

## Cartas al Director

### Adenoma vellosos gigante secretor de iones. Revisión de la literatura y estado actual de su tratamiento

*Palabras clave:* Adenoma vellosos. Recto. Mucosectomía. Síndrome de Mc Kitrick-Wheelock.

*Key words:* Villous adenoma. Rectum. Muosectomy. Mc Kitrick-Wheelock syndrome.

*Sr. Director:*

El adenoma vellosos gigante pierde iones es una rara entidad anatomoclínica que puede debutar como un déficit de electrolitos o como una alteración del tránsito intestinal, habitualmente diarrea por hipersecreción. Presentamos el caso de una paciente de 56 años que fue diagnosticada tras estudio de un síndrome de fracaso renal agudo y un episodio de obstrucción intestinal debido al gran tamaño del adenoma.

#### Descripción del caso

Mujer de 56 años de edad que acude a urgencias por un cuadro de astenia, anorexia, náuseas y pérdida de peso. Se decide estudio de forma ambulatoria, pero en una de sus visitas se ingresa en el hospital por fracaso renal agudo con hiponatremia sintomática y síntomas de obstrucción intestinal.

Como antecedentes personales la paciente refiere hipotiroidismo, hipercolesterolemia en tratamiento y cólicos nefríticos de repetición con litiasis renal conocida.

A su ingreso la paciente cuenta con aceptable estado general, con abdomen blando y depresible sin dolor; no se palpan masas ni megalias. En el tacto rectal, se palpa a punta de dedo masa excrecente.

Analíticamente existe hiponatremia asociada a hipopotasemia.

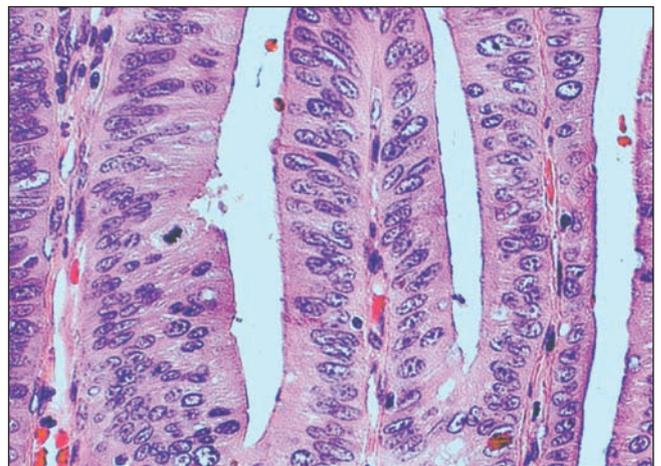


Fig. 1. Procesos digitiformes constituidos por tejido conectivo recubierto de células epiteliales. Estas presentan displasia de bajo grado con pseudoestratificación nuclear ocupando la mayoría de núcleos la mitad basal del citoplasma celular. Se observa mitosis aislada.

En la Rx de abdomen existe dilatación del marco cólico.

Se solicita eco abdominal donde únicamente se detecta una dilatación pielocalicial derecha y un TC de abdomen en el que aparece una dilatación de sigma y recto con abundante líquido. En el interior del recto se visualiza una gran lesión mural de aspecto vellosos. Se realiza colonoscopia que muestra adenoma vellosos extenso a 4 cm del margen anal, no subsidiario de tratamiento endoscópico. Durante la prueba se toma biopsia que clasifica la lesión como adenoma vellosos con displasia de bajo grado (Fig. 1).

Se decide la extirpación mediante resección transanal que no consigue la completa exéresis del adenoma debido al voluminoso tamaño por lo que se decide llevar a cabo una resección anterior baja.

Tras 6 días de estancia hospitalaria la paciente es dada de alta.

El análisis anatomopatológico de la pieza mostró 3 adenomas tubulovillosos coalescentes, con displasia de bajo grado, el mayor de 14 cm (Fig. 2).



Fig. 2. Pieza quirúrgica: tres adenomas tubulovillosos coalescentes, el mayor de ellos de 14 cm.

## Discusión

Los adenomas vellosos colorrectales pueden secretar un material mucinoso muy rico en electrolitos, originando una diarrea descrita por primera vez en 1954 por Mc Kittrick y Wheelock (1).

Este fenómeno puede causar un síndrome de depleción iónica caracterizado por hiponatremia, hipocaliemia, deshidratación severa, acidosis metabólica y en algunos casos severos puede incluso llegar a causar la muerte.

Debido a la malignización de las lesiones, hasta un 20%, y a veces también a la necesidad de corregir el cuadro metabólico se debe practicar la exéresis de estos adenomas.

La clínica habitual del adenoma vellosos de recto es la rectorragia, aunque también puede causar diarrea, y de forma excepcional obstrucción intestinal derivada del tamaño del adenoma.

En ocasiones, puede producir prolapso rectal, e infrecuentemente, un cuadro clínico de hipopotasemia e hiponatremia debido a la excesiva producción de moco por el adenoma.

El diagnóstico de sospecha de un adenoma vellosos gigante secretor además de por la clínica, puede ser realizado por un tacto rectal.

Suele ser de utilidad el estudio radiológico con contraste, aunque es la endoscopia con biopsia de la lesión y su posterior estudio histológico el diagnóstico definitivo.

Son raros aquellos adenomas que alcancen un tamaño superior a los 2 ó 3 cm y excepcionales los que llegan a medir 15 cm.

El tratamiento de los adenomas vellosos es fundamental-

mente quirúrgico, aunque se ha propuesto la indometacina como tratamiento médico en dos casos: de forma preoperatoria para pacientes con síndrome de Mc Kittrick y Wheelock para inhibir o disminuir la secreción de hidroelectrolitos y en aquellos pacientes que rechazan la opción quirúrgica (2).

Existen varias opciones quirúrgicas, todas ellas con el objetivo de combinar menor morbilidad y una total exéresis del tumor, puesto que pueden dejarse áreas de malignidad. Parks y Stuart describieron una resección transanal de los adenomas (3). Kraske recomienda el abordaje posterior transacro especialmente para los tumores de cara anterior (4).

Más recientemente, la TEM (5) se ha usado en el tratamiento de las lesiones rectales; está descrita una técnica endoscópica que usa un resector urológico para la extirpación de las lesiones.

La mucosectomía rectal propuesta por Keck y cols. (6) se ha erigido como un método quirúrgico fiable seguro para la exéresis de adenomas vellosos de gran tamaño ya que disminuye la mortalidad postquirúrgica y preserva el aparato esfinteriano.

En lesiones vellosas de gran tamaño se ha utilizado también la cirugía transabdominal: resección anterior baja y amputación abdominoperineal, pero de forma muy controvertida ya que son lesiones preoperatoriamente benignas.

R. M. Jiménez-Rodríguez, J. M. Díaz-Pavón<sup>1</sup>, D. González<sup>2</sup>,  
J. M. Vázquez Monchul<sup>1</sup> y J. M. Sánchez Gil<sup>1</sup>

*Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. <sup>1</sup>Unidad de Coloproctología. <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

## Bibliografía

1. Mc Kittrick LS, Wheelock FC Jr, Carcinoma of the colon. Springfield, III: Charles C Thomas Publisher; 1954. p. 61.
2. Hernández J, Arias J, Cabello J, Hernández MJ, García JC, Balibrea JL. Síndrome de Mc Kittrick y Wheelock. *Cir Esp* 1996; 60: 228-31.
3. Parks AG, Stuart AE. The management of villous tumours of the large bowel. *Br J Surg* 1973; 60: 688-95.
4. Arnaud A, Fretes IR, Joly A, Sarles JC. Posterior approach to the rectum for treatment of selected benign lesions. *Int J Colorectal Disease* 1991; 6: 100-2.
5. Schäfer H, Baldus SE, Hölscher AH. Giant adenomas of the rectum: complete resection by transanal endoscopic microsurgery (TEM). *Int J Colorectal Dis* 2006; 21: 533-7.
6. Keck J, Schoetz D, Roberts P, Murray J, Collier J, Veidenheimer M. Rectal mucosectomy in the treatment of giant rectal villous tumors. *Dis Colon Rectum* 1995; 38 (3): 233-8.