



P-052 - SÍNDROME DE "NUTCRACKER" O CASCANUECES COMO CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL: DEMOSTRACIÓN MEDIANTE TC

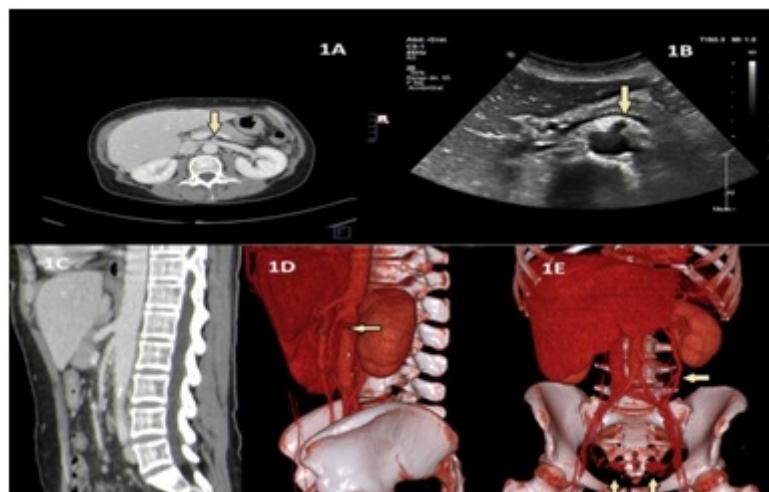
Martínez Sanz, Nuria; Fernández López, Antonio José; Sánchez Cifuentes, Ángela; Luján Martínez, Delia María; Medina Manuel, Esther; Peña Ros, Emilio; Fernández Ferrando, María Jesús; Albarracín Marín-Blázquez, Antonio

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

Introducción: Descrito de manera inicial por De Schepper, en 1972, como “síndrome de atrapamiento de la vena renal izquierda”, ocurre por compresión de dicho vaso a su paso por la horquilla vascular formada entre la aorta y la arteria mesentérica superior como consecuencia de una disminución del ángulo normal entre ambas. Clínicamente es posible que permanezca silente o se manifieste como episodios de hematuria macro o microscópica, pudiendo acompañarse de dolor en la fosa renal izquierda y/o dolor abdominal.

Caso clínico: Paciente mujer de 44 años, que acude a urgencias por episodios de dolor abdominal leve de predominio izquierdo desde hacía varios meses sin referir otra sintomatología acompañante. A la exploración física mostraba dolor difuso a la palpación abdominal sin peritonismo, en el hemograma presentaba leucocitosis importante con desviación izquierda y 250 Eri/?l en el análisis de orina. Se realizó una ecografía y TC abdominal que evidenciaban una disminución de la distancia entre aorta y arteria mesentérica superior (4 mm), con estenosis de la vena renal izquierda y un ángulo aorto-mesentérico disminuido ($15,8^\circ$), con una dilatación de la vena ovárica izquierda de hasta 1,1 cm, compatible con síndrome de “Nutcracker” o Cascanueces (fig.). Ante la intermitencia de los síntomas y la escasa interferencia en la actividad diaria de la paciente, se decidió asumir un manejo conservador con analgésicos y controles periódicos, evolucionando de forma satisfactoria.



Discusión: El síndrome del cascanueces es una patología con baja incidencia, existiendo menos de 200 casos publicados en la literatura debido fundamentalmente a su dificultad para sospecharlo ante hallazgos frecuentes como son el dolor abdominal y/o la hematuria. Este síndrome es relativamente más frecuente en mujeres entre la tercera y cuarta décadas de la vida. La primera herramienta para su diagnóstico debe ser la exploración física prestando especial atención ante síntomas de congestión pélvica, hematuria, dolor en flanco izquierdo y/o disfonfort pélvico. En nuestro caso, el dato clínico inicial fue el dolor abdominal crónico intermitente, dado que no refería hematuria macroscópica aunque posteriormente sí se evidenció microhematuria en el análisis. Diferentes autores afirman que la flebografía, tradicionalmente considerada la técnica de imagen de elección por la posibilidad de calcular gradientes de presión vascular, no es imprescindible para el diagnóstico de esta patología. La TC o angioTC aporta información apropiada y suficiente para establecer dicho diagnóstico. El ángulo normal entre aorta y arteria mesentérica superior varía en individuos sanos pudiendo llegar a 90°; sin embargo es menor de 45° en el síndrome de cascanueces. En nuestro caso el ángulo era inferior a 20°, pese a lo cual la paciente no presentaba síntomas graves. Las opciones terapéuticas actuales incluyen la vigilancia, la cirugía abierta (nefropexia medial, derivación/trasposición de la vena renal izquierda, autotransplante de riñón izquierdo), tratamientos endovasculares con stents o cauterización química intrapélvica. En nuestro caso, no recibió tratamiento quirúrgico, permaneció estable en el siguiente año con resolución de la microhematuria y dolor ocasional autolimitado. El manejo de esta patología continúa siendo un reto, el tratamiento depende de la gravedad de los síntomas.