



## 160/1989 - Síndrome de cascanueces: A propósito de un caso

M. Huesa Andrade<sup>a</sup> y M. González Lavandeira<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Pablo. Sevilla. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Pablo. Sevilla.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 28 años de edad que acude al servicio de urgencias por presentar cuadro de dolor epigástrico tipo cólico posprandial, que se alivia con el vómito, con clínica desde hace dos semanas. Había consultado por este mismo motivo, precisando de medicación analgésica y antieméticos. No presenta coluria ni hematuria apreciable, ni asocia fiebre u otros síntomas. Como antecedentes personales la paciente no presenta alergias medicamentosas conocidas, es fumadora 10 cigarrillos/día, dislipémica y presenta una hernia hiatal diagnosticada en 2012 en tratamiento con omeprazol y cinitapride.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración física la paciente se encuentra con aceptable estado general, bien hidratada y perfundida. La auscultación cardiopulmonar es rítmica sin soplos con buen murmullo vesicular. El abdomen es blando y depresible, muy doloroso a nivel de epigastrio, con defensa voluntaria por el dolor, sin masas ni megalias, el signo de Bloomberg es negativo. El resto de exploración es anodina. Se realizó analítica completa, en el hemograma se objetivó leucocitosis de  $14.530 \times 10^9/l$ , la bioquímica con amilasa, creatinquinasa (CPK), y bilirrubina fueron normal. En elemental de orina, se objetivó leucocituria y presencia de menos de 150 hematíes. Se le realizó radiografía de abdomen en bipedestación sin hallazgos. Pese a analgesia, la paciente precisó de ingreso en el servicio de digestivo para control de la sintomatología. Se realizó ecografía abdominal, nueva analítica con proteína C reactiva (PCR), marcadores tumorales, y curva de lactosa, siendo éstos no patológicos. En la endoscopia oral se objetivó gran hernia hiatal no complicada. Dada la sintomatología de la paciente se le solicitó así también TAC abdominal en el que se objetivó dilatación de la vena renal izquierda con disminución del ángulo aorto-mesentérico, indicativo de síndrome de cascanueces. Asas intestinales de calibre y distribución adecuadas.

**Juicio clínico:** Hernia hiatal y síndrome de cascanueces.

**Diagnóstico diferencial:** Litiasis renal, pielonefritis, neoplasias.

**Comentario final:** En nuestro caso el síndrome del cascanueces, es un hallazgo casual. El síndrome del cascanueces consiste en una compresión de la pinza aortomesentérica y la vena renal izquierda, causando una estenosis funcional. Suele cursar con microhematuria y dolor dorsolumbar tipo cólico y raramente abdominal. El tratamiento es controvertido con poca experiencia en la literatura, en ocasiones se plantea la posibilidad de instilaciones con nitrato de plata como anticoagulante. La importancia de este caso en Atención Primaria radica en la necesidad de valorar diagnósticos poco

usuales en la práctica diaria a la hora de establecer un diagnóstico diferencial.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Martínez-Salamanca García JI, Herranz Amo F, Gordillo Gutiérrez I. Síndrome “nutcracker ” o cascanueces: Demostración mediante TAC helicoidal con reconstrucción 3D.
2. De Shepper A. Nutcracker femomeen van de vena renalis en vereuze pathologie van der linker nier. JBel Radiol 1972;55.