



# Síndrome del cascanueces: una causa de dolor abdominal crónico en la que pensar.

Ángel Cuélliga González<sup>1</sup>, Guillermo Litrán López<sup>1</sup>, José Manuel Felices Farias<sup>1</sup>, Francisco Barqueros Escuer<sup>1</sup>, Cristina Rodríguez Oquiñena<sup>1</sup>, Francisco José Cárcelos Moreno<sup>1</sup>, David San Leandro Pardo<sup>1</sup>, Ana Ato González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital universitario Virgen de la Arrixaca,  
Murcia.

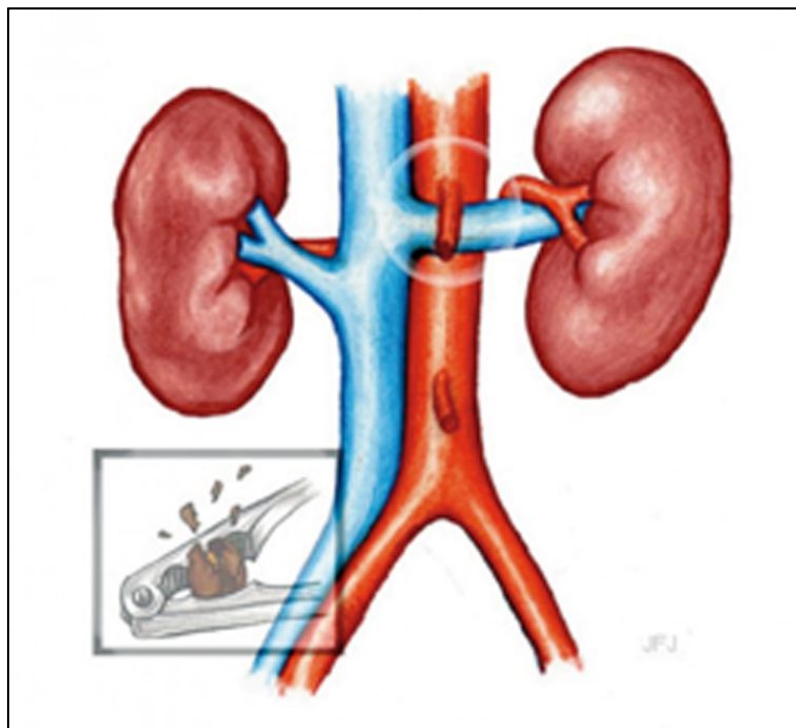


# Objetivo docente:

- Identificación de los hallazgos claves en imagen del síndrome de cascanueces.
- Conocer la validez diagnóstica del ratio de compresión de la vena renal.
- Conocer las características epidemiológicas habituales de los pacientes que suelen padecerlo.
- Conocer las alteraciones analíticas necesarias para el diagnóstico.

# Revisión del tema:

-El síndrome de cascanueces es una causa de dolor crónico en pacientes de complexión delgada secundario a la congestión pélvica causada por la estenosis de la vena renal izquierda por parte de la arteria mesentérica superior, que impide el adecuado retorno venoso.



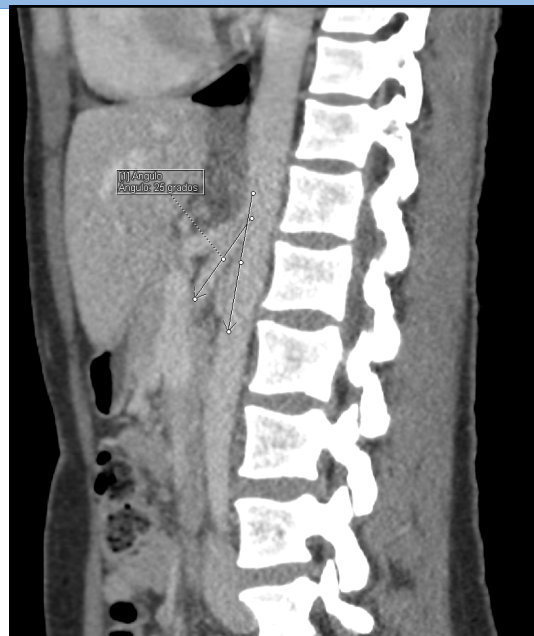
# Revisión del tema:

-Habitualmente son pacientes multiconsultadores sin diagnóstico durante años, por lo que el conocimiento de esta patología es fundamental para la identificación y posterior tratamiento de estos pacientes, que en algunos casos es realizado por los servicios de radiología vascular intervencionista.



# Revisión del tema:

-Los hallazgos de esta patología habitualmente son identificados en el TC. A los hallazgos clásicos recientemente se ha incorporado el ratio de diámetro de la vena renal izquierda antes y después de la compresión ejercida por la arteria mesentérica superior, que ha demostrado alta sensibilidad y especificidad para esta patología, por lo que ha de ser conocido para dar un diagnóstico fiable por parte de los servicios de radiología.



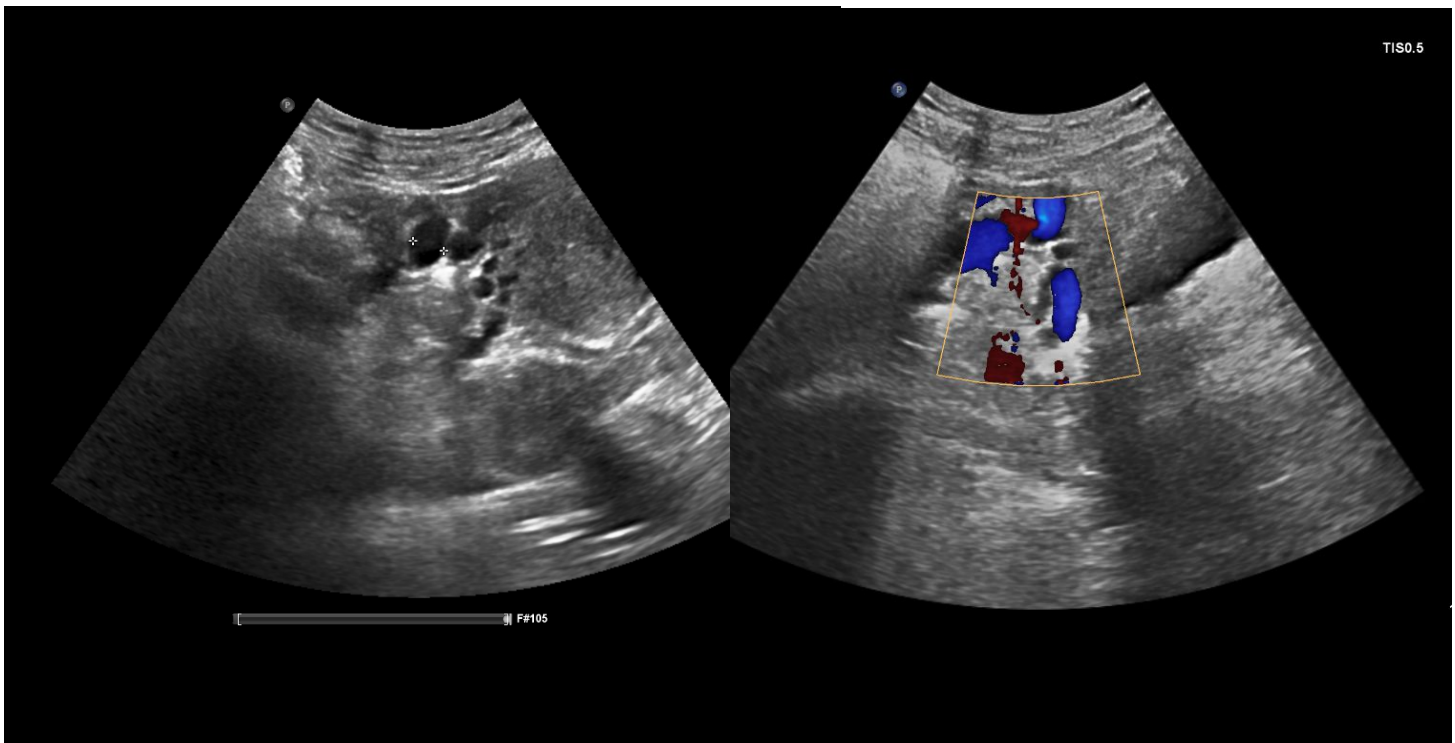
# Características clínicas del paciente:

- Pacientes con IMC bajo o pérdida reciente de peso.
- Predominio en mujeres.
- Se suele manifestar en la 3<sup>a</sup>-4<sup>a</sup> décadas.
- Leve predominio en razas orientales.
- Suele presentar clínica urológica o ginecológica (síndrome de congestión pélvica).
- El dolor lumbar y la hematuria macroscópica son los principales síntomas para su sospecha clínica.

# Características analíticas del paciente:

- Hematuria.
- HTA.
- Proteinuria.

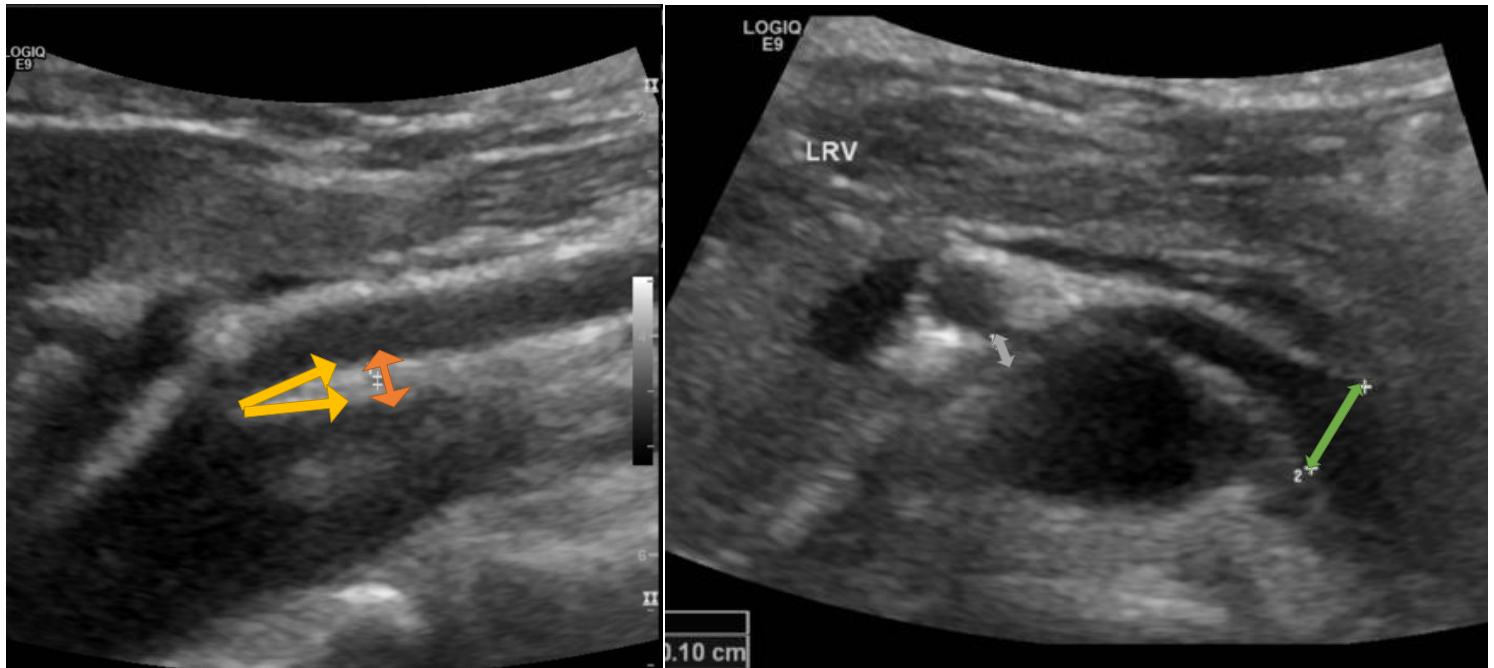
# Hallazgos ecográficos:



-Datos de congestión venosa pélvica: habitualmente se identifican venas varicosas paraováricas, de predominio izquierdo.

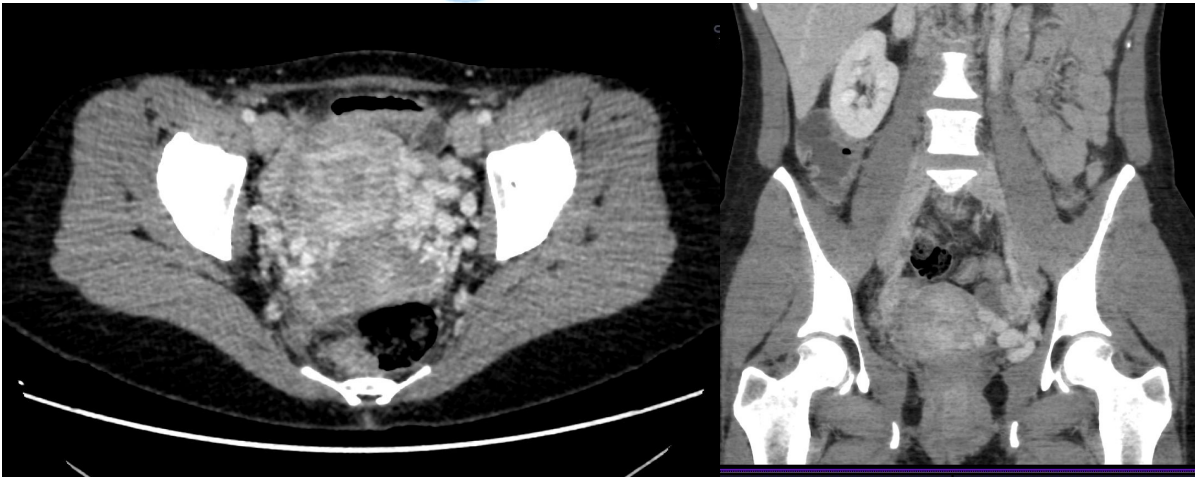


# Hallazgos ecográficos:

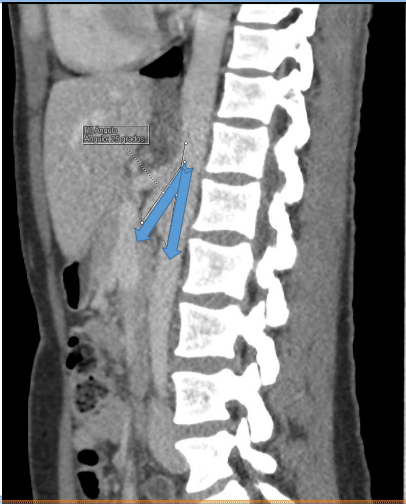


- Se puede medir la distancia (línea naranja) y el ángulo (amarillo) entre la arteria mesentérica superior y la aorta.
- Diámetro de la vena renal previa a la compresión (gris) y el post-compresión (verde).

# Hallazgos en TC:

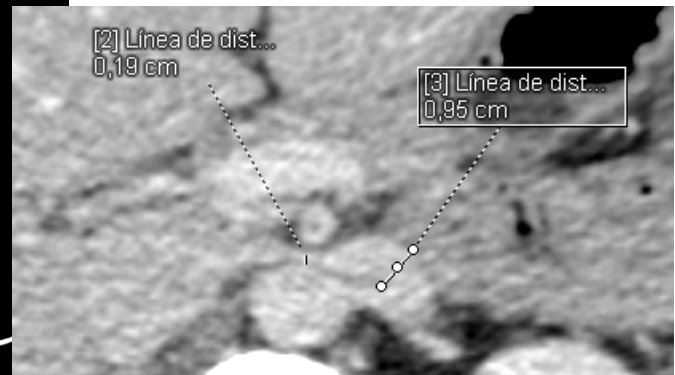
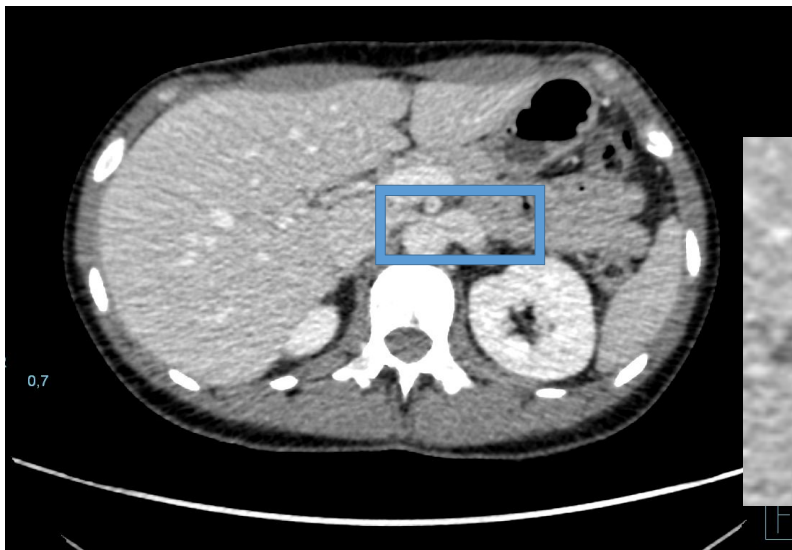


-Varices pélvicas (venas de tamaño superior a 2mm) en pelvis menor, de predominio izquierdo.



