



ORIGINAL BREVE

## Postoperatorio de tumores cerebrales en la unidad de cuidados intensivos pediátricos

M. Fernández de Sevilla Estrach<sup>a,\*</sup>, F.J. Cambra Lasaosa<sup>a</sup>, S. Segura Matute<sup>a</sup>,  
A. Guillén Quesada<sup>b</sup> y A. Palomeque Rico<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de UCI Pediátrica, Agrupació Sanitària Sant Joan de Déu-Clinic, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

<sup>b</sup>Servicio de Neurocirugía, Agrupació Sanitària Sant Joan de Déu-Clinic, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

Recibido el 9 de julio de 2008; aceptado el 23 de octubre de 2008

On-line el 7 de febrero de 2009

### PALABRAS CLAVE

Tumor cerebral;  
Postoperatorio;  
Cuidados intensivos;  
Complicaciones;  
Niños

### Resumen

**Introducción:** Los tumores primarios cerebrales son la neoplasia sólida más frecuente en la infancia. La base fundamental del tratamiento de estos pacientes es la cirugía, cuyo postoperatorio requiere ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). Los objetivos de nuestro trabajo son: conocer la epidemiología de los tumores que ingresan en nuestra unidad y analizar el postoperatorio de estos niños.

**Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo y retrospectivo de todos los niños intervenidos de tumor cerebral desde enero de 1998 hasta enero de 2007 en nuestro hospital. Se recogen datos referentes a filiación, características clínicas, tipo de intervención y postoperatorio.

**Resultados:** Se revisan 161 postoperatorios, correspondientes a 134 pacientes (el 54,5%, varones). La media  $\pm$  desviación estándar de edad es 7 años y 8 meses  $\pm$  5 meses. La localización más frecuente es la fosa posterior (44,8%). El tipo histológico principal es el astrocitoma de grado bajo/intermedio (44,7%). La complicación más frecuente es la diabetes insípida (9,9%). La resección es total en el 58,4% de los pacientes. La mediana de estancia en UCIP es de 2 días (0-61 días). Fallecieron 3 pacientes tras la intervención.

**Conclusiones:** La epidemiología del grupo de pacientes que llega a UCIP es similar a la población general. La complicación más frecuente es la diabetes insípida.

© 2008 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mariafernandez@hsjdbcn.org (M. Fernández de Sevilla Estrach).

**KEYWORDS**

Brain tumor;  
Postoperative period;  
Pediatric intensive  
Care;  
Complications;  
Children

**Pediatric intensive care after brain tumor surgery****Abstract**

**Introduction:** Primary brain tumors are the most common solid tumors in children. Surgery is the basis of treatment for these patients, who require postoperative admission to the ICU-P. The aim of this study was to at the epidemiology of brain tumors of patients admitted to our ICU-P and to analyze the progress of these children in the postoperative period.

**Patients and methods:** Retrospective-prospective study of children admitted to our unit after brain tumor surgery between January 1998 and January 2007. We collected information such as, personal details, clinical characteristics, type of intervention and postoperative period.

**Results:** We reviewed 161 postoperative periods, corresponding to 134 patients (54.5% male). The mean age was 7 years and 8 months  $\pm$  5 months. The most common location was the posterior fossa (44.8%). The most common histological type was low grade/intermediate astrocytoma (44.7%). The most frequent complication was diabetes insipidus (9.9%). Resection was complete in 58.4% patients. The median stay in the ICU-P was 2 days (0–61 days). 3 patients died after surgery.

**Conclusions:** The epidemiology of the group of patients admitted to our ICU-P is similar to the general population. The most common complication is diabetes insipidus.

© 2008 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Introducción**

Los tumores primarios del sistema nervioso central son la segunda neoplasia maligna más frecuente en niños y adolescentes. La mortalidad de estos pacientes, sin tratamiento, se aproxima al 45%<sup>1</sup>. Además, presentan la morbilidad más importante, sobre todo neurológica, de todos los tumores malignos infantiles<sup>1</sup>. No obstante, el pronóstico ha mejorado con el tiempo, sobre todo por el avance en las técnicas de neurocirugía y en la radioterapia y por la introducción de la quimioterapia como opción terapéutica<sup>2-6</sup>.

El tratamiento de estos pacientes es multidisciplinario, y la resección quirúrgica es su base fundamental. El postoperatorio requiere prácticamente siempre ingreso en unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) para monitorizar la evolución y tratar las complicaciones que puedan surgir<sup>7</sup>.

Las complicaciones postoperatorias dependen fundamentalmente del estado clínico antes, durante y en el postoperatorio, la localización y el tipo de cirugía realizada<sup>8-10</sup>.

Entre los cuidados generales que deben tenerse ante un paciente operado de tumor cerebral que llega a la UCIP procedente del quirófano destaca mantener la cabeza elevada en 30° en posición centrada, sedoanalgesia con fármacos de vida media corta que permitan valorar el estado de conciencia del niño, control estrecho de los electrolitos con soluciones de perfusión adecuadas que permitan mantener concentraciones de Na > 135 mEq/l, asegurar la normoventilación y la normooxigenación, mantener la presión arterial normal evitando cambios bruscos que puedan alterar la perfusión cerebral, administrar, si se

considera necesario (cirugía cortical), medicación antiepiléptica, protección gástrica con ranitidina, profilaxis antibiótica, corticoterapia si hay riesgo de edema cerebral o herniación tracentorial y control de los drenajes<sup>8,11-13</sup>.

La monitorización neurológica de estos pacientes debe ser estrecha, el paciente habitualmente llega a la UCIP sedado e intubado, por lo que la valoración clínica en un primer momento puede estar limitada a la respuesta a estímulos verbales y dolorosos y a la reactividad pupilar. En cuanto se pueda retirar los sedantes se debe evaluar la escala de Glasgow, los pares craneales, la motilidad y el tono muscular y la sensibilidad<sup>14</sup>.

Asimismo, hay que realizar un control estrecho de la frecuencia cardíaca, electrocardiograma, frecuencia respiratoria, pulsioximetría, diuresis (balance hídrico), presión arterial y, en algunos casos, presión venosa, así como controles analíticos (hemograma, ionograma, osmolaridad en sangre y orina, coagulación), y vigilar de manera especial la aparición de alteraciones hidroelectrolíticas, sobre todo hiponatremia<sup>8</sup>.

Si hay riesgo de hipertensión endocraneal debe monitorizarse la presión intracraneal (PIC)<sup>8</sup>.

Los objetivos del trabajo son conocer la epidemiología de los tumores cerebrales que ingresan en nuestra UCIP y analizar la evolución habitual en el postoperatorio de estos niños.

**Pacientes y métodos**

Se trata de un estudio doble vía sistemático, retrospectivo, desde enero de 1998 hasta junio de 2004, y prospectivo, desde julio de 2004 hasta enero de 2007, de todos los niños

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4142969>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4142969>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)