

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS QUISTES Y FÍSTULAS DEL DORSO NASAL

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, el tratamiento quirúrgico DE LOS QUISTES Y FÍSTULAS DEL DORSO NASAL, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Los quistes y fístulas del dorso nasal son malformaciones congénitas poco frecuentes. En realidad, los quistes y fístulas pueden considerarse el mismo proceso con características y localizaciones variables, y distintas posibilidades de evolución.

En muchos casos, tienden a infectarse produciendo complicaciones graves.

Por ello, hay que realizar una resección quirúrgica antes del primer episodio infeccioso para evitar la afectación cutánea y ósea, y las complicaciones endocraneales.

Aunque algunos quistes y fístulas se identifican en una etapa muy precoz de la vida, el plazo antes de la cirugía puede ser de varios meses, incluso de años.

La intervención quirúrgica se realiza bajo anestesia general.

La elección de las vías de acceso depende de su localización, de la existencia de un trayecto fistuloso, y de la relación de la fístula con la base del cráneo y la duramadre

En dependencia de estas características la intervención se puede realizar exclusivamente por un equipo de otorrinolaringólogos o pueda ser necesaria la participación de un equipo de neurocirujanos.

El objetivo de la intervención es la extirpación completa del quiste o la fístula resecando la lesión intacta, sin ruptura capsular para limitar el riesgo de recidiva. Por lo tanto, es importante intentar ser lo más exhaustivo posible en la primera intervención. El riesgo de recidiva varía según el tipo de lesión. Su equipo médico le informará más detalladamente de este aspecto.

En general se utilizan vías muy variables en dependencia de las características de la lesión: una incisión nasofrontal vertical centrada en la lesión, la vía paracantal, la vía paranasal, la vía superciliar, la rinoplastia abierta, el acceso endoscópico exclusivo o combinado, la vía bicoronal, etc. Cada una de estas vías tienen sus particularidades que su equipo médico le concretará.

En general, se realiza una resección alrededor del orificio para seguir el trayecto del quiste o de la fístula en profundidad. Para ello, se puede utilizar un fino catéter o la inyección de azul de metileno.

La resección debe de ser completa ante el riesgo de recidiva. Esta tendencia a la recidiva se puede disminuir utilizando un microscopio quirúrgico u ópticas endoscópicas para alcanzar las partes más distales de la lesión.

Tras la resección del quiste, para la reconstrucción de las diferentes estructuras se puede utilizar grasa, fragmentos de cartílago, fascia temporo-parietal, polvo de hueso mezclado con adhesivo de fibrina, etc.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS QUISTES Y FÍSTULAS DEL DORSO NASAL

Si se utiliza una vía ósea nasal, se coloca una férula en el postoperatorio durante una semana, para asegurar la recolocación correcta de las estructuras osteo-cartilaginosas.

En caso de apertura de la duramadre (la envoltura del cerebro), puede ser necesaria la colocación de un drenaje lumbar durante una semana aproximadamente.

Puede aparecer, durante los primeros días, un hematoma en la cara y/o en los párpados.

En caso de presentarse sangre por la nariz o por la boca transcurridos unos días, se debe deberá acudir al hospital para una nueva valoración y tratamiento.

En el postoperatorio inmediato pueden aparecer cefaleas que tienden a mejorar con el paso de los días.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

Cuando está indicada, en el caso de los quistes, pueden producirse lesiones de las partes blandas, de la pirámide nasal o las estructuras contiguas (hueso, tejidos blandos, etc.). En el caso de las fístulas puede que éstas alcancen la cavidad endocraneal (se han descrito entre un 4-40%). Si así fuera, la infección puede generar una complicación neurológica.

BENEFICIOS ESPERABLES

La extirpación del quiste o fístula con lo cual se evitarían las complicaciones propias de su evolución.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

No se conocen otros métodos de eficacia demostrada. Los diversos procedimientos de extirpación y las vías quirúrgicas utilizadas deben de ser los adecuados a las circunstancias del caso y a la localización de la lesión. Su equipo médico le aconsejará la actuación más indicada en su caso.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Aun a pesar de que la técnica quirúrgica haya sido la correcta, estas lesiones tienen un riesgo alto de recidiva (5-12% de los casos), sobre todo si la resección inicial no ha podido ser completa ya que el trayecto fistuloso, en muchos casos, no es claramente identificable en las pruebas de imagen (el escáner o la resonancia).

La recidiva quística puede producirse años después de la cirugía, lo que obliga a una vigilancia prolongada.

La presencia de un quiste muy voluminoso a nivel de los huesos nasales puede causar deformaciones a nivel de los mismos, o un ensanchamiento de la pirámide nasal, que justifica una separación de las órbitas oculares (se denomina hipertelorismo ocular).

Un tiempo después de la cirugía, puede quedar, de forma excepcional, la llamada "nariz en silla de montar" es decir, una pirámide nasal con una incurvación a nivel de su dorso: es importante explicar a los pacientes la posibilidad de una intervención estética nasal a largo plazo.

Nombre y apellidos:

Firma:



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS QUISTES Y FÍSTULAS DEL DORSO NASAL

La resección incluye la posibilidad de una cicatrización no estética, y dolorosa.

En el caso de los niños muy pequeños, la vía de acceso bicoronal puede causar contusiones de los lóbulos cerebrales frontales y edema cerebral, debido a la necesidad de separar estas estructuras cerebrales para acceder al quiste.

La apertura de la cavidad craneal predispone a la aparición de una fístula del líquido cerebral (líquido cefalorraquídeo). Ello exigiría una nueva intervención quirúrgica: su equipo médico le explicará los detalles de esta nueva intervención en documento aparte.

Puede quedar, como secuela, una pérdida de olfato.

La hemorragia, que se previene con el taponamiento nasal, puede aparecer a pesar del mismo. En este caso será necesaria la revisión quirúrgica de la cavidad operatoria para localizar y controlar la zona sangrante.

Puede aparecer una infección de la cavidad operatoria, de las cavidades sinusales e, incluso, meningitis, encefalitis o abscesos cerebrales. Para evitarlos se utilizarán tratamientos antibióticos durante y después de la intervención quirúrgica.

Ocasionalmente podría aparecer aire en el llamado espacio subaracnoideo. A esta contingencia se la denomina pneumoencéfalo y se soluciona, generalmente con reposo.

En la fosa nasal, pueden aparecer perforaciones del tabique nasal, sinequias o cicatrizaciones anómalas de las paredes nasales, sensación de sequedad y formación de costras, que precisarán lavados nasales y curas tópicas.

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/de la 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.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS QUISTES Y FÍSTULAS DEL DORSO NASAL

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 ésta, 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.

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.

Nombre y apellidos:

Firma:



**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS QUISTES Y FÍSTULAS DEL DORSO
NASAL**

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:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS QUISTES Y FÍSTULAS DEL DORSO NASAL

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: