

1. ¿Qué es? Es un procedimiento quirúrgico para el tratamiento de los tumores óseos. Se llama tumor óseo a toda masa que aparece y se desarrolla en los huesos y puede ser benigno o maligno. Si bien, el diagnóstico definitivo sólo se logra con el estudio de las células del tumor mediante la toma de una muestra (biopsia), en algunos casos los estudios de imagen (Rx, TAC, RNM, ...) son tan típicos que no es necesario disponer de ella antes de la cirugía.

2. ¿Cómo se realiza? Mediante cirugía. Según el tipo de tumor (benigno-maligno) y las necesidades del paciente, se puede combinar la cirugía con quimioterapia y radioterapia. Estos tratamientos serán controlados por el Servicio de oncología.

- **Tumor benigno:** la resección está indicada cuando producen dolor, deformidad, riesgo de fractura o la posibilidad de hacerse malignos. Las formas de resección dependerán de las características del tumor benigno, así puede efectuarse un vaciado de la cavidad que creó el tumor en el hueso (curetaje), pudiendo también resecarlo desde su base de implantación cuando el tumor crece hacia afuera o bien hacer una escisión de un bloque de hueso que contenga el tumor. Cuando no es factible extirparlo en su totalidad, existe la posibilidad de que vuelva a desarrollarse.
- **Tumor maligno:** El tratamiento es más agresivo dado que se debe proceder a la eliminación completa del tumor. Para lograrlo se puede hacer una resección “en bloque” del hueso afectado, con márgenes de seguridad, conservando la mano o la extremidad superior. La parte extirpada se reconstruye mediante un injerto óseo o una prótesis. En casos más extremos., puede ser necesario amputar una parte o la totalidad de la mano o la extremidad superior. Tras el análisis definitivo de la pieza extirpada y comprobada su malignidad, es muy probable que se necesite otros tratamientos (radioterapia, quimioterapia, nueva cirugía). Será necesaria una revisión periódica a lo largo de toda la vida, más frecuente durante los primeros cinco años y posteriormente una vez al año, siempre que el tumor no recidive. Tras la cirugía puede ser necesario el uso de una ortesis o ejercicios de rehabilitación hasta lograr la recuperación de la movilidad y fuerza perdida.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. La intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el servicio de Anestesia y reanimación.

3. ¿Cuáles son sus riesgos?

- **Frecuentes (más del 10%): molestias** en la zona de la herida debidas a la cirugía y a la cicatrización, que pueden prolongarse durante algunas semanas o meses. Ocasionalmente pueden ser permanentes; Inicialmente puede notar **pérdida de fuerza** en la extremidad que la recuperará paulatinamente a medida que la vaya ejercitando; **Dehiscencia** (apertura) de la herida por la tensión de los bordes de la misma, por necrosis o infección, lo que requeriría para su solución una nueva intervención (limpieza, injerto cutáneo etc.)
- **Infrecuentes (menos del 10%):** más graves. **Lesión de los vasos** de la zona; **lesión de los nervios** de la zona que pueden condicionar una disminución de la sensibilidad o una pérdida de movilidad. Dicha lesión será temporal o definitiva; **hemorragias o hematomas** que requerirán transfusiones de sangre o drenajes, respectivamente; **rigidez de las articulaciones** adyacentes que puede ir asociada a una descalcificación temporal de los huesos o **Distrofia refleja o SDRC** (síndrome dolo-regional complejo) que requerirá varios meses de recuperación; **reaparición de la tumoración** o quiste; posibilidad de que algunas células del tumor se extiendan a otras partes del cuerpo (**metástasis**); complicaciones en relación a los injertos óseos: infección, fractura, falta de unión, reabsorción del injerto y aparición de una inestabilidad articular; complicaciones de las prótesis: infección, fracturas, aflojamiento de los componentes de las mismas, desgaste, luxación y aparición de calcificaciones alrededor de la prótesis.

4. Consecuencias previsibles de su realización: en el caso de los **tumores benignos** puede haber una mejoría de la función de la mano o miembro superior afectado; en el caso del **tumor maligno**, y salvo contraindicación expresa, siempre precisan tratamiento quirúrgico.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: que la enfermedad siga avanzando

6. Alternativas: los **tumores benignos** no siempre precisan ser extirpados, pero si controlados. Algunas lesiones quísticas pueden tratarse con infiltraciones de corticoides. Los **tumores malignos** precisan, prácticamente siempre, la cirugía. La decisión será tomada en conjunto con otros especialistas, especialmente los oncólogos.

7. Riesgos en función de su situación: toda intervención quirúrgica, y por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad), lleva implícita una serie de complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios (tanto, médicos como quirúrgicos) y, en un mínimo porcentaje de casos, comprometer la viabilidad del miembro y/o la vida del paciente.

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.

Profesional sanitario

Firma:

Firma:

REVOCACIONES:

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario

Firma:

Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.

Profesional sanitario

Firma:

Firma: