

## ORQUIECTOMÍA

### 1. Identificación y descripción del procedimiento

La orquiectomía consiste en la extirpación total o parcial del testículo. Si la orquiectomía es total, también se extirpará el epidídimo y parte del cordón testicular, en otras ocasiones la orquiectomía es sólo parcial, extirpando únicamente la parte funcional del testículo dejando el resto de estructuras (orquiectomía subalbugínea).

La orquiectomía total está indicada en procesos tumorales, infecciones que destruyeron el testículo, y en casos de atrofia testicular (pudiéndose colocar posteriormente una prótesis).

La orquiectomía subalbugínea está indicada en aquellos procesos en los cuales interesa provocar una disminución en los niveles de la testosterona en sangre (hormona masculina), como es en el carcinoma de próstata para un mejor control del mismo. En este caso la operación se realizará en ambos testículos. Estas intervenciones se llevan a cabo con anestesia regional, general o local.

La incisión se realiza en la piel escrotal (caso de orquiectomía subalbugínea) o en la zona inguinal (caso de orquiectomía total o radical) del lado a extirpar. Si la orquiectomía es parcial la incisión será a nivel de la piel escrotal. El postoperatorio suele ser corto (1 ó 3 días) pudiendo seguir posteriormente un control ambulatorio.

### 2. Objetivo del procedimiento y beneficios que se esperan alcanzar

- Eliminación del testículo enfermo.
- Desaparición de los síntomas derivados del testículo enfermo.

### 3. Alternativas razonables a dicho procedimiento

Tratamiento hormonal u otros tratamientos médicos.

### 4. Consecuencias previsibles de su realización

Las ya descritas anteriormente en los apartados uno y dos de este documento.

### 5. Consecuencias previsibles de la no realización

En su situación actual, el facultativo considera la presente indicación como la mejor opción entre las posibles. No obstante y dado que ha recibido cumplida información, usted es en último término libre de aceptarla o no.

En caso de no aceptar la presente indicación debe saber que existe una elevada probabilidad de persistencia y/o progresión de la sintomatología por lo que consultó o de sus enfermedades de base. Las posibles complicaciones que en un futuro puedan acaecer y su alcance, son en buena parte imprevisibles, incluyendo el riesgo vital.

### 6. Riesgos:

De dicha intervención es posible, pero no frecuente, esperar los siguientes efectos secundarios o complicaciones:

- No conseguir la extirpación del testículo.
- Persistencia de la sintomatología previa, total o parcialmente.
- Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Las consecuencias de dicha hemorragia son muy diversas dependiendo del tratamiento que se necesite, oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de muerte, como consecuencia directa del sangrado o por efectos secundarios de los tratamientos empleados.
- Hernia inguinal secundaria.
- Inflamación o infección de los elementos no extirpados
- Problemas y complicaciones de la herida quirúrgica:
  - Infección en sus diferentes grados de gravedad
  - Dehiscencia de sutura (apertura de la herida) que puede necesitar una intervención secundaria.

Fístulas temporales o permanentes.

Defectos estéticos derivados de alguna de las complicaciones anteriores o procesos cicatriciales anormales.

Intolerancia a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción.

Neuralgias (dolores nerviosos), hiperestésias, (aumento de la sensibilidad) o hipoestésias (disminución de la sensibilidad)

De los riesgos anestésicos será informado por el Servicio de Anestesia.

**7. Riesgos en función de la situación clínica personal del paciente:**

Es necesario que nos informe de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardio-pulmonares, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que pudiera complicar la intervención o agravar el postoperatorio.

Por su situación actual (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que el riesgo quirúrgico general es mayor.

**9. Declaración de consentimiento**

Don/Doña \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_

Don/Doña \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_, en calidad de (representante legal, familiar o allegados de la paciente) con DNI \_\_\_\_\_

Declaro:

Que el Doctor/a \_\_\_\_\_ me ha explicado que es convenientemente/necesario, en mi situación la realización de \_\_\_\_\_.

En \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Fdo.: Don/Doña \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Fdo.: Dr/Dra \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Colegiado nº: \_\_\_\_\_

**Revoco** el consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizada.

En \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Fdo. el médico  
Colegiado nº: \_\_\_\_\_

Fdo. el/la paciente  
DNI \_\_\_\_\_