

LA RESECCIÓN DE NEOFORMACIONES DEL AGUJERO RASGADO POSTERIOR

Nombre y apellidos:.....

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

Centro:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada LA RESECCIÓN DE NEOFORMACIONES DEL AGUJERO RASGADO POSTERIOR, 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

El "agujero rasgado posterior", también conocido como "foramen yugular", es un orificio situado en la base del cráneo, entre el hueso temporal y el hueso occipital.

A su través, pasan la llamada vena yugular interna (que es la vena que drena la mayor parte de la sangre cerebral) y una serie de nervios craneales (glossofaríngeo, neumogástrico o vago y espinal) con importantes funciones biológicas imprescindibles para el normal funcionamiento de nuestro organismo.

Es un orificio irregular y que, por su forma, parecida a un roto, se denomina "rasgado".

Las afecciones que, con mayor frecuencia le comprometen son neoformaciones, en su inmensa mayoría tumorales: el paraganglioma o quemodectoma (son hemorrágicos, difíciles de disecar y de límites complejos), los meningiomas, neurinomas, las malformaciones y las lesiones petrosas con extensión al agujero rasgado (colesteatomas, tumores del saco endolinfático, granulomas de colesterol, etc.).

Por su situación, en la base del cráneo, es decir en la parte más superior del cuello, por su relación con la cavidad craneal y por los vasos y nervios anteriormente citados, así como su proximidad a la arteria carótida interna y al nervio facial, su acceso es complicado.

Por otra parte, las neoformaciones más frecuentes, a ese nivel, tienen una gran vascularización. Todo ello, hace que la intervención quirúrgica sea muy compleja.

Para la extirpación de las neoformaciones a ese nivel, pueden utilizarse diversas vías. Su elección dependerá de numerosos factores, tales como el tipo de tumor, su grado de vascularización, su tamaño, la experiencia del equipo quirúrgico, etc.

En general, las vías de abordaje pueden resumirse a tres:

La vía infratemporal (permite acceder al agujero rasgado posterior a través del oído medio y la mastoides). La vía retrosigmoidea (permite el acceso al agujero rasgado posterior a través de una incisión detrás de la oreja). La vía transcondilar (se utilizan para acceder al agujero rasgado posterior desde la base del cráneo). Además, pueden requerirse vías combinadas en función de las características de la lesión (por ejemplo, la asociación de una vía translaberíntica a una vía infratemporal para lesiones con extensión al conducto auditivo interno y al ángulo pontocerebeloso).

LA RESECCIÓN DE NEOFORMACIONES DEL AGUJERO RASGADO POSTERIOR

Por lo general, la intervención requiere un equipo formado por especialistas en diversos campos. Este equipo le informará detalladamente de las particularidades de su caso y quizás deba cumplimentar otros documentos informativos aparte.

La intervención se realiza bajo anestesia general. Puede que, como paso previo, deban realizarse intervenciones complementarias, tales como la colocación de una prótesis a nivel carotídeo, la oclusión preoperatoria del tumor, o de sus aportes vasculares, mediante un balón, o la embolización del tumor. Se trata de técnicas complejas no exentas de riesgos que deben ser realizadas por especialistas en las respectivas intervenciones. Vd. será informado con detalle, en documentos aparte, por los equipos especializados responsables de cada técnica.

La incisión se inicia a 2 cm por encima del pabellón auricular y a 3-5 cm por detrás del mismo para descender hacia el cuello a lo largo del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo hasta el nivel del hueso hioides para exponer los nervios y los grandes vasos del cuello.

La calidad de vida tras la cirugía depende, en gran medida, de la preservación de los nervios craneales circundantes. Por ello, el nervio facial, neumogástrico, glossofaríngeo y espinal suelen monitorizarse, sobre todo cuando las lesiones están en íntima relación con los mismos. A través de los abordajes antes comentados, se extirpa el tumor y, generalmente, es ligada la vena yugular.

En algunos casos, el tumor crece 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-, la arteria vertebral (que también aporta sangre al cerebro) u otros nervios encargados, por ejemplo, de la motilidad de la faringe y de la laringe, del hombro y del cuello y de la lengua, que pueden quedar lesionados.

Es posible que se requiera un injerto de grasa del propio paciente, obteniéndose habitualmente de la región abdominal mediante una incisión a ese nivel.

Puede que sea necesario "excluir" el llamado oído medio y/o el oído interno, por lo que Vd. perdería la audición en ese lado y podrían aparecer trastornos del equilibrio que podrían quedar como secuela.

Cabe la posibilidad de que el equipo quirúrgico tenga que utilizar materiales como Tissucol® -un pegamento biológico-, Spongostan®, Gelfoam®, Gelita®, Gelfilm®, o Tachosil® o Surgicel® -esponjas sintéticas y reabsorbibles que se utilizan en la coagulación y la estabilización de las diferentes porciones del oído-, meninges artificiales, hueso liofilizado u otros materiales sintéticos.

Es probable que deba someterse a transfusiones de sangre.

Tras el despertar, el/la paciente se mantendrá en decúbito supino a 30°, durante 24-48 horas, tiempo necesario para que el líquido cefalorraquídeo recupere su presión en la cavidad craneal. Conviene insistir en la prevención de eventos tromboembólicos, que son elevados (medias de contención, heparina de bajo peso molecular, en dosis preventivas, etc.).

Cabe la posibilidad de que deba realizarse una traqueotomía y colocarse una sonda de alimentación.

Nombre y apellidos:

Firma:

LA RESECCIÓN DE NEOFORMACIONES DEL AGUJERO RASGADO POSTERIOR

Durante las primeras horas, tras la cirugía, pueden aparecer molestias en el oído tales como dolor, sensación de ruido, mareos, etc., así como sensación de adormecimiento de la cara y dolor al mover el cuello. Es frecuente, también, que se manche de sangre el taponamiento del conducto o el vendaje.

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

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

La neoformación, habitualmente un tumor, puede seguir creciendo, lo que puede justificar una pérdida de audición –en ocasiones definitiva-, ruidos en el oído, mareos e incluso, a largo plazo, hemorragia, infecciones y la parálisis del nervio facial. Por otra parte, a lo largo del crecimiento de la neoformación, podrían aparecer limitaciones en la función del nervio responsable de la deglución, de la respiración, del movimiento de la lengua, de la voz, del movimiento del hombro y cuello, así como lesiones cerebrales diversas y variables dependientes del crecimiento del tumor.

BENEFICIOS ESPERABLES

La extirpación de la neoformación evitará las consecuencias derivadas de su crecimiento. Puede, además, mejorar la audición, 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. También pueden evitarse, las lesiones de los nervios antes enumerados y las lesiones cerebrales que puedan producirse como consecuencia del crecimiento del tumor.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

En algunos casos puede plantearse el seguimiento (neoformaciones de pequeño tamaño, ausencia de crecimiento, relación riesgo-beneficio desfavorable para la intervención). La radioterapia, en sus distintas modalidades, puede ser un tratamiento efectivo para algunas neoformaciones a este nivel.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Durante la intervención podría llegar a lesionarse la vena yugular. En el caso de que no fuera posible su ligadura, podría aparecer un shock hipovolémico y producirse el fallecimiento del paciente.

De la misma manera podría llegar a lesionarse la arteria carótida. Es posible que, en su intento de solución, pueda producirse un infarto cerebral y el anteriormente señalado shock hipovolémico y el fallecimiento del paciente.

Puede producirse una hemorragia postoperatoria 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.

Asimismo, cabría la posibilidad de que se lesionara el llamado nervio facial, por lo que se perdería el movimiento de los músculos de la cara en ese lado.

Nombre y apellidos:

Firma:

LA RESECCIÓN DE NEOFORMACIONES DEL AGUJERO RASGADO POSTERIOR

Podrían aparecer una serie de complicaciones cerebrales, le explicará y que podrían ser graves o, incluso incompatibles con la vida.

Cabe, además, la posibilidad de que se agrave la pérdida de la audición y de que se pierda completa e irreversiblemente. Pueden aparecer acúfenos -ruidos en el oído-, disgeusia -alteraciones en la sensación gustativa-.

Puede ser necesario eliminar el llamado laberinto posterior (el órgano del equilibrio a nivel del oído), lo que podría justificar trastornos del equilibrio, que podrían quedar como secuela. Puedan aparecer infecciones, tanto a nivel del oído como a nivel cervical o cerebral, lo que podría justificar síntomas diversos, en ocasiones incompatibles con la vida.

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, por el riesgo elevado de meningitis e infecciones cerebrales.

Podrían lesionarse los nervios: glossofaríngeo, neumogástrico y espinal, por lo que las funciones relacionadas con estos nervios (deglución, fonación, respiración, movimientos del cuello y del hombro, etc. podrían verse comprometidas en mayor o menor medida). Puede lesionarse el nervio hipogloso, lo que resultaría en una pérdida de volumen de esa mitad de la lengua y en una dificultad para moverla.

Ya hemos señalado que, en ocasiones, puede ser necesaria la obtención de grasa del cuerpo del paciente por lo que podría quedar una cicatriz en la zona donante, que podrá resultar no estética o dolorosa.

Posiblemente aparezca una deformación en la parte correspondiente del cráneo y del cuello en relación con la extirpación del hueso, necesaria para acceder al tumor.

Cabe la posibilidad de que aparezcan complicaciones en relación con la posible traqueotomía y la sonda de alimentación.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, se utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él se realizan incisiones o se cauterizan 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 placa - polo negativo- colocado en el muslo o la espalda del paciente.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: se estima que la mortalidad directamente relacionada con la anestesia es muy variable, en dependencia del estado general, y oscila entre 0,5-1,37 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 1 -en buen estado general-) y entre 4,7-55 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 4 -en mal estado general-), según los datos del Centro Nacional de Estadística Sanitaria (Vital Statistics Data, National Center for Health Statistics) de EEUU.

Nombre y apellidos:

Firma:

LA RESECCIÓN DE NEOFORMACIONES DEL AGUJERO RASGADO POSTERIOR

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el equipo 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 esta, 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 para el equipo que me atiende.

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

Acepto que, durante la intervención, el equipo médico 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, el equipo médico 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 pongan en riesgo mi vida, autorizo al equipo quirúrgico para que adopte la decisión más conveniente para mi salud.

Entiendo que es posible que el equipo asistencial 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.

Nombre y apellidos:

Firma:

LA RESECCIÓN DE NEOFORMACIONES DEL AGUJERO RASGADO POSTERIOR

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 equipo médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida por el equipo asistencial 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/La paciente

Fdo.: _____
Médico/a

Nombre y apellidos:

Firma:

LA RESECCIÓN DE NEOFORMACIONES DEL AGUJERO RASGADO POSTERIOR

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a, 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/La 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__

Fdo.: _____
El/La paciente o representante legal

Nombre y apellidos:

Firma: