

6. Kokkola A, Sjöblom SM, Haapiainen R, Sipponen P, Puolakkainen P, Järvinen H. The risk of gastric carcinoma and carcinoid tumours in patients with pernicious anaemia. A prospective follow-up study. *Scand J Gastroenterol.* 1998;33:88–92.

Nerea Muro<sup>a</sup>, Ángel Cosme Jiménez<sup>a,b,\*</sup>, Fernando Múgica<sup>a</sup>, Luis Fernando Alzate<sup>a</sup> y Luis Bujanda<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Digestivo, Hospital Donostia  
<sup>b</sup>CIBEREHD, Universidad del País Vasco, San Sebastián, Guipúzcoa, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [angel.cosmejimenez@osakidetza.net](mailto:angel.cosmejimenez@osakidetza.net)  
(A. Cosme Jiménez).

doi:10.1016/j.gastrohep.2009.03.011

## Submaxilitis aguda transitoria tras la realización de una endoscopia digestiva alta

### Transitory acute submaxillary swelling after upper gastrointestinal endoscopy

Sr. Director:

Presentamos el caso de una paciente en la que se desarrolló un cuadro de submaxilitis aguda tras la realización de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Se trata de una paciente de 55 años, alérgica a penicilinas e intervenida de prolapso uterino, que acude al área de urgencias de nuestro centro por presentar un cuadro de cólicos biliares de repetición de una semana de evolución, acompañado de coluria e ictericia. No refería fiebre asociada. La exploración física no reveló datos de interés, salvo ictericia escleral. En la analítica de ingreso destacó una alteración del perfil hepático: bilirrubina total de 5,9 mg/dl, bilirrubina directa de 4,2 mg/dl, transaminasa glutámicoalacética de 278 U/l, transaminasa glutámico pirúvica de 423 U/l y gammaglutamil transpeptidasa de 276 U/l. Se solicitó ecografía abdominal, en la que se apreció dilatación de las vías biliares intrahepática y extrahepática con coledocolitiasis. La vesícula se encontraba distendida con un cálculo infundibular. Se le realizó una CPRE y se la premedicó con 2 mg de midazolam y 100 mg de meperidina intravenosa. Se realizó esfinterotomía y se extrajeron con balón 6 cálculos. A las 12 h de la finalización de la CPRE, la paciente comenzó con un cuadro de tumefacción cervical bilateral, siendo valorada por el otorrinolaringólogo de guardia quien indicó ecografía cervical en la que se apreció un aumento bilateral de ambas glándulas submandibulares (4 × 1,5 cm), así como su vascularización en relación con una submaxilitis bilateral. Se prescribió tratamiento antiinflamatorio y fue dada de alta a domicilio; a las 72 h se resolvió el cuadro. Después de 6 meses de seguimiento, el cuadro no ha vuelto a recaer.

La inflamación de las glándulas salivales es un episodio muy infrecuente tras la realización de endoscopias digestivas, si bien hay casos aislados descritos en la literatura médica en relación con la intubación orotraqueal, el empleo de mascarillas laríngeas, las fibrobronoscopias y las endoscopias digestivas perorales<sup>1</sup>. Se describió por primera vez en 1944, tras la realización de una broncoscopia rígida a cargo de Blackford<sup>2</sup>. Las glándulas afectadas suelen ser las submaxilares y las parotídeas. En el año 1970, Reilly acuñó el

término «parotiditis anestésica», caracterizado por la inflamación unilateral o bilateral de las glándulas salivales mayores durante la inducción anestésica, el mantenimiento o el postoperatorio inmediato<sup>3</sup>. Los casos descritos en relación con las endoscopias digestivas son más frecuentes a las pocas horas de la finalización del procedimiento. El cuadro clínico suele ser bilateral y transitorio, con escasa afectación del estado general, si bien se ha informado de un paciente con parotiditis aguda infecciosa tras el empleo de un enteroscopia con doble balón<sup>4,5</sup>. Aunque la etiología puede que sea multifactorial, se han postulado 3 mecanismos fisiopatológicos. El primero estaría relacionado con un reflejo parasimpático, a consecuencia de la manipulación de la orofaringe, que desencadenaría hiperemia, vasodilatación e inflamación glandular. Es posible que la tos y la tensión del endoscopio durante el procedimiento puedan ser un mecanismo coadyuvante en la congestión vascular de las glándulas. En segundo lugar, estaría el empleo de fármacos tipo opioides y parasimpaticolíticos, como la atropina, que provocarían la constricción de los conductos de drenaje de las glándulas salivales. El tercer mecanismo sería el espesamiento de las secreciones salivales por deshidratación, que originaría una obliteración de los conductos de drenaje salivales<sup>6</sup>. Recientemente se ha informado de un caso de parotiditis aguda asociada a parálisis facial periférica izquierda en relación con una reacción de hipersensibilidad a la xilocaína, originada bien por una incorrecta administración local del anestésico o bien por la posición de decúbito lateral izquierdo del paciente durante la exploración<sup>7</sup>. El diagnóstico por imagen puede complementar el diagnóstico clínico mediante una ecografía o una tomografía computarizada cervical, si bien no son necesarios para el diagnóstico. El tratamiento es conservador y consiste en la administración de antiinflamatorios. Por lo general, el cuadro se resuelve en pocos días. Para la prevención de este cuadro sumamente infrecuente, se recomienda la aplicación del *spray* anestésico en el centro de la orofaringe, así como la correcta manipulación del endoscopio para minimizar los traumatismos en esta localización.

## Bibliografía

1. Serviá Goixart L, Badía M, Campi D, Trujillano J, Alcega R, Vilanova J. Parotiditis aguda tras traqueotomía en Cuidados Intensivos. *Med Intensiva.* 2006;30:26–9.
2. Blackford RW. Recurrent swelling of the parotid and submaxillary glands following bronchoscopy. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1944;5:54–64.

3. Reilly DJ. Benign transient swelling of the parotid glands following general anesthesia: "Anesthesia mumps". *Anest Analg.* 1970;49:560-3.
4. Shields HM, Soloway RD, Long WB, Weiss JB. Bilateral recurrent parotid gland swelling after endoscopy. *Gastroenterology.* 1977;73:164-5.
5. Hsu-Heng Y, Wei-Wen S, Yao-Hsing C, Yang-Yuan C, Maw-Soan S. Acute parotitis after double-balloon endoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2008;68:1017-9.
6. Nijhawan S, Rai RR. Parotid swelling after upper gastrointestinal endoscopy. *Gastrointest Endosc.* 1992;38:94.
7. Sagar J, Chavan VA, Shah DK. Acute parotiditis and facial nerve palsy-unusual side effects of Xylocaine spray. *Endoscopy.* 2007;39:189.

David Marín García\*, Miguel Jiménez Pérez,  
Raúl Vicente Olmedo Martín y Román Manteca González

*Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Regional  
Universitario Carlos Haya, Málaga, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [drmarindig@hotmail.com](mailto:drmarindig@hotmail.com)

(D. Marín García)

doi:10.1016/j.gastrohep.2009.02.008

## Carcinoma epidermoide de recto en paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana

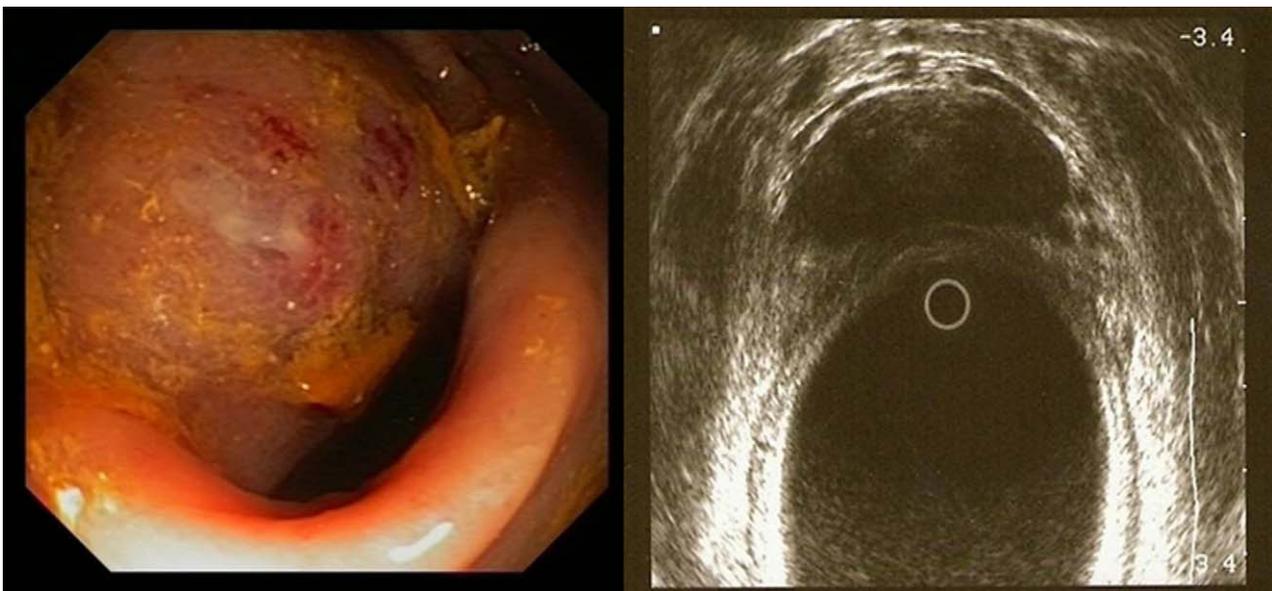
### Squamous cell carcinoma of the rectum in a patient with HIV infection

*Sr. Director:*

El carcinoma epidermoide de recto es una entidad muy poco frecuente, diferente al carcinoma epidermoide de ano, cuya etiopatogenia aún no está establecida. Aunque la resección quirúrgica es el tratamiento definitivo, la quimiorradioterapia adyuvante debería ser considerada en su tratamiento. A continuación presentamos el caso de un varón con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), en el que se desarrolló un carcinoma epidermoide en el recto medio y precisó cirugía con tratamiento neoadyuvante.

### Caso clínico

Varón de 40 años con antecedentes de infección por VIH, con buena respuesta al tratamiento antirretrovírico, que consulta por alteración del hábito intestinal de 4 meses de evolución. Se realiza colonoscopia, en la que se evidencia a 9 cm del margen anal una formación sobrelevada, irregular, de unos 6 cm, de aspecto violáceo, dura y friable a la toma de biopsias (fig. 1). No se encuentran otras lesiones hasta el ciego. El informe anatomopatológico describe una tumora-ción epitelial que crece en forma de cordones sólidos con pequeñas áreas de formación de queratina y creación de globos córneos, todo esto compatible con carcinoma epidermoide. En la tomografía computarizada toracoabdominal, no se observa diseminación metastásica. La ecografía endorrectal describe en la cara anterior de recto una neoformación mamelonada que, en tramos más distales, presenta un engrosamiento de mucosa con rotura de la submucosa (fig. 1). Ante los resultados, se decide tratamiento inicial con quimioterapia (5-fluorouracilo/mitomicina)



**Figura 1** A la izquierda de la imagen, la colonoscopia muestra una formación mamelonada e irregular que ocupa parte de la circunferencia rectal. A la derecha de la imagen, la ecoendoscopia transrectal refleja un engrosamiento de la muscular con rotura de la submucosa (T2).