

Cirugía de quistes hepáticos

1. Identificación y descripción del procedimiento

Mediante esta cirugía se va a extirpar el quiste total o parcialmente y cerrar las posibles comunicaciones del mismo con los conductos biliares, siendo a veces necesario ampliar la salida del conducto biliar principal. En ocasiones, para la extirpación completa del quiste hay que realizar una extirpación de parte del hígado y si el quiste afecta órganos vecinos habrá que tratar a éstos según su grado de afectación. En casos de quistes muy grandes o de compleja localización se realizará la apertura y limpieza de los mismos sin extirpación completa. Si se comprueba que la lesión corresponde a un quiste simple, sólo será necesario quitar una parte de la pared del quiste para vaciarlo.

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

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 del procedimiento es la curación de la enfermedad de base o, en su caso, la paliación de los síntomas y el aumento de la calidad de vida. Con este procedimiento se pretende evitar el crecimiento de los quistes y la diseminación de los mismos, disminuyendo la posibilidad de complicaciones y síntomas.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

No existe una alternativa eficaz de tratamiento.

4. Consecuencias previsibles de su realización

La curación de la enfermedad o la paliación de los síntomas y/o signos.

5. Consecuencias previsibles de su no realización

La progresión de la enfermedad con deterioro del paciente, incluso en su caso con tendencia hacia la muerte.

6. Riesgos frecuentes

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables.

Son tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento:

- Infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis, trastornos temporales de las digestiones, derrame pleural, dolor prolongado en la zona de la operación.

7. Riesgos poco frecuentes

Existen otro tipo de riesgos que, aunque son menos frecuentes son más graves:

- Sangrado e infección intraabdominal, obstrucción intestinal, infección biliar o hepática, anafilaxia o reacciones alérgicas, insuficiencia hepática.

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

8. 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 avanzada) puede aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que el riesgo quirúrgico general es mayoría.

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 _____ .año _____ .de _____ de _____ .20

Fdo.: Don/Doña _____ DNI _____

Fdo.: Dr/Dra _____ DNI _____
Colegiado nº: _____ ..

10. Revocación del consentimiento

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

En _____ .año _____ .de _____ de _____ .20

Fdo. el médico
Colegiado nº: _____

Fdo. el/la paciente