

Dieta enteral fonte em triglicerídeo de cadeia média como coadjuvante terapêutico em um caso de quilotórax bilateral secundário à linfoma folicular

Enteral diet supply in medium chain triglycerid as a therapeutic coadjuvant in a case of bilateral quilotrax secondary to follicular lymphoma

Cirilo, Marry Aneyts de Santana¹; Xavier do Nascimento, Claudete²; Soares de Sousa, Bruno²

1 Universidade Federal de Pernambuco, UFPE/PE. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, IMIP/PE. UNIFAVIP/DEVRY.

2 Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, IMIP-PE. Curso de Nutrição da Faculdade Pernambucana de Saúde, FPS-PE.

Recibido: 11/enero/2018. Aceptado: 30/marzo/2018.

RESUMO

Introdução: O quilotórax é uma condição patológica, onde em muitos casos compromete o estado nutricional devido à perda contínua do quilo com conseqüente prejuízo imunológico. O objetivo deste estudo foi descrever os resultados clínicos e nutricionais observados após intervenção nutricional precoce via terapia enteral com oferta de fórmula caseira à base de caseína, maltodextrina, triglicerídeo de cadeia média (TCM) e oligoelementos.

Método: Trata-se de um estudo relato de caso do tipo observacional descritivo, de uma paciente diagnosticada com quilotórax secundário a linfoma folicular não Hodgkin.

Resultados: A instituição da terapia nutricional precoce concomitante ao tratamento conservador pareceram inferir numa diminuição discreta do débito quiloso, entretanto só houve melhora significativa do quadro clínico, após o diagnóstico de linfoma e início do tratamento da doença base, nesse caso a quimioterapia. Quanto ao aspecto nutricional houve perda nutricional discreta desde a admissão até a alta, portanto a terapia precoce apesar de não ser eficaz em reverter estado nutricional, esta preservou-o e manteve sua capacidade funcional.

Discussão: O diagnóstico etiológico e tratamento precoces são imprescindíveis no desfecho clínico favorável. Há duas opções terapêuticas nutricionais, entretanto não há consenso entre qual mais eficaz na reversão do quadro patológico, apesar de já ser bem estabelecido que a oferta de triglicerídeo de cadeia média (TCM) via enteral ou parenteral em conjunto ao repouso gastrointestinal são coadjuvantes eficazes na diminuição do débito quiloso.

Conclusão: O suporte enteral precoce com oferta de TCM via nasoenteral se comportou como coadjuvante no tratamento do quilotórax, apesar de não restaurar estado nutricional é capaz de mantê-lo. A terapia conservadora só mostrou resultados significativos a partir do início do tratamento da doença base, neste caso o câncer, reforçando a importância de um diagnóstico clínico rápido.

PALAVRAS-CHAVE

Quilotórax; Linfoma; Câncer.

ABSTRACT

Introduction: Chylotrax is a pathological condition, where in many cases it compromises the nutritional status due to the continuous loss of the kilo with consequent immunological damage. The objective of this study was to describe the clinical and nutritional results observed after early nutritional intervention through enteral therapy with a homemade formula based on casein, maltodextrin, medium chain triglyceride (MCT) and trace elements.

Correspondencia:
Bruno Soares de Sousa
bssnutri@hotmail.com

Method: This is a descriptive observational case report of a patient diagnosed with chylothorax secondary to follicular non-Hodgkin lymphoma.

Results: The institution of early nutritional therapy concomitant with conservative treatment seemed to infer a slight decrease in chylousdebit, however, there was only a significant improvement of the clinical condition, after the diagnosis of lymphoma and the beginning of treatment of the base disease, in this case, chemotherapy. Regarding the nutritional aspect, there was a discreet nutritional loss from admission to discharge, so early therapy, although not effective in reversing nutritional status, preserved it and maintained its functional capacity.

Discussion: Etiologic diagnosis and early treatment are essential in the favorable clinical outcome. There are two nutritional therapeutic options, although there is no consensus among which is more effective in reversing the pathological condition, although it is already well established that the supply of medium chain triglyceride (MCT) via enteral or parenteral together with gastrointestinal rest are effective adjuvants in decreased chylous flow rate.

Conclusion: The early enteral support with nasoenteral TCM supply behaved as a coadjuvant in the treatment of chylothorax, although not restoring nutritional status is able to maintain it. Conservative therapy only showed significant results from the beginning of treatment of the underlying disease, in this case cancer, reinforcing the importance of a rapid clinical diagnosis.

KEY WORDS

Chylothorax; Lymphoma; Cancer.

LISTA DE ABREVIATURAS

CB: Circunferência do braço.

CMB: Circunferência muscular do braço.

IMC: Índice de Massa Corpórea.

MG: Miligrama.

NPT: Nutrição Parenteral Total.

PCT: Prega cutânea tricipital.

SNE: Sonda nasoenteral.

TCM: Triglicerídeo de cadeia média.

TG: Triglicerídeo.

TGI: Trato gastrointestinal.

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

TCL: Triglicerídeo de cadeia longa.

KG: Quilograma.

KG\M²: Quilograma por metro quadrado.

INTRODUÇÃO

O quilotorax é caracterizado pela presença anormal de líquido de aspecto leitoso no espaço pleural¹, também conhecido como quilo, que é produzido no sistema linfático presente na região gastrointestinal², sendo que aproximadamente 50% dos casos são secundários aos processos cirúrgicos e 30% secundário a alguma alteração ou obstrução do ducto linfático, como nas neoplasias³. Dessas, sabe-se que os linfonos são responsáveis por cerca de 70% dos casos^{4,5}. O quilo é composto por grande quantidade de gordura secretada pelas células intestinais, como os triglicerídeos (TG) e quilomícrons, glicose, proteína e células linfocitárias. Ele é transportado através do ducto torácico até a circulação sistêmica⁶.

A presença do quilo na cavidade pleural acarreta um pior prognóstico ao paciente, pois prejudica o sistema respiratório e comumente leva a má nutrição com consequente comprometimento do estado imunológico^{7,8}. O diagnóstico e tratamento precoces são imprescindíveis para aliviar os sintomas respiratórios, preservar o estado nutricional e diminuir o débito quiloso^{8,9}, portanto o suporte nutricional deve ofertar uma ingestão energética e proteica adequada, além de atuar como coadjuvante na diminuição da produção de quilo, havendo duas alternativas de tratamento: uso de nutrição parenteral total (NPT) ou fórmula enriquecida com triglicerídeos de cadeia média (TCM)⁹.

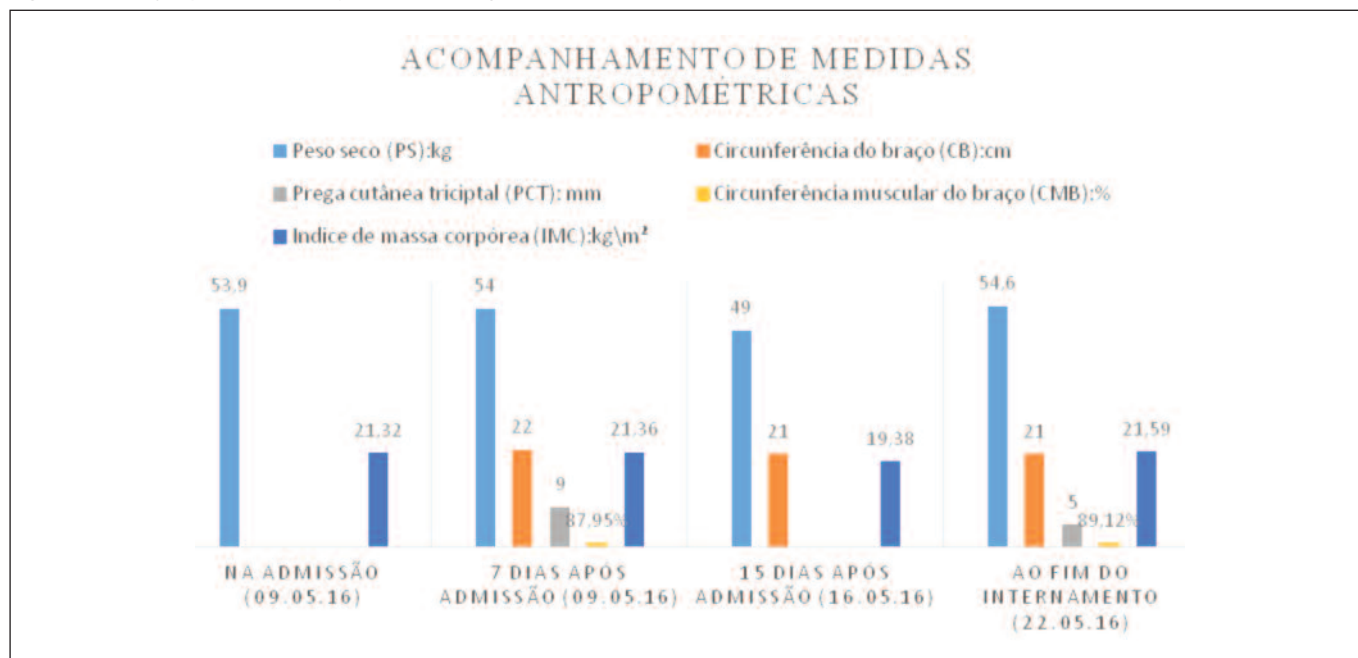
Diante desse contexto, este relato científico se destaca por ofertar de maneira precoce o suporte nutricional adequado com oferta exclusiva de TCM via sonda nasoenteral (SNE) em conjunto a instituição da terapia conservadora com uso de drenagem em selo d'água pela equipe médica até reversão do débito quiloso. A paciente foi acompanhada clínica e nutricionalmente até seu desfecho clínico em uma Unidade Hospitalar Multicêntrica no estado de Pernambuco, Brasil.

A pesquisa foi realizada seguindo as normas que regulamentam pesquisa em seres humanos contidas nas Resoluções n. 466/12 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, sob o protocolo número CAAE 33725714.5.0000.5201.

RELATO DE CASO

G.R de 42 anos, sexo feminino, residente da cidade do Recife, PE, foi encaminhada ao serviço devido queixa de aumento no tamanho dos linfonodos cervicais a aproximadamente 10 meses, sendo que nos últimos três meses, houve aumento dos linfonodos supraclaviculares e inguinais, associado a perda ponderal de 10kg (16,1%) neste mesmo período. Foi admitida com quadro de aumento da circunferência abdominal associada à dispneia, sendo realizado um exame de imagem que evidenciou um volumoso derrame pleural bilateral, havendo necessidade de duas toracocenteses de alívio, drenando 850 e 1050ml, respectivamente. O líquido dre-

Figura 1. Evolução ponderal e antropométrica ao longo do internamento de 20 dias.



nado apresentava aspecto leitoso, que após análise bioquímica se confirmou a hipótese diagnóstica de quilotórax, entretanto sem etiologia definida pois os achados histopatológicos da última biopsia eram inconclusivos.

Quanto ao exame físico, observou-se edema discreto em membros inferiores, ascite leve e ossos da cintura escapular visivelmente aparentes, denotando uma perda da reserva muscular e adiposa importante. A paciente apresentava ainda, um quadro de hepatoesplenomegalia e icterícia (+/+/+), acompanhado de queixas de náuseas e episódios eméticos diariamente. Além dos sintomas gastrointestinais a mesma relatou sensação de fraqueza em membros inferiores e superiores.

O peso admissional foi de 53,9 kg (após desconto do edema periférico e volume de ascite de acordo com Martins C¹⁰, ficou com peso seco de 50,9 kg). Seu peso habitual era de 52 kg e altura de 1,59 m. A evolução antropométrica pode ser observada na figura 1. De acordo com o IMC de 20,1 kg/m², ela seria classificada como eutrófica, entretanto através de outros parâmetros como a circunferência do braço (CB): 22 cm (74% de adequação), prega cutânea tricipital (PCT): 9 mm (36,7%) e circunferência muscular do braço (CmB): 87,9%, foi diagnosticada com desnutrição energética proteica moderada. Paciente evoluiu com manutenção ponderal ao longo dos 20 dias de internamento, recebendo alta com 54,6 kg, CB de 21 cm (70,7% de adequação), PCT de 5 cm (20,4%), ainda classificada como desnutrida grave, recebendo alta ainda com diagnóstico de desnutrição grave, assim como desde a admissão hospitalar, apesar disso houve recuperação de sua capacidade funcional.

Após diagnóstico de quilotórax, optou-se pela equipe multiprofissional composta por nutricionista, médico e fisioterapeuta respiratório iniciar o tratamento conservador, com drenagem pleural em selo d'água (para acompanhar o débito do quilo diariamente) e como via alimentar uso da sonda nasoenteral exclusiva com oferta de dieta a base de lipídio na forma de TCM, maltodextrina, módulo proteico a base de caseinato de cálcio e suplemento eletrolítico próprio para adulto. O intuito de optar por este tipo de terapia nutricional é manter o trato gastrointestinal em repouso e prevenir uma possível piora do estado nutricional, tendo em vista a elevada perda de nutrientes através da drenagem pleural. As medidas utilizadas para o preparado alimentar estão explícitas na tabela 1.

Um aspecto importante que deve ser ressaltado é que no 14º dia de internamento a paciente foi diagnosticada com linfoma folicular não Hodgkin e no 16º dia de internamento iniciou o tratamento quimioterápico, que em conjunto a terapia

Tabela 1. Quantidade de ingredientes para produção de 100 ml de fórmula.

Ingrediente	Medida (g/ml)	Caloria	Proteína
Maltodextrina	2 medidas (20g)	40	—
Proteína	1 medida (5g)	18	4,5
TCM	4ml	18	—
Eletrólitos	2ml	—	—

nutricional e clínica houve melhora significativa dos sintomas patológicos enfrentados, além de diminuição importante do débito pleural.

As necessidades nutricionais foram estimadas de acordo com o Consenso de Oncologia¹¹, sendo de 30 a 35kcal/kg de peso atual para recuperação ponderal, ou seja, 1617 a 1886,5kcal/dia e 1,5 a 2g/kg/dia de proteína, ou seja 80,8 a 107,8g/dia.

A terapia foi iniciada no volume de 100ml/vez, em 6 horários ao dia, nas tentativas de progressão de volume a paciente apresentava episódios eméticos, o que forçava regressão do volume da dieta, portanto a paciente tolerou sem intercorrências o volume de 120ml/vez, que fornecia 936kcal/dia (57,8% das necessidades energéticas) e 0,6g/kg/dia de proteína (40% das necessidades proteicas). Sendo progredido volume para 130ml/vez e liberado líquidos por via oral no 17º dia de internamento, quando houve diminuição considerável do débito quiloso (figura 2).

A paciente foi de alta da enfermaria no dia 22 de maio de 2016, após reversão do débito quiloso e edema generalizado no corpo, além de manutenção do estado nutricional de desnutrição grave, entretanto com recuperação da capacidade funcional.

DISCUSSÃO

É importante salientar que não há na literatura um consenso a respeito da melhor terapêutica a ser escolhida nos casos de quilotorax, portanto o indicado é o tratamento de acordo com os sintomas observados no doente^{7,5,12}. No caso

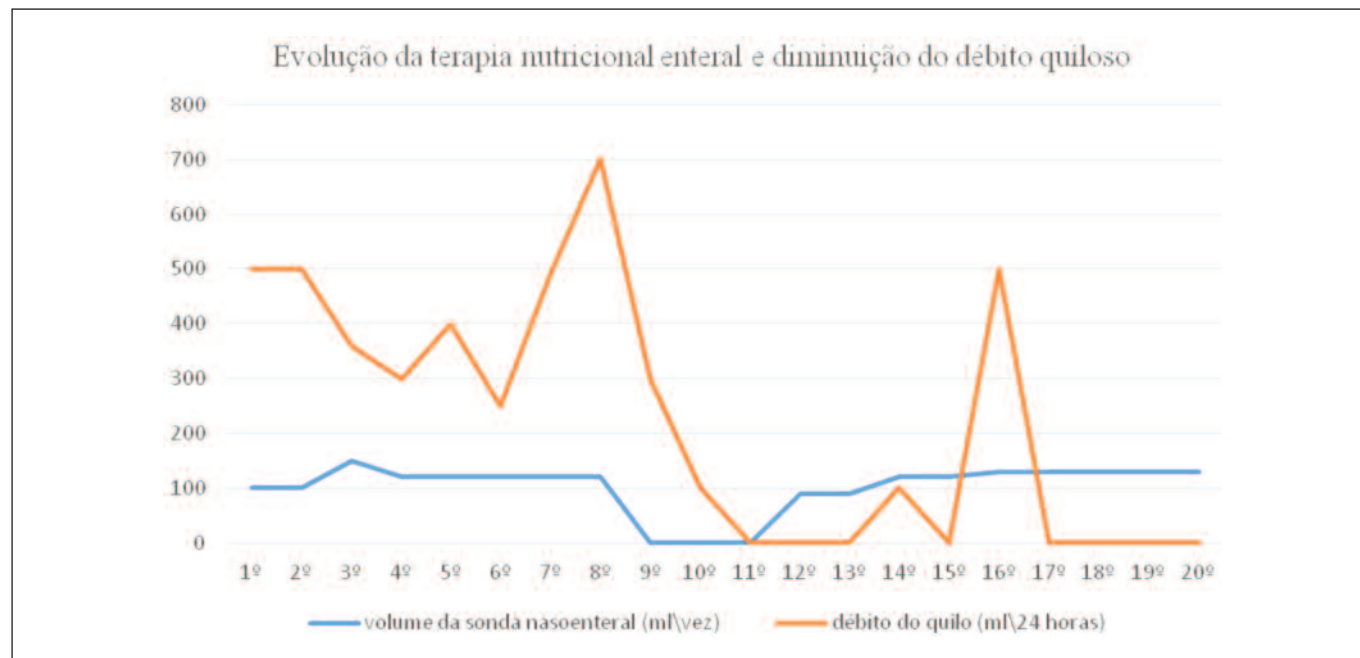
relatado previamente, foi escolhido o tratamento conservador devido ao comprometimento do estado nutricional e funcional da paciente, além da etiologia indefinida do quilotorax. Em 25 a 50% dos casos ocorre fechamento espontâneo da fistula do ducto torácico e recomenda-se que a terapia conservadora permaneça por até 14 dias, sendo recomendado tratamento cirúrgico em casos sem resposta ao tratamento conservador⁸. Neste caso, o débito quiloso só apresentou diminuição significativa e fechamento espontâneo da fistula toraxica após diagnóstico de linfoma folicular e início da quimioterapia.

O paciente com quilotorax possui um elevado risco nutricional, pois a perda contínua de quilo leva à sua consequente deterioração³. A terapia nutricional age como coadjuvante no tratamento dos doentes com quilotorax. Há duas possibilidades terapêuticas, a via parenteral exclusiva, com repouso do trato gastrointestinal (TGI), ou dieta enteral suplementada com triglicérides de cadeia média (TCM) e baixa oferta de triglicérides de cadeia longa (TCL). Entretanto não há um consenso entre qual a melhor terapêutica^{3,8}, porém foi possível observar que a oferta de dieta enteral fonte em TCM, auxiliou na preservação do estado nutricional, mantendo peso e medidas antropométricas, apesar de não ser eficaz na reversão de seu estado nutricional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da temática e do objetivo da realização deste relato de caso, verificou-se que são escassos os resultados que tragam mais segurança na tomada de decisão quanto a melhor terapêutica nutricional para casos de quilotorax. Há autores que consideram a suspensão da dieta enteral ou

Figura 2. Evolução do volume da terapia nutricional enteral e evolução do débito quiloso.



oral e início da nutrição parenteral como a conduta de primeira escolha, entretanto há aqueles que recomendam iniciar uma dieta com oferta exclusiva de TCM e uso da parenteral apenas em casos onde não haja diminuição do débito do quilo, tendo em vista que dietas contendo TCM podem elevar o débito do quilo. Além disso, as condutas médicas em casos de quilotorax devem ser tomadas por uma equipe multiprofissional e a progressão do débito quilo deve ser acompanhada diariamente.

BIBLIOGRAFIA

1. Martínez-Díaz JL, Torre-Bouscolet L, Cortés-Telles A, Jaime-Capetillo ME, Gochicoa-Rangel L, Martínez-briseño D, Fernández-Plata R, García-Sancho C, Pérez-Padilla R. Quilotorax en pacientes con derrame pleural en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. *NeumolCirTorax*. 2013; 72(3):2011-2012.
2. Cortés-Telles A, Rojas-Serrano J, Torre-Bouscolet L. Quilotorax: frecuencia, causas y desenlaces. *NeumolCirTorax*. 2010;69(3):157-162.
3. Ochando MS, Villodre PL, Seguí MJM. Soporte nutricional y tratamiento con octreótido del quilotorax. *Nutrición Hospitalaria*. 2010;25(1):113-119.
4. Maia I, Xará S, Dias I, Neves S. Abordagem nutricional no doente com quilotorax. *Revista Nutricias*. 2014;19:32-34.
5. McGrath EE, Blades Z, Anderson PB. Chylothorax: Aetiology, diagnosis and therapeutic options. *Respiratory Medicine*. 2010;104:1-8.
6. Mechán V, Morón J, Salas A, Cevallos P, Ilanos F, Rojas L, Cerrillo G. Quilotorax bilateral asociado a linfoma no Hodgkin, folicular: Génesis del quilotorax. *Acta Médica Peruana*. 2011;28(2):82-86.
7. Menschhein CL, Bó KD, Cancelier ACL, Esmeraldino W. Quilotorax Congênito. *Revista da AMRIGS*. 2010;54(3):325-328.
8. Vaz MAC, Fernandes PP. Quilotorax. *J. Bras. Pneumol*. 2006;32(4):197-203.
9. Benítez I, Copons C, Castillo F. Tratamiento del quilotorax. *AnPediatrContin*. 2008;6(3):159-165.
10. Martins C, Cardoso SP. Terapia nutricional enteral e parenteral. Manual de rotina técnica. Curitiba: Nutroclinica, Brasil. 2000.
11. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). 2016.
12. Palmeiro R, Arosa V, Cuerda C, Bretón I, Cambor M, Rodríguez MC, Peris PG. Quilotorax persistente en paciente con linfoma de células B. *Nutr. Hosp*. 2012;27(3):940-942.