

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE EXÉRESIS DE QUISTES Y FÍSTULAS CERVICALES

| | |
|-------------------------------|--|
| Nombre y Apellidos | |
| Edad | D.N.I..... Número de Historia clínica..... |
| Diagnóstico del proceso | Fecha |
| Médico informante | Nº de Colegiado |

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada EXÉRESIS DE QUISTES Y FÍSTULAS CERVICALES, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

Los quistes y fístulas son el resultado de la persistencia de restos embrionarios del cuello que, en su momento, debieron desarrollarse y convertirse en diversas estructuras, tales como huesos, ganglios, glándulas, etc., y no lo hicieron. En su evolución dan lugar a infecciones de repetición y pueden crecer y comprimir estructuras vecinas, planteándose, entonces, su tratamiento quirúrgico. Su malignización es rara, aunque posible.

Pueden ser de tres tipos: centrales, también llamados de la línea media o tiroglosos; laterales o braquiales; y auriculares.

Habitualmente, este tipo de intervención se realiza bajo anestesia general.

Se practica una incisión en la piel del cuello donde se encuentra localizado el quiste o la fístula. Una vez localizado, se extirpa en su totalidad, siendo necesario, en ocasiones, eliminar parte de las estructuras vecinas.

Estos quistes pueden estar en relación con los grandes vasos y nervios del cuello.

En algunos casos, cuando ha habido infecciones repetidas, se han drenado previamente, o cuando haya varios trayectos fistulosos, son difíciles de extirpar, por lo que no es infrecuente la posibilidad de su reproducción.

Tras la intervención, sobre todo en los de la línea media, es frecuente la aparición de molestias al tragar, en los primeros días. El paciente llevará un tubo de drenaje en la herida, durante los primeros días.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN**, el lógico crecimiento del quiste producirá la correspondiente deformidad estética y la compresión de las estructuras vecinas. Las infecciones suelen ser frecuentes. Como el diagnóstico definitivo se obtiene con el estudio de la pieza de exéresis puede ocurrir que cualquier otro proceso –por ejemplo, un tumor– pueda quedar sin diagnosticar hasta que el quiste no se extirpe y se analice.

BENEFICIOS ESPERABLES: Diagnóstico definitivo y curación del proceso.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: Tratamiento médico de los episodios infecciosos.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO: Puede aparecer una hemorragia, que puede requerir una nueva intervención quirúrgica y una transfusión.

Se puede producir un edema –inflamación– de la laringe, o la aparición del llamado «hematoma sofocante del cuello», lo que justificaría la aparición de dificultades respiratorias que pudieran requerir traqueotomía. Pueden aparecer dificultades de la deglución.

Es posible, también, la lesión del plexo cérvico-braquial o de los nervios espinal, hipogloso y frénico, que provocarán alteraciones en los movimientos del hombro, lengua, labio y diafragma y adormecimiento de la parte inferior de la cara y de la oreja.

Cabe la posibilidad de que se produzca la infección de la herida quirúrgica, la dehiscencia –la apertura– de las suturas, la necrosis –destrucción– de determinadas porciones del cuello, y la fistulización de un líquido de aspecto lechoso, por lesión del conducto torácico.

La cicatriz puede ser antiestética o dolorosa. Es posible que las lesiones se reproduzcan, lo que obligaría a una nueva intervención quirúrgica.

Además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica y las relacionadas con la anestesia general. El riesgo vital es poco frecuente, aunque puede producirse en todo acto médico que incluye anestesia: se ha descrito un caso de muerte cada 15.000 intervenciones con este tipo de anestesia.

En general, el riesgo quirúrgico aumenta en relación con la edad, la cantidad y la gravedad de las enfermedades padecidas.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES:

.....
.....
.....

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES:

.....
.....
.....

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes, a los médicos que me atienden.

Sé, por otra parte, que me intervendrá el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la intervención, sea el más adecuado para mi caso.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER OPERADO, así como para que, durante la intervención, el cirujano tome las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

En el caso de que, durante la intervención, el cirujano encuentre aspectos de mi enfermedad que le exijan o le aconsejen modificar el procedimiento inicialmente proyectado, podrá hacerlo de la manera que mejor convenga a mi salud, advirtiéndoselo a mi familia o, en su ausencia, tomando la decisión por él mismo. Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente

Firma del médico

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a D.N.I
y en calidad de, es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

Firma del tutor o familiar

Por la presente, **ANULO** cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma.

Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

Firma del paciente o representante legal

Fecha: / /