

# DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE GENIOPLASTIA DE DESLIZAMIENTO

Nombre y apellidos:.....  
Edad: ..... D.N.I.: ..... Nº historia clínica: .....  
Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....  
Médico informante: ..... Nº Colegiado: .....

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada GENIOPLASTIA DE DESLIZAMIENTO, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

## BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos genioplastia de deslizamiento a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad el tratamiento de las anomalías de la forma del mentón, mediante el desplazamiento de la porción anterior del hueso mandibular, correspondiente a la zona del mentón.

En el caso concreto de la genioplastia de deslizamiento, la intervención se puede realizar bajo anestesia local, anestesia local más sedación y analgesia del paciente o bajo anestesia general, en atención a diferentes criterios que debe valorar el cirujano.

La técnica quirúrgica se realiza a través de una incisión realizada en el interior de la cavidad oral. En el acto quirúrgico se realizará un corte del hueso del mentón y un desplazamiento de éste, generalmente hacia delante, con el fin de corregir el defecto anatómico de esta estructura. El segmento de mentón cortado se fijará en su nueva situación mediante la utilización de material como placas y tornillos de titanio. El tipo de corte y el desplazamiento del segmento de hueso cortado se decidirán con carácter previo a la cirugía, en función a estudios cefalométricos –de las medidas de la cara y el cráneo-, las características dentales y anatómicas, y los deseos del paciente.

Tras la intervención, se coloca un apósito sobre el mentón para reducir la inflamación inducida por la cirugía. Esta inflamación es más intensa en los primeros tres días del periodo postoperatorio, por lo que es aconsejable la aplicación de frío local para reducir ésta.

Se deberán extremar las medidas de higiene bucal durante la primera semana, hasta que haya cicatrizado la incisión. Se dejará una sutura intraoral con puntos reabsorbibles que se desprenderán solos al cabo de unos días.

Después de la intervención suele existir una disminución de la sensibilidad del área del mentón, que se puede extender al labio inferior e incluso a los incisivos inferiores. Esta alteración de la sensibilidad suele ser transitoria.

## En caso de NO EFECTUAR esta intervención

persistirán la retrogenia, es decir la situación más retrasada del mentón, y la anomalía del ángulo del mentón o mento-cervical.

## BENEFICIOS ESPERABLES

El aumento de la proyección del mentón con o sin aumento de la definición del borde mandibular inferior. Mejoría del ángulo del mentón o mento-cervical

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE GENIOPLASTIA DE DESLIZAMIENTO

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

### PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

la mentoplastia, y las osteotomías de mandíbula

### RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

La complicación más frecuente de la genioplastia de deslizamiento es la aparición de asimetrías o de deformidades en el mentón. Si ello ocurriera, sería necesaria otra intervención quirúrgica para corregirlo.

Existe riesgo de lesión de los nervios de la zona, llamados mentonianos con la lógica aparición de alteraciones de la sensación –las llamadas parestesias- o anestesia del área mental, labio inferior e incisivos inferiores. En el caso de que estos nervios sean seccionados accidentalmente en la cirugía, la anestesia puede ser definitiva.

El corte del hueso del mentón o la colocación de las placas y los tornillos antes mencionados se asocia a un riesgo mínimo de lesión de raíces dentarias de incisivos inferiores. Esta lesión puede producir la pérdida de estas piezas dentarias.

La disección quirúrgica del hueso del mentón puede dar lugar al desprendimiento de los tejidos blandos del mentón dando lugar a descenso de éstos. Ello generaría una deformidad conocida como "mentón de bruja", de difícil corrección.

Existe un riesgo pequeño de infección quirúrgica del área operada. Esta complicación podría hacer necesaria la retirada del material metálico colocado y una posterior reintervención para corregir el defecto creado.

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 REALIZACIÓN DE GENIOPLASTIA DE DESLIZAMIENTO

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 posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN  
DE GENIOPLASTIA DE DESLIZAMIENTO

Nombre y apellidos:.....  
Edad: ..... D.N.I.: ..... Nº historia clínica: .....  
Diagnóstico del proceso: ..... Fecha: .....  
Médico informante: ..... Nº Colegiado: .....

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 REALIZACIÓN  
DE GENIOPLASTIA DE DESLIZAMIENTO

Nombre y apellidos: .....

Edad: ..... D.N.I.: ..... Nº historia clínica: .....

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

Médico informante: ..... Nº Colegiado: .....

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