

Clasificación de Marsh

Raúl Pisano O.¹ y Juan Carlos Weitz V.²

Marsh classification

¹Servicio de Anatomía Patológica, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.
²Instituto de Diagnóstico Gastroenterológico. Integramédica, Santiago, Chile.

Recibido: 18 de julio de 2011
Aceptado: 23 de agosto de 2011

Correspondencia a:

Juan Carlos Weitz V.
Unidad de Gastroenterología, Integramédica.
Antonio Bellet 77, Of. 801, Providencia, Santiago.
Tel: +56-2-6796185
E-mail: jcweitz@gmail.com

En el diagnóstico de la enfermedad celíaca, el estudio anatómo-patológico sigue siendo el “*gold standard*”. Además, es de gran utilidad en el seguimiento de los casos en pacientes celíacos no reactivos a las pruebas serológicas (anticuerpos antiendomiso y antitransglutaminasa), en los refractarios, y en las complicaciones de esta enfermedad¹⁻³.

En el año 1992, el Dr. Michael N. Marsh publica un extenso trabajo de revisión acerca de la enfermedad celíaca y, sobre la base de distintas publicaciones, propone una clasificación de lesiones que se observan en enfermedades como la enfermedad celíaca, la giardiasis y el esprue tropical entre otras⁴. En esta clasificación se describen 5 tipos: la normalidad o tipo 0; la I, que denomina infiltrativa caracterizada por aumento de linfocitos intraepiteliales (igual o mayor de 40 células por 100 enterocitos); la II o hiperplástica, con un aumento de profundidad de las criptas sin aplanamiento vellositario; la tipo III o destructiva, en que existe atrofia vellositaria e hipertrofia de la cripta; y la tipo IV hipoplástica o atrófica, caracterizada por atrofia vellositaria con criptas normales.

En 1999, Oberhuber y cols⁵, basados en la clasificación de Marsh, proponen un esquema que mantiene los tipos 0, II y IV, no obstante, la lesión tipo III la desglosan en III a, caracterizada por atrofia parcial de vellosidades, III B o atrofia subtotal, y III C con atrofia completa de vellosidades. Clasificación que actualmente está vigente y se esquematiza en la Tabla 1.

La relevancia de esta clasificación se ve reflejada en que numerosos trabajos la utilizan para referirse en un “idioma común” al resultado de las biopsias, permitiendo de mejor forma la comparación de sus resultados y, además, entre diferentes investigaciones. A su vez, la limitación está dada por la correcta aplicación de la clasificación por parte del patólogo y por la subjetividad que implica el examen de biopsias cuando es realizado por un solo observador, en la mayoría de los pacientes.

La correlación de las lesiones histológicas con las manifestaciones clínicas y la serología, en los pocos trabajos sobre validación de esta clasificación, muestran los mejores resultados en las tres etapas del Marsh III⁷.

Debemos poner énfasis en que esta clasificación es un apoyo importante principalmente para estandarizar y homogenizar el lenguaje, especialmente en las publicaciones, pero que no es obligatoria. Por otra parte, su mal uso o mal interpretación puede llevar a tratar pacientes que no son celíacos, como ocurre especialmente con la etapa I de Marsh, para la que sugerimos utilizar en los informes anatómo-patológicos,

Tabla 1. Clasificación de Marsh-Oberhuber⁶

Marsh 0	Mucosa normal y arquitectura vellositaria conservada (Figura 1)
Marsh I “Infiltrativa” (Figura 2)	Mucosa normal y arquitectura vellositaria conservada Aumento de linfocitos intraepiteliales
Marsh II. “Hiperplástica” (Figura 3)	Similar a la anterior, pero con aumento de profundidad de criptas y aumento de división celular en ellas.
Marsh III o Destructiva	
- III a. (Figura 4)	Atrofia parcial de vellosidades Vellosidades acortadas y romas Leve infiltración linfocítica Criptas alargadas hiperplásticas
- III b. Atrofia subtotal de vellosidades (Figura 5)	Atrofia de vellosidades, pero aún reconocibles Criptas alargadas con células epiteliales inmaduras Células inflamatorias
- III c. Atrofia vellositaria total (Figura 6)	Pérdida completa de vellosidades Criptas severamente hiperplásticas y con infiltrado inflamatorio
Marsh IV “Hipoplástica” (Figura 7)	Atrofia total de vellosidades Criptas de profundidad normal, pero hipoplástica Linfocitos intraepiteliales en número normal

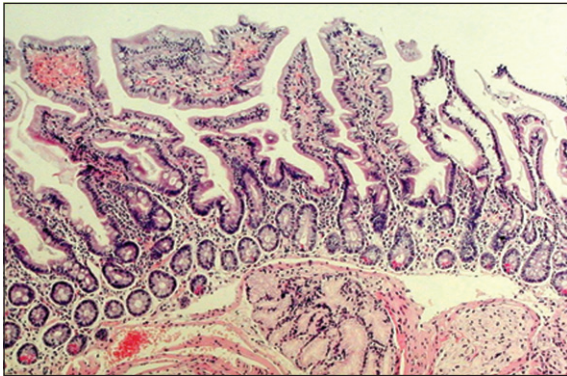


Figura 1. Marsh 0.

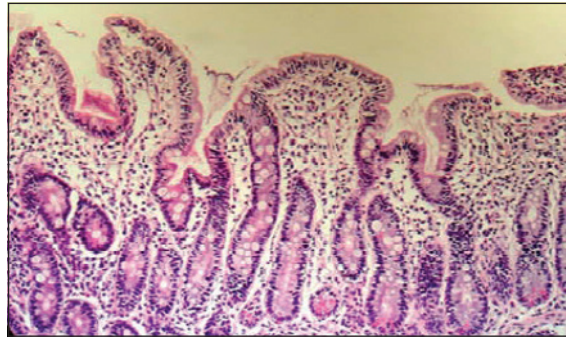


Figura 4. Marsh III a.

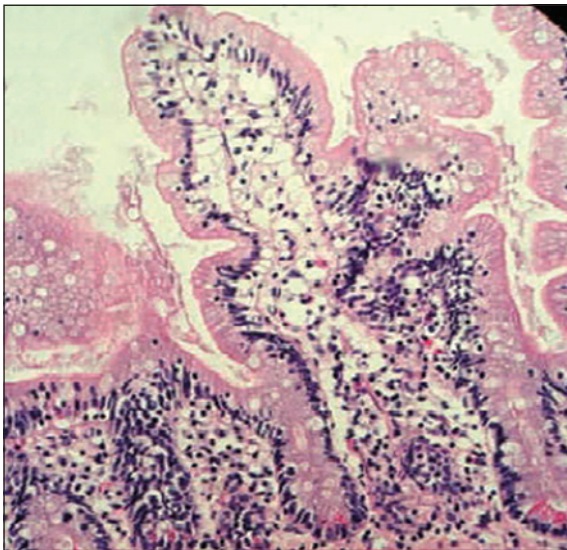


Figura 2. Marsh I.

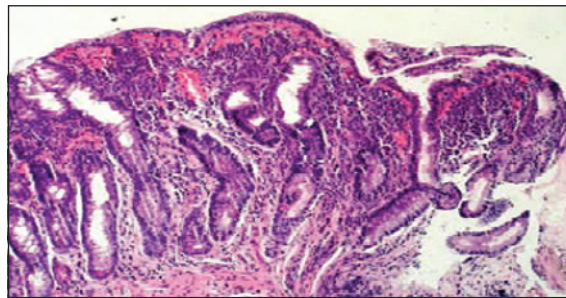


Figura 5. Marsh III b.

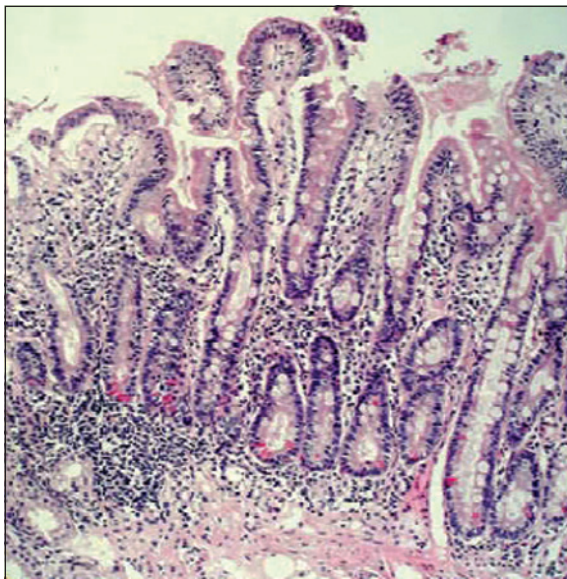


Figura 3. Marsh II.

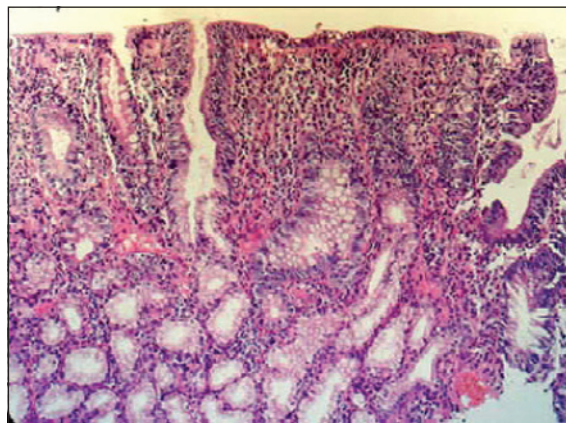


Figura 6. Marsh III c.

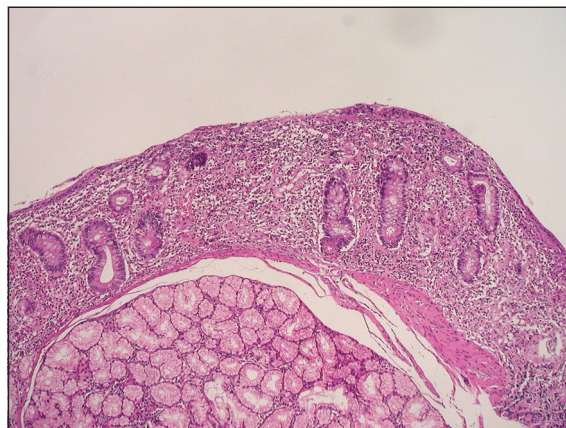


Figura 7. Marsh IV.

Clasificaciones en Gastroenterología

la terminología **linfocitosis duodenal** (describiendo número de linfocitos por 100 enterocitos). Ello, por su gran inespecificidad (infección por *H.pylori*, alergia alimentaria, uso de AINEs, giardiasis, enteritis viral, colitis linfocítica y colágena, etc), que ha quedado demostrada en una serie de publicaciones y estudios

de seguimientos de pacientes con este tipo de alteración^{8,9}.

Creemos importante insistir en que la interpretación de esta clasificación debe hacerse en conjunto con los antecedentes clínicos, serológicos y evolución del paciente.

Referencias

- 1.- Bai J, Zeballos E, Fried M, Corazza G, Schuppan D, Farthing M et al. World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines: Enfermedad celíaca. En http://www.intramed.net/userfiles/file/enfermedad_celiaca.pdf (Revisado en línea el 06 de julio de 2011).
- 2.- Green P, Cellier C. Celiac disease. *N Engl J Med* 2007; 357: 1731-43.
- 3.- Freeman HJ, Chopra A, Clandinin MT, Thomson AB. Recent advances in celiac disease. *World J Gastroenterol* 2011; 17: 2259-72.
- 4.- Marsh MN. Gluten, major histocompatibility complex, and the small intestine. A molecular and immunobiologic approach to the spectrum of gluten sensitivity ('celiac sprue'). *Gastroenterology* 1992; 102: 330-54.
- 5.- Oberhuber G, Granditsch G, Vogelsang H. The histopathology of coeliac disease: time for a standardized report scheme for pathologists. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1999; 11: 1185-94.
- 6.- American Gastroenterological Association (AGA). Institute Technical Review on the Diagnosis and Management of Celiac Disease. *Gastroenterology* 2006; 131: 1981-2002.
- 7.- Ludvigsson J, Brandt L, Montgomery S, Granath F, Ekblom A. Validation study of villous atrophy and small intestinal inflammation in Swedish biopsy registers. *BMC Gastroenterol* 2009; 9: 19.
- 8.- Kakar S, Nehra V, Murray J, Dayharsh G, Burgart L. Significance of intraepithelial lymphocytosis in small bowel biopsy samples with normal mucosal architecture. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 2027-33.
- 9.- Vande Voort JL, Murray J, Lahr B, Van Dyke C, Kroning C, Moore S, et al. Lymphocytic duodenitis and the spectrum of celiac disease. *Am J Gastroenterol* 2009; 104: 142-8.