no precisa actuación alguna y con frecuencia desaparece con la edad. Algunos

Correspondencia: Clara M. Moriana Domínguez

Santo Reino, 5, 5.º. CP 23003 Jaén.

claricemd@hotmail.com

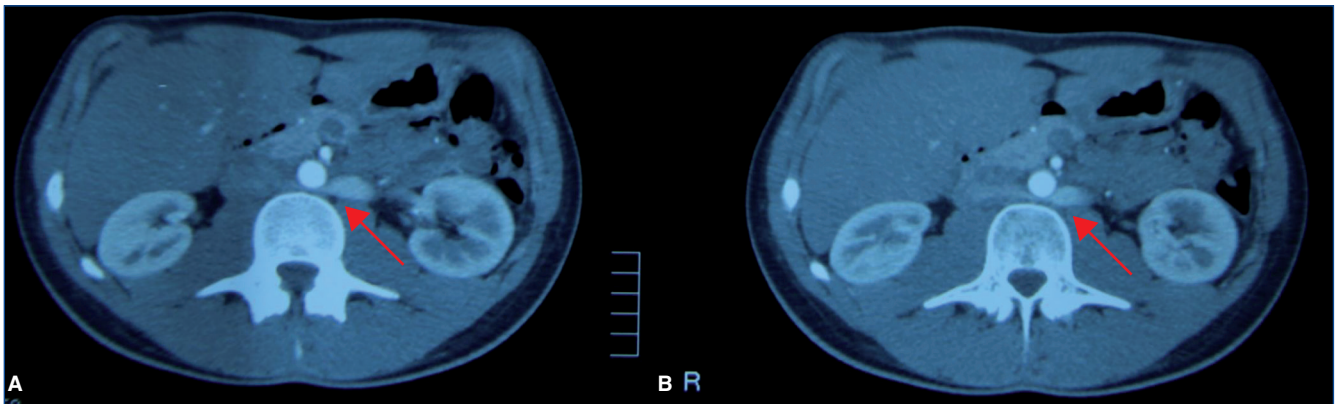


Figura 1. Imágenes de angio-TC.

A) Se visualiza vena renal izquierda que se afila en su paso entre aorta y columna en su camino hacia la cava inferior. B) Se observa el tránsito de una vena renal izquierda de calibre aumentado, con trayecto descendente, que pasa por detrás de la aorta.

autores han empleado inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina o simplemente analgésicos en los brotes de dolor. Rara vez se ha descrito la necesidad de colocación de un *stent*¹.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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. Hanna HE, Santella RN, Zawada ET Jr, Masterson TE. Nutcracker syndrome: an underdiagnosed cause for hematuria? *S D J Med.* 1997;50:429-36.
3. Russo D, Minutolo R, Iaccarino V, Andreucci M, Capuano A, Savino FA. Gross hematuria of uncommon origin: the nutcracker syndrome. *Am J Kidney Dis.* 1998;32:E3.
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. Allam SR, Livingston TS, Kalaria V, Diaz-Calderon W, Pumphrey JA, Patel L, et al. Posterior nutcracker syndrome: an infrequent cause of hematuria. *Kidney International.* 2014;85:985-6.