



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 242/2133 - SÍNDROME DE CASCANUECES

B. Blanco Polanco<sup>a</sup>, D. Narganes Pineda<sup>a</sup>, M. Antón González<sup>b</sup>, A. Córdoba Romero<sup>c</sup>, N. Rodríguez Panedas<sup>d</sup> y E. Shimabukuro Higa<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta del Rey. Valladolid. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid. <sup>c</sup>Médico de Área. Valladolid Oeste. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Parquesol. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 31 años, NAMC. No fumadora ni otros hábitos tóxicos. Antecedentes personales: Hiperprolactinemia tratada con cabergolina. Hermana con neurofibromatosis, realizándose estudio genético, negativo para nuestra paciente. Padre con fibrosis quística que precisó trasplante pulmonar. Acude por dolor abdominal hipogástrico irradiado zona coccígea, de predominio vespertino. Asocia dispareunia y dolor en sedestación. Diarrea pastosa con pérdida de 5 kg en un mes. No refiere fiebre, dolor genital, ni dolor con la defecación.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. TA: 101/69 mmHg, FC 57 lpm, SatO<sub>2</sub> 100% CyC: no IY. Tórax: AP: MVC. AC: rítmico, sin soplos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no se palpan masas ni megalias, ruidos conservados, sin signos de irritación peritoneal. EEII: no edemas, no signos de TVP. Analítica: sin alteraciones significativas. Sistemático de orina: no microhematuria ni proteinuria. Urocultivo negativo. Ecografía abdominal: sin hallazgos significativos. Se decide derivación a Medicina Interna para completar estudio. RMN: Prominencia de plexo venoso periuterino bilateral que rodea vagina, uretra y labios mayores. Flebografía pélvica: Presencia de venas colaterales en región periuterina e incompetencia de vena ovárica izquierda. El patrón de distribución sugiere congestión secundaria a colateralidad, bien por síndrome compresivo de la vena ilíaca (síndrome de May-Thurner) o por síndrome compresivo de la vena renal izquierda (síndrome de Cascanueces). Angio-TC abdominal con CIV: Se visualiza pinza aorto-mesentérica que comprime vena renal izquierda, con afilamiento de su calibre a nivel de la pinza y dilatación postestenosis. Dada la clínica es valorada por Radiología y Cirugía Vasculard, realizándose embolización de vena ovárica izquierda y colocación de stent en vena renal izquierda.

**Juicio clínico:** Síndrome de Cascanueces-Nutcracker.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome de May-Thurner, síndrome "pseudo Nutcracker" por presencia de fístulas arteriovenosas intrarrenales.

**Comentario final:** El síndrome del cascanueces es una enfermedad rara consistente en la compresión de la vena renal izquierda entre la arteria mesentérica superior y la aorta abdominal, más típico en mujeres jóvenes. Desde atención primaria debemos incidir en una buena historia

clínica para un buen enfoque diagnóstico.

### **Bibliografía**

1. Hermida Pérez JA. Síndrome de Cascanueces. SEMG 2016;5(1):21-4.
2. Menard MT. Nutcracker syndrome: When should it be treated and how? *Perspect Vasc Surg Endovasc Ther.* 2009;21:117-24.

**Palabras clave:** Cascanueces. Congestión pélvica. Circulación colateral.