

DIARREA CRÓNICA, UN SEVERO TRASTORNO ELECTROLÍTICO Y MCKITTRICK-WHEELOCK COMO UN DIFERENCIAL POTENCIALMENTE MORTAL

CHRONIC DIARRHEA, A SEVERE ELECTROLYTE DISORDER AND MCKITTRICK-WHEELOCK AS A POTENTIALLY FATAL DIFFERENTIAL

Marina Gaete Maino¹, Álvaro Poffalt Diaz¹, Benjamín Vera Nieto¹, Paulina Figueroa Rivera², Natalia Espinoza Araya².

¹ Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián. Santiago, Región Metropolitana, Chile.

² Médico Cirujano, Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián. Santiago, Región Metropolitana, Chile.

Autor Corresponsal: Marina Gaete Maino (mgaetem@correo.uss.cl)

Recibido 15 de marzo de 2024

Aceptado para publicación 3 de mayo de 2024

Publicado 17 de mayo de 2024

DOI: [10.56754/2810-6571.2024.3329](https://doi.org/10.56754/2810-6571.2024.3329)

RESUMEN

Introducción: La diarrea crónica y las alteraciones hidroelectrolíticas, que puede ir acompañadas de falla renal aguda, forman parte del síndrome de Mckittrick-Wheelock, una entidad poco conocida producida por un tumor hipersecretor, habitualmente adenoma vellosa ubicado a nivel colorrectal. **Presentación del caso:** Paciente femenina de 75 años de edad, quien otorga su consentimiento informado. Consulta al servicio de urgencia por cuadro de dolor abdominal difuso de 3 meses de evolución, asociado a baja de peso y deposiciones diarreicas. Tres días previo al ingreso, evoluciona con aumento de intensidad del dolor por lo que consulta. Examen físico de ingreso: tendencia a hipotensión, taquicardia, abdomen blando y sensible, masa en hemiabdomen derecho a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Laboratorio de ingreso: anemia leve e hipokalemia severa. Se realiza TC-TAP que informa: extensa masa en ciego y colon ascendente. Se rescata colonoscopia que describe lesión estenosante en colon ascendente con biopsia que evidencia adenoma tubular DAG. Posterior a corrección hidroelectrolítica se realiza hemicolectomía derecha sin complicaciones durante ni post procedimiento. **Discusión y Conclusión:** El síndrome de Mckittrick-Wheelock es una condición inusual asociada a tumores colorrectales hipersecretorios. Su cuadro clínico se caracteriza por diarrea crónica de alto volumen y desequilibrios hidroelectrolíticos. El tratamiento es quirúrgico y consiste en la resección de este. La mortalidad sin tratamiento es del 100% por lo que el diagnóstico temprano es crucial. En este caso inicialmente se consideró como un diagnóstico diferencial debido a la hipokalemia severa asociada a diarrea secundaria a una masa gastrointestinal, descartándose luego, con exámenes de imágenes y el resultado de biopsia.

Palabras Clave: Adenoma vellosa; Coloproctología; Cáncer de colon; Diarrea; Hipopotasemia.

ABSTRACT

Background: Chronic diarrhea and electrolyte disorder that can be accompanied by kidney failure are part of Mckittrick-Wheelock syndrome, a little-known entity resulting from a hypersecretory tumor, usually villous adenoma located at the colorectal level. **The case:** A 75-year-old female patient who gives informed consent. Presents to the emergency department with diffuse abdominal pain, associated with weight loss and diarrhea. Three days prior to admission, she experienced increased pain intensity, which is why she consulted. Physical examination: hypotension, tachycardia, soft and tender abdomen and a mass palpated in the right hemiabdomen, without signs of peritoneal irritation. Laboratory: mild anemia and severe hypokalemia. CT-TAP reported extensive mass in the cecum and

ascending colon. A colonoscopy was performed that described a stenosing lesion in the ascending colon. Biopsy shows HGD tubular adenoma. Surgical management was decided after hydroelectrolyte correction. Right hemicolectomy was performed without complications during or after the procedure. **Conclusion:** Mckittrick-Wheelock syndrome is an unusual condition associated with hypersecreting colorectal tumors. Its characterized by chronic high-volume diarrhea and hydroelectrolyte imbalances. The treatment is surgical and consists of its resection. Mortality without treatment is 100%, so early diagnosis is crucial. In this case it was initially considered as a differential diagnosis due to severe hypokalemia, but was later ruled out due to imaging exams and biopsy findings.

Keywords: Colonic neoplasms; Coloproctology; Diarrhea; Hypokalemia; Villous adenoma.

INTRODUCCIÓN

La diarrea crónica y las alteraciones hidroelectrolíticas, que puede ir acompañadas de falla renal aguda, forman parte del síndrome de Mckittrick-Wheelock, una entidad poco conocida producida por un tumor hipersecretor, habitualmente adenoma vellosa ubicado a nivel colorrectal.

El objetivo general de este trabajo es discutir y dar a conocer el síndrome de Mckittrick-Wheelock como diferencial de diarrea crónica asociada a tumor colorrectal.

PRESENTACIÓN DE CASO

Previo consentimiento informado, se presenta el caso de una paciente femenina de 75 años de edad, con antecedentes de colecistectomía laparoscópica y una cesárea. Consulta en el servicio de urgencia el día 23/02/24 por cuadro de dolor abdominal difuso de 3 meses de evolución, asociado a baja de peso de 20 kg, edema de extremidades inferiores y deposiciones diarreicas sin elementos patológicos que se agregó el último mes. Tres días previo al ingreso, evoluciona con aumento de intensidad del dolor, valorada como 8/10 en la Escala Numérica en donde 10 es la máxima intensidad del dolor, por lo que decide consultar. Al examen físico de ingreso destaca paciente en regulares condiciones generales, enflaquecida, con signos de deshidratación, tendencia a hipotensión, taquicardia, abdomen blando, sensible a la palpación en flanco derecho, sin signos de irritación peritoneal. Se palpa masa en hemiabdomen derecho de aproximadamente 10x10cm. En laboratorio de ingreso destaca anemia leve (Hemoglobina 10.8), aumento de parámetros inflamatorios (leucocitos 20.430, PCR 71), hipokalemia severa (potasio 2.36), hipoalbuminemia (1.7) y CEA 18. Se realiza Tomografía Computarizada de Abdomen y Pelvis (Figura 1) que informa: "extensa masa (15 x 15cm aprox) en ciego y colon ascendente con aumento de la densidad del tejido adiposo mesentérico y algunas adenopatías patológicas, sugerente de tumor primario, posiblemente transmural. Líquido libre laminar en fondo pélvico. Resto sin alteraciones." Se rescata colonoscopia del 15 de Nov 2023, que describe: lesión estenosante en colon ascendente, que ocupa 95% de la circunferencia, sin lograr franquear. Con biopsia que

evidencia adenoma tubular con Displasia de Bajo Grado (DBG), fragmentos de adenoma tubular con Displasia de Alto Grado (DAG) y focos de inflamación.



Figura 1. Masa Abdominal en Corte Transversal de Tomografía Computarizada de Abdomen y Pelvis.

Debido a la condición del paciente y hallazgos en examen físico e imagenológico, se decide hospitalizar en servicio de cirugía para manejo quirúrgico posterior a corrección hidroelectrolítica. Paciente evoluciona de manera favorable, con buena respuesta a terapia de reposición hidroelectrolítica, por lo que se programa cirugía.

Se decide abordaje por laparotomía media supra e infraumbilical, con hallazgo de tumor cecal de 20 x 15 cm (Figura 2), obstructivo, que infiltra 10 cm de íleon proximal a 17 cm de ángulo de Treitz, sin lesiones en hígado ni peritoneo, además de líquido libre seroso. Se realiza hemicolectomía derecha, resección en bloque de 15cm de íleon comprometido con su meso correspondiente, enviando pieza a biopsia diferida. Se realiza entero-entero anastomosis latero-lateral aniso peristáltica de cabos libres de intestino delgado e ileostomía terminal. Sin complicaciones durante ni post procedimiento. El paciente evoluciona de manera favorable, actualmente en 3er día post quirúrgico, sin nuevas alteraciones hidroelectrolíticas, ileostomía

funcional, con dolor leve que cede a analgesia. Dado lo anterior, se presenta a equipo para alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio. En el cual se evaluará la evolución clínica y los resultados pendientes de la biopsia, para determinar planes a futuro.

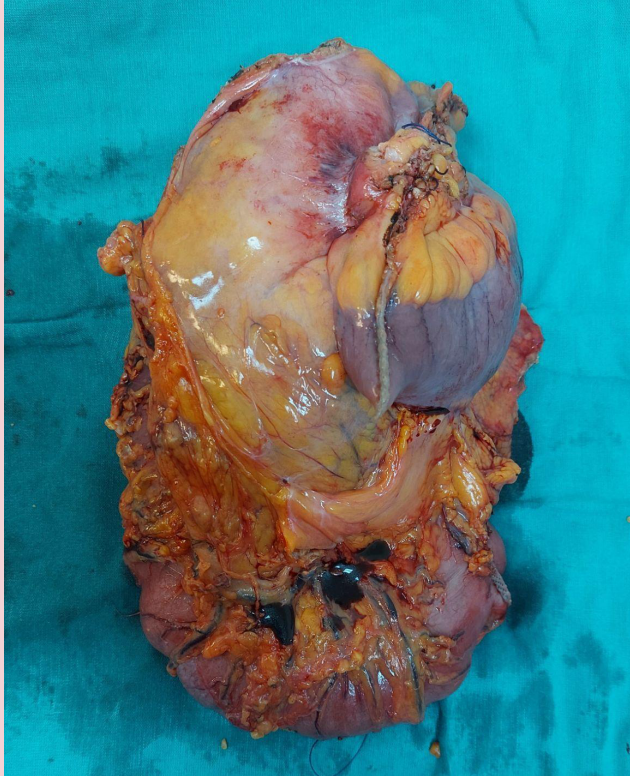


Figura 2. Resección de Colon Ascendente y Resección en Bloque de 15 cm de Íleon Distal.

DISCUSIÓN

IMPLICANCIA CLÍNICA

Las neoplasias son la segunda causa de muerte a nivel mundial, y dentro de estas, el cáncer colorrectal ocupa el segundo lugar. En Chile, se ubica como el segundo cáncer en mujeres con mayor mortalidad.¹ El riesgo de sufrir esta enfermedad aumenta con la edad, en consecuencia el tamizaje se vuelve una herramienta fundamental en mayores de 45 años, sin embargo aún no se cuenta con una prueba con suficiente costo-beneficio para utilizar de forma estandarizada. A continuación se describirá un síndrome poco frecuente relacionado a un tumor colorrectal, que posee una mortalidad del 100% sin el tratamiento adecuado, motivo por el cual, se requiere una alta sospecha para lograr un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno,² el cual tiene más de un 85% de éxito.⁶

CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO

El Síndrome McKittrick-Wheelock (SMcW) fue descrito por primera vez en 1954 por Leland McKittrick y Frank Wheelock⁵, desde entonces se han reportado casos aislado, surgiendo en la última década, estudios con recopilación de casos, con el propósito de consolidar el conocimiento en torno a este fenómeno.² La mayoría de los estudios se refieren al SMcW como una diarrea crónica de alto volumen que genera deshidratación, depleción severa de electrolitos (hipokalemia, hiponatremia y/o hipocloremia), acidosis metabólica y falla renal aguda, pudiendo generar shock hipovolémico e hipoproteinemia; secundaria a tumores colorrectales de gran tamaño hipersecretores.¹⁻² Los tumores secretores colorrectales son raros (<5%), siendo el más frecuente el adenoma vellosa, a pesar de que solo el 3% de estos posee actividad secretora.²⁻⁴ Kral A et al., 2017, señala que se han reportado SMcW asociados a tumores en recto (60%), rectosigmoide (32.4%), sigmoides (2.9%) y otros (1.3%).² Si bien, algunas fuentes describen el adenoma vellosa como criterio diagnóstico y exclusivo para hacer mención de este síndrome,⁴⁻⁵ otras lo definen como la causa más frecuente, pudiendo existir también adenomas tubulovellosos y adenocarcinomas como causa.²

Los casos se describen en adultos, sin predominio de rango etario, encontrando casos desde los 22 a 101 años de edad, con una relación entre hombres y mujeres, 1:1. Dentro de la clínica, lo más habitual suele ser una diarrea persistente acuosa, reportada en aproximadamente el 90% de los casos. Otros síntomas comunes son las náuseas, vómitos, astenia, glasgow alterado, síncope y anorexia.

