

SÍNDROME NUTCRACKER: UM RELATO DE CASO.

Renan Salgado Teixeira¹; Hannah Abreu Badaró Rezende¹; Camila Hostalacio Duarte²; Michele Hostalacio Duarte³

¹ Especializando de Clínica Médica do Biocor Instituto; ² Estagiária em Medicina no Biocor Instituto;

³ Nefrologista no Biocor Instituto.

(renansalgado@hotmail.com)

Introdução

Síndrome Nutcracker (SN) é uma variação anatômica rara, frequente em mulheres jovens, por compressão da veia renal esquerda (VRE) pela artéria mesentérica superior (AMS) sobre aorta abdominal (AA), podendo ser apresentar-se de forma assintomática e dentre outros sinais e sintomas (tabela1).

Tabela 1: Sinais e Sintomas na SN		
	Urológico/GO	Renal
Dor abdominal	+	-
Dor em flanco	-	+
Dispareunia	+	-
Dismenorreia	+	-
Varicocele	+	-
Hematúria	-	+
Proteinúria ortostática	-	+

A hematúria ocorre devido à hipertensão venosa na VRE que resulta em ruptura do septo entre as varizes e o sistema coletor renal. A doença pode ser classificada em dois tipos: Anterior com AMS sobre a VRE e Posterior com AA comprimindo a VRE sobre a coluna vertebral, ainda mais rara.

Objetivo

O presente relato tem o objetivo de divulgar a SN, apesar de rara, deve sempre entrar nos diagnósticos diferenciais de hematúrias, principalmente em casos atípicos de mulheres jovens com dor abdominal/pélvica.

Relato de Caso

Paciente feminina, 20 anos, encaminhada a nefrologia por episódios de macrohematuria e dor pélvica. Afirma uso de anti-inflamatório e diário de anticoncepcional oral, nega infecção urinária (ITU) de repetição. Possui história pregressa de hemangioma gigante em membro inferior esquerdo com tratamento endovascular. História familiar de nefrolitíase e tia paterna em hemodiálise de causa indefinida. Foi realizado extensa propedêutica com ultrassonografia de vias urinárias, tomografia abdominal total e ressonância magnética inconclusivos. Enquanto exame de urina evidenciou intensa microhematúria, proteinúria 30 mg/dl, cilindros hemoglobínicos, relação proteína/creatinina 0,08, creatinina 0,77 mg/dl.

Já os exames laboratoriais indicaram FAN, DNA nativo, C3, C4 e IgA normais, assim como a eletroforese de hemoglobina. A angiotomografia computadorizada abdominal constatou VRE dilatada, sinais de compressão em ângulo aorto-mesentérico sugerindo SN, além da veia lombar dilatada oriunda da VRE drenando parte do fluxo.

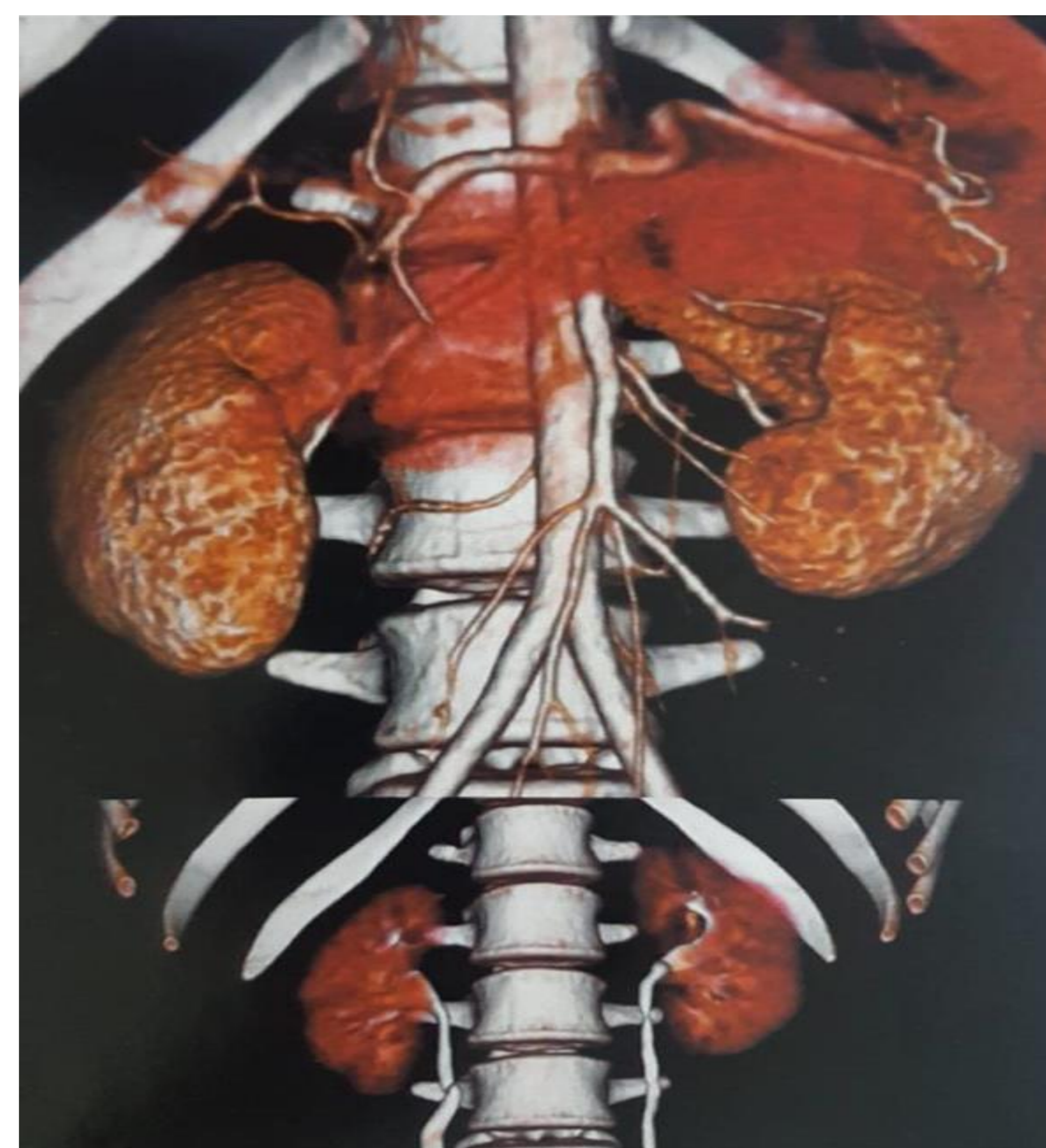


Fig. 1: AngioTC abdominal demonstrando a compressão da VRE do relato de caso apresentado, levando ao diagnóstico de SN.

Conclusão

A SN exige do médico a exclusão de outras causas mais frequentes de hematúria e dor abdominal, como nefrolitíase e ITU. Entretanto, em quadros atípicos, com dor pélvica, varizes vulvares ou varicocele em homens, é imprescindível estudar a vasculatura renal. O diagnóstico pode ser por ultrassom doppler (limitações técnicas), angiografia renal, angioressonância ou angiotomografia, exame não invasivo, com bom custo/benefício e sem necessidade de internação. O tratamento se baseia na gravidade, conservador nos jovens pela resolução espontânea da hematúria, ou se sintomas intensos e persistentes, tratamento cirúrgico endovascular com implante de *stent* ou transposição da AMS ou VRE, em casos selecionados, auto-transplante renal.

Referências Bibliográficas

- BELCZAK, S. *et al.* Tratamento endovascular da síndrome do quebra-nozes em adolescentes: relato de caso. São Paulo: J Vasc Bras, 19e20180126, 2020.
- FERREIRA, M. *et al.* Dor Pévica Crônica: o papel da síndrome do quebra-nozes. São Paulo: J Vasc Bras., 7(1):76-79, 2008.
- GULLEROGLU, K.; GULLEROGLU, B.; BASKIN, E. Síndrome do quebra-nozes. Pleasanton: World Nephrol., 3 (4): 277-281, 2014.