

Extirpación de bocio endotorácico

Pegatina con los datos personales y de identificación

INFORMACION GENERAL.

La cirugía del bocio tiroideo consiste en la extirpación del tejido patológico. La glándula tiroidea se compone de dos lóbulos (izquierdo y derecho) y la enfermedad puede afectar a uno o a los dos lóbulos. El bocio consiste en una formación de tejido anormal que, con frecuencia, adopta una disposición multinodular. Este tejido patológico puede extenderse en su crecimiento hacia el interior del tórax, a través de la base del cuello. A veces también existe tejido ectópico-localizado fuera de su lugar habitual en el mediastino y puede ser necesaria su extirpación. El objetivo que se persigue con esta intervención es extirpar todo el tiroides enfermo. El tamaño de un bocio puede variar enormemente dependiendo, entre otros factores, del tiempo de evolución. En algunas ocasiones puede producir síntomas importantes por ocupación y compresión de estructuras anejas, como la tráquea, el esófago o los grandes vasos. Al extirparlo se pretende también corregir estos síntomas, cuando los hubiere. En los bocios de largo tiempo de evolución, se produce riesgo de malignización, con lo que la extirpación del mismo también pretende evitar ese riesgo o quitar el tejido tumoral, si ya se hubiese producido dicha malignización. En caso de que se realice una extirpación de todo el tiroides, es necesario suministrarle hormonas tiroideas al cabo de unos días para evitar el hipotiroidismo (déficit en la función del tiroides) postoperatorio.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUE CONSISTE LA EXTIRPACION DE BOCIO ENDOTORACICO

La incisión y la vía de abordaje dependen de los hallazgos encontrados en los estudios preoperatorios. Suelen comenzarse por una incisión en el cuello, en forma de collar, y en la mayoría de los casos es suficiente para realizar la intervención. A veces, esta incisión no permite llevar a cabo la operación de forma adecuada y se precisa cortar el esternón, o incluso abrir el tórax a través de las costillas, aunque esta última vía se utiliza de forma mucho más rara. Durante el postoperatorio inmediato llevará colocada uno o varios tubos de drenaje, que se mantendrán mientras sean necesarios.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS DE LA CIRUGIA DE DESCOMPRESION DEL OPERCULO TORACICO SUPERIOR

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables tanto los comunes derivadas de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) y los específicos del procedimiento:

- Sangrado o infección de la herida.
- Neumonía, insuficiencia respiratoria, tromboembolismo pulmonar, alteraciones de ritmo cardiaco.
- Acorchamiento o molestias dolorosas en la herida quirúrgica.
- Hemorragia postoperatoria.
- Disminución de los valores de calcio en sangre, que puede dar síntomas como espasmos musculares o tetania (espasmo muscular mantenido en todo el cuerpo).
- Lesión del nervio recurrente, que si se da un solo lado provoca alteración de la voz, pero si es en ambos lados obligara a la realización de una traqueotomía permanente.
- En pacientes con grandes bocios, de mucho tiempo de evolución, la pared de la tráquea se debilita por la compresión producida, y que puede suceder que al quitar el bocio quede una parte de la tráquea dilatada (malacia), que obligue a la colocación de una prótesis en el interior de la luz traqueal.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento medico (medicamentos sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir un reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo esta absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad (inferior a un 2%), si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este Centro están disponibles para intentar solucionarla.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En los bocios benignos la terapia con medicamentos pretende mantener normal la función tiroidea.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña. _____ doy mi consentimiento para que me sea realizada una EXTIRPACION DE BOCIO ENDOTORACICO.

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. _____. Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

En _____, a _____ de _____ de _____

TESTIGO

D.N.I.:

Fdo:

PACIENTE

D.N.I.:

Fdo:

MEDICO

Dr:

Nº Colegido:

Fdo:

REPRESENTANTE LEGAL

D.N.I.:

Fdo:

DENEGACION O REVOCACION

Yo, D/Dña. _____ después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación/revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esa decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____

TESTIGO

D.N.I.:

Fdo:

PACIENTE

D.N.I.:

Fdo:

MEDICO

Dr:

Nº Colegido:

Fdo:

REPRESENTANTE LEGAL

D.N.I.:

Fdo: