

## Caso clínico

### Síndrome de cascanueces

Rubén Ramos Ludeña, Clara Julia Peña Bello, María Nieves Rodríguez Pascual

Centro de Salud Las Ciudades. Getafe (Madrid)

Mujer de 33 años de edad, con antecedentes de periodos de menorragia y polimenorrea, que acude a consulta refiriendo un nuevo episodio semejante a los previos, sin dolor abdominal u otra clínica acompañante.

La exploración física es anodina.

En analíticas presenta constantemente anemia con importante ferropenia; en el sistemático de orina se observa hematuria microscópica y microalbuminuria.

A partir de estos datos clínicos es remitida a Ginecología. Allí detectan un pólipo endometrial y congestión venosa perianexial izquierda.

Para buscar el origen de la congestión venosa se realiza exploración ecográfica abdominal. En ella se observa una vena renal izquierda retroaórtica (figuras 1 y 2).

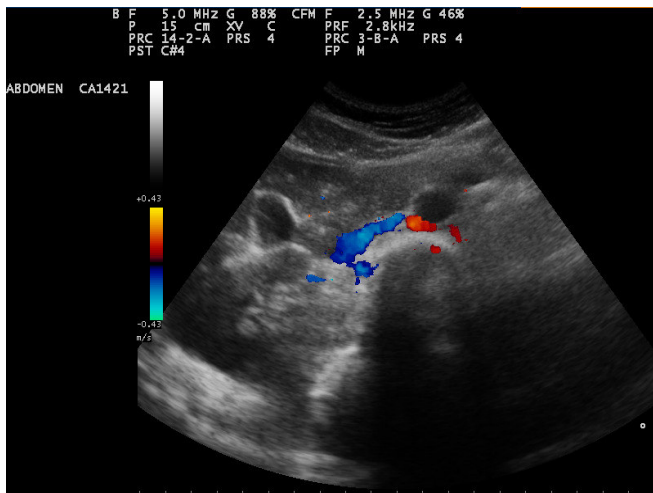


Figura 1.

El juicio clínico es de síndrome de *cascanueces*, cuya existencia explica todos los hallazgos.

Es remitida a Cirugía Vascular para continuar el estudio y el seguimiento.

## COMENTARIO

El signo de *cascanueces*<sup>1,2</sup> se debe a la compresión de la vena renal izquierda por la pinza aorto-mesentérica; origina un aumento de presión venosa retrógrada sin ha-

llazgos analíticos. Si éstos aparecen (hematuria y albuminuria), pasa a denominarse síndrome de *cascanueces*.

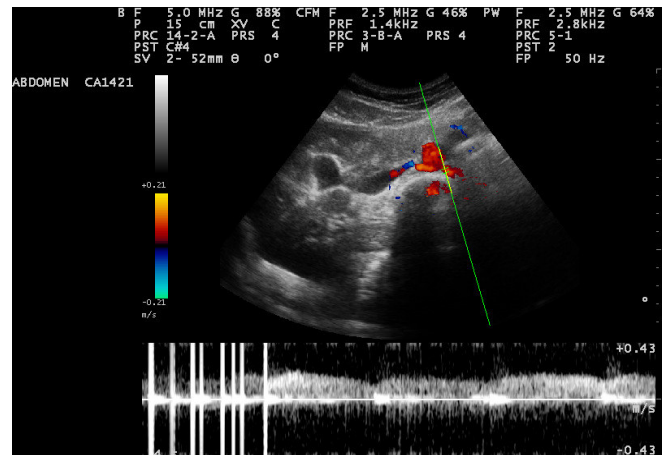


Figura 2.

En la mayoría de los casos, esta es la alteración anatómica hallada; sin embargo, en ocasiones (1-3 % de casos) la vena renal izquierda discurre por detrás de la aorta y es comprimida entre esta y la columna vertebral<sup>3</sup>.

La clínica es muy variable: casos asintomáticos<sup>1</sup>, dolor en el flanco izquierdo, varicocele en varones o dismenorrea y dispareunia en mujeres<sup>1-3</sup>.

En las pruebas complementarias, la hematuria y la proteinuria son casi constantes, mientras que la función renal puede variar según la gravedad.

La flebografía es la prueba de elección para el diagnóstico definitivo.

El tratamiento puede variar desde el puramente conservador hasta la colocación de un *stent* endovenoso o la apertura de una ventana retroaórtica para mejorar el flujo sanguíneo de la vena renal izquierda<sup>1-3</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Venkatchalam S, Bumpus K, Kapadia S, Gray B, Lyden S, Shishehbor M. The Nutcracker Syndrome. *Ann Vasc Surg.* 2011;25:1154-64.
2. Avgerinos E, McEnaney R, Chaer R. Surgical and endovascular interventions for Nutcracker Syndrome. *Semin Vac Surg.* 2013;26:170-7.
3. Marone E, Psacharopulo D, Kahlberg A, Coppi G, Chiesa R. Surgical treatment of posterior nutcracker syndrome. *J Vasc Surg.* 2011;54:844-7.