



<https://doi.org/10.47993/gmb.v48i2.1137>

Síndrome de McKittrick-Wheelock: una condición desafiante

McKittrick-Wheelock syndrome: a challenging condition

Vitorino Modesto dos Santos¹

Señora editora:

El reciente caso de síndrome de McKittrick-Wheelock (MKWS) publicado por Arrazola et al. ofrece una excelente ilustración de los desafíos diagnósticos de esta entidad¹; por ello, quisiéramos compartir casos recientes adicionales que subrayan la importancia del reconocimiento precoz. Los autores mencionados describieron a un paciente varón de 60 años con este síndrome raro, descrito por primera vez en 1954, que se presentó con diarrea crónica, hipopotasemia, cefalea y deterioro visual, asociado a un carcinoma escamoso no queratinizante del recto¹. Dos semanas antes del ingreso notó una masa dolorosa en la región inguinal izquierda, y estudios de imagen abdominal revelaron un tumor rectal que se extendía a esa zona. El paciente cursó con hipopotasemia refractaria a la reposición de electrolitos y falleció antes de la intervención quirúrgica definitiva planificada; los autores enfatizaron la importancia de sospechar tempranamente este síndrome para permitir el tratamiento quirúrgico¹. A continuación, se presentan varios ejemplos representativos de este síndrome.

Caso 1. Varón de 79 años que consultó por síncope, alteraciones electrolíticas graves e insuficiencia renal debidas a un pólipo rectal diagnosticado por imágenes abdominales y biopsia². Dado que la resección en fragmentos no tuvo éxito, se realizó resección abdominoperineal con colostomía permanente, con recuperación satisfactoria y mejoría de la calidad de vida. Los autores destacaron el diagnóstico temprano, la adecuada estabilización preoperatoria y la intervención oportuna para favorecer los mejores resultados en el manejo de pacientes con MKWS².

Caso 2. Mujer de 83 años con un pólipo de gran tamaño en la porción inferior del recto que presentaba diarrea crónica, trastorno electrolítico, enfermedad renal, hipoalbuminemia y anemia³. El diagnóstico clínico de MKWS se confirmó mediante datos de laboratorio, colonoscopia, imágenes radiológicas y patrón histopatológico (adenoma tubulovelloso con displasia de bajo grado); fue sometida con éxito a exéresis transanal submucosa y plicatura de Delorme³. Los autores enfatizaron el uso de este procedimiento como la mejor opción para el manejo de pólipos rectales bajos demasiado grandes para ser tratados endoscópicamente.

Caso 3. Varón de 67 años que consultó por debilidad y diarrea sanguinolenta con moco por más de una semana; se palpó una masa rectal irregular. Presentaba hipopotasemia, hiponatremia e hipocloremia, además de niveles muy elevados de creatinina y urea⁴. Tras hemodiálisis se normalizaron los electrolitos y el paciente fue dado de alta; las manifestaciones recidivaron tres veces en tres meses y se manejaron de forma similar. La colonoscopia mostró una masa vegetante desde el 3er cm del recto hasta 13 cm proximales, ocupando la mayor parte de la luz sin impedir el avance del endoscopio; había además una lesión vegetante sigmoidea de bordes irregulares que ocupaba el 40% de su luz. Los diagnósticos fueron adenoma vellosa rectal y adenocarcinoma de colon sigmoides⁴. Se practicó resección anterior baja laparoscópica e ileostomía en asa sin complicaciones; los autores señalaron que nunca se había reportado previamente un tumor sincrónico junto con un pólipo vellosa⁴.

¹Adjunct-professor, Armed Forces Hospital and Catholic University, Brasília-DF, Brazil
<https://orcid.org/0000-0002-7033-6074>

*Correspondencia a: Vitorino Modesto dos Santos
Correo electrónico: vitorinomodesto@gmail.com

Recibido el 31 de julio de 2025

Aceptado el 29 de agosto de 2025.

Caso 4. Mujer de 73 años evaluada por sospecha de cáncer de colon debido a deposiciones frecuentes, blandas y con moco desde 2016, automedicada sin éxito⁵. La videocolonoscopia mostró un tumor rectal de 3 cm a 12 cm del ano; se extrajo endoscópicamente y correspondía a un pólipo adenomatoso vellosos sin signos de malignidad. Durante 6 años, el adenoma vellosos rectal recidivó repetidamente y se realizaron al menos 3 intentos de resección endoscópica de las neoplasias recurrentes⁵. En diciembre de 2022 presentó hipotensión, diarrea, calambres musculares y episodios de pérdida de conciencia; la creatinina superaba 550 $\mu\text{mol/L}$ y la urea 40 mmol/L , por lo que se diagnosticó una lesión renal aguda prerrenal de grado III tratada por nefrología. Los datos fueron consistentes con MKWS por el tumor rectal vellosos, aunque no se observó el desarrollo de acidosis metabólica, que suele presentarse en los casos del síndrome⁵. En marzo de 2023, las imágenes revelaron un tumor (68 \times 44 mm) que estrechaba la luz intestinal y una invaginación en la transición rectosigmoidea por su gran volumen; se realizó resección directa del tumor y una ileostomía preventiva⁵. Es de destacar que la paciente rechazó repetidamente la extracción del tumor, pero la cooperación médica multidisciplinaria permitió efectuar un tratamiento quirúrgico radical con buena rehabilitación. El MKWS puede pasar inadvertido, subdiagnosticarse, diagnosticarse erróneamente o infranotificarse; por ello, los siguientes datos adicionales de la literatura reciente buscan atraer más atención hacia esta entidad. Las manifestaciones iniciales son inespecíficas y van seguidas de una fase latente de diarrea, antes del deterioro y la descompensación con riesgo de malos desenlaces. Las opciones de manejo dependen del tamaño y la localización del tumor: las lesiones pequeñas pueden tratarse mediante resección endoscópica, mientras que las más grandes pueden requerir resecciones quirúrgicas más extensas; las más difíciles de tratar son las situadas en el recto inferior o asociadas a prolapso rectal.

Referencias bibliográficas

1. Arrazola RET, Aguilar AAV. Hipokalemia persistente secundaria al Síndrome de McKittrick Wheelock: reporte de caso. *Gac Med Bol.* 2025;48 (1): 193-196. doi: 10.47993/gmb.v48i1.984.
2. Dimitrov IV, Sedloev TA, Vasilev IP, Usheva SS, Nikolov YA, Penkov NM, et al. Renal failure due to rectal neoplastic polyp: McKittrick-Wheelock syndrome-a case report. *J Med Case Rep.* 2025;19(1):3. doi: 10.1186/s13256-024-05013-0.
3. Ekwesianya AC, Jesudoss AV, Jacob M, Badr MF, Praveen BV. A new perspective on the management of giant rectal polyps presenting with McKittrick-Wheelock Syndrome: A case report on treatment with transanal excision and Delorme's plication. *Cureus.* 2025;17(3):e80075. doi: 10.7759/cureus.80075.
4. Eröz E, Cantürk AÖ, Bacak E, Ergün PG, Altıntoprak F. Can electrolyte imbalance indicate a diagnosis? McKittrick-Wheelock Syndrome and synchronous colon tumor. *Turk J Colorectal Dis.* 2024;34(3):105-108. doi: 10.4274/tjcd.galenos.2024.2024-5-4.
5. Khoronenko VE, Trifanov VS, Chebotareva NV, Meshcheryakova MY, Kosogolov MV. McKittrick-Wheelock syndrome as a rare manifestation of villous adenoma of the rectum. *Khirurgiia (Mosk).* 2024;(3):76-82. doi: 10.17116/hirurgia202403176.