

Estudiado su problema tiroideo por el Endocrinólogo le plantea un **tratamiento quirúrgico.**

## PROCEDIMIENTO

El Endocrinólogo le facilita junto a este consentimiento un **informe clínico** para el cirujano, para cuya consulta debe citarse. El **cirujano** que le enviará al **anestesista** para la preparación de la intervención. Inmediatamente después del alta de la intervención **acudirá a consulta del Endocrinólogo.**

## DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

**La glándula tiroides** se localiza en la parte anterior del cuello y fabrica una hormona llamada tiroxina. **La intervención** consistirá en extirparle parte del tiroides o todo él dependiendo del problema que padezca, mediante una **incisión en el cuello**, donde quedará una cicatriz. El procedimiento **requiere anestesia general** de cuyos riesgos será informado por el anestesista. Es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la **utilización de sangre y/o hemoderivados**. Se podrán utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que el paciente manifieste lo contrario. La realización del procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que el paciente manifieste lo contrario.

## BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento anómalo de la glándula, la afectación de órganos vecinos o de otros a distancia y/o controlar los niveles hormonales.

## RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

**1.- Los riesgos propios de la anestesia y de la cirugía** le serán explicados por el anestesista y cirujano, e incluyen:

- **Riesgos poco graves y frecuentes:** Infección, sangrado o alteraciones en la cicatrización de la herida quirúrgica, alteraciones transitorias de la voz, alteraciones transitorias de la deglución, flebitis o inflamación de las venas que pueden obstruirse mediante trombosis, dolor prolongado en la zona de

la operación.

- **Riesgos poco frecuentes y graves:** Hematomas importantes del cuello, flebitis de venas profundas con riesgo de tromboembolismo. Después de la cirugía del tiroides puede lesionarse el nervio laríngeo, lo que produce una parálisis recurrencial con alteración de la movilidad de las cuerdas vocales. Este es un nervio muy fino que atraviesa la región posterior de la glándula tiroides, entre ella y la tráquea. Aunque esta lesión es poco frecuente produce ronquera, que puede ser permanente. Cuando ocurre puede necesitar logopedia o ejercicios de voz, y ciertos casos pueden ser subsidiarios de técnicas quirúrgicas. Es excepcional la lesión de los dos nervios laríngeos, lo que puede dificultar tanto la respiración que obligue a realizar una traqueostomía, que es la realización de un orificio en la parte anterior del cuello para permitir la respiración, que podría ser permanente. Aunque también es excepcional pueden lesionarse la traquea u otros tejidos vecinos al tiroides (vasos o esófago entre otros), lo que obligue a una traqueostomía o a otras intervenciones sobre la zona.
- Aunque la mayoría de estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pueden llegar a necesitar nueva intervención quirúrgica, que puede ser de urgencia, e incluso la realización de una traqueostomía,

## 2.- Riesgos relacionados con la función hormonal:

- El **hipotiroidismo** aparece por la falta tiroxina. Después de las intervenciones del tiroides es frecuente que falte tiroxina al quedar poco o ningún tejido tiroideo. Si se extirpa una parte muy pequeña del tiroides puede no necesitar tratamiento con tiroxina, pero la extirpación más extensa o total del mismo obligará a usar la hormona tiroxina desde los primeros días después de la intervención para evitar que aparezcan los síntomas del hipotiroidismo. Si lo necesita se administrará tiroxina a diario por vía oral de por vida, con un estricto cumplimiento por su parte, obligándole a realizar

los análisis de función tiroidea pertinentes de forma periódica para ajustar la dosis según indicaciones de su médico o endocrinólogo..

- Menos frecuente es el **hipoparatiroidismo**, que es la falta de función de las glándulas paratiroides, que son unas pequeñísimas formaciones localizadas detrás del tiroides que regulan los niveles de calcio en la sangre. Después de las intervenciones tiroideas las glándulas paratiroides pueden quedar dañadas o funcionar mal, y consecuencia de ello disminuiría el calcio en la sangre, lo que puede producirle hormigueos o calambres musculares. Por esto se realizan análisis de sus niveles de calcio después de la intervención. En el caso de que estas glándulas funcionen mal se instaurará un tratamiento con calcio y vitamina D. Estos fármacos pueden necesitarse por vena inicialmente para posteriormente pasar a administración vía oral a diario, que puede ser de por vida, obligándole a realizar los análisis de niveles de calcio pertinentes de forma periódica para ajustar la dosis según indicaciones de su médico o endocrinólogo.

**3.- Recidiva de la enfermedad:** Es posible que con el tiempo la enfermedad del tiroides que tiene ahora vuelva a aparecer, o que sufra otra enfermedad nueva en el resto del tiroides que haya quedado en el cuello después de la cirugía.

**4.- El análisis de la pieza quirúrgica durante la intervención** puede modificar el diagnóstico, aconsejando en algunos casos extirpar mayor parte del tiroides que la prevista, o actuar sobre ganglios linfáticos o tejidos vecinos. **El análisis anatomopatológico posterior a la intervención** puede confirmar el diagnóstico o modificar el diagnóstico, recomendando en algunos casos volver a intervenir para extirpar el resto de la glándula, ganglios linfáticos o tejidos vecinos.

**5.-** Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar **modificaciones del procedimiento previsto** por los hallazgos intraoperatorios, con la intención de proporcionarme el tratamiento más adecuado. En estos casos aumentan los riesgos previstos con respecto a una

intervención más limitada, la extensión de la cicatriz, y la duración de la intervención.

**6.- La aparición de tejido maligno** obliga a un seguimiento más estricto de su patología en lo sucesivo, lo que incluye revisiones frecuentes con pruebas especializadas para localizar tejido en cuello y otras partes del cuerpo, administración de tiroxina de por vida, y rastreos con yodo radiactivo administrando si hace falta dosis altas del mismo.

**5.- Si ha sido intervenido anteriormente del cuello, debe saber que toda intervención quirúrgica sobre un cuello intervenido anteriormente** aumenta la probabilidad de que ocurran las complicaciones anteriormente señaladas.

**Cualquier duda puede ser resuelta por el endocrinólogo, el anestesista o el cirujano**