



CASO CLÍNICO

Síndrome De McKittrick-Wheelock Mediante Cirugía Transanal Mínimamente invasiva, dispositivo SILS.

María Rufas Acín, Jordi Escoll Rufino, José Enrique Sierra Grañón

Presentamos el caso de un paciente varón de 80 años de edad sin alergias conocidas y con antecedentes de riesgo cardiovascular, diabetes mellitus tipo II, insuficiencia renal (IR) crónica estadio III, nefropatía diabética, colon irritable de dos años de evolución e ingreso previo por insuficiencia renal aguda de causa prerrenal, hiperpotasemia y acidosis metabólica que precisó diálisis.

Acude a Urgencias porque en los últimos 5 días presenta oligoanuria, vómitos y cuadro diarreico con deposiciones líquido-pastosas acompañadas de moco en aumento sin acompañarse de ninguna otra sintomatología. A su llegada el paciente está deshidratado, presenta severas alteraciones hidroelectrolíticas aunque se mantenía hemodinámicamente estable y con buen nivel de consciencia. Destaca Creatinina de 14.59, Urea de 560, Na 126 y K de 6.03. Exploración abdominal es anodina y por tacto rectal se palpa lesión blanda a punta de dedo. Se repone volumen y electrolitos de forma intensa pero ante la no mejoría de su insuficiencia renal prerrenal por diarreas ingresa en el Servicio de Nefrología para instauración de tratamiento agresivo precisando diálisis y continuar estudio.

Se realiza Colonoscopia completa hasta válvula ileocecal identificando a 5 cm de margen anal pólipo veloso sésil rectal de 5 cm que ocupa la luz colónica casi en su totalidad (Figura 1).



Figura 1: Adenoma túbulo-veloso



Archivos de Coloproctología, 2018; 1(3):32-38
https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201833263

Las Biopsias son compatibles con adenoma tubulo-velloso con displasia de alto grado. Se consulta con el Servicio de Cirugía que solicita un Tac toraco-abdominal (Figura 2) con imagen de ocupación de la luz en recto medio y superior, grasa perirrectal dentro de la normalidad, no lesiones hepáticas ni otros hallazgos de interés y una resonancia magnética (Figura 3) observando una gran masa rectal (en cara anterior) que se sitúa aproximadamente a 6.7 cm del canal anal y se extiende cranealmente 8.2 cm disminuyendo significativamente la luz rectal.

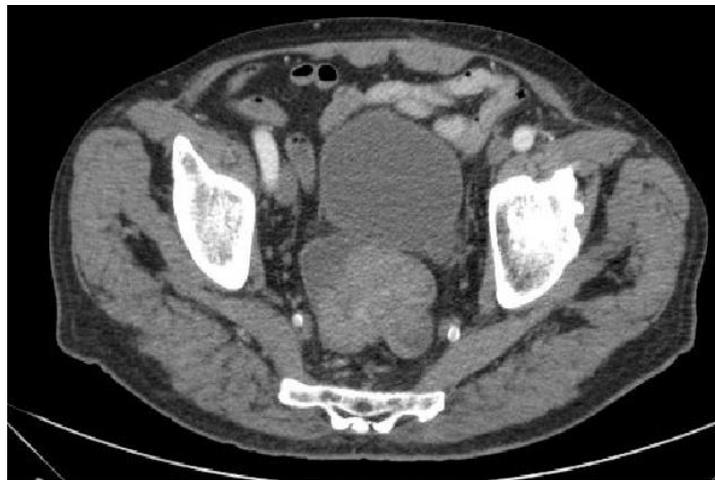


Figura 2: TAC: imagen de ocupación de la luz en recto medio y superior, grasa perirrectal dentro de la normalidad.

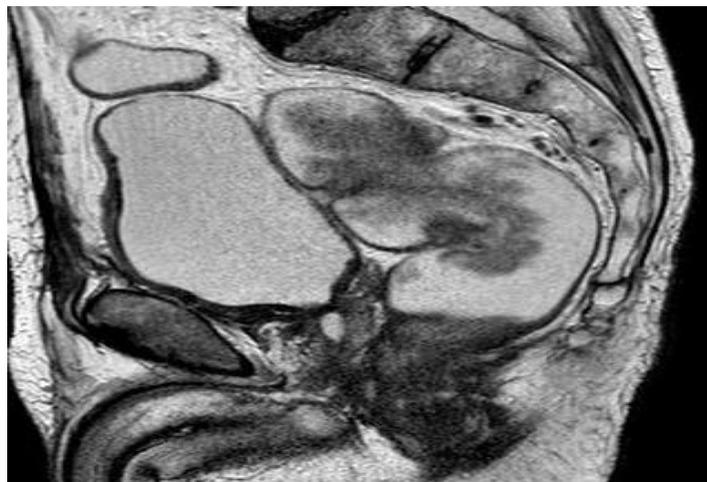


Figura 3: RNM: gran masa rectal que se sitúa aproximadamente a 6.7 cm del canal anal y se extiende cranealmente 8.2 cm disminuyendo significativamente la luz rectal.



Archivos de Coloproctología, 2018; 1(3):32-38
https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201833263

Dicha lesión no se extiende a través de la pared rectal, no presenta signos radiológicos de infiltración. No se identifican adenopatías pélvicas de tamaño significativo. Concluye con probable adenoma vellosos.

Se comenta el caso en el Comité de Tumores de Cirugía Colo-Rectal, dado que la lesión no es abordable endoscópicamente y de acuerdo con el paciente se decide intervención quirúrgica mediante cirugía transanal mínimamente invasiva. Durante su ingreso, tras ser estudiado y mejorada su situación es llevado a quirófano. Se coloca al paciente en decúbito inverso a la situación de la lesión, se introduce el dispositivo SILSr Port (uno de los dispositivos transanales descritos en la literatura para poder realizar esta técnica) fácilmente a través de canal anal y se procede a la resección endoanal por puerto único, se extrae la pieza y se sutura el lecho.



Figura 4: Dispositivo SILSr Port

El postoperatorio cursado es favorable y controlado conjuntamente con el Servicio de Medicina Interna hasta su pleno control de la función renal, pudiéndose dar el alta a los diez días de la intervención quirúrgica. El diagnóstico anatomopatológico final es de Adenoma Tubulo-Veloso con displasia de bajo grado y ocasionales focos de displasia de alto grado. Se hacen controles en la consulta de Cirugía mediante rectoscopia y a día de hoy no hay recidiva.

DISCUSIÓN

Los adenomas colorrectales (2,9-11,5%) son lesiones premalignas. Los adenomas vellosos comprenden alrededor del 10% de los mismos y alrededor del 3% de estos tienen actividad secretora.



Archivos de Coloproctología, 2018; 1(3):32-38
https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201833263

El Síndrome de McKittrick-Wheelock descrito por primera vez en 1954 es una entidad infrecuente (1). Su diagnóstico es un desafío clínico que se caracteriza

por depleción de volumen extracelular, alteraciones hidroelectrolíticas graves que desencadenan una insuficiencia renal aguda causada por tumores rectales hipersecretantes, habitualmente adenomas vellosos rectales de gran tamaño (2-3).

Desde el punto de vista fisiopatológico muestran una importante presencia de AMPc y de adenosinciclasa. La Prostaglandina E2 (PGE2) es un mediador involucrado ya que sus concentraciones se elevan (4).

Tras realizar una resucitación enérgica hídrica y electrolítica y normalizada la función renal se procede al tratamiento definitivo de la lesión mediante resección quirúrgica. El uso de Indometacina como Inhibidor de PGE2 puede estar indicado como tratamiento puente. La elección de la técnica quirúrgica aunque continua en discusión depende de la distancia al borde anal, tamaño, porcentaje de circunferencia afectado o profundidad de invasión de la pared de recto.

Diferentes procedimientos son descritos para resolver este problema con sus ventajas y desventajas y cada procedimiento deberá ser seleccionado en dependencia del tamaño de la lesión, distancia al margen anal, imagen, patología, disponibilidad de los equipos, experiencia de los cirujanos y preferencias de los pacientes.

Los adenomas pequeños pueden ser tratados endoscópicamente pero si son de mayor tamaño precisan medidas quirúrgicas.

El manejo más adecuado de los adenomas vellosos rectales gigantes continúa en discusión pero al ser básicamente benignos requieren procedimientos con baja morbilidad y mortalidad ya que las lesiones malignas precisan técnicas más agresivas y radicales con la excisión total de mesorrecto (5).

Los procedimientos transabdominales laparoscópicos son hasta ahora los más utilizados pero la cirugía con abordaje transanal debe ser considerado como alternativa quirúrgica para preservar el recto.

Las técnicas transabdominales, las más utilizadas la resección anterior de recto, están asociadas con mayor morbilidad y mortalidad como infección en el lecho quirúrgico, fugas de anastomosis, incontinencia fecal y disfunción urinaria y sexual e incluso en algunas ocasiones precisa una colostomía lo cual influye negativamente en la calidad de vida de los pacientes(6).

Por ello los procedimientos mínimamente invasivos por vía transanal se deben considerar en el manejo de adenomas o tumores rectales malignos en etapas tempranas sin factores de mal pronóstico debido a que la función esfínteriana



Archivos de Coloproctología, 2018; 1(3):32-38
https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201833263

puede ser mejor preservada no requiriendo una ostomía y disminuyendo la morbilidad genitourinaria asociada(7).

El abordaje transanal constituye un punto de interés en las Unidades de Coloproctología.

Existen distintas técnicas desde la excisión local promovida por Parks llegando hasta las plataformas de cirugía transanal modernas como TEM (Transanal Endoscopic Microsurgery) y el TEO (Tranasnal Endoscopic Operation) y la más reciente el TAMIS (Transanal Minimally Invasive Surgery) descrita inicialmente en el 2009 como un abordaje híbrido para lograr la resección endoluminal de lesiones bien seleccionadas con sus dos dispositivos más conocidos Gel Point Path y el Silsr Port (single-incision laparoscopic surgery). La técnica TAMIS es segura y ofrece una forma avanzada para la resección de lesiones benignas de recto y tumores malignos seleccionados(8-9).

El TEM comparado con las resecciones locales gracias a la insuflación del recto con dióxido de carbono permite una mejor calidad de excisión, una imagen magnificada, una visión óptima de las lesiones facilitando una disección más precisa, la capacidad de realizar hemostasia, la posibilidad de realizar sutura con menor tasa de recurrencia local en pacientes seleccionados. Estudios han demostrado su seguridad y efectividad pero el compromiso en alguna ocasión de la función de esfínteres por la utilización de un rectoscopio rígido, sus costes, sus equipos especiales con rectoscopio rígido, equipos especializados y su alta curva de aprendizaje ha hecho que su adopción en los diferentes medios haya sido escasa.

El TEM hasta ahora representaba la principal técnica aunque permanecía limitada a muy pocos centros, por lo que la actual aplicación del dispositivo Sils en el abordaje transanal vuelve abrir las puertas de una verdadera difusión de dicho acceso.

La experiencia y la disponibilidad del dispositivo SILS ha permitido iniciar el abordaje sistemático de tumoraciones rectales con las mismas indicaciones que el TEM, por esta vía. El uso previo en la cirugía laparoscópica facilita su manejo. El abordaje transanal SILS constituye un nuevo recurso para el Coloproctólogo. La cirugía de puerto único transanal y sus dispositivos para la realización de cirugía mínimamente invasiva ofrece resultados y una calidad de resección satisfactoria similar al TEM. La existencia de dispositivos a costo razonable hace la técnica sea factible en más centros. No obstante la gran experiencia a nivel mundial con esta técnica ha ido ampliando sus indicaciones y no sólo limitándose su uso a la resección transanal de lesiones rectales sino a realizar la escisión total de mesorecto por vía transanal en el cáncer de recto.



