



V-128 - TRATAMIENTO Y ENFOQUE NUTRICIONAL DEL QUILOTÓRAX

J. Ramírez Luna¹, M. Serrano Cazorla¹, J. Pérez Rodríguez², M. Cuerda Clares¹, J. Vicente Rodrigo¹, L. Prieto Gañan¹, D. Mora Peña¹ y L. Jiménez de la Cruz¹

¹Medicina Interna; ²Endocrinología y Nutrición. Hospital General Virgen de la Luz. Cuenca.

Resumen

Objetivos: Presentar nuestra experiencia y resultados en el tratamiento nutricional de una paciente diagnosticada de quilotorax.

Material y métodos: Revisamos el caso de una mujer de 81 años, ingresada en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital a la cual se le diagnostica quilotorax, una patología poco común y por tanto de interés clínico, mostrando las opciones terapéuticas utilizadas.

Resultados: Mujer de 81 años con clínica de disnea progresiva, en la radiografía de tórax se objetiva derrame pleural derecho, el estudio del líquido pleural nos reveló aspecto lechoso con triglicéridos 1.391 mg/dl, compatible con quilotorax y por linfogammagrafía se observa fístula linfática; por el compromiso respiratorio se decide colocación de tubo de tórax obteniendo drenajes iniciales entre 900-1200 cc/día, iniciándose tratamiento nutricional específico con dieta enteral baja en grasas y triglicéridos de cadena media, logrando una reducción del drenaje pleural a 500-750 cc/día. Los días posteriores y en ausencia de mayor disminución del drenaje decidimos comenzar nutrición parenteral (1.450 Kcal, 1.500 ml, 100 g aminoácidos, 60 g de lípidos mezclados, 150 g de glucosa) y nutrición enteral sin grasa (400 ml, 600 kcal, 16 g aminoácidos, 134 g de glucosa), el drenaje disminuyó a 350-450 cc/día y al asociarse al tratamiento octreótido 50 µg/8 horas subcutáneo, se logró disminución del drenaje a 20-150 cc/día; finalmente ante la persistencia del drenaje a pesar del manejo pautado se remite a hospital de referencia para cierre de la fístula, falleciendo la paciente por complicaciones postoperatorias.

Discusión: La combinación de dieta baja en grasa o nutrición enteral sin grasa más triglicéridos de cadena media, más nutrición parenteral y octreótido son diferentes estrategias en el tratamiento conservador del quilotorax, obteniéndose con ellas una reducción del débito de la efusión pleural en un 20-80% de los casos según la literatura revisada. En nuestro caso se obtiene una disminución significativa del drenaje pleural pero no se logró cierre de la fístula, por lo que finalmente se decidió manejo quirúrgico con el desenlace expuesto. Caso clínico único en nuestro hospital, por eso el interés y la relevancia en darlo a conocer.

Conclusiones: No hay consenso o evidencia que cuál sea la medida terapéutica más apropiada por tanto más estudios son necesarios para establecer el orden de las mismas y cuál de ellas es la medidas más eficaz.