

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA EXTIRPACIÓN DE UN PARAGANGLIOMA YUGULO-TIMPÁNICO DEL LADO...

Nombre y apellidos: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... N° historia clínica: .....

Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....

Médico informante: ..... N° Colegiado: .....

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada EXTIRPACIÓN DE UN QUEMODECTOMA YUGULO-TIMPÁNICO, 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

La extirpación de un quemodectoma timpánico es una técnica quirúrgica destinada a la extracción de un tumor benigno, pero de crecimiento progresivo, que se encuentra en el interior del llamado oído medio.

La intervención quirúrgica se realiza bajo anestesia general y visión microscópica, bien a través del propio conducto auditivo, bien ampliando el mismo, o bien a través de una incisión realizada detrás del pabellón auricular e incluso prolongada a lo largo de la porción superior del cuello.

A través de estos abordajes, se extirpa el tumor y, en algunas ocasiones, es ligada la vena de la cual procede el mencionado crecimiento tumoral, denominada vena yugular.

En algunos casos, el tumor ha crecido introduciéndose entre estructuras tales como el nervio facial –que es el nervio que mueve la musculatura de la cara-, la arteria carótida que es el grueso tronco arterial que aporta sangre al cerebro, u otros nervios encargados, por ejemplo, de la motilidad de la faringe y de la laringe.

Es posible que se requiera un fragmento de grasa del propio paciente, por lo que sería necesario realizar una incisión a nivel del abdomen, probablemente alrededor del ombligo.

Tras la intervención, se coloca un taponamiento en el conducto auditivo que se retirará tras unos días y, en el caso de abordaje por detrás del pabellón, se realiza una sutura cuyos puntos se retirarán en torno a los 7 días.

Cabe la posibilidad de que el cirujano tenga que utilizar materiales como Tissucol® -un pegamento biológico-, Spongostan®, Gelfoam®, Gelita®, Gelfilm® o Surgicel® -esponjas sintéticas y reabsorbibles que se utilizan en la coagulación y la estabilización de las diferentes porciones del oído-; prótesis que puedan sustituir a los huesecillos del oído de diverso diseño y distintos materiales; y otras sustancias como la mencionada grasa, meninges artificiales, hueso liofilizado u otros materiales sintéticos.

Durante las primeras horas, tras la cirugía, pueden aparecer ligeras molestias en el oído tales como dolorimiento, sensación de ocupación, ruido, etc., así como sensación de ligero adormecimiento de la cara. Es frecuente, también, que se manche el taponamiento del conducto o el vendaje, de sangre.

El paciente permanecerá en el hospital durante un periodo variable de tiempo, según diferentes circunstancias. Posteriormente, será controlado en las consultas externas del Servicio.

Como normas generales, deberá evitar la penetración de agua en el oído operado y viajar en avión durante las tres semanas siguientes a la cirugía. Se sonará la nariz con cuidado, primero una fosa y después la otra, y estornudará sin taparse la nariz.

# DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA EXTIRPACIÓN DE UN PARAGANGLIOMA YUGULO-TIMPÁNICO DEL LADO...

Nombre y apellidos: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... N° historia clínica: .....

Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....

Médico informante: ..... N° Colegiado: .....

## En caso de NO EFECTUAR esta intervención

el quemodectoma continuará creciendo, lo que puede justificar una pérdida de audición –en ocasiones definitiva, una sensación de resonancia de su propia voz en el oído, ruidos en el oído, mareos e incluso, a largo plazo, hemorragia, infecciones y la parálisis del nervio que inerva los músculos de la mitad correspondiente de la cara. Por otra parte, a lo largo del crecimiento de la tumoración podría aparecer una perforación timpánica. Mientras ésta exista, el paciente debe de evitar la penetración de agua en su oído.

## BENEFICIOS ESPERABLES

La extirpación del quemodectoma evitará las consecuencias derivadas del crecimiento del mismo. Puede, además, mejorar la audición, la sensación de resonancia, los ruidos, la hemorragia y la infección en el caso de que hubieran aparecido. La recuperación del movimiento de los músculos de la cara, en el caso de que se hubiesen visto afectados, es posible, aunque más improbable.

## PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

No existen procedimientos alternativos de contrastada eficacia.

## RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Esta formación cabe la posibilidad de que se prolongue hacia el suelo de la caja del tímpano por donde circula una gran vena denominada yugular que podría llegar a lesionarse. Por ello puede producirse una hemorragia de cierta intensidad o persistencia que obligaría a la revisión de la intervención quirúrgica, a la realización de una transfusión de sangre y que incluso podría resultar mortal.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza pequeños vasos que están sangrando. Si bien se tiene un esmerado cuidado con este tipo de instrumental, cabe la posibilidad de que se produzcan quemaduras, generalmente leves, en las proximidades de la zona a intervenir o en la zona de la placa –el polo negativo- colocada en el muslo o la espalda del paciente.

Cabe la posibilidad de que se produzca una parálisis de la musculatura del lado de la cara al que corresponde la lesión, por afectación del llamado nervio facial.

Es posible, también, que aparezca una perforación timpánica.

Cabe, además, la posibilidad de que se agrave la pérdida de la audición y, excepcionalmente, de que se pierda completa e irreversiblemente.

Pueden aparecer acúfenos -ruidos en el oído-, vértigos, disgeusia -alteraciones en la sensación gustativa-, parálisis facial -parálisis del nervio de los músculos de la cara-, e infecciones, tanto a nivel del oído como a nivel cerebral, tales como meningitis o abscesos.

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA EXTIRPACIÓN DE UN PARAGANGLIOMA YUGULO-TIMPÁNICO DEL LADO...

Nombre y apellidos: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... N° historia clínica: .....

Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....

Médico informante: ..... N° Colegiado: .....

En algunos casos, se puede producir una fístula de líquido cefalorraquídeo, que es el líquido que rodea al cerebro, por lo que dicho líquido se exterioriza a nivel del oído. Ello supone que el espacio cerebral ha quedado comunicado con el exterior. Esta situación requiere un tratamiento específico, generalmente quirúrgico.

Existe la posibilidad de que se produzca una lesión de la llamada arteria carótida que es aquella que envía la sangre al cerebro. Ello supone una complicación grave que podría determinar una parálisis de la mitad del cuerpo, o incluso la muerte.

Ya hemos señalado que, en ocasiones, pueda ser necesario la obtención de grasa del cuerpo del paciente por lo que podría quedar una cicatriz en la zona donante, que podrá resultar inestética o dolorosa.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: a pesar de que se le ha realizado un completo estudio preoperatorio, y de que todas las maniobras quirúrgicas y anestésicas se realizan con el máximo cuidado, se ha descrito un caso de muerte por cada 15.000 intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, como consecuencia de la misma. En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad, con la existencia de otras enfermedades, y con la gravedad de las mismas.

# DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA EXTIRPACIÓN DE UN PARAGANGLIOMA YUGULO-TIMPÁNICO DEL LADO...

Nombre y apellidos: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... N° historia clínica: .....

Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....

Médico informante: ..... N° Colegiado: .....

## 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.

Acepto que, durante la intervención, el cirujano pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

En el caso de que, durante la intervención quirúrgica, el cirujano descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar, de forma relevante, el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención quirúrgica pongan en riesgo mi vida autorizo al cirujano para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el cirujano finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA EXTIRPACIÓN DE UN PARAGANGLIOMA YUGULO-TIMPÁNICO DEL LADO...

Nombre y apellidos:.....  
Edad: ..... D.N.I.: ..... N° historia clínica: .....  
Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....  
Médico informante: ..... N° Colegiado: .....

posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida por el médico y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El paciente

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El facultativo

### TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.<sup>a</sup>....., con 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.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El representante legal

### REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

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.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA EXTIRPACIÓN  
DE UN PARAGANGLIOMA YUGULO-TIMPÁNICO DEL LADO...**

Nombre y apellidos: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... N° historia clínica: .....

Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....

Médico informante: ..... N° Colegiado: .....

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El paciente/representante legal