-Disminución del ángulo entre la AMS y la aorta abdominal ( $\leq 25^\circ$ ).

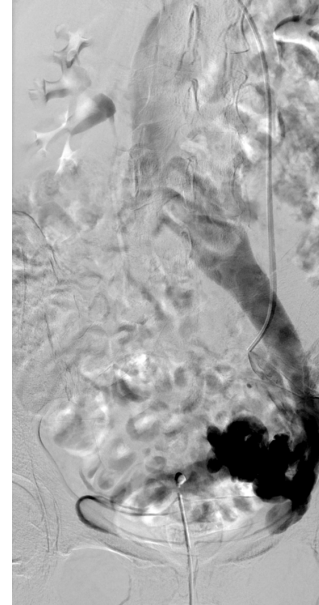
# Hallazgos en TC:



$$\frac{0,95}{0,19} = 5 \geq 2,25$$

-Un ratio de compresión del diámetro mínimo de la vena renal en la estenosis/diámetro previo de la vena a la estenosis superior o igual a 2,25 tiene una sensibilidad y especificidad superior al 97% para el diagnóstico.

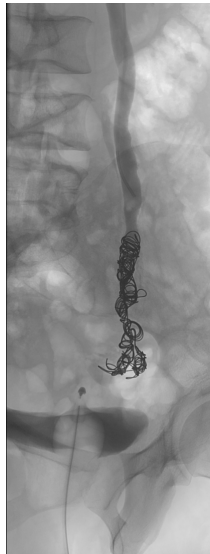
# Confirmación por flebografía:



- Bajo anestesia local se realiza abordaje de vena basilica derecha, accedemos a renal izquierda y ovárica izquierda y realizamos flebografía diagnóstica.
- Se observa una estenosis en tercio proximal de vena renal izquierda, a nivel de la pinza aorto-mesentérica, que condiciona dilatación distal de vena renal, así como de ovárica. Condiciona un **flujo retrógrado** desde renal a ovárica izquierda, de alta velocidad, con relleno de abundante varices pélvicas y retorno venoso vicariante por hipogástrica izquierda hasta cava.
- Medimos presiones pre y post estenosis:

- Presión post-estenosis: 18 mmHg  
- Presión pre-estenosis: 11 mmHg  
- Gradiente de 7 mmHg.

# Manejo y tratamiento:



- En pacientes **adolescentes** habitualmente el **seguimiento** es suficiente, ya que con los cambios físicos, especialmente la ganancia de peso suele revertirse el cuadro.
- En los pacientes adultos el tratamiento inicial es la **ganancia de peso**, llegando incluso a utilizar fármacos **orexigénicos**.
- Según las preferencias del paciente o ante el fracaso de la ganancia ponderal o la persistencia de hematuria (u otros síntomas renales) asintomática se pueden plantear opciones más agresivas.
- **Vía endovascular (elección):**
  - Embolización** con coils de las varices pélvicas, procedimiento que puede realizarse en un solo tiempo con el diagnóstico flebográfico. Elección en caso de clínica congestiva.
  - Colocación de un **stent autoexpandible** endovascular en la porción estenótica de la VRI. Elección en caso de clínica renal. Se deben recambiar.
- **Cirugía abierta** para la colocación del stent.
- **Autotrasplante renal** como última opción terapéutica.

# Conclusiones:

- El diagnóstico por TC de esta patología requiere una **serie de criterios**, siendo indispensables las repercusiones vasculares en forma de **varices pélvicas** (superiores a 4mm) y la **dilatación de la vena ovárica izquierda** (superior a 6mm).
- Otros criterios exclusivamente radiológicos son el **ángulo y la distancia formadas por la aorta y la AMS**, que comprimen la vena renal izquierda, siendo el **ratio** superior a 2.25 el hallazgo más sensible y específico de todos los radiológicos.
- Estos hallazgos radiológicos también pueden realizarse por ecografía, resonancia magnética y angiografía con la misma validez.
- Los hallazgos son secundarios a la disminución de grasa localizada entre la aorta y la AMS, por lo que el tratamiento de primera línea reside en el aumento de ésta (ganancia ponderal).