



# 23<sup>o</sup> CONGRESSO BRASILEIRO DE PERINATOLOGIA

14 a 17 de setembro de 2016 - EXPOGRAMADO - Gramado / RS

## Trabalhos Científicos

**Título:** Manejo Pós- Operatório De Teratoma Intracraniano Em Neonato: Relato De Caso. Real Hospital Português (Rhp), Recife-Pe.

**Autores:** ANA CLAUDIA FIRMINO (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS); ANA MARIA ALDIN (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS); AMANDA LOPEZ (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS); JOÃO GOMES (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS); ANGELA SANTOS (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS); ELAYNE URQUIZA (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS); CÉLIA MATIAS (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS); ANDREA PORTELA (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS); CLEMENTE BARACHO FILHO (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS); ANNE MASSAY (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS); ANDREA FIREMAN (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS); FERNANDA BARACHO (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS)

**Resumo:** Introdução: O conhecimento das complicações hidroeletrólíticas no pós-operatório (P.O) imediato de Teratoma intracraniano em neonato é fundamental para seu manejo adequado. A hiponatremia é o distúrbio mais comum. Descrição de caso: Recém-nascido (RN) submetido à ressecção de teratoma supra-selar, em ventilação mecânica, antibioticoterapia profilática e anticonvulsivante. Apresentou no P.O, hipo e hipernatremias severas, o menor (<) valor sódio (Na) encontrado= 111,6mEq/l e o maior(>)=187,2mEq/l. No acompanhamento dessas complicações, os parâmetros: balanço hídrico, volume urinário, Na urinário e sérico, foram monitorados a cada hora para definir as necessidades de correções e do uso do acetato de desmopressina(DDAVP). Hiponatremia aguda com  $Na < 120mEq/l$ , fez  $NaCl 3\% 1mEq/kg/h$ , máximo de  $10mEq/l/dia$ . Quando Na entre 120 e 130 mEq/l, a correção pela formula:  $(Na D - Na E) \times 0,6 \times P = mEq/24h$ , acrescido na manutenção de Na. Quando Na entre 150 e 170 mEq/l, o déficit de agua livre calculado pela formula:  $peso \times 0,6 \times [(Na - 140)/140]$ , programado correção em 48h(respeitando diminuição Na 0,5 mEq/Kg/h, até 12mEq/l/dia). Quando Na >170, foi feita diminuição mais rápida,  $1mEq/Kg/h$ , até atingir 170 e a partir daí, correção lenta. Diante de oliguria e balanço hídrico negativo, eram feitas expansões. Balanço hídrico negativo e poliúria era administrado o DDAVP 0,1mcg de 12/12h, que progrediu para 6/6h e eventualmente doses extras. Após paciente mais estável, o monitoramento espaçou para 4/4h, 6/6h, diário e a cada 48 horas, para adequar necessidade de DDAVP. Comentários: O paciente apresentou distúrbios do sódio que caracterizaram complicações associadas a procedimentos neurocirúrgicos: Síndrome Perdedora de Sal, Diabetes Insipidus e Secreção Inapropriada do hormônio antidiurético. A associação dessas complicações ocorrem mais em tumores de topografia semelhante ao caso descrito.