

Cuerpos de Howell Jolly

Raúl Carrillo Esper,* Nahum Méndez Sánchez,* Mónica Tatiana Salazar Leaño,** Atenea Pérez Jiménez,*** Rogelio Sánchez García**

Enfermo de 83 años postoperatorio de esplenectomía. Con antecedentes de fibrosis pulmonar, cirrosis hepática secundaria a infección por virus de hepatitis C, mielodisplasia y trombocitopenia refractaria.

En el frotis de sangre periférica se observaron inclusiones basófilas intraeritrocitarias, características de los cuerpos de Howell Jolly (Figura 1).

Los cuerpos de Howell Jolly, son remanentes nucleares intraeritrocitarios que se observan en el frotis de sangre periférica con tinción de Wright.

En los pacientes que se presentan estas inclusiones intracitoplasmáticas, sin el antecedente de esplenectomía deberán ser sometidos a un protocolo de estudio como se indica en la figura 2. En un principio deberá descartarse esplenia congénita la que se asocia a malformaciones cardíacas, esofágicas y biliares.¹ Si el bazo está presente, deberá realizarse evaluación gammagráfica con Tecnecio 99m (TC 99m), en caso de ser hipocaptante se está ante un cuadro de hipoesplenismo funcional, como se observa en la anemia de células falciformes, y trombosis o estenosis de la arteria esplénica.^{1,2}

De acuerdo a la evidencia actual las indicaciones de esplenectomía son:

1. *Trauma esplénico:* No en todos los casos es indicación absoluta, pues la tendencia es a preservarlo por su función inmunológica.²
2. *Enfermedades hemato-oncológicas:* esferocitosis hereditaria, talasemia mayor, púrpura trombocitopénica autoinmune (PTI) que no responde a tratamiento médico, desórdenes mieloproliferativos, leucemia y púrpura trombocitopénica trombótica (PTT), así como enfermedad de Hodgkin estadio I-A o II-A.³
3. *Lesiones iatrogénicas del bazo.*⁴

Los enfermos esplenectomizados o con hipoesplenismo funcional son de alto riesgo para el desarrollo de infecciones dentro de las que destacan la neumonía, meningitis y sepsis postesplenectomía, eventos que incrementan de manera significativa la morbimortalidad.⁵⁻⁷

Los macrófagos esplénicos juegan un papel importante en la depuración y fagocitosis de bacterias y parásitos de células sanguíneas y en la producción de anticuerpos. En ausencia del bazo, el hígado puede encargarse de esta función, pero son necesarias altas concentraciones de anticuerpos específicos y que el sistema de complemento esté íntegro.⁵⁻⁷

Las bacterias encapsuladas como neumococos (*Streptococcus pneumoniae*) son los principales agentes responsa-

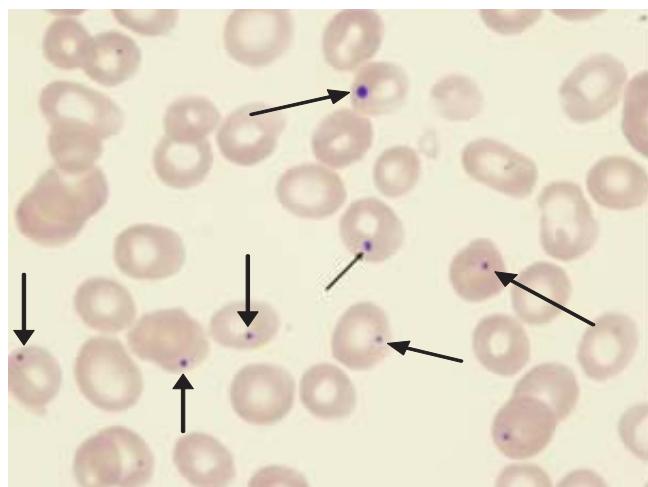


Figura 1: Frotis de sangre periférica donde se observan (Flechas), inclusiones basófilas intraeritrocitarias características de los cuerpos de Howell Jolly.

* Jefe de la UTI, Fundación Clínica Médica Sur. Academia Nacional de Medicina. Academia Mexicana de Cirugía.

Presidente de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva.

** Residente Medicina del Enfermo Adulto en Estado Crítico. Fundación Clínica Médica Sur.

*** Estudiante de Pregrado. Universidad La Salle.

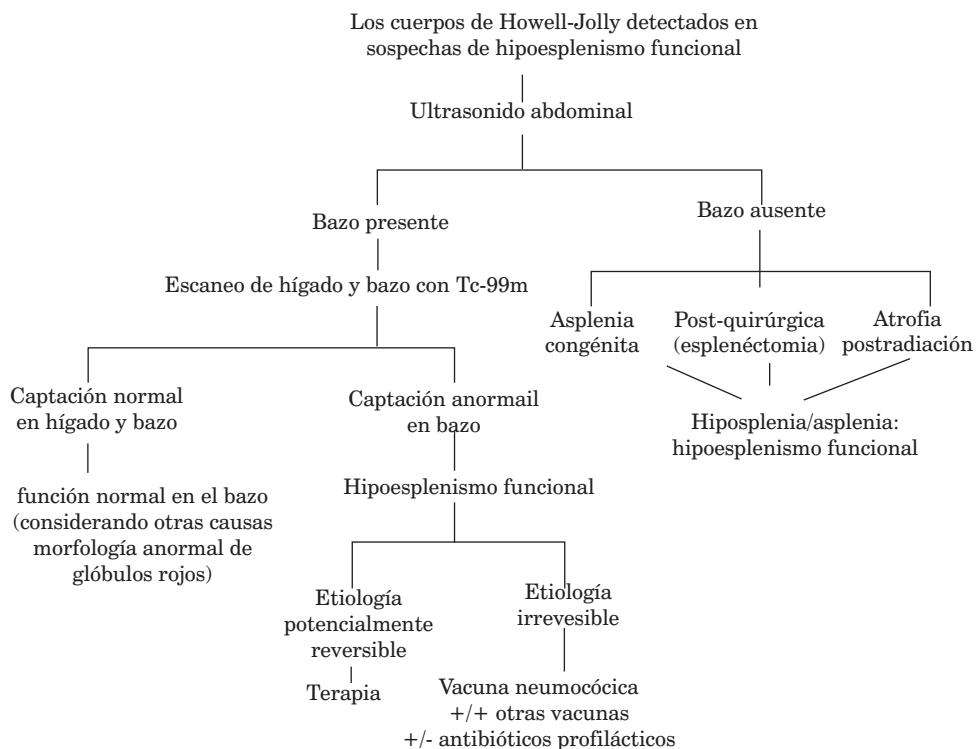


Figura 2. Protocolo de estudio en pacientes con cuerpos de Howell Jolly en frotis de sangre periférica.

bles de infecciones en este tipo de pacientes, con una mortalidad asociada del 60%; otros agentes como el *Haemophilus influenzae* tipo B, *Meningococo* y *Estreptococo* grupo A se han asociado como causantes de infecciones en un 25%.⁸

Los pacientes postesplenectomizados son más susceptibles a las infecciones con organismos intraeritrocitarios,

o protozoarios (*Babesia babesii* en Estados Unidos), los cuales pueden ser responsables de estado febril fulminante hemolítico en pacientes esplénicos o con hipoesplenismo. La malaria (*Falciparum malaria*) es más frecuente en individuos esplénicos y se asocia a una elevada mortalidad.⁷

Referencias

1. Glasgow RE, Mulvihill SJ. Esplenectomy laparoscópica. *World J Surg* 1999; 23: 384-388.
2. Katkhouda N, Hurwitz MB, Rivera RT. Esplenectomy laparoscópica. Resultados y eficacia en 103 pacientes consecutivos. *Ann Surg* 1998; 228: 568-578.
3. Lucas CE. Trauma esplénico. Opciones de manejo. *Ann Surg* 1991; 213: 98-103.
4. Munser G, Lazer G, Hocking W, Busuttil W. Esplenectomy en enfermedades hematológicas. The UCLA experiencia en 306 pacientes. *Ann Surg* 1984; 200: 40-48.
5. Shackford SR, Molin MR. Manejo de las lesiones esplénicas. *Surg Clin N Am* 1990; 70: 595-620.
6. Brigden ML. Infección postesplenectomía. *West J Med* 1992; 157: 440-443.
7. Styrt B. Risk of infection and protective strategies for the asplenic patient. *Infect Dis Clin Pract* 1996; 5: 94-100.
8. Lynch AM, Kapila R. Infección incontenible postesplenectomía. *Infect Dis Clin North Am* 1996; 4: 693-707.

Correspondencia:
Dr. Rogelio Sánchez García.
Jrsg79@gmail.com Unidad de Terapia
Intensiva. Fundación Clínica Médica Sur