

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ABORDAJE TRANSESFENOIDAL

### Neurocirugía

Dr. Trujillo  
Dr. Montero  
Dr. Franco  
Dr. Barbeito  
Dr. Pino  
Dr. Muñoz

### Neurología

Dr. Gata  
Dr. Márquez  
Dr. Ceballos  
Dr. Orozco

### Neurofisiología

Dr. Rodríguez  
Dr. Moreno  
Dra. Gutierrez  
Dra. Carranza

### Anestesia

Dra. Gracia  
Dr. Gutierrez

### Unidad del Dolor

Dr. Castillo  
Dr. Suarez

### Neuropsicología

Dra. Prián  
Dra. Nuñez

### Neuropsicología

Infantil  
Dra. Jurado

### Endocrinología

Dr. Leal

#### ¿Qué es la cirugía transesfenoidal?:

Es el abordaje de lesiones dentro del cráneo, en la zona de la "silla turca" mediante un "túnel" a través de la zona de la nariz.

#### ¿Para que se realiza?:

Permite al neurocirujano operar una zona profunda del cráneo, mediante una intervención que no requiere "abrir" la cabeza sino acceder por la parte inferior. Las lesiones más frecuentes para las que se utiliza son las que se encuentran cerca o dentro de la hipófisis, una glándula con muchas funciones. También permite drenar el líquido de los quistes o pus de los abscesos de algunos tipos especiales de sinusitis.

#### ¿Cómo se hace?:

Se hace con el paciente completamente dormido (anestesia general).

Para realizarla, hay dos posibilidades: Mediante una incisión en la encía de la boca que no se ve desde el exterior, o a través de la nariz. Luego se separa temporalmente el tabique nasal llegando al esfenoides (seno esfenoidal) que es un hueso a través del que se llega a la hipófisis. Luego se abre la membrana que protege la hipófisis y el cerebro del exterior y se extirpa de forma muy cuidadosa la lesión. Finalmente se cierran las membranas, se repone el tabique en su sitio y se cierra con puntos la herida.

Para evitar inflamaciones y desviaciones del tabique que dificulten la respiración se colocan unos tubos en la nariz por los que puede respirar el paciente.

En general, los resultados que se obtienen **compensan** los posibles riesgos que a continuación le exponemos.

#### ¿Tiene riesgos?:

La zona a intervenir es muy delicada por lo que hay ciertos riesgos, que **no son frecuentes** pero que pueden ocurrir al intervenirlos como se le ha explicado:

Fístula de líquido. El líquido cefalorraquídeo puede salir a través de la nariz. En ocasiones será necesario colocar un drenaje especial para solucionarlo o prevenirlo.

Sangrado en el sitio de la cirugía (hematoma). Rara (excepcional) vez es necesario reintervención para evacuar el hematoma.

Infección. Se trataría con antibióticos

Hinchazón o edema facial tras la cirugía. Suele ceder en poco tiempo.

Muy raramente hay lesiones, transitorias casi siempre, de nervios que sirven para la visión y el movimiento ocular, muy cercanos a la hipófisis. Cuando ocurre no podemos hacer nada específico.

Lesión hipofisaria. En la cirugía o por la propia lesión que se está intentando tratar. Los síntomas son muy variables y a veces requieren tratamiento con fármacos especiales.

Riesgos relacionados con sus circunstancias personales específicas.

En ocasiones no se puede reseca de forma completa y es necesario una reintervención o tratamiento con Radioterapia

**Debe saber que si ocurre cualquier complicación, todos los medios médicos y técnicos del hospital están preparados para intentar solucionarlas.**

#### ¿Hay otras alternativas?:

Los pacientes con estas lesiones son evaluados de forma muy cuidadosa por Endocrinología o Neurocirugía. Por ello lo más probable es que en su caso, los tratamientos médicos existentes no sean efectivos o se haya decidido utilizarlos en conjunción con la cirugía. La radioterapia es otra posibilidad. En la mayoría de casos su neurocirujano ya lo ha considerado, y o bien no la considera adecuada, o bien piensa utilizarla conjuntamente.

**Manifiesto que tras la información recibida estoy conforme con la realización de dicho procedimiento. También soy consciente de que puedo rechazar/revocar la realización de la intervención y/o prueba en cualquier momento sin necesidad de justificarlo, siendo necesario únicamente comunicar a IENSA el rechazo de la intervención y/o prueba.**

\_\_\_\_\_  
DNI. \_\_\_\_\_

Representan autorizado \_\_\_\_\_

DNI. \_\_\_\_\_

Dr. D. \_\_\_\_\_

Certifico que el paciente o la persona autorizada a actuar en su nombre ha sido informado/a de forma comprensible de la naturaleza de la intervención, de posibles alternativas a la misma, y de los riesgos que la misma conlleva.

Fecha \_\_\_\_\_

Sus datos (pruebas complementarias, grabación de la intervención, etc.) entraran en nuestra base de datos, y podrán ser utilizados para su uso con fines docentes y/o formativos médicos, siempre obviamente manteniendo su total anonimato. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

## RELACIÓN EXHAUSTIVA DE COMPLICACIONES EN CIRUGÍA CRANEAL TRANSESFENOIDAL

Las complicaciones más frecuentes o más graves se han descrito anteriormente. Sin embargo, debajo se relacionan, de forma más exhaustiva la mayoría de las complicaciones posibles, de acuerdo con las directrices de la **Sociedad Española de Neurocirugía**. No dude en preguntar al neurocirujano que le atiende.

### COMPLICACIONES GENERALES.

#### COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES:

Úlcera por stress o por medicamentos que hay que administrarle.

TROMBOSIS VENOSA Y EMBOLISMO AEREO, (más frecuente en trauma espinal y tumor cerebral).

Trombosis venosa profunda, (4,3%). Tromboembolismo pulmonar, (0,5%).

FRACASO RESPIRATORIO AGUDO.

INFECCIÓN HOSPITALARIA.

NEUMONÍA, más en enfermos con bajo del nivel de conciencia y en aquellos inmunodeprimidos, (defensas bajas).

INFECCIÓN URINARIA, en enfermos sondados, inmunodeprimidos, etc...

COMPLICACIONES DE LA MONITORIZACIÓN INVASIVA: (cuando se realiza).

Catéteres arteriales: trombosis, isquemia-necrosis de las zonas trombosadas, infección.

Catéter venoso central, catéter arterio-pulmonar, cateterismo de vena subclavia o de vena yugular:

Lesión de la carótida, pleura, plexo braquial o tráquea.

Trombosis venosa, hemotórax, neumotórax, perforación arterial o de la pared ventricular, infección, sepsis...

INFECCIONES (en negrita al grupo que pertenece esta intervención):

I Cirugía sucia. (Enfermos infectados previamente. Abscesos, empiema, osteitis, infección cutánea):

Infección superficial, (3,5%). Infección profunda, (5,6%).

II Cirugía contaminada. (Enfermos con heridas abiertas, fistulas de L.C.R., segundas intervenciones):

Infección superficial, (3,1%). Infección profunda, (6,6%).

**III Cirugía limpia contaminada. (Cirugía en contacto con senos nasales, fractura de cráneo, cirugía de duración mayor a 2 horas): Infección superficial, (1,6%). Infección profunda, (5,1%).**

IV Cirugía limpia con cuerpo extraño. (Material de fijación vertebral, válvulas, clips, plastias durales, plastias craneales, etc...):

Infección superficial, (1,7%). Infección profunda, (4,34%).

V Cirugía limpia:

Infección superficial, (1,9%). Infección profunda, (0,7%).

### COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA CRANEAL TRANSESFENOIDAL.

1) Mortalidad (0,1-1,5%).

2) Complicaciones intracraneales:

a. Lesión hipotalámica (fiebre, coma);

b. Hemorragia intracraneal;

c. Neumoencefalo a tensión.

d. Meningitis (0,5-1,75%).

e. Lesión de la arteria carótida (grave) (0,3-1%).

f. Complicaciones visuales: lesión nervio óptico: lesión quiasma óptico.

g. Complicaciones por lesión del seno cavernoso (0,6-1%);

i. Afectación de nervios motores oculares ( estrabismo, visión doble);

ii. Afectación trigeminal;

iii. Dolor facial; pérdida sensibilidad facial; anestesia corneal.

3) Fístula de líquido cefalorraquídeo, posible infección (meningitis) (3,4%).

4) Complicaciones nasofaciales y seno esfenoidal (0,8-40%):

a. Diástasis o fractura del paladar duro (Complicaciones excepcionales);

b. Fractura de la lámina cribosa (Complicaciones excepcionales);

c. Sinusitis;

d. Perforación naso-septal;

e. Deformación nasal;

f. Epístaxis.

5) Complicaciones endocrinológicas:

a. Hipopituitarismo.

b. Diabetes insípida (poliuria, polidipsia).

6) Imposibilidad de resección: En ocasiones la naturaleza o su tamaño impiden realizar la cirugía con seguridad para el enfermo, por lo que es necesario desistir, despertar al paciente y programar otra intervención más adelante.