



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

[www.elsevier.es/rgmx](http://www.elsevier.es/rgmx)



## CARTA AL EDITOR

### La visión del patólogo en el diagnóstico diferencial entre la enfermedad de Crohn y la tuberculosis intestinal

### The pathologist's perspective in the differential diagnosis between Crohn's disease and intestinal tuberculosis

Sr. Editor:

Comparto mis inquietudes tras una interesante y analítica lectura del artículo *Tuberculosis y enfermedad de Crohn. Desafío en el diagnóstico endoscópico. Reporte de caso*. De acuerdo a los distintos datos epidemiológicos la tuberculosis (TB) sigue siendo una enfermedad prevalente en países en desarrollo, que ha aumentado los casos en países industrializados como consecuencia del incremento de pacientes inmunocomprometidos y por la migración; el diagnóstico diferencial entre enfermedad de Crohn (EC) y TB intestinal (TBI) significa un reto para los especialistas que las estudian desde el punto de vista clínico, endoscópico, imagenológico y anatomopatológico<sup>1</sup>.

Ambas enfermedades comparten características entre las que destacan la sintomatología, la predilección por afectar el íleon distal, con un compromiso de hasta un 90% de los pacientes con TBI y hasta un 80% de pacientes con EC; otra característica compartida desde el punto de la enfermedad es que ambas se encuentran incluidas en el grupo de las enteritis granulomatosas<sup>2</sup>.

El diagnóstico final de estas entidades depende principalmente del análisis de la anatomía patológica, donde también se presentan ciertos retos para su distinción, dado que comparten una cantidad no despreciable de características histológicas que incluyen hallazgos arquitectónicos (distorsión de las criptas, criptas no paralelas, diámetro variable o criptas dilatadas quísticamente, ramificación de las criptas mayor a 2 criptas ramificadas, acortamiento de las criptas, disminución de la densidad de las criptas y superficie mucosa irregular) e inflamatorios (inflamación focal/en parches, plasmocitosis basal, aumento de linfocitos intraepiteliales, inflamación transmucosal, criptitis focal, úlceras aftoides, inflamación submucosa desproporcionada, hiperplasia de fibras nerviosas, ubicación proximal de la ulceración y distorsión de la arquitectura, metaplasia pseudopilórica en el íleon y de células de Paneth en el colon y granulomas)<sup>3</sup>.

Sin embargo, pese a las dificultades existen algunos criterios histológicos que permiten una adecuada distin-



ción, básicamente fundamentados en los granulomas que se encuentran. En la TBI los granulomas suelen ser de mayor tamaño, con caseificación central, de localización submucosa, afectación granulomatosa de ganglios linfáticos circundantes, sin compromiso mucoso, inflamación desproporcionada de la submucosa y úlceras con infiltrado histiocitario en banda. En el caso de la EC los hallazgos incluyen distorsión arquitectural distante de la inflamación granulomatosa, colitis focal mejorada y obliteración muscular de la mucosa<sup>4</sup>.

En algunos casos, pese al conocimiento del patólogo, no se podrá establecer un diagnóstico certero a través de técnicas de tinción convencionales; es allí donde se debe hacer una correlación adecuada entre la historia clínica del paciente y los hallazgos histológicos, la cual debe ser remitida por el clínico tratante, haciendo énfasis en los hallazgos endoscópicos, imagenológicos, estudios serológicos, de esputo y el cuadro clínico que cursa el afectado; sumado a esto existen otras ayudas que permitirán establecer el diagnóstico, tales como los cultivos para especies de *Mycobacterium*, las pruebas de reacción en cadena de la polimerasa para micobacterias y las tinciones de histoquímica para bacilos ácido alcohol resistentes (Ziehl-Neelsen)<sup>5</sup>.

Como complemento a la experiencia de los autores se considera pertinente para el manejo integral de los pacientes en los que se sospeche TBI o EC realizar un abordaje multidisciplinario comunicativo, que involucre a todos los especialistas que se encuentren brindando el cuidado y la atención del paciente, para así permitir un diagnóstico certero que tenga impacto en la recuperación del afectado.

### Responsabilidades éticas

No se requirió el consentimiento informado de los pacientes. Este manuscrito es una respuesta a un artículo publicado y no requiere aprobación del comité de ética. El autor declara que el presente artículo no contiene información personal que permita identificar a los pacientes.

### Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

### Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses.

## Referencias

1. Aguirre-Padilla LM, Madrid-Villanueva BE, Ugarte-Olvera ME, et al. Tuberculosis y enfermedad de Crohn. Desafío en el diagnóstico endoscópico. Reporte de caso. *Rev Gastroenterol Mex.* 2022;87:113–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2021.02.007>.
2. Mosquera-Klinger G, Ucroz A. Enfermedad de Crohn frente a tuberculosis intestinal: un diagnóstico diferencial desafiante. Revisión de tema. *Rev Colomb Gastroenterol.* 2018;33:423–30, <http://dx.doi.org/10.22516/25007440.172>.
3. Kedia S, Das P, Madhusudhan KS, et al. Differentiating Crohn's disease from intestinal tuberculosis. *World J Gastroenterol.* 2019;25:418–32, <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v25.i4.418>.
4. Merino-Gallego E, Gallardo-Sánchez F, Gallego-Rojo FJ. Intestinal tuberculosis and Crohn's disease: The importance and difficulty of a differential diagnosis. *Rev Esp Enferm Dig.* 2018;110:650–7, <http://dx.doi.org/10.17235/reed.2018.5184/2017>.
5. Lu Y, Chen Y, Peng X, et al. Development and validation of a new algorithm model for differential diagnosis between Crohn's

disease and intestinal tuberculosis: A combination of laboratory, imaging and endoscopic characteristics. *BMC Gastroenterol.* 2021;21:291, <http://dx.doi.org/10.1186/s12876-021-01838-x>.

