

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA (BSGC)

### EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO Y PARA QUÉ SIRVE

La técnica consiste, en primer lugar, en marcar el ganglio centinela (aquel con más probabilidad de estar afectado por la posible extensión de un tumor maligno) mediante un fármaco que se inyecta cerca del tumor (generalmente un fármaco radiactivo, o bien de un colorante vital o ferromagnético, es decir una tinción).

El radiofármaco produce una dosis mínima de radiactividad que puede ser detectada desde el exterior mediante cámaras y sondas especiales. En segundo lugar, unas horas después de marcarlo se procede a la extirpación quirúrgica del ganglio señalado. En caso de utilizar colorantes, la detección es directa por el cirujano durante la intervención.

La extirpación consiste en quitar el ganglio a través de un corte en la piel cercana al mismo. Esto se puede hacer en el mismo momento en que se opera también el tumor o en un momento distinto y mediante anestesia local o general (depende de cada caso). Una vez extirpado el ganglio, el laboratorio de Anatomía Patológica se encarga de analizarlo para detectar o descartar posibles metástasis (extensión del tumor).

Si en el ganglio analizado no se encuentran células tumorales (metástasis), hay una alta probabilidad de que el cáncer no haya llegado tampoco al resto de los ganglios y no sería necesaria la extirpación de los mismos.

En el caso de que varios ganglios centinelas se vean afectados por células tumorales o no sea posible localizarlo, el procedimiento continuará con la extirpación de todos los ganglios axilares (linfadenectomía) y/o tratamiento de radioterapia, en cuyo caso, las consecuencias en cuanto a (efectos secundarios y/o complicaciones), son generalmente mayores que las de la propia biopsia selectiva del ganglio centinela.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

**Las pacientes fumadoras tienen mayor posibilidad de necrosis cutánea (pérdida de la piel) o de complicaciones en la cicatrización.**

La finalidad de este procedimiento es extirpar el/los ganglio/s más representativo/s de la axila, donde podría sufrir la misma enfermedad (cáncer de mama, melanoma, etc), para proceder a su estudio anatomopatológico completo y confirmar o descartar metástasis. También nos permite conocer la extensión real del tumor y las probabilidades de generar metástasis a distancia o de recaída, pero no permite el control directo de la enfermedad.

### CONSECUENCIAS RELEVANTES O DE IMPORTANCIA

El uso de esta técnica no tiene secuelas de importancia que se den en todos los casos.

## RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Pueden darse efectos no deseados, algunos son comunes a toda cirugía y afectan a todos los órganos y sistemas. Otros riesgos de la intervención son:

- Cambios en la sensibilidad de la piel.
- Dolor prolongado en la zona de la operación.
- Seromas (acúmulo de líquido por debajo de la cicatriz).
- Infección de la herida quirúrgica con diferente gravedad.
- Posibilidad de presentar tatuaje de color oscuro alrededor de la zona de inyección cuando se usa para su detección el contraste ferromagnético, que suele mejorar a lo largo del tiempo.
- Dehiscencia (apertura) de la herida.
- Fístulas permanentes o temporales.
- Cicatrización anómala.
- Intolerancia a los materiales de sutura.
- Neuralgias (dolores) y las hiper o hipoestésias (aumento o descenso de la sensibilidad).
- Linfedema: inflamación del brazo por acúmulo de líquido linfático, es muy poco frecuente.
- Formación de un coágulo en una vena profunda, normalmente en las piernas que puede desprenderse y causar un tromboembolismo pulmonar.
- Complicaciones torácicas y/o mediastínicas por biopsia de ganglios de la cadena mamaria interna. Su extirpación resulta más complicada que la de los ganglios de la axila y las complicaciones posibles (hemorragia, infección, neumotórax: entrada de aire en la cavidad pleural, daño a estructuras cercanas, etc), suelen ser más graves.
- Sangrado durante la intervención o tras ella, que en ocasiones puede precisar una transfusión de sangre o sus derivados e incluso una reintervención para evacuar el hematoma.
- Contraer una infección durante su estancia en el hospital.

La mayoría de estos problemas se resuelven con tratamiento médico, aunque a veces haya que recurrir a la cirugía para resolverlos.

## RIESGOS QUE SE AÑADEN EN SU CASO

Por mi situación actual: (señalar lo que proceda)

No tiene     Diabetes     Obesidad     Hipertensión

Anemia     Edad Avanzada     Tabaquismo     Tratamiento anticoagulante

.....puede aumentar la frecuencia o la gravedad del riesgo o complicaciones.

## CONTRAINDICACIONES

Este procedimiento no tiene contraindicaciones absolutas

## ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

En su caso se considera que este tratamiento es el más adecuado. Otras alternativas a la técnica son:

- Pruebas radiológicas.
- Punción/biopsia percutánea.
- Linfadenectomía axilar completa sin realizar biopsia en los casos en los que esté indicado.

## AUTORIZACIÓN PARA "BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA (BSGC)"

Yo, D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, como representante legal en calidad de "tutor, cónyuge, pareja de hecho, familiar, padre/madre" del paciente debido a "Incapacidad judicial, estado físico o psíquico que impide adoptar decisiones, ser menor de edad", cuyos datos figuran más arriba, DECLARO QUE HE COMPRENDIDO ADECUADAMENTE la información que me ha sido facilitada, y en consecuencia, AUTORIZO para que se le realice este procedimiento. He aclarado todas mis dudas, en entrevista personal con D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, así como, los riesgos y consecuencias en la evolución de la enfermedad que padece, de no realizarlo.

Estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado y entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento. Se me entrega COPIA del mismo.

Para que así conste, firmo el presente documento después de leído.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal:	Fdo.: Dr./Dra.
DNI/NIE o pasaporte:	Col. Nº: Servicio de

---

## Sólo en caso de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo, el representante legal del paciente, con DNI/NIE/Pasaporte: .....

No doy la autorización para la realización de esta intervención, o revoco el consentimiento previo si lo hubiere otorgado. Tomo esta decisión habiendo sido informado suficientemente de los riesgos que asumo por este motivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Firma del representante legal: