



Etiología de los quilotórax de origen no traumático

J. SERRA BATLLES, A. XAUBET, C. PICADO
y A. AGUSTI VIDAL
Servicio de Neumología. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

Se estudia la etiología y frecuencia de los derrames pleurales quilosos con exclusión de los de origen traumático, durante un periodo de 7 años (1978-1984). Los criterios diagnósticos que se utilizaron fueron el aspecto lechoso del líquido con presencia de quilomicrones y/o triglicéridos superiores a 110 mg/dl. Fueron diagnosticados 18 quilotórax de un total de 679 derrames pleurales lo que representa una prevalencia de un 2,6 %. La etiología más frecuente fue el linfoma con 11 casos, lo que equivale al 61 % del total, la mayoría de los linfomas eran no hodgkinianos (10 casos). El resto de los derrames quilosos fueron debidos a cirrosis hepática (2 casos), tuberculosis pleural y linfática, bocio retroesternal, carcinoma indiferenciado de células pequeñas (*oat cell*), neoplasia prostática con infiltración linfática retroperitoneal y malformación congénita (linfagiectasia congénita difusa), cada una de estas enfermedades fue responsable de un caso de quilotórax. En 9 pacientes (50 %) el quilotórax se presentó asociado a ascitis quilosa. Los síntomas respiratorios más frecuentes fueron la disnea que apareció en 4 pacientes (22 %) y tos seca en 2 casos (11 %). El derrame quiloso era del lado derecho en 10 pacientes (56 %), bilateral en 5 pacientes (27 %) y del lado izquierdo en 3 casos (17 %).

Teofilinas en asma bronquial. Programación de la posología

F. DUCE GRACIA, B. SINUES PORTA, J.L. ORCASTEGUI,
P. MARTINEZ ESPADA, M. VILA JUSTRIBO y S. BELLO DRONDA
Servicio de Aparato Respiratorio y Departamento de Farmacología.
Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

La teofilina ha demostrado ser un agente de gran eficacia para el control de los pacientes asmáticos. La gran variabilidad interindividual de su eliminación, así como la potencial cinética dosis-dependiente nos ha llevado a establecer la posología en base a la concentración plasmática en pacientes de nuestro medio, tan distintos, en múltiples facetas de los anglosajones sobre los que se han hecho la mayor parte de los estudios sobre este fármaco.

Hemos estudiado 102 pacientes con edad media de 50,35 años, 56 mujeres y 46 varones, diagnosticados de asma bronquial con clínica, prácticamente diaria y estudios espirométricos con FEV₁ inferior al 70 % del valor teórico. 95 no fumadores y 7 fumadores.

Se administraron dos preparados de teofilina retardada cada doce horas y posteriormente tras cinco días de mantenimiento de la dosis teóricamente óptima se realizaron determinaciones de teofilinemia a las 12 y 4 horas de la toma. El método utilizado fue de TDX (sistema de polarización de fluorescencia).

Hemos obtenido una gran variabilidad de la dosis requerida ($r = 0,15$) para situar a los pacientes en rango terapéutico. La dosis media ha sido 9,75 mg/kg peso, oscilando entre 17 y 4,88. Si diferencias apreciables por sexo. La media de concentraciones mínimas fue de 12,85

microg/ml y la de las máximas de 14,98 microg/ml. Se ha valorado influencia de obesidad (41 paciente con peso superior al 25 % del ideal). Asimismo el tipo de preparado administrado (72 del A y 30 del B) sin apreciarse diferencias significativas. Las fluctuaciones de los niveles, expresado en porcentajes de concentración mínima, han sido muy pequeñas, con una media del 18 % ($f'c = 0,18$) comparada con los valores de más del 100 % obtenidos con formulaciones clásicas. Esta fluctuación sólo se consigue con este tipo de preparados de teofilinas retardadas.

Pleurodesis con talco a través de toracoscopia en derrames pleurales recidivantes: 45 casos

F. RODRIGUEZ PANADERO, J.J. DEL REY PEREZ,
F. ROMERO VALERO, M.A. GONZALEZ CASTRO
y J. LOPEZ MEJIAS
Servicio de Neumología. C.S. Virgen del Rocío. Sevilla.

Para el control de los derrames pleurales recidivantes no es suficiente la práctica de toracentesis repetidas y tampoco la colocación de un simple drenaje, que aumentan mucho los riesgos de sobreinfección y multiloculación, además de la pérdida continuada de proteínas que suponen. Se hace por consiguiente necesaria la introducción de agentes esclerosantes capaces de producir una sínfisis entre las dos hojas pleurales.

Material y métodos

Hemos usado como agente sinfisante el talco pulverizado sobre la superficie pleural tras la práctica de una toracoscopia y con extracción total del líquido existente. Se ha empleado talco puro y estéril y en volumen que oscila entre 5 y 7 cc.

La técnica de pleurodesis se ha aplicado a 45 enfermos con derrame pleural recidivante, de los que 40 eran portadores de neoplasia intratorácica, 1 correspondió a un pseudo-síndrome de Meiggs, 1 a hepatopatía crónica y 3 a insuficiencia cardíaca con derrame no controlable por medios farmacológicos.

Resultados

El derrame pleural se controló por completo, de modo que el enfermo no volvió a requerir nueva toracentesis, en 40 casos (89 %). Se obtuvieron malos resultados en un 11 % de los casos, repartidos del modo siguiente:

- Requieren una toracentesis postalcaje 3 casos
- Requieren más de una toracentesis 2 casos
- Requieren segundo tubo de drenaje 1 caso

Conclusiones

La práctica del talcaje con posterior colocación de drenaje (durante 3,2 días como promedio) se ha mostrado eficaz para controlar totalmente el derrame pleural recidivante en el 89 % de los casos, consiguiéndolo tras una nueva toracentesis hasta en un 95 % de las ocasiones, sin