P.S. Montes-Arcón\*

*Patología, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia*

\* Autor para correspondencia. Manzana B Lote 21 Urbanización Villa Sandra 2; Cartagena, Bolívar; Cód. postal 13004. Teléfono: +57 3104550310.

Correo electrónico: [pmontesarcon@gmail.com](mailto:pmontesarcon@gmail.com)

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2022.03.009>

0375-0906/ © 2022 Asociación Mexicana de Gastroenterología.

Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Respuesta a Montes-Arcón sobre «Tuberculosis y enfermedad de Crohn. Desafío en el diagnóstico endoscópico. Reporte de caso»



### Response to Montes-Arcón regarding “Tuberculosis and Crohn’s disease —a challenging endoscopic diagnosis. A case report”

Sr. Editor:

Agradecidos con el Dr. Montes-Arcón por el interés en nuestro caso «Tuberculosis y enfermedad de Crohn. Desafío en el diagnóstico endoscópico»<sup>1</sup>. El objetivo principal en la presentación de nuestro caso es poner en evidencia y hacer una revisión de las características clínicas y endoscópicas de ambas entidades, que si bien comparten similitudes tienen varias diferencias que recalcar, para de esa manera ayudar a discriminar una de la otra, de manera clínica y durante el procedimiento endoscópico a los especialistas clínicos y en aparato digestivo, para dar un diagnóstico más acertado. Y no desmerecer el papel de los demás médicos que conforman el equipo multidisciplinario en el manejo de estas entidades.

El papel del médico patólogo en el abordaje de estas enfermedades es indiscutible y compartimos sus comentarios de que del análisis de anatomía patológica depende el diagnóstico definitivo. Donde también se presentan ciertos retos para su distinción dado que comparten una cantidad no despreciable de características histológicas que incluyen hallazgos arquitectónicos (distorsión de las criptas, criptas no paralelas, diámetro variable o criptas dilatadas quísticamente, ramificación de las criptas mayor a 2 criptas ramificadas, acortamiento de las criptas, disminución de la densidad de las criptas y superficie mucosa irregular) e inflamatorios (inflamación focal/en parches, plasmocitosis basal, aumento de linfocitos intraepiteliales, inflamación transmucosal, criptitis focal, úlceras aftoides, inflamación

submucosa desproporcionada, hiperplasia de fibras nerviosas, ubicación proximal de la ulceración y distorsión de la arquitectura, metaplasia pseudopilórica en íleon y de células de Paneth en el colon y granulomas)<sup>2,3</sup>.

Sin embargo, pese a las dificultades existen algunos criterios histológicos que permiten una adecuada distinción básicamente fundamentados en los granulomas que se encuentran; en la tuberculosis intestinal los granulomas suelen ser de mayor tamaño, con caseificación central, de localización submucosa, afectación granulomatosa de ganglios linfáticos circundantes sin compromiso mucoso, inflamación desproporcionada de la submucosa, úlceras con infiltrado histiocitario en banda. En el caso de la enfermedad de Crohn, los hallazgos incluyen distorsión arquitectural distante de la inflamación granulomatosa, colitis focalmente mejorada y obliteración muscular de la mucosa<sup>3,4</sup>.

La diferenciación clínica, endoscópica e imagenológica son de gran utilidad para el médico patólogo, cuando a pesar de su análisis no logra diferenciar, ni dar un diagnóstico definitivo, ya que sirven de orientación para la toma de decisiones. Algunas otras técnicas podrían ayudar a su diferenciación son los cultivos para especies de *Mycobacterium*, las pruebas de reacción en cadena polimerasa para micobacterias y las tinciones de histoquímica para bacilos ácido alcohol resistente (Ziehl-Neelsen)<sup>3,5</sup>.

Estamos de acuerdo en que el abordaje del paciente en quien se sospecha de una tuberculosis intestinal versus una enfermedad de Crohn es multidisciplinario, donde la mayor parte de veces abarca a los especialistas en aparato digestivo, cirugía general, imagenólogos, anatomía patológica y otros.

## Responsabilidades éticas

Los autores declaran haberse cumplido todas las responsabilidades éticas en cuanto a protección de datos, derecho a la privacidad y consentimiento informado.

No fue necesario la autorización del comité de ética de la institución ya que en ningún momento incumplen o violan normas de anonimato del paciente, ni se realiza algún procedimiento experimental que pusiere en riesgo la integridad del paciente.