

# Extirpación de paratiroides

## 1. Identificación y descripción del procedimiento

Este tipo de cirugía consiste en la extirpación total o parcial de las glándulas paratiroides (una o todas) a través de una incisión en el cuello. En ciertas ocasiones, tras la extirpación completa de las glándulas, se puede realizar un autotrasplante glandular o criopreservación y, en algunas circunstancias, según la localización de la glándula paratiroides, es necesario extirpar una parte del tiroides.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar el tratamiento más adecuado. En casos poco frecuentes no es posible localizar todas las glándulas, siendo necesaria una segunda operación. Algunas veces, la extirpación de la glándula conlleva la necesidad de tratamiento con medicamentos.

La intervención requiere la administración de anestesia y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos informarán los servicios de Anestesia y de Hematología.

## 2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

El objetivo de la intervención es eliminar las glándulas paratiroides que ocasionan los síntomas clínicos, de modo que con su extirpación desaparezcan.

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo de la/s glándula/s, afectaciones sistémicas y de órganos vecinos y/o controlar los niveles hormonales.

## 3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

En el caso presente, la mejor opción es la cirugía, ya que en la alteración hormonal el tratamiento médico indefinido no evita las complicaciones, mientras que en el resto de los casos no existe alternativa terapéutica eficaz.

## 4. Consecuencias previsibles de su realización

Es de esperar la remisión completa o al menos de la mayor parte de las manifestaciones clínicas, si bien pueden persistir los síntomas relacionados con condrocalcinosis, insuficiencia renal crónica e hipertensión arterial.

## 5. Consecuencias previsibles de su no realización

En caso de optar por no realizar este procedimiento, al persistir la causa que motiva sus síntomas, estos permanecerán e incluso podrá sufrir alguna crisis aguda grave. En caso de no poder ser bien controlada su enfermedad, la afectación de múltiples órganos podría ocasionar una muerte precoz.

## 6. Riesgos frecuentes

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento:

- Infección, sangrado o alteraciones en la cicatrización de la herida quirúrgica, calambres y hormigueos transitorios en las manos que ceden con tratamiento, alteraciones transitorias de la deglución, alteraciones transitorias de la voz, dolor prolongado en la zona de la operación.

## 7. Riesgos poco frecuentes

Pueden ocasionarse riesgos poco frecuentes aunque graves:

- Hematomas importantes del cuello, alteraciones permanentes de la voz, recidiva de la enfermedad.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

**8. Riesgos en función de la situación clínica personal del paciente**

Es necesario que nos informe de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardio-pulmonares, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que pudiera complicar la intervención o agravar el postoperatorio. Por su situación actual (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia, edad avanzada ) puede aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que el riesgo quirúrgico general es mayor.

**9. Declaración de consentimiento**

Don/Doña \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_,  
DNI \_\_\_\_\_

Don/Doña \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_,  
en calidad de (representante legal, familiar o allegados de la  
paciente) \_\_\_\_\_ .con DNI \_\_\_\_\_

**Declaro:**

Que el Doctor/a \_\_\_\_\_ me  
ha explicado que es convenientemente/necesario, en mi situación la realización  
de \_\_\_\_\_ ..

En \_\_\_\_\_ .a \_\_\_\_\_ .de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .20

Fdo.: Don/Doña \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Fdo.: Dr./Dra \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
Colegiado nº: \_\_\_\_\_ ..

**10. Revocación de consentimiento**

Revoco el consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ y no deseo  
proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizada.

En \_\_\_\_\_ .a \_\_\_\_\_ .de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .20

Fdo. el médico  
Colegiado nº: \_\_\_\_\_

Fdo. el/la paciente