

## Cartas científicas

**Eficacia y seguridad del octreótide asociado a nutrición parenteral total en el tratamiento conservador del quilotorax**M.<sup>a</sup> V. López López<sup>1</sup>, L. M. Luengo Pérez<sup>2</sup>, J. F. Rangel Mayoral<sup>1</sup> y F. J. Liso Rubio<sup>1</sup><sup>1</sup>Servicio de Farmacia Hospitalaria. <sup>2</sup>Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Universitario Infanta Cristina. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz. España.

El Octreotide es un análogo de la somatostatina de acción prolongada que se utiliza en el tratamiento conservador del quilotorax junto con la evacuación del derrame pleural y las modificaciones dietéticas, incluyendo dieta absoluta y nutrición parenteral total (NPT) en casos refractarios<sup>1,2,3</sup>.

El objetivo es analizar la eficacia y seguridad del octreótide, como uso compasivo, junto con la NPT en el tratamiento del quilotorax. Para ello se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con quilotorax tratados con octreotide en nuestro hospital, obteniéndose de las historias clínicas: sexo, edad, diagnóstico principal del ingreso, causa del quilotorax, tratamiento, volumen y características del líquido pleural y efectos adversos.

Se trataron 3 pacientes:

*Paciente 1:* Varón, 59 años, carcinoma broncogénico localizado en pulmón derecho, intervenido mediante lobectomía pulmonar presentando en el postoperatorio quilotorax yatrogénico.

*Paciente 2:* Varón, 20 años, politraumatismo por accidente de tráfico con quilotorax masivo bilateral.

*Paciente 3:* Varón, 41 años, carcinoma epidermoide del tercio inferior intervenido mediante esofagectomía tratorácica con quilotorax derecho por sección del conducto torácico.

Se valoró la eficacia midiendo la disminución de volumen, la mejora de las características del líquido pleural y la incidencia de complicaciones; la seguridad mediante el seguimiento de los efectos adversos más frecuentes como, hiperglucemias, coleditiasis, náuseas, vómitos, diarreas y trombocitopenias<sup>4</sup>.

En todos los pacientes se inicio tratamiento conservador. En el paciente 1 con dieta de bajo contenido graso y drenaje pleural, pero al no obtener respuesta, se continuó con NPT y reposo digestivo, en los otros pacientes se empezó directamente con dieta absoluta y NPT ajustada según necesidades y toracostomía pleural.

El octreotide se asoció a NPT en los 3 pacientes al no remitir, con dosis diaria de 300 mcg repartidas en 3 administraciones vía subcutánea, disminuyendo el volumen de drenaje con un 64% de reducción media en los primeros 5 días, siendo de un 95% en las primeras 48 horas en los pacientes 1 y 3 y mejorando las características del líquido pleural de aspecto quiloso a seroso. La duración media fue de 17 días para los pacientes 1 y 3 con resolución completa y de 9 días para el paciente 2 sin completar tratamiento por desarrollar empiema. Ninguno requirió intervención quirúrgica adicional para resolver el quilotorax.

Los efectos adversos observados, durante el tratamiento, fueron alteraciones en los valores de glucemia entre 120 y 205 mg/dl, en los pacientes 1 y 3, necesitando pauta y rescate con insulina. El paciente 2 presentó náuseas y vómitos siendo necesaria la suspensión de una de las administraciones del fármaco. Sin alteraciones en las enzimas hepáticas ni en el número de plaquetas.

Aunque son necesarios más estudios del uso de este fármaco en el tratamiento del quilotorax que aclaren pautas de administración, dosificación, duración y efecto a largo plazo, y su uso como tratamiento de primera elección, podemos concluir que el octreotide puede ser útil en el tratamiento del quilotorax cuando fracasan las medidas iniciales y antes de iniciar tratamientos más agresivos<sup>5</sup>.

La asociación de NPT y octreotide es una alternativa eficaz y segura en el tratamiento conservador no invasivo del quilotorax y su uso precoz reduce la necesidad de intervención quirúrgica<sup>6</sup>. En nuestros pacientes su uso produjo una reducción significativa del volumen de drenaje en los primeros días mejorando las características del derrame pleural y la terapia no se asoció a efectos adversos importantes.

**Correspondencia:** María Victoria López López.  
Servicio de Farmacia Hospitalaria.  
Hospital Universitario Infanta Cristina.  
Avda. de Elvas, s/n.  
06008 Badajoz. España.  
E-mail: mariviloplop@hotmail.com

Recibido: 7-I-2012.

Aceptado: 9-I-2012.

## Referencias

1. Martínez Brocca MA, García García- Doncel L, Pereira Cunill et al. Soporte nutricional en el quilotórax secundario a linfoma. *Nutr Hosp* 2002; 17: 43-45.
2. Rimensberger PC, Muller-Schenker B, Kalangos A, et al. Treatment of persistent postoperative chylothorax with somatostatin. *Ann Thorac Surg* 1998; 66: 253-4.
3. Demos NJ, Kozel J, Scerbo JE. Somatostatin in the treatment of Chylothorax. *Chest* 2001; 119:964-966.
4. Sandostatin®. Ficha Técnica. Madrid. Novartis Farmacéutica S. A. Disponible en Internet: <https://sinaem4.agedmed.es/con-saem/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm> (consulta 15-04-2009).
5. Sirvent Ochando M, López Villodre P, Martínez Seguí MJ. Soporte nutricional y tratamiento con octreotido del quilotórax. *Nutr Hosp* 2010; 25: 113-119.
6. Gómez Caro A, Marrón Fernández C, Moradiellos Díez FJ, et al. Octreotide for Conservative Management of Postoperative chylothorax. *Arch Bronconeumol* 2004; 40: 473-475.