

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

<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»¹. 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)^{2,3}.

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^{3,4}.

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)^{3,5}.

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.

Los autores declaran que este artículo no contiene información personal que permita identificar a los pacientes.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido ningún tipo de financiación para la elaboración del presente artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la ausencia de potenciales conflictos de intereses.

Referencias

1. Aguirre-Padilla LM, Madrid-Villanueva BE, Ugarte-Olvera ME, Alonso-Soto J. Tuberculosis y enfermedad de Crohn. Desafío en el diagnóstico endoscópico. Reporte de caso. *Rev Gastroenterol Mex.* 2022;87:113-6. DOI: 10.1016/j.rgmx.2021.02.007.
2. 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>.
3. Montes-Arcón PS. La visión del patólogo en el diagnóstico diferencial entre la enfermedad de Crohn y la tuberculosis intestinal. *Rev Gastroenterol Mex.* 2022; en prensa. DOI: 10.1016/j.rgmx.2022.03.009.
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>.

L.M. Aguirre-Padilla*, B.E. Madrid-Villanueva, M.E. Ugarte-Olvera y J. Alonso-Soto

Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, La Habana, Cuba

*Autor para correspondencia. Hospital Hermanos Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. Departamento de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Centro Habana, La Habana, Cuba, 10200. Teléfono: +5356080535. *Correo electrónico: luismarcelo931028@gmail.com* (L.M. Aguirre-Padilla).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2022.06.003>
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/>).

Sospecha preoperatoria de colecistectomía laparoscópica difícil

Preoperative suspicion of difficult laparoscopic cholecystectomy

Sr. Editor:

La colecistectomía laparoscópica es la primera opción terapéutica de la enfermedad litiasica de la vesícula biliar. La colecistitis aguda se comporta como un factor de riesgo de complicación en la colecistectomía por laparoscopia y se mantiene como un factor predictivo de conversión a colecistectomía abierta, con una asociación significativa¹; en estos casos es una alternativa más segura de tratamiento.

Con mucho interés revisé el estudio retrospectivo de casos y controles realizado en una institución de tercer nivel publicado por Morales Maza et al.² sobre este controvertido tema sobre conversión de colecistectomía laparoscópica a abierta; proponen un análisis de factores de riesgo con base en parámetros clínicos, laboratorio y ultrasonido, se concluye que los factores para conversión a colecistectomía abierta son: pacientes con edad mayor de 50 años, pacientes de sexo masculino y hallazgo ecográfico de engrosamiento de pared de vesícula biliar y presencia de líquido pericolecístico; la sensibilidad de la sumatoria de factores de riesgo fue del 84%.



En 2018 al Masri et al.³ llevaron a cabo un estudio retrospectivo, concluyéndose que las variables predictoras de conversión fueron la edad avanzada, el sexo masculino y la comorbilidades significativas, como enfermedad pulmonar crónica restrictiva u obstructiva y anemia con niveles de hemoglobina menores de 9 g/dl, así como el antecedente de laparotomías previas, con una tasa de conversión del 1,03%. Las causas intraoperatorias más frecuentes mencionadas para la conversión fueron la percepción de una anatomía difícil o una inadecuada visualización de las estructuras debidas a presencia de síndrome adherencial severo o por un proceso inflamatorio significativo. Los pacientes que requirieron conversión permanecieron más días hospitalizados.

En 2019, se llevó a cabo un estudio prospectivo multicéntrico internacional para evaluar un sistema de puntuación intraoperatorio para lograr una clasificación quirúrgica para predecir indicación de conversión de colecistectomía laparoscópica electiva o de urgencia a abierta. La puntuación de gravedad de la colecistitis se centra en 4 componentes: apariencia quirúrgica de la vesícula biliar (grado de adherencias menor o mayor del 50%); vesícula (distendida o contraída, imposibilidad de manipularla sin descomprimirla, cálculo mayor de 1 cm impactado en la bolsa de Hartmann); facilidad de acceso (índice de masa corporal mayor de 30 o limitación por adherencias por cirugía previa) y presencia de sepsis en la cavidad peritoneal (peritonitis biliar o líquido purulento) y presencia de fístula colecisto-entérica. La puntuación total fue de 10 puntos (G10), si el sistema G10 fue menor de 2 se clasificó como vesícula biliar quirúrgica fácil, moderada 2-4 puntos, difícil 5 a 7 puntos, y extrema de 8