Archivos de Coloproctología, 2018; 1(3):32-38
https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201833263

El Síndrome de McKittrick-Wheelock provocado por adenomas vellosos gigantes en la mayor parte de los casos se trata de lesiones benignas y aunque existen distintas alternativas para solucionar el problema debemos pensar en una técnica que tenga poca morbilidad y mortalidad y con un coste reducido por lo que consideramos que el TAMIS debe ser considerado como tratamiento quirúrgico preservador del recto. Hay pocos casos descritos tratados con estas técnicas las cuales reducen costes y provocan menos morbilidad que los procedimientos abdominales mayores.

Por lo tanto, el TAMIS se muestra como seguro y factible para el tratamiento de estas lesiones y la disponibilidad, seguridad, coste y experiencia previa determinan el abordaje transanal SILS como otro posible para garantizar una cirugía endoanal eficaz (9-10).

Una vez tratadas estas lesiones, Síndrome de McKittrick-Wheelock, el pronóstico es excelente ya que si no se elimina la causa puede llegar a ser letal pudiendo alcanzar la mortalidad el 100% siendo fundamental un diagnóstico adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

1. McKittrick LS, Wheelock FC. Carinoma of the colon. 1954. *Dis Colon Rectum* 1997. DOI: 10.1007/BF02070718
2. Bruno A, Chimienti D, Montanaro A, et al. The Mc Kittrick-Wheelock syndrome: A rare cause of severe hydroelectrolyte disorders and acute renal failure. *Case REP Nephrol* 2011;765689. DOI 10.1155/2011/765689
3. Watari J, Sakurai J, Morita T, et al. A case of Cronkhite- Canada Syndrome complicated by Mc KITTRICK- Wheelock Syndrome associated with advanced villous adenocarcinoma. *Gastrointest Endosc* 2011;73 (3):624-6. DOI:10.1016/J.GIE.2010.07.024
4. Steven K, Lange P, Bukhave K, Rask-Madsen J. Prostaglandin E2-mediated secretory diarrhea in adenoma of the rectum: Effect of treatment with indomethacin. *Gastroenterology* 1981;80:1562-6
5. Casadesus D. Surgical resection of rectal adenoma: a rapid review. *World J Gastroenterol* 2009;15:3851-3854
6. Kasparek MS, Hassan I, Cima RR, Larson DR, Gullerud RE, Wolff BG. Long-term quality of life and sexual and urinary function after abdominal-perineal resection for distal cancer. *Dis Colon Rectum* 2012;55:147-154
7. Anne Elisabeth Maria van der Pool, Eelco Jan Rade de Graaf, Vermaas M, Barendse R, Doornebosh P. McKittrick Wheelock Syndrome Treated by Transanal Minimally Invasive Surgery: A Single- Centre Experience and Review of the Literature. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques; Volumen00, Number 00, 2017*



Archivos de Coloproctología, 2018; 1(3):32-38
https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201833263

8. Baredse RM, Doornebosch PG, Bemelman WA, Fockens P, Dekker E, de Graaf EJ. Transanal employment of single access ports is feasible for rectal surgery. *Ann Surg* 2012; 256:1030-1033
9. Caselli G, Ocares M, Delgado C, Benavides C, Martín F. Cirugía Transanal por Puerto único para la Resección Local de Lesiones de Recto. *Rev Chil Cir.* Vol 66-Nº 5, Octubre 2014: pág.460-466
10. Hong KD, Kang S, Urn JW, Lee SI. Transanal Minimally Invasive Surgery (TAMIS) for Rectal Lesions: A Systematic Review. *Hepatogastroenterology* 2015 Jun; 62 (140): 863-7