



DIVISÃO DE CLÍNICA OTORRINOLARINGOLÓGICA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO SOBRE A
“MICROCIRURGIA DE LARINGE”

NOME DO PACIENTE: _____

A- PRINCÍPIOS E INDICAÇÕES

A microcirurgia de laringe é indicada para remoção de pólipos, nódulos, cistos, hemangiomas, papilomas, tumores malignos precoces, biópsias e outras lesões de pregas vocais ou da laringe como um todo.

O acesso cirúrgico exige o uso de um laringoscópio de suspensão, que se apóia nos dentes (geralmente incisivos centrais) e sobre o tórax, e adaptação de microscópio.

Trata-se de uma cirurgia exploradora, ou seja, é impossível prever-se exatamente quais alterações serão encontradas nas pregas vocais. Portanto, muitas das decisões podem e devem ser tomadas durante a cirurgia, sem que seja possível solicitar o consentimento específico para proceder aos tratamentos necessários.

Após a cirurgia, o paciente deverá ficar em repouso vocal absoluto (sem falar) por no mínimo 1 semana.

B- CIRURGIA

A cirurgia é realizada com anestesia geral ou com sedação (nos casos de exames apenas). Em geral, os pacientes permanecem internados após a cirurgia, podendo retornar para casa no dia seguinte ao ato cirúrgico.

Não há nenhuma incisão (corte) na face e/ou no pescoço, sendo a cirurgia realizada totalmente por via oral (por dentro da boca). Entretanto, em alguns casos, pode ser necessária a conversão para cirurgia externa convencional.

Para a realização de determinadas microcirurgias de laringe, é necessária a realização de traqueostomia prévia, a qual poderá ser de caráter temporário (maioria dos casos) ou permanente.

Em muitos casos a fonoterapia é indicada no período pré e pós-operatório.

C- RISCOS E COMPLICAÇÕES

1. **Alteração da voz:** a maioria destas cirurgias determina, após alguns dias, uma melhora da qualidade da voz. Entretanto, raramente, fatores não controlados, como a cicatrização do paciente, podem comprometer a qualidade final da voz de maneira variada. Nos casos de tumores benignos e malignos pode-se observar uma piora da voz, dependendo da localização e extensão da lesão.
2. **Vômitos:** podem ocorrer algumas vezes, no dia da cirurgia, sendo constituídos de sangue coagulado (escuro, "pisado").
3. **Hemorragia (sangramento):** é rara, podendo ocorrer nas primeiras horas após a cirurgia, sendo geralmente em pequeno volume e de resolução espontânea. Entretanto, raramente pode ocorrer em grande volume, podendo ser necessária reintervenção cirúrgica sob anestesia geral e transfusão sanguínea. Em casos extremos, pode ser

necessária a ligadura de vasos do pescoço e/ou embolização. A morte por hemorragia é extremamente rara.

4. **Dificuldade respiratória:** pode ocorrer no pós-operatório imediato, em decorrência do edema da região operada e, em casos graves ou associada a hemorragia, pode exigir a realização de traqueostomia.
5. **Recidiva:** são raras, mas podem ocorrer dependendo do tipo de lesão. Existe com maior frequência nos nódulos vocais, cistos (principalmente os abertos), na papilomatose laríngea, nas estenoses laríngeas e nos tumores. A papilomatose laríngea pode levar a várias intervenções cirúrgicas devido a sua alta taxa de recidiva.
6. **Febre e Dor:** podem ocorrer, nos primeiros dias. A dor pode ser na faringe e refletindo na área do ouvido.
7. **Traumatismo dentário:** nos casos em que exista uma projeção ou fragilidade maior dos dentes, com próteses, pinos, fraturas anteriores, etc., poderá acontecer amolecimento, fratura ou perda total de um ou mais elementos dentários.

D- CONCLUSÕES

A microcirurgia de laringe é a opção cirúrgica para exploração e tratamento de várias lesões de pregas vocais, bandas ventriculares e laringe como um todo.

Declaro que li o texto acima e que as informações me foram passadas de viva voz pelo médico(a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas, comprometendo-me a seguir e respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo(a) médico(a), ciente que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declaro, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Finalmente, declaro ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em minhas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns riscos e complicações deste procedimento, expresso o meu consentimento para sua realização.

São Paulo, ____/____/____

Nome do Paciente: _____

Nome do Responsável: _____

Assinatura do Paciente

Ass. Responsável (se for o caso)