



Gastroenterología y Hepatología

www.elsevier.es/gastroenterologia



CARTA AL DIRECTOR

Puntualizaciones sobre un caso de síndrome de Mckittrick-Wheelock y coma metabólico



Updates on a case of Mckittrick-Wheelock syndrome and metabolic coma

Sr. Director:

Hemos leído el trabajo de López Fernández J et al.¹ en el que describen el caso de una mujer con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y un ingreso hospitalario, 2 años antes, por neumonía e hiponatremia. Acudió a urgencias por dolor abdominal, vómitos y diarrea, constatándose signos de deshidratación. Durante su estancia, tuvo un cuadro convulsivo que abocó a un estado de coma. Presentaba hiponatremia grave (101 mmol/l), hipoosmolaridad plasmática, potasio y función renal normales y no existía acidosis metabólica (AM). Tras corrección de la hiponatremia se realizó una colonoscopia que mostró un pólipo de aspecto veloso en el ángulo hepático del colon y que, tras hemicolectomía derecha laparoscópica, resultó ser un adenoma veloso con un adenocarcinoma moderadamente diferenciado.

Todo lo anterior se encuadra, en opinión de los autores, en el síndrome de McKittrick-Wheelock, epónimo acuñado en 1954 para describir una entidad caracterizada por la presencia de un adenoma veloso rectal con diarrea secretora crónica que puede ocasionar deshidratación, hipopotasemia, hiponatremia y fracaso renal agudo².

Revisando, a través del artículo de Malik S et al.³, la bibliografía en lengua inglesa sobre el particular, aparecen 35 casos en los que no hay predominio de sexo.

Prácticamente todos los pacientes presentaban fracaso renal agudo (91%), hiponatremia (96,3%) e hipopotasemia (95,6%).

Además, hemos estudiado los 7 casos —incluido el que motiva la presente carta— que hemos encontrado en castellano (tabla 1)⁴⁻⁸. Todos ellos eran mujeres con hiponatremia; 5 (71,4%) presentaban hipopotasemia y, de los 3 casos de los que aparecen datos, uno presentaba AM y otros 2, alcalosis metabólica. Solo un paciente tenía función renal normal, y la natriuresis fue baja en los 3 casos en que figura el dato, lo que revela una disminución del volumen circulante eficaz. En el caso que nos ocupa llama la atención la normalidad de la función renal y del potasio; la omisión de datos sin cuyo soporte es complicado elaborar un diagnóstico correcto; y la propia localización del adenoma veloso (muy mayoritariamente, las lesiones que conducen a este síndrome son distales, lo que impide la absorción compensatoria del colon distal). Así las cosas, y sin que esto suponga cuestionar el diagnóstico, hubiera sido importante conocer datos tales como el tratamiento que llevaba la paciente en el momento del ingreso; la causa de la hiponatremia durante el ingreso anterior; los valores del sodio en el intervalo entre los 2 ingresos; las natriuresis durante el ingreso actual; los valores de TSH y de cortisol; y, finalmente, las natremias posteriores a su recuperación.

Solo estando al tanto de los datos referidos hubiera podido establecerse con rigor el diagnóstico que se defiende y, al tiempo, hubieran podido descartarse otras opciones como, por ejemplo, una secreción inadecuada de hormona antidiurética, contra la que, *a priori*, jugaría la contracción del volumen extracelular que presentaba la paciente.

Con independencia de lo anterior, queremos felicitar a los autores por el interés del caso y por las aportaciones de su trabajo.

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.04.002>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.11.007>

0210-5705/© 2016 Elsevier España, S.L.U., AEEH y AEG. Todos los derechos reservados.

Tabla 1 Características de los pacientes

Caso	Edad/sexo	Na	K	Cl	pH	CO ₃ H	Cr	NaU	KU	Diagnóstico
1	59/Mujer	107	5	82	7,26	12	7,67	—	—	Adenoma vellosa rectal y en transversa con displasia grave local
2	75/Mujer	121	2,8	71	—	—	2	—	—	Adenoma vellosa rectal con displasia de bajo grado
3	76/Mujer	119	3,1	73	—	—	2,2	< 10	17	Adenoma vellosa rectal con displasia moderada
4	56/Mujer	HipoNa	HipoK	—	—	—	—	—	—	Adenoma vellosa rectal con displasia de bajo grado
5	55/Mujer	114	2,6	—	7,45	42	1,98	10	—	Adenoma vellosa rectal con atipia moderada
6	73/Mujer	126	2,5	—	7,5	52	1,94	9	66	Adenoma vellosa rectal con atipias graves
7	72/Mujer	101	4,6	—	—	—	N	—	—	Adenoma vellosa de ángulo hepático con adenocarcinoma mucinoso

Cl: cloro; CO₃H: bicarbonato; Cr: creatinina; HipoNa: hiponatremia; HipoK: hipokaliemia; K: potasio; KU: potasio urinario; Na: sodio; NaU: sodio urinario; pH: potencial hidrógeno.

Bibliografía

- López Fernández J, Fernández San Millán D, Navarro Sánchez A, Hernández Hernández JR. Síndrome de McKittrick-Wheelock: una causa infrecuente de coma metabólico. *Gastroenterol Hepatol*. 2017;40:349–51.
- McKrittick LS, Wheelock FC Jr. Carcinoma of the colon. Springfield, Illinois: Charles C Thomas Publisher; 1954. p. 61.
- Malik S, Mallick B, Makkar K, Kumar V, Sharma V, Rana SS. Malignant McKittrick-Wheelock syndrome as a cause of acute kidney injury and hypokalemia: Report of a case and review of literature. *Intractable Rare Dis Res*. 2016;5:218–21.
- Moya P, Armañanzas Ruiz L, Santos Torres J, Candela Polo F, Pérez-Legaz J, Arroyo A, et al. Insuficiencia renal aguda y diarrea crónica: síndrome de McKittrick-Wheelock. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2012;42:56–8.
- Estraviz B, Martínez A, Maniega R, Heras I, Bernal A, Sarabia S. Síndrome de McKittrick-Wheelock. A propósito de dos casos. *Cir Esp*. 2001;69:613–5.
- Jiménez-Rodríguez RM, Díaz-Pavón JM, González D, Vázquez-Monchul JM, Sánchez Gil JM. Adenoma vellosa gigante secretor de iones. Revisión de la literatura y estado actual de su tratamiento. *Rev Esp Enferm Dig*. 2007;99:616–7.
- Martínez García R, Gómez Abril SA, Trullenque Juan R, Martínez Mas E, Martínez Abad M. Síndrome de McKittrick-Wheelock: adenoma de recto gigante secretor. *Cir Esp*. 2010;87:117–8.
- Mila R, Grille S, Laurini M, Lapiedra D, Bagattini JC. Síndrome de McKittrick-Wheelock: una causa infrecuente de shock hipovolémico. *Rev Med Chile*. 2008;136:900–4.

José María Prieto de Paula^{a,*}, Cristina Rodríguez Martín^a, Miguel Martín Asenjo^a y Silvia Franco Hidalgo^b

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^b Servicio de Medicina Interna, Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Palencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmpripaula@yahoo.es

(J.M. Prieto de Paula).