

Cartas al Director

Insuficiencia renal aguda e hipopotasemia severa secundario a pólipo veloso rectal: síndrome de McKittrick-Wheelock

Palabras clave: Síndrome de McKittrick-Wheelock. Adenoma veloso rectal. Diarrea secretora. Hiponatremia. Hipokalemia. Insuficiencia renal.

Key words: McKittrick-Wheelock syndrome. Rectal villous adenoma. Secretory diarrhea. Hyponatremia. Hypokalemia. Renal failure.

Sr. Director:

Los adenomas vellosos colorrectales son tumores frecuentes que normalmente provocan una escasa sintomatología. Presentamos un caso clínico, en el cual debido al gran tamaño tumoral se produjeron graves alteraciones hidroelectrolíticas, originando el denominado síndrome de McKittrick-Wheelock. Es infrecuente, de difícil diagnóstico y con adecuado tratamiento permite la reversibilidad total de las anomalías.

Caso clínico

Una mujer de 83 años consultó por diarrea crónica al Servicio de Urgencias de un hospital comarcal. A la exploración, se encontraba con hipotonía, debilidad, malestar general, desorientada y con somnolencia. La paciente presentaba diarrea mucosa crónica e incontinencia. Se encontraba afebril, con deshidratación, letargo y reflejos tendinosos disminuidos. A la exploración abdominal, refería dolor a la palpación, especialmente en fosa ilíaca izquierda. El electrocardiograma era nor-

mal y la radiografía de tórax no mostraba anomalías. A su ingreso, tenía: leucocitosis, hiponatremia, hipopotasemia, hipocloremia, hiperazoemia e insuficiencia renal aguda. Se realizó un TC abdomino-pélvico y una colonoscopia donde se evidenció un adenoma veloso ubicado justo por encima del nivel del esfínter anal, ocupaba la mitad de la circunferencia del recto y se extendía sobre 10 cm desde el margen anal (Fig. 1).

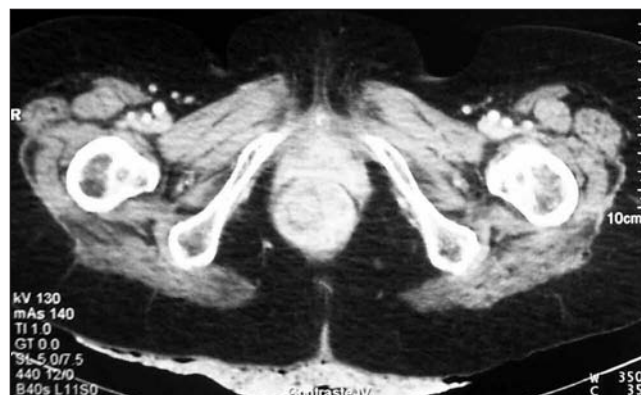


Fig. 1. TC abdominal en el que se aprecia la lesión tumoral cercana a la ampolla rectal.

En este momento la paciente fue derivada para tratamiento quirúrgico a nuestro hospital, donde se le realizó una amputación abdominoperineal. Tras un postoperatorio satisfactorio, el estudio anatomopatológico confirmó un adenoma tubulovelloso con áreas hiperplásicas y 12 ganglios libres de enfermedad.

Discusión

Los pólipos adenomatosos son lesiones con alto potencial de malignización, localizados más frecuentemente en el colon dis-

tal y recto. Entre estos, los adenomas vellosos representan el 3 al 6 por ciento de todos los tumores del colon, pero solo un 3% de ellos son adenomas hipersecretorios (1,2). Al observarlos con microscopio óptico, los adenomas vellosos presentan una producción de moco aumentada y el número de células productoras es mayor.

El Síndrome de McKittrick-Wheelock (descrito por primera vez en 1954) (3) es un síndrome de depleción hidroelectrolítica caracterizado por deshidratación, azoemia prerenal, hiponatremia, hipopotasemia, hipocloremia, acidosis metabólica, fatiga, confusión, y en casos severos, la muerte. Es causado por grandes adenomas vellosos, localizados frecuentemente en el recto y la posibilidad de presentar este síndrome aumenta cuanto más distal es la lesión.

La hipersecreción, tanto de fluidos como de electrolitos, está relacionada con el incremento de la actividad de la adenosina monofosfato (4) y los altos niveles de la prostaglandina E2 (5) en células adenomatosas, las cuales activan canales de cloro y potasio facilitando la salida de sodio. Numerosos estudios han reportado el descenso de los niveles de prostaglandina E2 después del tratamiento con indometacina obteniendo buenos resultados en el control de las deposiciones (5).

La disfunción del sistema nervioso central por hiponatremia es un hallazgo cardinal secundario a la diarrea secretora. La hipopotasemia produce alteraciones en el electrocardiograma, como infra desnivel del segmento ST y ondas U.

El síndrome de depleción causado por hipersecreción intestinal en un rango de 0,5 a 3 litros por día, produce deshidratación e insuficiencia renal aguda.

Luego de la reposición de electrolitos y fluidos, se debe realizar el diagnóstico etiológico. Habitualmente, la clave es la presencia de diarrea crónica, y si se encuentra presente, está indicado realizar una colonoscopia. La resección endoscópica está indicada para adenomas pequeños pero los tumores de mayor tamaño son susceptibles de resección quirúrgica (resección

anterior, resección abdominoperineal o microcirugía endoscópica transanal). La elección de cualquiera de estas técnicas depende de los siguientes parámetros: distancia desde el borde anal, tamaño, porcentaje de la circunferencia afectado y estadiificación tumoral (por ecografía endoscópica).

En conclusión, el síndrome de McKittrick-Wheelock debe ser considerado en caso de que se presente la triada de insuficiencia aguda prerenal, alteraciones hidroelectrolíticas y diarreas. El diagnóstico etiológico es importante, ya que el tratamiento quirúrgico precoz es el único efectivo cuando el paciente se encuentra estable.

G. E. Murature Stordiau, J. Suárez Alecha, C. Zazpe Ripa
y J. M. Lera Tricas

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
Hospital de Navarra. Pamplona*

Bibliografía

1. Kelly S, Lee P, Robertson G. Profound hypokalaemia secondary to a large rectosigmoid villous tumour. *N Z Med J* 2007; 120(1253): U2514.
2. Georgeac C, Serra-Maudet V, Bruant P, Casa C, Ronceray J, Becouarn G, et al. Hypersecreting villous rectosigmoid tumors. Apropos of 14 cases *J Chir (Paris)*. 1994; 131(3): 121-3.
3. McKittrick LS, Wheelock FC Jr. Carcinoma of the colon. Springfield, III: CC Thomas mPublisher; 1954: 61.
4. Jacob H, Schlondorff D, St Onge G, Bernstein LH. Villous adenoma depletion syndrome: evidence for a cyclic nucleotide-mediated diarrhea. *Dig Dis Sci* 1985; 7: 637-41.
5. Steven K, Lange P, Bukhave K, Rask-Madsen J. Prostaglandin E2-mediated secretory diarrhea in villous adenoma of the rectum: effect of treatment with indometacin. *Gastroenterology*. 1981; 80: 1562-1566.