

## Cirugía de las glándulas salivares

### 1. Identificación y descripción del procedimiento

El tratamiento quirúrgico consiste en tratar tumores benignos y malignos, litiasis de las glándulas, procesos infecciosos y traumatismo de las mismas. Las glándulas salivares se dividen en mayores (parótida, submaxilar y sublingual) y menores distribuidas en toda la cavidad oral. La glándula parótida está íntimamente relacionada con la topografía del nervio facial, mientras que la submaxilar con el nervio lingual e hipogloso. En la mayoría de los casos, el procedimiento necesita anestesia general, con el riesgo inherente a la misma.

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

Con esta cirugía se persigue la resolución o mejoría del dolor causado por litiasis y la erradicación del tumor benigno o maligno o la extirpación de una de las glándulas dañadas por el traumatismo.

Se espera una desaparición del dolor debido a la obstrucción causada por la litiasis o la infección y una extirpación o resección de los tumores benignos o malignos.

### 3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

Sólo en el caso de la litiasis y la infección, un tratamiento previo antibiótico y sialogogo podría dar algún beneficio, mientras que en el caso de los tumores malignos o benignos y los traumatismos, no.

### 4. Consecuencias previsibles de su realización

Tras un período de molestias e incapacidad funcional es de esperar la desaparición parcial o total de la sintomatología que presentaba el paciente y una mejoría de su expectativa de vida en los tumores malignos.

### 5. Consecuencias previsibles de la no realización

Es muy probable que dependiendo de la causa o patología de base en paciente se quede con la misma sintomatología o que empeore debido a un agravamiento de la misma o a una degeneración ulterior de la patología maligna.

### 6. Riesgos

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables. Dependiendo de la glándula afectada se pueden presentar una serie de complicaciones y secuelas postoperatorias que incluyen: dolor postoperatorio, hemorragia intra o postoperatoria, infección local postoperatoria, hematoma, inflamación o infección de la glándula parótida o estructuras adyacentes, paresia o parálisis temporal o permanente del nervio facial, alteración de la sensibilidad de áreas faciales u orales, hipoestesia o anestesia del nervio lingual, paresia o parálisis del nervio hipogloso, fístulas salivares, síndrome de Frey, que se caracteriza por sudoración de la cara al comer, hiposialiaõ .

### 7. Riesgos en función de la situación clínica 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 avanzadaõ ) puede aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que el riesgo quirúrgico general es mayoría.

**8. 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 \_\_\_\_\_ , año \_\_\_\_\_ .de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ ..

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

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

**9. Revocación de consentimiento**

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

En \_\_\_\_\_ , año \_\_\_\_\_ .de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ ..

**Fdo.:** Médico

**Fdo.:** Paciente

**Colegiado nº:** \_\_\_\_\_

**DNI** \_\_\_\_\_