

Consentimiento informado para la cirugía de descompresión orbitaria (oftalmopatía tiroidea o enfermedad de Graves)

(Leyes 26.529 y 26.742 / Decreto reglamentario 1.089/2012)

Nota: El diseño y contenido de este consentimiento, evaluado y aprobado por el Consejo Argentino de Oftalmología, es autoría del Prof. Dr. Roberto Borrone. Su texto original no debe ser modificado.

1) Constancia de recepción del formulario

En el día de la fecha he recibido de mi oftalmólogo, Dr., el presente formulario conteniendo información de mi enfermedad ocular, el tratamiento que me ha propuesto, sus riesgos y las alternativas terapéuticas que tengo. Luego de leer en mi casa detenidamente con mis familiares esta información, he sido citado el día para que mi oftalmólogo me aclare todas mis dudas.

2) ¿Qué es la órbita? ¿Qué es la orbitopatía de la enfermedad de Graves?

Las órbitas son dos cavidades óseas situadas entre los huesos del cráneo y la cara, separadas entre sí por las fosas nasales. Cada cavidad orbitaria tiene cuatro paredes que convergen hacia atrás. Dentro de las órbitas está alojados nuestros ojos pero ellos sólo ocupan la quinta parte de estas cavidades; el resto está ocupado por los músculos que movilizan nuestros ojos, por la grasa orbitaria, las glándulas lagrimales principales, las arterias, las venas y los nervios (entre ellos el nervio óptico).

La forma de las órbitas se puede comparar con una pirámide cuyo vértice está en la parte posterior y la base en la parte anterior. En el vértice se ubica el nervio óptico (es el cable que envía la señal visual desde los ojos hacia el cerebro) y además por allí pasan una serie de nervios, arterias y venas.

Es decir que nuestros ojos están ubicados en la parte anterior de una caja de cuatro paredes formada por distintos huesos. Esto significa que cuando una enfermedad provoca un aumento del volumen de los tejidos que están detrás de nuestros ojos y/o un aumento del volumen de los músculos oculares, se produce un desplazamiento de nuestros ojos hacia delante (exoftalmía o proptosis). Esto genera —además de un problema estético— una alteración en la función de los músculos de los ojos. Si el desplazamiento hacia delante de los ojos (exoftalmía u “ojos muy saltones”) es muy importante, puede generar un riesgo de perforación ocular por exposición de la córnea al no estar totalmente protegida por el cierre de los párpados. Finalmente, al estirar y comprimir al nervio óptico en etapas muy avanzadas de la enfermedad (exoftalmía severa) puede provocar una seria amenaza para la visión. Esto es precisamente lo que ocurre en las distintos ciclos evolutivos de la enfermedad de Graves.

Se la considera actualmente una enfermedad autoinmune, es decir que el propio sistema inmunológico que normalmente nos defiende contra bacterias, virus y otros agentes productores de enfermedades, en el caso de la enfermedad de Graves, ocurre al revés: determinadas células del sistema inmune (linfocitos) “atacan” células normales de nuestro cuerpo.

La orbitopatía tiroidea puede estar asociada a distintos cuadros sistémicos: hipertiroidismo, hipotiroidismo (1%), enfermedad de Hashimoto (3%), tiroiditis autoinmunes o inclusive eutiroidismo —hormonas tiroideas normales— (6%).

El hipertiroidismo es el cuadro que más frecuentemente se asocia con la enfermedad de Graves.

Ésta afecta en un número más alto a mujeres que hombres en una proporción aproximada de 5:1. Es la causa más frecuente de proptosis o exoftalmía (ojos exageradamente “saltones” o desplazados hacia adelante) uni o bilateral, y tiene una gran variedad de síntomas y signos. Se usan muchos nombres para denominar a esta patología; los más empleados son: oftalmopatía de Graves, oftalmopatía infiltrativa, enfermedad ocular tiroidea, oftalmopatía u orbitopatía tiroidea, orbitopatía distiroidea y exoftalmos endocrino.

Como ya se adelantó, esta enfermedad tiene una base inmunológica en la que unas células denominadas linfocitos T reaccionan contra nuestro propio organismo dado que identifican a un antígeno común a la glándula tiroidea y a la órbita. Esto da lugar a que se produzcan unas sustancias llamadas citoquinas, las que a su vez estimulan a una células denominadas fibroblastos para sintetizar otra sustancia (glicosaminoglicanos), los cuales atraen líquido para producir edema dentro de la órbita (grasa orbitaria) y en los músculos de los ojos. Esto causa exoftalmía (ojos saltones) al desplazar los globos oculares hacia delante. La reacción inflamatoria de estos tejidos es la causa del problema entre contenido y continente dentro de la cavidad orbitaria y es la responsable de los siguientes signos y síntomas:

- Ojos saltones (exoftalmía o proptosis)
- Visión doble (diplopía)
- Dolor
- Sensación de presión en la órbita
- Lagrimeo
- Edema (hinchazón) y enrojecimiento de los párpados y la conjuntiva (ojos rojos e irritados)
- Retracción palpebral (ojos exageradamente abiertos)
- Glaucoma (aumento de la presión ocular)
- Neuropatía óptica compresiva en los casos más severos (daño de los nervios ópticos al ser estirados y comprimidos, con severo riesgo de pérdida visual)

Hay pacientes en los que se mantiene el proceso autoinmune a nivel de las órbitas aún después de compensada la enfermedad de la glándula tiroideas.

3) ¿En qué consiste la cirugía de descompresión orbitaria y cuál es su fundamento?

La descompresión orbitaria es una cirugía cuyo objetivo es mejorar la relación entre el espacio disponible dentro de la órbita y el volumen de los elementos que la ocupan (globos oculares, sus músculos y la grasa orbitaria).

Al ser la órbita una cavidad con paredes formadas por huesos, si por alguna enfermedad aumenta el volumen de los tejidos que la ocupan, la única salida es empujando los ojos hacia delante dado que las paredes no se pueden desplazar.

La cirugía descompresiva busca reducir esta fuerza de compresión sobre los ojos y de estiramiento del nervio óptico al expandir el volumen de la órbita hacia los espacios que la rodean. Una estrategia es, por ejemplo, remover, extraer hueso, de parte de la pared interna y del piso de órbita para ampliar el volumen de la órbita hacia los senos etmoidales y el seno maxilar. En ciertos casos el cirujano decide remover (extraer) el hueso del borde lateral de la órbita para expandir (ampliar) la órbita hacia la fosa temporal. Si se necesita más descompresión se extrae parte de la pared lateral y un sector del hueso esfenoideas. También se puede extraer parte del tejido graso ubicado detrás del globo ocular.

4) Beneficio que se espera conseguir con la cirugía de descompresión orbitaria en la orbitopatía tiroidea o enfermedad de Graves

El beneficio que se intenta obtener es que el globo ocular “retroceda” hacia el interior de la órbita para permitir que los párpados puedan cerrarse y proteger la córnea.

El otro objetivo es reducir el “estiramiento y compresión” del nervio óptico intentado detener el daño de sus fibras (riesgo de severa o total pérdida visual).

5) Riesgos y/o complicaciones de la cirugía de descompresión orbitaria

Un concepto importante: estas complicaciones pueden ocurrir a pesar de haberse practicado técnicamente una cirugía perfecta.

Un listado de las complicaciones más frecuentes y/o más importantes es el siguiente:

- Considerable edema de los párpados y la conjuntiva (párpados sumamente “hinchados”).
- Notable equimosis palpebral (hematomas en los párpados).
- Hemorragia dentro de la órbita (puede requerir una cirugía de drenaje).
- Dolor.
- Aumento de la presión intraocular.
- Disminución de visión (agudeza visual).
- Pérdida de la visión.
- Disminución del campo visual.
- Infección postoperatoria.
- Alteración de la sensibilidad en la piel que rodea la órbita.
- Descenso del globo ocular.
- Aumento de la retracción del párpado superior.
- Alteración en la función de los músculos del ojo (limitación de la función por restricción, paresias [parálisis], visión doble [diplopía]). Requiere cirugía.
- Lesión del III par (nervio motor ocular común).

- Ptosis de los párpados (descenso).
- Queratopatía neuroparalítica (lesión de la córnea).
- Alteración en el tamaño y función de las pupilas.
- Hemorragia intraocular (puede requerir cirugía).
- Desprendimiento de retina (requiere cirugía).
- Fístulas con escape o filtración de líquido cefalorraquídeo (líquido que rodea al sistema nervioso central).
- Oclusión de la arteria central de la retina: en la mayoría de los casos genera pérdida total y definitiva de la visión.
- Neuropatía óptica (lesión del nervio óptico): también genera una pérdida visual que puede ser parcial o total y definitiva.
- Infección: puede ocurrir en cirugías perfectamente realizadas por los cirujanos oftalmólogos más expertos. Aun cumpliendo con las más estrictas medidas de bioseguridad (asepsia), es imposible la prevención de una infección con un 100% de seguridad. En prácticamente todos los casos el germen que la causa está en los tejidos vecinos al ojo del propio paciente.

Usted debe consultar inmediatamente si en el postoperatorio nota:

- Dolor intenso.
- Disminución de la visión.
- Si los párpados están exageradamente inflamados y/o hinchados.
- Si el ojo está muy rojo o con secreción.

6) ¿Existe otra posibilidad para tratar la orbitopatía tiroidea (enfermedad de Graves) (tratamientos alternativos)?

En las etapas avanzadas de la orbitopatía tiroidea una alternativa es la radioterapia.

Los corticoides tanto por vía general o mediante inyecciones de corticoide en la órbita (parabulbares) son una alternativa, pero cuando existe serio riesgo para la córnea o para el nervio óptico, la opción de elección es la cirugía descompresiva de la órbita.

7) ¿Qué ocurre si no se trata la orbitopatía tiroidea (enfermedad de Graves) en sus etapas avanzadas?

Dejada la enfermedad a su libre evolución, el desplazamiento extremo del globo ocular hacia delante (exoftalmía) pone en riesgo la integridad de la córnea al no estar adecuadamente protegida por los párpados (peligro de perforación). También, en casos extremos, se puede dañar el nervio óptico poniendo en serio riesgo la visión con pérdida del campo visual y finalmente de la visión.

8) Características particulares que presenta su caso

9) Espacio para anotar dudas o preguntas

10) Consentimiento (autorización para efectuar la cirugía)

Luego de haber recibido este formulario con tiempo suficiente para su lectura detallada y aclarado satisfactoriamente todas mis dudas, mi firma al pie certifica que doy voluntariamente mi autorización (consentimiento) para que se me realice una cirugía descompresiva en mi órbita a cargo del equipo médico constituido por los doctores

Firma del paciente, aclaración y número de documento:

Firma y aclaración del representante legal (de corresponder) y nro. de documento:

11) Fotografías y/o videos de la cirugía con finalidad científico-académica

El paciente SI / NO autoriza al equipo médico a obtener fotografías, videos o registros gráficos para difundir resultados o iconografía en publicaciones médicas y/o ámbitos científicos (rodear con un círculo la opción elegida).

Firma del paciente, aclaración y número de documento:

12) Revocación del consentimiento

He decidido voluntariamente anular el consentimiento otorgado para que el equipo integrados por los Dres..... me efectuara una cirugía descompresiva en mi órbita Dejo constancia que se me ha informado sobre las consecuencias previsibles para mi visión generadas por esta decisión, (detalladas en el ítem 7 del presente formulario de consentimiento informado).

- Firma del paciente:
- Aclaración:
- Documento de identidad:
- Fecha:
- Firma, aclaración y documento de identidad del representante legal (de corresponder):
- Fecha:
- Firma del médico: