

## **TUMORES DE PARTES BLANDAS, QUISTES Y GANGLIONES**

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con su médico todas las dudas que le se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, el consentimiento informado para que podamos realizarle dicho procedimiento.

### **1. PROCEDIMIENTO**

Los quistes articulares, tendinosos y gangliones son unas tumoraciones blandas llenas de un contenido líquido o gelatinoso, que se encuentran en las proximidades de las articulaciones (habitualmente de la mano o del pie). El tamaño dependerá de la cantidad de líquido o sustancia gelatinosa que tengan en su interior. En contraposición los tumores de partes blandas suponen el desarrollo anormal de una masa de una determinada extirpe celular y por lo tanto su contenido es sólido.

La intervención consiste en el aislamiento del quiste o de la tumoración y su extirpación para intentar que desaparezca o disminuya la sintomatología dolorosa o compresiva que provoca, así como el diagnóstico del mismo. Su estudio celular permitirá tipificarlo en un proceso benigno o maligno.

La intervención precisa anestesia que puede ser local, regional o general dependiendo de donde se encuentre y de sus características. El servicio de Anestesia estudiará sus características personales, informándole en su caso cual es la más adecuada.

Dependiendo del tipo de lesión, de sus características o del procedimiento a realizar, puede requerir la administración de medicación oportuna para reducir la incidencia de aparición de trombosis en las venas o de infección.

### **2. CONSECUENCIAS SEGURAS**

Después de la intervención presentará molestias en la zona de la herida debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización, que pueden prolongarse durante algunas semanas, meses, o hacerse continuas.

Durante unos días precisará reposo con el miembro intervenido en alto. En ocasiones será necesaria la inmovilización con una férula. Igualmente recibirá instrucciones de los ejercicios de rehabilitación a realizar. Inicialmente presentará pérdida de fuerzas que recuperará paulatinamente a medida que vaya ejercitando la extremidad.

Si del resultado del análisis de la pieza extirpada se obtiene un diagnóstico de malignidad, pueden ser necesarios otros tratamientos (radioterapia, quimioterapia o nueva cirugía)

### **3. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS**

Las complicaciones del tratamiento quirúrgico de la exéresis del quiste o la tumoración a nivel de son:

- Toda intervención quirúrgica lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían hacer variar la técnica operatoria programada, requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
- Lesión de vasos de la zona. Lesión de nervios de la zona, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o bien definitiva.
- Obstrucción venosa con formación de trombos, hinchazón de la pierna correspondiente y en raras ocasiones se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) que puede conducir a la muerte.
- Infección de la herida. Cicatriz de la herida dolorosa.
- Rigidez de las articulaciones adyacentes, que puede ir aislada o asociada a descalcificación de los huesos e inflamación del miembro (atrofia ósea).
- Reparación o recidiva del quiste o de la tumoración. A pesar del correcto tratamiento, si el tumor es maligno puede ser necesaria la amputación, existiendo aun así el riesgo de que aparezca la colonización de las células en otras partes (metástasis).

### **4. RIESGOS PERSONALIZADOS**

Además de los riesgos descritos anteriormente, por mis circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) hay que esperar los siguientes riesgos:

### **5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO**

Inicialmente se puede mantener un tratamiento expectante pero si aumenta el volumen o cambian los síntomas es recomendable su extirpación. Los quiste y gangliones se pueden tratar con medicación antiinflamatoria / analgésica, férula de inmovilización, vaciado del quiste e introducción de corticoides en su interior. El tratamiento quirúrgico se recomienda cuando fracasan las medidas conservadoras, existen molestias importantes o existe la compresión de estructuras adyacentes.

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

### PACIENTE

Yo Don/Dña.....He leído la hoja de información que me ha entregado el /la Dr /a..... He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho /a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento / procedimiento. Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice

En.....a .....de.....de 200 ....

**Fdo. EL / LA DOCTOR / A**

**Fdo. EL / LA PACIENTE**

### REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don/Dña.....en calidad de..... del paciente Don/Dña.....He leído la hoja de información que me ha entregado el/la Doctor/a..... He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. En mi presencia se ha dado al paciente toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en someterse a este tratamiento /procedimiento. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho /a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento / procedimiento. Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se realice al paciente la.....

En.....a .....de.....de 200 ....

**Fdo. EL / LA DOCTOR / A**

**Fdo. EL / LA REPRESENTANTE**

### REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Dn/Dña ..... **REVOCO** el consentimiento prestado en fecha..... y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento en someterme a ..... procedimiento de.....

En ..... a ..... de..... de 200 ....

**Fdo. EL / LA DOCTOR / A**

**Fdo. EL / LA PACIENTE**