

Cirugía de la miastenia gravis



INFORMACIÓN GENERAL

Se trata de la extirpación de la glándula tímica, que es un órgano epitelial infiltrado por linfocitos y otras células mesenquimales, en íntima relación con la enfermedad que padece, dado que es responsable de una función inmunológica que afecta a la transmisión neuromuscular. El objetivo que se persigue con este procedimiento es anular la función tímica en su relación con los mecanismos de transmisión neuromuscular. En ocasiones se asocia con la presencia de un tumor tímico (timoma) que será extirpado junto con el resto de la glándula.

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 que posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUE CONSISTE LA CIRUGÍA DE LA MIASTENIA GRAVIS

Se realiza una apertura vertical del esternón, total o parcial, para acceder al mediastino anterior, donde se localiza la glándula para así poder realizar su extirpación completa, junto con la grasa que la rodea. Tras la cirugía se coloca un drenaje que será mantenido 24-72 horas por término medio. 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 CIRUGÍA DE LA MIASTENIA GRAVIS

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 los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.), y los específicos del procedimiento:

- Sangrado o infección de la herida quirúrgica.
- Neumonía.
- Insuficiencia respiratoria.
- Tromboembolismo pulmonar.
- Alteraciones del ritmo cardíaco.

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

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad (3%), 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

La cirugía es el mejor tratamiento que se le puede ofertar, dado que busca la resolución definitiva de su problema. Otra alternativa es no practicar la cirugía y mantener el curso de su enfermedad tratado con medicamentos u otras terapias específicas.

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.

CONSENTIMIENTO

Yo,
D/Dña _____ ..doy mi consentimiento para que me sea realizada una **CIRUGÍA DE LA MIASTENIA GRAVIS**.

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

D.N.I.:

Nº Colegiado:

Fdo.:

REPRESENTANTE LEGAL:

D.N.I.:

Fdo.:

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

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 esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____

TESTIGO

D.N.I.:

Fdo.:

PACIENTE

D.N.I.:

Fdo.:

MEDICO

D.N.I.:

Nº Colegiado:

Fdo.:

REPRESENTANTE LEGAL:

D.N.I.:

Fdo.: