

# Síndrome del cascanueces posterior como causa de macrohematuria persistente

María Martínez Bautista<sup>1</sup>, Juan Alberto Piñero Fernández<sup>1,2</sup>, Carmen Vicente Calderón<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

<sup>2</sup>Sección de Nefrología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

NefroPlus 2019;11(2):76-77

© 2019 Sociedad Española de Nefrología. Servicios de edición de Elsevier España S.L.U.

El síndrome del cascanueces posterior es una entidad infrecuente y está causado por una posición retroaórtica de la vena renal izquierda, que ocasiona su compresión entre la aorta y la columna vertebral<sup>1,2</sup>. Entre las 4 y 8 semanas de gestación se forma un collarite venoso periaórtico. La porción ventral de este collarite persiste como la vena renal izquierda, y la porción dorsal desaparece; si bien, en caso de persistir da lugar a la vena renal izquierda retroaórtica<sup>1,2</sup>. En relación con su compresión se produce un aumento de la presión venosa, con desarrollo de colaterales y varicosidades intrarrenales en proximidad al sistema colector, que en caso de romperse darán lugar a hematuria<sup>1,2</sup>.

La mayoría de los casos cursan de forma asintomática, aunque es posible encontrar dolor lumbar o pélvico, hematuria macro- o microscópica, proteinuria, hipertensión, etc.<sup>1,2</sup>.

Se presenta un caso de hematuria persistente con diagnóstico final de síndrome del cascanueces posterior. Escolar de 12 años, en seguimiento por Nefrología desde los 10 años por hematuria macroscópica, de coloración roja vinosa y de carácter casi diario. No presenta disuria ni dolor abdominal. No se observan edemas ni hipertensión. No hay antecedente traumático ni práctica de ejercicio intenso; tampoco proceso infeccioso intercurrente. No toma fármacos. No cuenta con antecedentes familiares de litiasis renal, nefropatía, sordera ni afectación oftálmica.

Inicialmente se sospechó glomerulonefritis posinfecciosa, presentó exudado faríngeo positivo a *Streptococcus pyogenes* y títulos elevados de ASLO (anticuerpos antiestreptolisina O). La analítica, con perfiles hepático, renal, lipídico, férrico, hemograma, coagulación y gasometría, fue normal. Inmunoglobulinas y complemento, normales. ANA (anticuerpos antinucleares) y ANCA (anticuerpos anticito plasma de neutrófilos), negativos. Mantoux y serologías, negativas.

## Correspondencia: María Martínez Bautista

Servicio de Pediatría.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Ctra. Madrid-Cartagena, s/n. 30120 El Palmar, Murcia.

mariamula36@hotmail.com

Revisión por expertos bajo la responsabilidad de la Sociedad Española de Nefrología.

A lo largo del seguimiento presentó leve elevación del índice Pr (proteína)/Cr (creatinina) (0,45 mg/mg), y recibió tratamiento con enalapril. También presentó un discreto ascenso del índice Ca (calcio)/Cr (0,7 mg/mg), por lo que se ensayó tratamiento con hidroclorotiazida y citrato potásico, sin mejoría de la hematuria, a pesar de normalizar el calcio.

En las ecografías, como único hallazgo destacó pielectasia izquierda de 16 mm. Se realizó una cistoscopia con biopsia vesical y una urografía intravenosa, que fueron normales. La citología de orina mostró eritrocitos morfológicamente normales, sin cristales ni cilindros. El estudio genético de colagenopatías tipo 4 y las valoraciones cardiológica y oftalmológica fueron normales. Biopsia renal sin evidencia de patología glomerular ni intersticial. Finalmente, en uro-TC, se evidenciaron hallazgos compatibles con duplicidad venosa renal izquierda, con presencia de vena retroaórtica, lo que era sugestivo de síndrome compresivo interaortovertebral o del cascanueces posterior (fig. 1). Se decidió actitud expectante de forma consensuada con urología infantil, ya que dada la edad del paciente cabía la posibilidad de

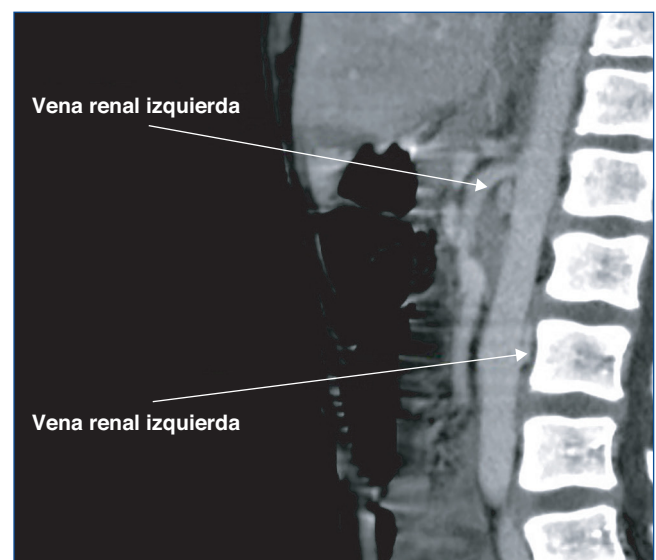


Figura 1. Duplicidad venosa renal izquierda con presencia de vena retroaórtica.

resolución espontánea, y la hematuria se autolimitó a los 2 años y medio del primer episodio.

En los casos sintomáticos, la hematuria es la forma de presentación más frecuente. Se ha de pensar en este tipo de anomalías ante pacientes con hematuria persistente y descartar previamente otros diagnósticos más frecuentes. La TC es la técnica *gold standard* para el diagnóstico, y también pueden ser útiles la ecografía Doppler, la RM o la angiografía<sup>2</sup>. El abordaje oscila entre conducta expectante y procedimientos endoscópicos o

quirúrgicos (transposición de la vena renal, pieloplastia, nefrectomía, etc.), en relación con la gravedad de los síntomas y edad del paciente, ya que en edades prepuberales es posible la resolución espontánea de la clínica<sup>3</sup>.

### Conflicto de intereses

Los Dres. María Martínez Bautista, Juan Alberto Piñero Fernández y Carmen Vicente Calderón declaran que no tienen conflictos de interés.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Heidler S, Hruby S, Schwarz S, Sellner-Zwieauer Y, Hoeltl W, Albrecht W. Prevalence and incidence of clinical symptoms of the retroaortic left renal vein. *Urol Int.* 2015;94:173-6.
2. Resorlu M, Sariyildirim A, Resorlu B, Burak Sancak E, Uysal F, Adam G, et al. Association of congenital left renal vein anomalies and unexplained hematuria: multidetector computed tomography findings. *Urol Int.* 2015;94:177-80.
3. Chen Y, Xing J, Liu F. Left renal vein transposition is effective for posterior nutcracker syndrome. *Int J Clin Exp Med.* 2014;7:5925-7.