Mexican Journal of Oncology
Gaceta Mexicana de Oncología

Check for updates

CASO CLÍNICO

Carcinoma de recto asociado a síndrome de McKittrick-Wheelock: reporte de un caso clínico

Montserrat Cantellano-Durán[1], Luis E. Fregoso-Arteaga[2], Abraham Cañavera-Constantino[3] y Lourdes A. Rivero-Loria[4]*

[1]Servicio de Cirugía General, Hospital Regional B de Alta Especialidad, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Veracruz, Ver.; [2]Servicio de Cirugía Oncológica, Centro Estatal de Oncología, Campeche, Camp.; [3]Servicio de Patología, Centro Estatal de Oncología, Campeche, Camp.; [4]Servicio de Cirugía General, Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, Mérida, Yuc. México

Resumen

El presente reporte de caso describe a un paciente con carcinoma de recto superior asociado a síndrome de McKittrick-Wheelock, una entidad infrecuente vinculada a adenomas voluminosos relacionados con diarrea hipersecretora y desequilibrios hidroelectrolíticos. El paciente presentó diarrea, hematoquecia e hiponatremia. Se sometió a una resección anterior baja, con reporte histopatológico de adenoma tubulovelloso y displasia de alto grado. La evolución posquirúrgica fue favorable, reduciendo complicaciones y facilitando un tratamiento oncológico óptimo. Por lo anterior, se destaca la importancia del diagnóstico oportuno con el fin de reducir las complicaciones asociadas y priorizar el tratamiento quirúrgico efectivo con fines oncológicos.

Palabras clave: *Carcinoma colorrectal. Síndrome McKittrick-Wheelock. Diarrea hipersecretora.*

Rectal carcinoma associated with Mckitrick-Wheelock syndrome: a clinical case report

Abstract

This case report describes a male patient with upper rectal carcinoma associated with McKittrick-Wheelock syndrome, a rare condition linked to large adenomas associated with hypersecretory diarrhea and electrolyte imbalances.The patient presented with diarrhea, hematochezia, and hyponatremia. He underwent a low anterior resection, with histopathological findings revealing a tubulovillous adenoma and high-grade dysplasia. The postoperative course was favorable, minimizing complications and facilitating optimal oncological management. Therefore, the importance of timely diagnosis is highlighted in order to reduce associated complications and prioritize effective surgical treatment for oncological purposes.

Keywords: *Colorectal carcinoma. McKittrick-Wheelock syndrome. Hypersecretory diarrhea.*

***Correspondencia:**
Montserrat Cantellano-Durán
E-mail: cantellano.m25@gmail.com

Fecha de recepción: 02-05-2025
Fecha de aceptación: 23-12-2025
DOI: 10.24875/j.gamo.25000047
Disponible en internet: 22-07-2026
Gac Mex Oncol. 2026;25(Supl 1):60-64
www.gamo-smeo.com

2565-005X/© 2025 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

El síndrome de Mckittrick Wheelock consiste en la presencia de adenomas tubulovellosos de gran tamaño y crecimiento súbito, los cuales se originan en tubo digestivo bajo, más frecuentemente en la zona del recto[1,2] y se asocian con producción excesiva de mucina por efecto de la prostaglandina E2. Provocan diarrea crónica hipersecretora[3,4] y, por consiguiente, desequilibrios hidroelectrolíticos (hiponatremia e hipocloremia) e insuficiencia renal aguda que en algunos casos puede resultar letal[2,5]. Es una entidad poco reportada, sin embargo, debido a sus características clínicas y las complicaciones asociadas, es importante tomarlo en cuenta como diferencial, para realizar un diagnóstico y tratamiento oportunos[6,7].

Presentación del caso clínico

El paciente que se presenta a continuación es un hombre de 57 años, originario de Veracruz. Habita en Ciudad del Carmen, estudió hasta segundo de primaria, sabe leer y escribir, es soltero, de religión católica y desempleado. Vive con su hermana y sobrina. Antecedente de epilepsia en tratamiento con carbamazepina, niega antecedentes quirúrgicos o heredofamiliares. Inició su padecimiento con diarrea intensa, dolor abdominal, cólico intermitente y hematoquecia de aproximadamente seis meses de evolución. Con exacerbación de su sintomatología de forma abrupta, a lo que se agregó pérdida de peso y debilidad generalizada, así como sangrado transrectal persistente. Tras la valoración inicial, en el examen físico se identificó una tumoración pediculada, palpable a aproximadamente 8 cm del margen anal. Se realizaron estudios de laboratorio e imagen bajo sospecha diagnóstica de adenocarcinoma de recto, encontrando datos de hiponatremia y anemia moderada secundaria a sangrado tumoral. La tomografía contrastada mostró una tumoración en el recto superior que se extendía a lo largo de sus tres tercios y parte del sigmoides, con dimensiones de 72 × 63 × 104 mm, condicionando una disminución del 90% de la luz intestinal. También se identificó un quiste hepático de 4 mm en el segmento III, sin evidencia aparente de metástasis ganglionar (Fig. 1).

Se solicitó colonoscopia que reportó una tumoración en recto con oclusión del 70% de la luz (Fig. 2), con reporte histopatológico de adenocarcinoma invasor de recto bien diferenciado, infiltrante, ulcerado, con inflamación aguda y crónica moderada asociada, y necrosis del 20%. Debido a las alteraciones hidroelectrolíticas relacionadas con el volumen del tumor, se consideró el síndrome de McKittrick Wheelock, y se planteó el tratamiento quirúrgico mediante resección anterior baja. Durante el procedimiento se encontró un tumor de recto superior de aspecto polipoide intraluminal de aproximadamente 15 × 10 cm, localizado a 12 cm del margen anal, en íntimo contacto con el uréter izquierdo. Se identificó además un quiste hepático simple en el segmento 4b, sin evidencia de carcinomatosis ni actividad tumoral diseminada (Fig. 3).

El reporte histopatológico informó un tumor exofítico-villiforme de 10 × 7 × 3 cm, que ocluía entre el 80 y 90% de la luz intestinal, con pedículo hacia la pared rectal posterior y pérdida de la interfase (Fig. 4). El diagnóstico fue adenocarcinoma invasor moderadamente diferenciado, originado en un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado, con invasión linfática en 1 de 19 ganglios linfáticos (Fig. 5).

Durante el posquirúrgico el paciente se mantuvo en ayuno durante tres días, sin presentar datos de fuga anastomótica. Los controles de laboratorio no mostraron desequilibrio electrolítico ni lesión renal aguda, y los valores previos a su egreso fueron óptimos en comparación con los parámetros preoperatorios (Tabla 1). Fue egresado al quinto día postoperatorio. Presentó una buena evolución posquirúrgica y actualmente continúa en seguimiento clínico por parte de oncología médica y cirugía oncológica. Ya recibió tratamiento adyuvante y se refiere tranquilo, con mejoría significativa de sus síntomas tras la cirugía. Tanto él como su familia se manifestaron conformes con el tratamiento y el hecho de haber logrado la resección total del tumor.

Discusión

El síndrome de Mckittrick-Wheelock es una enfermedad poco descrita en literatura médica. El paciente presentado en el caso clínico aquí descrito cumple los criterios clínicos necesarios para realizar el diagnóstico de esta enfermedad[1-3]. Las alteraciones hidroelectrolíticas son características. Y aunque nuestro paciente no cursó con desequilibrios graves, sí se presentó hiponatremia y datos de hipovolemia, por lo que es probable que, en caso de no detectarse a tiempo, el tumor pudiera haber evolucionado y haber ocasionado mayor deterioro sistémico[4-6]. Resulta importante destacar que en caso de sospecha de esta afección, se realice colonoscopia y toma de biopsia siempre que

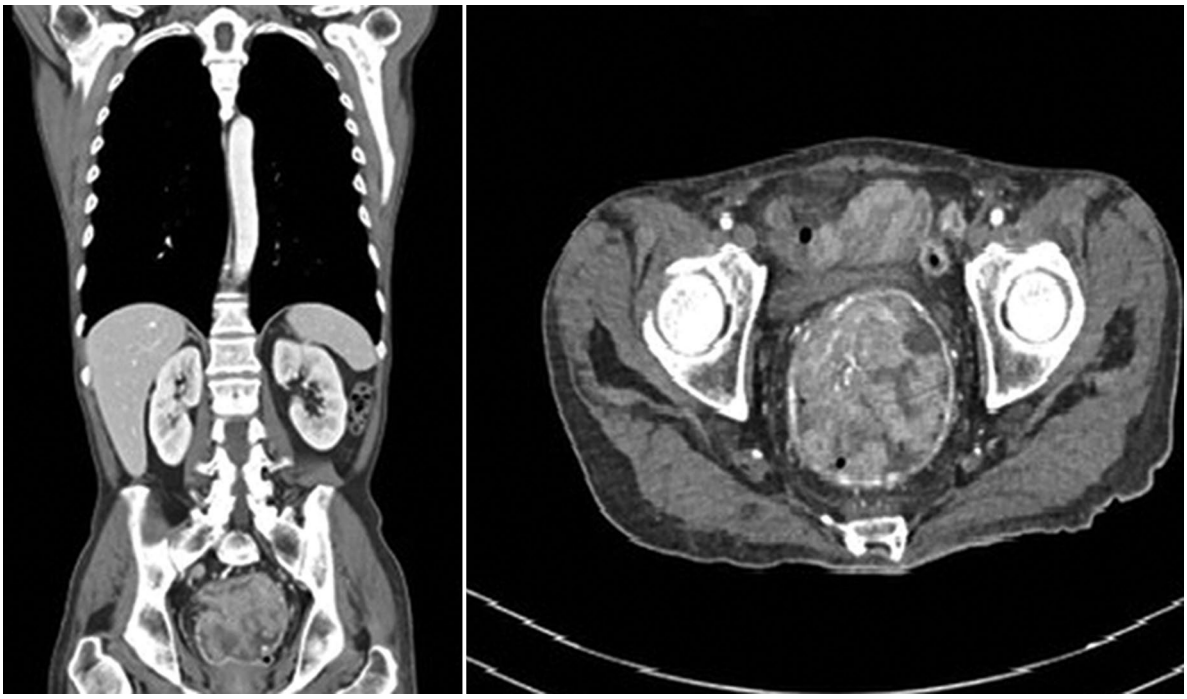


Figura 1. Corte axial de tomografía, se aprecia tumor pélvico de aproximadamente 72 × 63 × 104 mm, realce 118 UH.

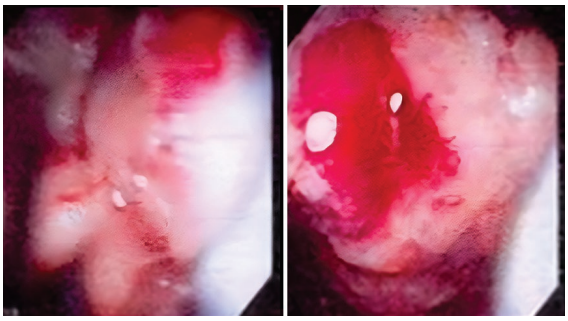


Figura 2. Se observa colonoscopia con tumor intraluminal de bordes irregulares, ulcerado, sangrante.

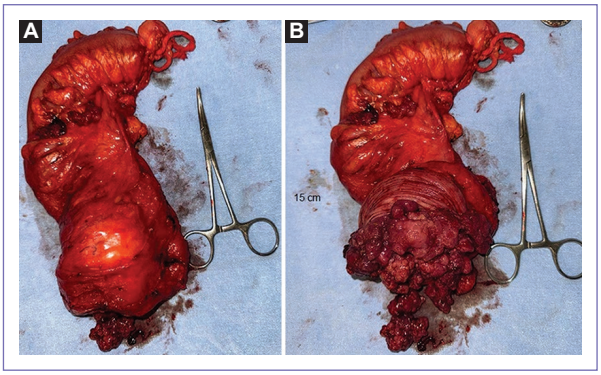


Figura 3. Se observa tumor intraluminal de recto inferior, bordes irregulares, aspecto polipoide, friable. **A:** cara anterior de recto aproximadamente 15 cm. Tumor que ocluye el 100% de la luz. **B:** se observa porción resecada de recto y tumor intraluminal que ocupa el 100% de la luz.

sea posible, ya que si bien no en todos los casos se trata de carcinoma invasor, un adenoma puede evolucionar a cáncer dependiendo del grado de displasia que presente[7,8]. En el caso de nuestro paciente en particular, el reporte histopatológico de la biopsia por colonoscopia coincidió con el reporte definitivo de la pieza en bloque, lo cual fue de utilidad para establecer el plan terapéutico definitivo y optimizar el tiempo para recibir tratamiento médico. Asimismo, se logró evitar que persistiera con complicaciones irreversibles como daño renal, lo que, a su vez, agregaría morbilidad durante su tratamiento[8-10].

Una vez resecado el tumor logramos observar que contenía una gran cantidad de mucina, lo cual coincide con los episodios diarreicos que presentaba el paciente. Y esto a su vez corrobora lo ya descrito en la bibliografía médica, en relación con la absorción deficiente de sodio y pérdida de líquidos a nivel intestinal[11,12].

En cuanto al tratamiento quirúrgico realizado, cabe destacar que a pesar de que en la actualidad

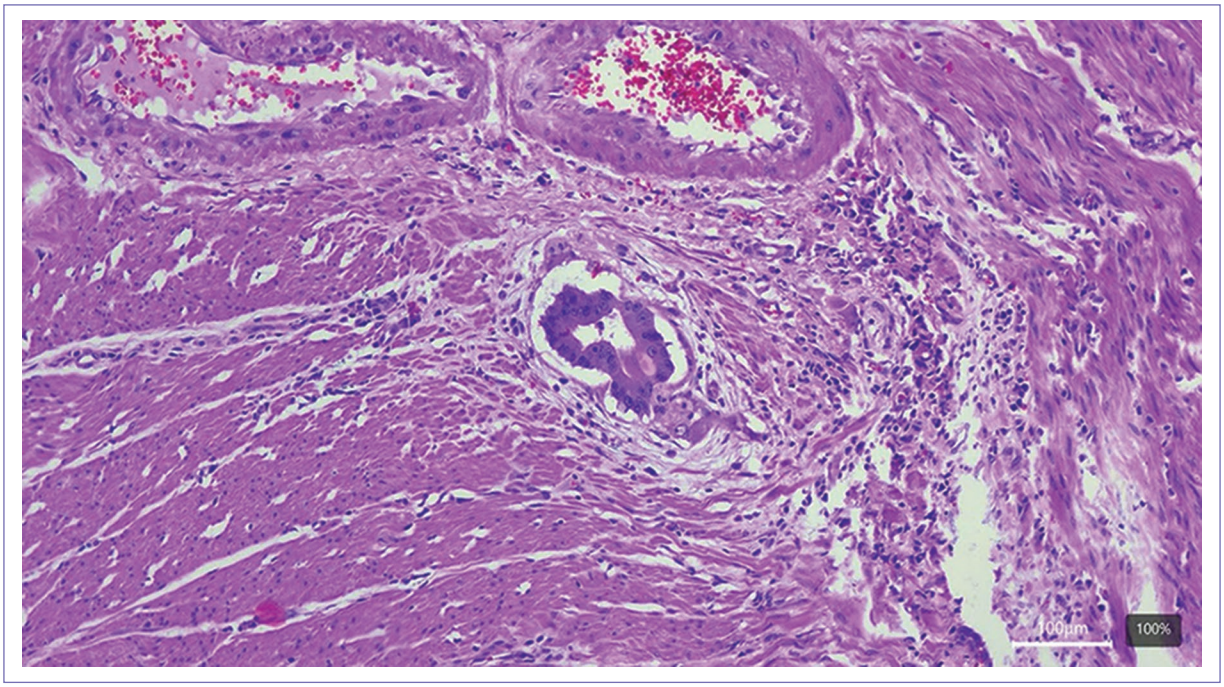


Figura 4. Transición entre colon sin displasia y adenoma. Hematoxilina-eosina x40. Y componente de adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado.

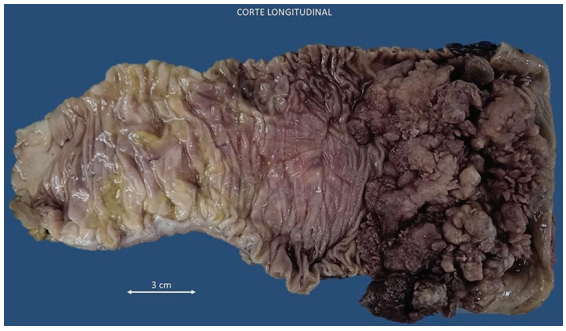


Figura 5. Corte macroscópico de recto con tumor de aspecto exofítico-villiforme, de 10x (7 × 3 cm).

Tabla 1. Resultados de laboratorio

Fecha	Resultados
07/03/2025 (iniciales)	ACE: 11.78, Na 130, K 3.9, Cl 105
08/04/2025 (prequirúrgicos)	Na 136, K 4.5, Cl 106.7
10/04/025 (posquirúrgicos)	Na 135, K 5.05, Cl 110

ACE: antígeno carcinoembrionario; CL: cloro; K: potasio; Na: sodio.

existen diversos procedimientos alternativos como la polipectomía (en casos tempranos), o la cirugía transanal o eversiones colorrectales, estas deben ser seleccionadas para pacientes con tumores confinados a la submucosa (T1), menores a 3 cm, sin invasión vascular o perineural, y que no ocupen más del 30% de la circunferencia rectal. Tales características no se encontraron presentes en nuestro paciente. Por lo que el manejo definitivo se debe llevar a cabo mediante resecciones colorrectales completas que aseguren el R0 siempre y cuando sea posible, o bien disminuir el tamaño tumoral para continuar el tratamiento médico[13-16].

Conclusión

El caso clínico presentado destaca la importancia de considerar las manifestaciones descritas en el síndrome de Mckittrick-Wheelock, ya que el reconocimiento temprano de este síndrome permite instaurar un tratamiento quirúrgico oportuno y frenar el desequilibrio metabólico, así como prevenir las complicaciones potencialmente graves. Mantener un alto índice de sospecha ante cuadros similares resulta esencial para un diagnóstico temprano y un abordaje integral.

Agradecimientos

Agradecemos al Dr. José Refugio Zavala, por su orientación y acceso a la información clínica, y al personal del Centro Estatal de Oncología de Campeche por su colaboración mediante las herramientas diagnósticas y terapéuticas que fueron indispensables para llegar al diagnóstico de nuestro paciente y el desarrollo de este estudio.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de su centro sanitario/institución para acceder a los datos de las historias clínicas. Se ha obtenido el consentimiento informado de los pacientes y se cuenta con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no se utilizó algún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Referencias

1. Martínez GR, Gómez AS, Trullenque JR, Martínez ME, Martínez AM. Síndrome de McKittrick-Wheelock: adenoma de recto gigante secretor. Cir Esp. 2010;87(2):117-9.
2. Agnes A, Novelli D, Doglietto GB, Papa V. A case report of a giant rectal adenoma causing secretory diarrhea and acute renal failure: McKittrick-Wheelock syndrome. BMC Surg. 2016;16:39.
3. Boyer DE, Alfeiran RA, Montes de Oca OC, Flores PF, Ortiz MT, Estradas TJ, et al. Síndrome de McKittrick-Wheelock. Acta Med. 2018;16(4):357-60.
4. Marcinkevičiūtė K, Kryžauskas M, Poškus T. McKittrick-Wheelock syndrome: a case report. Medicina (Kaunas). 2023;59(3):633.
5. Fernández GR, Vázquez CY, Aparicio SJ. Síndrome de McKittrick-Wheelock. Informe de caso. Acta Med Centro. 2021;154:605-11.
6. Øines M, Helsingen LM, Bretthauer M, Emilsson L. Epidemiology and risk factors of colorectal polyps. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2017;31:419-24.
7. Calderón RJ. Cáncer de colon, secuencia adenoma carcinoma y pólipo aserrado. Rev Corado. 2018;14(62):52-5.
8. Bergas NK, Strube S, Antezana C. Síndrome de McKittrick-Wheelock. Adenoma velloso gigante de recto: a propósito de un caso. Rev Argent Coloproctol. 2024;35(3):24-6.
9. 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.
10. Galanis IN, Dragoumis DM, Christopoulos PN, Galanis NN, Atmatzidis KS. Giant villous adenoma and McKittrick-Wheelock syndrome in an incarcerated rectal prolapse. Colorectal Dis. 2010;12:382-4.
11. Roriz-Silva R, Andrade AA, Ivankovics IG. Giant rectal villous adenoma: Surgical approach with rectal eversion and perianal coloanal anastomosis. Int J Surg Case Rep. 2014;5:97-9.
12. Keck JO, Schoetz DJ, Roberts PL, Murray JJ, Coller JA, Veidenheimer MC. Rectal mucosectomy in the treatment of giant rectal villous tumors. Dis Colon Rectum. 1995;38:233-8.
13. Church JM. Avoiding surgery in patients with colorectal polyps. Dis Colon Rectum. 2003;46:1513-6.
14. Roldán-Molina LF, León RS, Roldán DLM, Márquez MS, Núñez CE, Pérez UHM, et al. Incidencia y caracterización de adenomas colorrectales en el área de influencia de una institución especializada. Rev Colomb Gastroenterol. 2022;37(2):187-92.
15. Purwanto I, Leo B, Utomo BP, Sofii I, Dwianingsih EK, Ratnasari N. Rapid malignant transformation of tubulovillous adenoma, initially presenting as McKittrick-Wheelock syndrome: a case report. Case Rep Oncol. 2023;16(1):818-26.
16. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Colon Cancer (Version 2.2024). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology; 2024.