



1. Identificación y descripción del procedimiento

El neurinoma del acústico es un tumor benigno originado en el nervio de la audición y del equilibrio y que se localiza habitualmente en su porción endocraneal o en el peñasco del hueso temporal. Su extirpación es necesaria cuando, por su tamaño, compromete las estructuras vecinas dando lugar a parálisis facial, anestesia de la cara, dificultades de coordinación y de la marcha, cefalea, sordera, vértigos y acúfenos, que suelen ser los síntomas iniciales. Aunque no existan estos síntomas puede ser recomendable su extirpación antes de que aparezcan para prevenirlos y para que la cirugía sea más sencilla y conservadora.

Lo que se pretende con la cirugía es eliminar el tumor, evitar las consecuencias de su crecimiento y llegar a un diagnóstico definitivo.

La intervención, dependiendo del tamaño y localización del neurinoma, de las secuelas que haya establecidas y de las que estemos dispuestos a asumir, se puede llevar a cabo por varias vías:

- Translaberíntica: a través del oído, implica su destrucción.
- Fosa media: a través del hueso temporal en su porción superior escamosa.
- Suboccipital: desde la porción más posterior.

2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

Extirpación del tumor lo que permite un diagnóstico definitivo del proceso y evita las consecuencias de su crecimiento. Cuanto más precoz sea la cirugía mayores probabilidades hay de conservar la audición y la función del nervio facial, además del resto de las estructuras cercanas.

3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

Abstención terapéutica, en ciertos casos de crecimiento lento. Tratamiento mediante radioterapia o radiocirugía.

4. Consecuencias previsibles de su realización

Las consecuencias previsibles de su realización son:.....
.....
.....

5. Consecuencias previsibles de su no realización

El neurinoma se trata de un tumor de crecimiento lento e incluso a veces estacionario. El no tratarlo suele llevar a largo plazo a pérdida irreversible de la audición vértigos y acúfenos, posteriormente, y a medida que su tamaño aumenta puede producir las mismas secuelas que describíamos en la cirugía, llegando a poder poner en peligro la vida del paciente.

6. Riesgos

Los riesgos vitales son poco frecuentes, aunque como en todo acto médico y teniendo en cuenta la necesidad de anestesia general en todos los casos, pueden producirse. Estos riesgos vitales, tanto intra como postoperatorios son los propios de cualquier cirugía mayor y están íntimamente relacionados con la edad, el estado general y la patología asociada que el paciente presente. Existen otros riesgos como:

- Hematomas intra y extracraneales, con secuelas neurológicas por afectación del tronco cerebral y del cerebelo (anestias, parálisis de medio cuerpo, mala coordinación, afectación de la marcha).
- Lesión del nervio acústico: casi segura, con sordera completa posterior, y en ocasiones vértigos y acúfenos.
- Lesión del nervio facial: muy frecuente, origina parálisis de media cara y en ocasiones obliga a actuar quirúrgicamente para paliar las secuelas, sobre todo oculares.
- Lesión de otros nervios de la zona: mas raramente, pero se pueden ver afectados por la cirugía o por el tumor la sensibilidad de la cara, la movilidad de la lengua, la movilidad del hombro y del brazo.
- Lesiones de vasos cerebrales y cerebelosos que podría dar lugar a déficit en la coordinación motora.

7. Riesgos en función de la situación clínica del paciente

Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son:

.....

.....

9. Declaración de consentimiento

Don/doña de años de edad, con domicilio en , DNI y nº de SIP

Don/doña de años de edad, con domicilio en en calidad de (representante legal, familiar o allegado de la paciente) , con DNI

Declaro:

Que el Doctor/a me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi situación la realización de

y que he comprendido adecuadamente la información que me ha dado.

En a de de 2

Fdo.: Don / doña DNI

Fdo.: Dr/a DNI

Colegiado nº:

10. Revocación del consentimiento

Revoco el consentimiento prestado en fecha de de 2 y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En a de de 2

Fdo. el médico

Fdo. el/la paciente

Colegiado nº:

