

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.

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.

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: [\(D. Marín García\)](mailto:drmarindig@hotmail.com)

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 anatopatológico describe una tumoreación epitelial que crece en forma de cordones sólidos con pequeñas áreas de formación de queratina y creación de globos cárneos, 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)

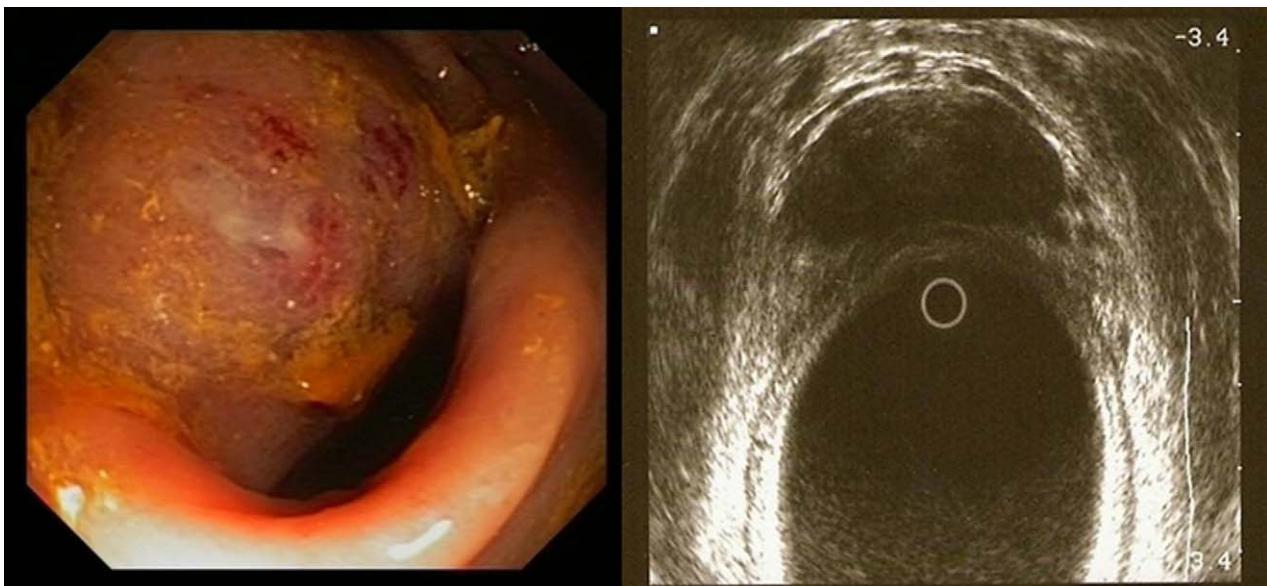


Figura 1 A la izquierda de la imagen, la colonoscopia muestra una formación mamelonada e irregular que ocupa parte de la circunferencia rectal. A la derecha de la imagen, la ecoendoscopia transrrectal refleja un engrosamiento de la muscular con rotura de la submucosa (T2).

y radioterapia previa a la realización de cirugía, que consiste en una resección anterior baja. La pieza quirúrgica confirma la naturaleza epidermoide del tumor.

Discusión

Desde que en 1919 Schmidtmann describiera el primer caso de carcinoma epidermoide de recto, se han publicado muy pocos en la literatura médica, la mayoría procedente de casos aislados o de series de escaso número de pacientes. Su incidencia se estima en 0,25 a 1 por cada 100.000 neoplasias colorrectales¹ y su histogénesis permanece desconocida. Se han propuesto varias teorías que intentan explicarla:

1. células pluripotenciales con capacidad de diferenciación multidireccional, como ocurre en otros órganos, como el esófago, el pulmón o el endometrio²;
2. proliferación de las células basales de reserva como resultado de un daño recurrente al epitelio glandular, que pueden presentar transformación maligna³;
3. metaplasia escamosa del epitelio glandular por estímulos que producen irritación crónica, como la radiación, la colitis ulcerosa o la infección por el virus del papiloma⁴, y por último,
4. se ha propuesto una diferenciación escamosa de adenoma y de adenocarcinomas basadas en el hecho de encontrar áreas de diferenciación epitelial en un pequeño porcentaje de estos tumores⁵.

Los criterios propuestos para su diagnóstico incluyen descartar:

- un carcinoma escamoso primario que pudiera ser fuente de metástasis intestinal;
- la extensión proximal de un carcinoma epidermoide de ano, y
- el tracto fistuloso escamoso con afectación intestinal.

La inmunohistoquímica es muy útil cuando hay dudas en el diagnóstico. Así, la positividad para citoqueratinas, como AE1/AE3 y 34BE12, con disminución para la positividad de enolasa neuroespecífica y cromogranina son características del tejido epitelial.

La presentación clínica es similar al adenocarcinoma de colon. En los estadios I y II el pronóstico es similar al del

adenocarcinoma. La afectación ganglionar así como los carcinomas ulcerados o los estadios avanzados implican un peor pronóstico⁶.

La resección quirúrgica es el tratamiento principal. El papel del tratamiento adyuvante no está definido aún. Sin embargo, podría tener gran utilidad, sobre todo en casos con afectación ganglionar y enfermedad avanzada, administrarlo previamente a la cirugía⁷.

Bibliografía

1. Anagnostopoulos G, Sarakafas GH, Kostopolus P, Grigoradis K, Pavlakis G, Margantinis G, et al. Squamous cell carcinoma of the rectum: A case report and review of the literature. Eur J Cancer Care. 2005;14:70-4.
2. Corner TP, Beahrs OH, Dockery MB. Primary squamous cell carcinoma and adenoacanthoma of the colon. Cancer. 1971;5:1111-7.
3. Ouba A, Nawab RA, Coppola D. Diagnostic and pathogenic implications of colorectal carcinomas with multidirectional differentiation: A report of 4 cases. Clin Colorectal Cancer. 2002;1:243-8.
4. Michelassi F, Mishlove LA, Stipa F, Block GE. Squamous-cell carcinoma of the colon. Experience at the University of Chicago, review of the literature, report of two cases. Dis Colon Rectum. 1998;31:228-35.
5. Sotlar K, Kovever G, Aepinus C, Salinka HC, Kandolf R, Bultmann B. Human papillomavirus type 16-associated primary squamous cell-carcinoma of the rectum. Gastroenterology. 2001;120: 988-94.
6. Jaworski RC, Biankin SA. Squamous cell carcinoma in situ arising in inflammatory cloacogenic polyps. Dis Colon Rectum. 1999;42:102-9.
7. Nahas CS, Shia J, Joseph R, Scharg D, Minsky BD, Weiser MR, et al. Squamous cell carcinoma of the rectum: A rare but curable tumor. Dis Colon Rectum. 2007;50:1393-400.

Luisa Adán Merino^{a,*}, Francisco Gea Rodríguez^a, Silvia Gómez Senent^a, Eduardo Martín Arranz^a, Eduardo Alonso Gamarra^b y José M. Segura Cabral^a

^aDepartamento de Gastroenterología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^bDepartamento de Radiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(L. Adán Merino\).](mailto:luisaadan@gmail.com)