



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

- 1. ¿Qué es?:** Los quistes y fístulas cervicales del conducto tirogloso son residuos del desarrollo embriológico de la glándula tiroides que, en su evolución, pueden dar lugar a inflamaciones e infecciones de repetición de la formación quística y/o a fístulas en la piel del cuello. En su crecimiento pueden además comprimir estructuras vecinas de la zona media del suelo del cuello, como vasos sanguíneos o nervios, vías aérea y digestiva. Su malignización (transformación cancerosa) aunque rara es posible. El objetivo de este procedimiento, en caso de éxito, es el diagnóstico definitivo y curación del proceso, evitándose complicaciones secundarias.
- 2. ¿Cómo se realiza?:** Habitualmente, este tipo de intervención se practica bajo anestesia general. Se inicia mediante una incisión en la piel donde se encuentra localizado el quiste o la fístula. Se disecan los tejidos del cuello hasta aislar y poder extirpar la lesión. Cuando se trata de un quiste de conducto tirogloso (una forma de quiste situada en la línea media por debajo del mentón) Una vez localizado y aislado, frecuentemente se debe de incluir en la extirpación una parte del hueso hioides al que está adherido, siendo a veces necesario llegar hasta la base de la lengua.
- 3. ¿Cuáles son sus riesgos?** Los riesgos vitales son poco frecuentes aunque, como en todo acto médico con necesidad de anestesia general pueden producirse. Estos riesgos vitales, son los propios de cualquier cirugía mayor y están íntimamente relacionados con la edad, el estado general y la patología asociada del paciente.

Las complicaciones operatorias incluyen:

- Hemorragia aguda, que puede requerir transfusión.
- Complicaciones cardiocirculatorias.
- Lesión de algún nervio concomitante.

Como complicaciones postoperatorias destacamos:

- Infección de la herida: Puede requerir tratamiento antibiótico y retrasar el alta hospitalaria.
- Hemorragia aguda.
- Recidiva de la enfermedad temprana o tardía.
- Afectación nerviosa: Problemas de movilización del hombro, ronquera, alteración movilidad de la lengua.
- Aunque es poco probable puede ser necesaria una traqueotomía (apertura de la tráquea a la piel del cuello)

Como consecuencia de alguna de estas complicaciones puede ser necesario someter al paciente a reintervenciones. Las reintervenciones aumentan los riesgos descritos. Alguna de estas complicaciones pueden ser muy graves e incluso ocasionar la muerte.

Los efectos secundarios:

Cicatriz y alteración estética. Asimetría cicatricial antiestética. Adormecimiento de la zona de la herida operatoria.

- 4. Consecuencias previsibles de su realización:** Las consecuencias previsibles de su realización son la curación del proceso. En ocasiones es necesaria una reintervención
- 5. Consecuencias previsibles de su no realización:** Nos encontramos ante un proceso infamatorio quístico con tendencia a la infamación e infección crónica. La evolución suele implicar sucesivos procesos de reagudización, con dolor y complicaciones infecciosas. El crecimiento excesivo del quiste puede comprometer a estructuras vecinas y a funciones vitales como la respiración. Persistencia de la lesión con infecciones de repetición que pueden generar cuadros infecciosos graves tanto del cuello como en el mediastino (tórax). Fenómenos de comprensión de estructuras vecinas, con trastornos de la deglución y de la respiración. La malignización de las lesiones es rara pero posible.
- 6. Alternativas:** No hay alternativas curativas del paciente. En su caso, tratar las infecciones cada vez que ocurran y las complicaciones. En caso de infecciones o inflamaciones crónicas la alternativa es el tratamiento médico de los episodios de reagudización y el seguimiento son controles médicos y radiológicos.
- 7. Riesgos en función de la situación del paciente:** Otros riesgos o complicaciones que podrían aparecer, dada su situación clínica y sus circunstancias personales, son.....



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

OTORRINOLARINGOLOGÍA

**EXÉRESIS DE QUISTES Y/O FÍSTULAS CERVICALES DEL CONDUCTO
TIROGLOSO**

DOCUMENT D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

PACIENT / PACIENTE

| | | | |
|-----------------------|--|--------------------|---|
| COGNOMS / APELLIDOS | NOM / NOMBRE | DNI | DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO |
| NUMERO DE SIP | DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NUMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NUMERO Y PUERTA) | | CP |
| LOCALITAT / LOCALIDAD | PROVINCIA / PROVINCIA | TELÈFON / TELÉFONO | CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO |

REPRESENTANT LEGAL / REPRESENTANTE LEGAL

| | | | | |
|---------------------|--------------|-----|---|--------------------------------|
| COGNOMS / APELLIDOS | NOM / NOMBRE | DNI | DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO | EN QUALITAT DE / EN CALIDAD DE |
|---------------------|--------------|-----|---|--------------------------------|

PROFESSIONAL / PROFESIONAL

| | | | |
|---------------------|--------------|--|--|
| COGNOMS / APELLIDOS | NOM / NOMBRE | CATEGORIA PROFESSIONAL / CATEGORIA PROFESIONAL | NUM. DE COL·LEGIACIÓ / NÚM. DE COLEGIACIÓN |
|---------------------|--------------|--|--|

DECLARE que: / DECLARO que:

- Se m'ha explicat que és convenient/necessari realitzar aquest procediment. / Se me ha explicado que es conveniente/necesario realizar este procedimiento.
- He comprés la informació rebuda. / He comprendido la información recibida.
- He pogut formular totes les preguntes que he considerat oportunes. / He podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.
- Se m'ha informat que en qualsevol moment puc revocar el meu consentiment. / Se me ha informado que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.

Per tant: / Por tanto:

Autoritze la realització d'aquest procediment.
Autorizo la realización de este procedimiento.

No autoritze la realització d'aquest procediment.
No autorizo la realización de este procedimiento.

Pacient o representant / Paciente o representante, d de Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad

Signatura / Firma:

Signatura / Firma

REVOCACIÓ DE LA DECLARACIÓ D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT / REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoque el consentiment prestat en la data indicada. / Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada.

Pacient o representant / Paciente o representante, d de Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad

Signatura / Firma:

Signatura / Firma:

RENÚNCIA AL DRET D'INFORMACIÓ / RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifeste que, per raons personals, renuncie al dret a la informació que em correspon com a pacient i expresse el meu desig de no rebre informació, en el moment actual, sobre el procés de la meua malaltia, sense que això implique que no puga donar el meu consentiment per a sotmetre'm a la realització d'aquesta intervenció, tal com l'he prestat i signat en l'apartat anterior. / Manifiesto que, por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad, sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal y como he prestado y firmado en el apartado anterior.

Pacient o representant / Paciente o representante, d de Professional de la sanitat / Profesional de la sanidad

Signatura / Firma:

Signatura / Firma:

En cas que no hi haja convivència dels cònjuges amb pàtria potestat compartida, han de signar el pare i la mare; en cas contrari, el progenitor que la tinga. Les dades de caràcter personal seran tractades atenent la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. / En caso de que no haya convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deben firmar el padre y la madre; en caso contrario, el progenitor que la tenga. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.