OPCIONES TERAPÉUTICAS

Actualmente, para el tratamiento definitivo hay dos alternativas: la resección por vía endoscópica o vía quirúrgica.⁶ La vía endoscopia se puede realizar en LST (lateral spreading tumor) tanto por resección endoscópica mucosa (REM) o por disección endoscópica submucosa (DES), ambas con alto porcentaje de éxito (85 y 95%).⁶ Dentro de la alternativa quirúrgica, encontramos: la resección anterior, resección abdominoperineal, cirugía de Hartmann o la colectomía sigmoidea.² El gold standard es la vía anterior tanto por abordaje abierto como laparoscópico.⁶

CONCLUSIÓN

En primera instancia, con la historia clínica, el examen físico y los exámenes de laboratorio, dentro de los diagnósticos diferenciales de nuestro caso, se plantea el Síndrome de McKittrick-Wheelock, dado al trastorno electrolítico severo asociado a diarrea crónica secundaria a masa gastrointestinal. Sin embargo, con los exámenes de imágenes; TC-AP: extensa masa en ciego y colon

ascendente, Colonoscopia: adenoma tubular, nos alejamos considerablemente del SMcW. Además, durante el procedimiento quirúrgico, se objetiva la ubicación del tumor y la extensión de éste, pudiendo explicarse la diarrea e hipokalemia severa por la obstrucción intestinal y la infiltración a intestino delgado, más que por un tumor hipersecretor. Al momento de esta publicación, continúa pendiente el resultado de la biopsia definitiva del tumor extirpado.

REFERENCIAS

1. Institute for Health Metrics and Evaluation, Global Burden of Disease (2019) – processed by Our World in Data. “Liver cancer” [dataset]. Institute for Health Metrics and Evaluation, Global Burden of Disease (2019) [original data].
2. Kral A, Vega J. Síndrome de McKittrick-Wheelock. Una causa infrecuente de hipokalemia e injuria renal aguda. Caso clínico. Rev Med Chile. 2017; 145: 950-953.
3. Rayad MN, Mirza N, Herrera-Gonzalez MB, Bains Y, Herrera-Gonzalez S. McKittrick-Wheelock syndrome: A rare case of secretory diarrhea. Case Rep Gastrointest Med [Internet]. 2022;2022:1–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2022/2097364>
4. Orchard M, Hooper J, Wright J. A systematic review of McKittrick-Wheelock syndrome. Ann R Coll Surg Eng. 2018; 100: 591-597.
5. Leites M, Canavesi A, Valencia D, Dorelo R, et al. Resección de adenoma vellosos gigante causante del síndrome de McKittrick-Wheelock. Acta Gastr Lat. 2021; 51 [1]: 93-99.
6. Raphael MJ, McDonald CM, Detsky AS. McKittrick-Wheelock syndrome. CMAG 2015; 187 (9): 676-8

Agradecimientos

Agradecemos al Hospital Barros Lucos Trudeau por la gentileza de conceder acceso a la información para fines académicos.

Declaración de Conflictos de Interés y Financiamiento

Los(as) autores declaran no tener conflictos de interés ni haber recibido financiamiento en la realización de este trabajo.

Citar como: Gaete M, Poffalt A, Vera B, Figueroa P, Espinoza N. Diarrea Crónica, Un Severo Trastorno Electrolítico Y McKittrick-Wheelock Como Un Diferencial Potencialmente Mortal. Revista de Cirugía, Urgencia y Trauma de Estudiantes de Medicina [Internet]. 2024;1(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.56754/2810-6571.2024.3329>

© 2024 Autores(s). Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la [Licencia de Atribución de Creative Commons \(CC-BY-NC 4.0\)](#), que permite al usuario copiar, distribuir y transmitir el trabajo siempre que se acrediten el autor o autores originales y la fuente.