

Diarrea, desequilibrio electrolítico e insuficiencia renal en varón de 94 años

L. Mao Martín^a, J. Cabello Carro^a, L. Villalobos León^a, R. Torres Gárate^a, N. García Millares^b
y A. Martínez Martínez^b.

^aMedicina Interna I. ^bAnatomía Patológica. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Caso clínico

Varón de 94 años de edad con hipertrofia benigna de próstata en tratamiento con bloqueantes alfa y sin ningún antecedente de interés previo. Presenta deterioro del estado general de 8-10 días de evolución con astenia y anorexia importantes así como somnolencia persistente. Su ritmo intestinal habitual alterna estreñimiento y diarreas desde hace dos años y desde el inicio de su deterioro actual ha presentado hasta cinco deposiciones mucosas al día, sin otros productos patológicos. A la exploración física destaca una llamativa deshidratación de piel y mucosas con óptimo nivel de conciencia, aunque desorientado en tiempo y espacio; tacto rectal con próstata adenomatosa lisa, sin aparente sospecha de malignidad ni otros hallazgos. En analítica convencional destaca: Hb 16 g/dl, Hct 43,5%, creatinina 6 mg/dl, urea 382 mg/dl, sodio 123 mEq/l, potasio 2,7 mEq/l, cloro 88 mEq/l, gasometría venosa pH 7,38 y bicarbonato 16,1 mEq/l. Se le realiza radiografía de tórax y simple de abdomen con resultado normal. Ingresa en planta para reposición hidroelectrolítica y realización de colonoscopia y ecografía transrectal que confirió el diagnóstico final.

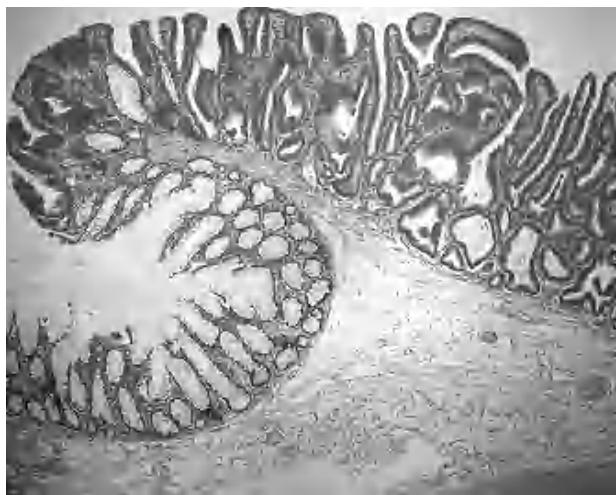


Fig. 1.



Fig. 2.

Evolución

Realizada la colonoscopia se observa en recto, nada más pasar el margen anal, una imagen que sugiere adenoma que se extiende hasta 15 cm y posteriormente es confirmado por el Servicio de Anatomía Patológica como adenoma tubuloveloso con displasia moderada. En las figuras se muestra la interfase entre la mucosa del intestino grueso con una neoformación adenovellosa en parte exofítica (fig. 1) y en parte plana (fig. 2). La ecoendoscopia ano-rectal confirma adenoma en sábana sin infiltración en los distintos cortes.

Diagnóstico

Síndrome de McKittrick-Weelock.

Discusión

La capacidad de los adenomas vellosos, especialmente los de gran tamaño, de originar depleción hidrosalina intensa e insuficiencia renal aguda, secundario a la secreción de grandes cantidades de material mucinoso rico en electrolitos y la escasa superficie de reabsorción distal de los elementos secretados (esencialmente en los localizados en recto-sigma), fue descrita inicialmente por McKittrick y Wheelock en 1954 dando su nombre a un síndrome que asocia deposiciones abundantes en número (hasta 15-20 deposiciones/día) y cantidad (hasta 3.000 cc de material mucoso al día), asociado con hiponatremia, hipopotasemia y, en ocasiones, acidosis metabólica hipoclorémica con los síntomas clínicos que de ellos pudieran derivarse^{1,2}. Una revisión de recto y colon a través de colonoscopia se hace necesaria³, al igual que una ecografía transrectal que nos permita valorar infiltración de las capas colónicas más allá de la submucosa.

Han sido distintos los mecanismos descritos para avalar esta pérdida de electrolitos: mediadores secretagogos producidos por el tumor (sustancia P), mecanismos mediados por niveles elevados en la expresión de adenilato ciclase y adenosín monofosfato cíclico (AMPc) en la mucosa (estudios *in vitro* realizados por Jacob et al⁴), así como prostaglandinas E2 (Steven et al⁵). Parece que los dos últimos inhibirían la absorción de sodio aumentando la secreción de cloro y agua. Desde la approxima-

ción fisiopatológica han sido varios los intentos por aclarar el papel que tendrían los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en el bloqueo de la expresión de PGE2 en la mucosa, concretamente con indometacina, y si bien se considera que puede tratarse de una medida temporalmente aceptada (en previsión de tratamiento definitivo) al disminuir la frecuencia y cantidad de las deposiciones⁶, no han de obviarse los efectos que de su uso pudieran derivarse y especialmente atender al potencial empeoramiento de la función renal. Mucho más controvertido ha sido el uso de un análogo de la somatostatina que se observó en estudio presentado por Smelt et al⁷ que aumentaba la secreción hasta en un 25%. El tratamiento definitivo en cualquier caso es el quirúrgico, como fue en el caso de nuestro paciente, valorando su extirpación endoscópica en el caso de lesiones poco extensas o bien resecciones intestinales que aseguren bordes libres de lesión en el caso de adenomas más extensos, ya que la posibilidad de transformación carcinomatosa de un adenoma es directamente proporcional al mayor tamaño de la lesión y el componente veloso, así como al grado de displasia.

Se trata, por tanto, de un cuadro clínico infrecuente, pero que su identificación puede ayudar a disminuir la morbitmortalidad derivada de la insuficiencia renal aguda prerrenal y las alteraciones hidroelectrolíticas secundarias a una diarrea secretora, cuyo tratamiento pasa por una correcta reposición hidroelectrolítica, posible mejora del cuadro con la administración de indometacina e inevitable resección quirúrgica del adenoma secretor.

BIBLIOGRAFÍA

- Popescu A, Orban-Schipu AM, Becheanu G, Dicolescu M. McKittrick Weelock syndrome: a rare cause of acute renal failure. Rom J Gastroenterol. 2005; 14:63-6.
- Lepur D, Klinar I, Mise B, Himbele J, Vranjican Z, Barsic B. McKittrick Weelock syndrome: a rare cause of diarrhoea. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2006;18:557-9.
- Older J, Older P, Colker J, Brown R. Secretory villous adenomas that cause depletion syndrome. Arch Intern Med. 1999;15:879-80.
- Jacob H, Schlendorff D, St Onge G, Bernstein LH. Villous adenoma depletion syndrome. Evidence for a cyclic nucleotide mediated diarrhea. Dig Dis Sci. 1985;30:637-41.
- Steven K, Lange P, Bukhave K, Rask-Madsen J. Prostaglandin E2-mediated secretory diarrhea in villous adenoma of rectum: effect of treatment with indomethacin. Gastroenterology. 1981;80:1562-6.
- Estraviz B, Martínez A, Heras I, Bernal A, Sarabia S. Síndrome de McKittrick-Weelock. A propósito de dos casos. Cir Esp. 2001;69:613-5.
- Smelt AH, Meinders AE, Hoekman K, Noort WA, Keirse MJ. Secretory diarrhea in villous adenoma of rectum: effect of treatment with somatostatin and indomethacin. Prostaglandins. 1992;43:567-72.