

Documento de información y autorización para la realización de un abordaje transfacial: rinotomía lateronasal del lado

Nombre y apellidos.....Edad ò ò ò
DNINúmero de historia clínicaDiagnóstico del proceso
.....Fecha.....Médico informante
.....N.º de colegiado

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la técnica quirúrgica denominada **RINOTOMÍA LATERONASAL**, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos rinotomía lateronasal a la técnica quirúrgica que consiste en el acceso a las fosas nasales, los senos paranasales y las estructuras vecinas, a través de una incisión que se inicia en el ángulo interno del ojo y que contornea la nariz hasta alcanzar la vecindad del orificio nasal. Según la extensión y localización tumoral, puede ser necesario ampliar la incisión al labio superior y a la encía superior. Si dicha técnica quirúrgica se realiza para la extirpación de un tumor maligno que ha afectado al contenido orbitario, puede resultar necesario extirpar el ojo afectado. En este caso, el procedimiento se denomina rinotomía lateronasal con exenteración orbitaria. De la misma forma, si hubiese una afectación del paladar puede ser necesario resecarlo, de forma más o menos amplia, en cuyo caso la técnica se denomina rinotomía lateronasal con maxilectomía. Es una intervención muy utilizada para la extirpación de tumores de la nariz y de los senos paranasales, en la mayoría de sus localizaciones, y se realiza bajo anestesia general. Lógicamente, tras la intervención se observa una inflamación o tumefacción, que puede ser de moderada a intensa, afecta a las estructuras de la cara, e irá cediendo con el paso de los días. En la intervención, se coloca un taponamiento nasal durante un período variable de tiempo, por lo general no inferior a 2 días, ni superior a 7 días.

Tras la intervención, el paciente puede presentar una pequeña hemorragia, tanto a través de la nariz como de la garganta, que suele ceder en unas horas si la hemostasia . la capacidad de coagulación del paciente. es normal. En caso de persistir la hemorragia, hay que efectuar una mayor compresión local revisando el taponamiento existente o mediante un nuevo taponamiento nasal. En raras ocasiones, se puede deslizar la gasa, con la que se realiza el taponamiento nasal, por la parte posterior de la fosa nasal, hacia la garganta, provocando una sensación de molestia y náuseas, que se solucionan retirando el taponamiento y colocando otro, si ello fuera preciso. El mencionado taponamiento justifica que el paciente respire a través de la boca, por lo que pueden aparecer diversas molestias de garganta. A pesar de que el cirujano intenta realizar la incisión siguiendo los pliegues de la cara, retirados los puntos de sutura, puede apreciarse una cicatriz que suele resultar poco estética pero que irá mejorando en su aspecto, a lo largo de los meses.

Después de la intervención, suele existir dolor en la fosa nasal, que se puede irradiar a la cara y a la cabeza. También pueden aparecer vómitos sanguinolentos con coágulos que, durante las primeras horas, se consideran normales. Estos coágulos son la manifestación de la sangre deglutida.

También puede aparecer, durante los primeros días, un hematoma en la cara y en el ojo. En este período tras la intervención, el paciente debe evitar sonarse la nariz con violencia, ya que podría impulsar el aire a través de la herida, provocando el llamado enfisema facial, que es la penetración de aire dentro de los planos cutáneos de la cara. En el postoperatorio es muy importante la realización de lavados de la fosa nasal mediante suero fisiológico, para la eliminación de costras que pueden dificultar la respiración nasal y el drenaje de las lágrimas. En caso de aparecer una hemorragia a través de la nariz o de la boca, el paciente deberá acudir al hospital para su adecuada valoración y tratamiento.

La resección del contenido ocular y del paladar requerirán la reconstrucción durante el mismo acto quirúrgico o en un segundo tiempo operatorio, mediante colgajos cutaneomusculares trasladados desde otros territorios vecinos o mediante prótesis implantables.

En caso de **NO EFECTUARSE ESTA INTERVENCIÓN** cuando está indicada, el crecimiento del tumor dentro de las fosas nasales y los senos paranasales puede provocar la destrucción progresiva de las estructuras adyacentes, con posible afectación cerebral, de la vía óptica o de la órbita. Si la lesión es maligna, la demora en el tratamiento puede condicionar que, posteriormente, no sea operable. Si la lesión tiene un importante componente vascular, hay riesgo de hemorragia que puede poner en peligro la vida del paciente.

BENEFICIOS ESPERABLES: Diagnóstico definitivo y curación del proceso, en caso de éxito de la intervención, evitando las complicaciones secundarias a la evolución del mismo y prolongando la esperanza de vida, esencialmente en los tumores malignos.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS: Las vías de acceso a las fosas nasales, los senos paranasales y la rinofaringe son diversas. Cada una de ellas tiene sus peculiaridades. Su médico le aconsejará lo más conveniente a su caso, según sus circunstancias particulares. Las alternativas a la cirugía, en el tratamiento de los tumores malignos, son la radioterapia y la quimioterapia, con menor probabilidad de éxito que la cirugía, en la mayoría de los casos. No obstante, en la actualidad, las tres formas de tratamiento pueden combinarse de manera adecuada. Su médico, seguramente asesorado por un comité de especialistas, le aconsejará la mejor conducta a seguir.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO:

Una de las complicaciones más frecuentes es la hemorragia, que se previene con el taponamiento nasal, pero que puede aparecer a pesar de éste. Ello exigiría la revisión de la cavidad operatoria y, en ocasiones, el cambio de taponamiento.

Puede aparecer una infección de la cavidad operatoria o de las cavidades que rodean la fosa nasal, como los senos o la cavidad craneal. Aparecerá entonces sinusitis, meningitis, encefalitis, abscesos cerebrales, etc.

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, el cirujano utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él realiza incisiones o cauteriza 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 en la espalda del paciente. Pueden aparecer, también fístulas . fugas. del líquido cefalorraquídeo . que rodea el cerebro dentro de la cavidad craneal. hacia el interior de la fosa nasal o la faringe. Ello exigiría, dependiendo de su permanencia y volumen, una nueva intervención quirúrgica.

En ocasiones, pueden quedar como secuela, cefaleas de intensidad y localización variables. No es infrecuente la presencia y permanencia de alteraciones de la sensibilidad facial, con predominio de una cierta anestesia de la región del pómulo. Eventualmente puede aparecer un dolor en este territorio que suele mejorar con el paso del tiempo.

Pueden aparecer complicaciones oculares, como visión doble, infección de la órbita e incluso ceguera por afectación del nervio ocular. En lo relativo a la fosa nasal, pueden aparecer perforaciones del tabique nasal, sinequias . bridas entre las paredes de la fosa nasal. y trastornos de la olfacción. Con frecuencia puede persistir una gran tendencia a la formación de costras a lo largo del tiempo, con las lógicas molestias y mal aliento secundario a éstas. Como ya hemos señalado, la cicatriz es poco estética y, en ocasiones, dolorosa.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general: a pesar de que se le ha realizado un completo estudio preoperatorio, y de que todas las maniobras quirúrgicas y anestésicas se realizan con el máximo cuidado, se ha descrito un caso de muerte por cada 15.000 intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general, como consecuencia de la misma. En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad, con la existencia de otras enfermedades, y con la gravedad de las mismas.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

.....
.....
.....
.....

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

.....
.....
.....
.....

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado por el 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 la misma, 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 convenientes 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 a los médicos que me atienden.

Sé, por otra parte, que me intervendrá el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la intervención, sea el más adecuado para mi caso.

Tras todo ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER OPERADO**, así como para que, durante la intervención, el cirujano tome las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

En el caso de que, durante la intervención, el cirujano encuentre aspectos de mi enfermedad que le exijan o le aconsejen modificar el procedimiento inicialmente proyectado, podrá hacerlo de la manera que mejor convenga a mi salud, advirtiéndoselo a mi familia o, en su ausencia, tomando la decisión por él mismo.

También entiendo 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.

Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente

Firma del médico

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a, DNI 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.

Firma del tutor o familiar

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.

Firma del paciente o representante legal

Firma del médico

D.N.I.

Nº Colegiado

En, a de de