

XXX MEETING INVERNALE

31.01-04.02 2022 "Domenico Dioguardi"

Progetto SICPRE
Giovani

CORTINA
DOLOMITI
1224M.



Sede Congressuale/Congress Venue
Sala cultura Don Pietro Alverà-Largo Poste 14- 1° piano
Palazzo delle poste-32043 Cortina D'Ampezzo (BL)

Problematiche
in Chirurgia Plastica
CASE REPORTS

Italia

Pagamenti
Bonifico Bancario
IBAN: IT 72 Z 05387 02202 000035072210
Causale: Meeting Invernale 2022+ Nome e Cognome
Carta di credito on line- www.ekipeventi.it

 **SICPRE**
Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva-rigenerativa ed Estetica

 **GTVER**
Gruppo Triveneto-Emiliano
Romagnolo
di Chirurgia Plastica

COMITATO SCIENTIFICO DI PRESIDENZA

Giuseppe Giudice - Bari

Diego Ribuffo - Roma

Giovanni Papa - Trieste

FACULTY

Alessio Baccarani Modena

Franco Bassetto Padova

Vincenzo Bucaria Bari

Giorgio Berna Treviso

Adriana Cordova Palermo

Paolo Cristofolini Trento

Stefania de Fazio Roma

Daniele Fasano Bologna

Luca Grimaldi Siena

Alessandro Innocenti Firenze

Umraz Khan Bristol

Marco Klinger Milano

Giorgio Eugenio Pajardi Milano

Pier Camillo Parodi Udine

Rosario Perrotta Catania

Paolo Persichetti Roma

Aurelio Portincasa Foggia

Emanuele Cordaro Rampino Udine

Marzia Salgarello Roma

Nicolò Scuderi Roma

Pietro di Summa Svizzera

Luigi Valdatta Varese

Vincenzo Vindigni Padova

Responsabili scientifici

Emanuele Cigna - Pisa

Michele Maruccia - Bari

Vittorio Ramella - Trieste

Luigi Troisi - Milano

MODERATORI

Alberto Bolletta Pisa

Sarah Calabrese Brescia

Mario Cherubino Varese

Corrado Campisi Genova

Francesco Dell'Antonia Treviso

Nicola Di Meo Trieste

Chiara Gelati Bologna

Roberto Grella Napoli

Andrea Lisa Milano

Germana Lissidini Milano

Giulia Lo Russo Firenze

Federico Lo Torto Roma

Luigi Losco Salerno

Marco Marcasciano Catanzaro

Emilia Mlgiano Roma

Giovanni Nicoletti Pavia

Nadia Renzi Trieste

QUOTE DI REGISTRAZIONE / REGISTRATION FEE

- Faculty-Euro 80 (IVA compresa/ VAT included)
- Specialisti/MD-Euro 80 (IVA compresa/ VAT included)
- Specializzandi/Trainees, Studenti/MedicalStudents, Soci SPIGC-Euro 60 (IVA compresa/ VAT included)

Indirizzi a cui spedire gli abstracts:



Michele Maruccia marucciam@gmail.com

Vittorio Ramella vittorio.ramella@gmail.com

Luigi Troisi luigitroisi@gmail.com

Abstract Cortina 2022

Martin Iurilli

Titolo: Degenerazione di un danno iatrogeno: un caso estremo di calcifilassi

Abstract: La calcifilassi è una vasculopatia ad eziopatogenesi non ben definita con netta prevalenza in stadio finale di malattia renale, ma può presentarsi anche in assenza di danno renale.

Fisiopatologicamente conduce alla deposizione di sali di calcio, in maggior quantità nell'adipe sottocutaneo portando irrimediabilmente a trombosi microvascolare, seguita da ischemia, necrosi, infezione e talvolta sepsi. I pazienti affetti da questa patologia hanno un tasso di mortalità dell'80% proprio a causa della possibilità di contrarre la sepsi. Presentiamo un caso clinico di un giovane uomo di 30 anni con gravi comorbidità mediche, tra cui insufficienza renale, grave obesità, sindrome da anticorpi antifosfolipidi e insufficienza epatica. Lo stesso, a breve distanza da un intervento di chirurgia bariatrica evitato da molti centri specialistici, proprio a causa della fragilità del paziente, ha avuto una netta slatentizzazione di calcifilassi diffusa con ampie aree ulcerose necrotiche cutanee. Il caso viene presentato per sottolineare l'importanza dell'inquadramento clinico di questo gruppo di pazienti, la necessità di un percorso assistenziale multidisciplinare ove un buon trattamento di chirurgia plastica coadiuvato da un efficace controllo clinico per ottenere la stabilità della patologia medica spesso può non bastare per salvare la vita di questi pazienti.

Dr. med. Alberto Franchi

Klinik für Hand- und Plastische Chirurgie

Luzerner Kantonsspital – Luzern – Schweiz.

Titolo: Ricostruzione perineale – un caso «problematico»

Introduzione

Vari approcci sono stati descritti per la ricostruzione di difetti perineali in base alle dimensioni e alla geometria del difetto. Nella nostra esperienza all'ospedale cantonale di Lucerna il lembo più utilizzato è il lembo PAP, seguito dal lembo di muscolo gracile.

Materiali e metodi

Nel presente case report descriviamo le problematiche intercorse nella ricostruzione di un profondo difetto perineale, avvenuta mediante lembo libero chimerico di latissimus dorsi.

Risultati

Complicanze vascolari (compressione del peduncolo per eccessivo volume del lembo) e infettive hanno minacciato non solo la sopravvivenza del lembo ma la vita stessa del paziente. La risoluzione di tali complicanze ha permesso al paziente di ottenere una guarigione completa delle ferite e un ritorno alle normali attività quotidiane.

Conclusioni

Raramente può esser necessario il ricorso di lembi liberi per la ricostruzione perineale. Nel caso riportato viene posta l'attenzione sulle possibili inusuali complicanze e la loro risoluzione.

Filippo Contessi Negrini

Titolo: Ricostruzione funzionale della palpebra superiore in pazienti con tumori cutanei ad alto rischio di recidiva

Abstract: La cute palpebrale è una comune sede di insorgenza di tumori benigni e maligni.

I tumori maligni palpebrali rappresentano circa un 10 % di tutti i tumori cutanei che colpiscono la regione palpebrale. Il carcinoma basocellulare risulta essere il più frequente. Molto meno frequenti il carcinoma squamoso, il carcinoma sebaceo, il melanoma ed il carcinoma a cellule di Merkel.

Nonostante questi ultimi due tipi di neoplasie abbiano un'istogenesi differente, sono accumulate dalla necessità di un ampio intervento demolitivo per un alto rischio di recidiva locoregionale e a distanza.

In questi casi un'adeguata ricostruzione funzionale rappresenta una sfida per il chirurgo plastico, soprattutto quando ad essere interessata è la palpebra superiore.

L'assenza in letteratura di linee guida sull'entità dei margini di escissione e il non sempre convergente binomio tra radicalità oncologica e ripristino funzionale rendono tale argomento una prova costante.

In questo report presentiamo il nostro approccio demolitivo-ricostruttivo di un paziente con melanoma della palpebra superiore e di una paziente con carcinoma a cellule di Merkel della palpebra superiore che hanno richiesto numerosi allargamenti e susseguenti interventi ricostruttivi.

Speaker: **Dr. Giuseppe D'Aniello*** Authors: Dr. G. D'Aniello*, Prof. G.F. Nicoletti*, Prof. G.A. Ferraro*, Dr. R. Grella*, Dr. F. Fonzzone*.* Università degli studi della Campania "Luigi Vanvitelli".

INTRO

Extravasation is defined as an accidental escape of chemotherapy drugs from administration sites, both intravenous and intra-arterial, into the subcutaneous and subdermal tissues. Clinical signs are various and range from a mild erythema to painful necrosis, ulceration and damage of deep anatomical structures. The extent of damage is strictly based on concentration, volume and nature of the extravasated drugs. Epirubicin is an anthracycline agent used in the treatment of several oncologic diseases such as breast, gastric and esophageal cancers.

CASE REPORT

We report an extensive epirubicin extravasation injury of the upper limb occurred in a patient with previous breast cancer. The patient was referred to our department several days after the extravasation injury occurred and presented an extensive necrotic area. We performed a wide surgical debridement and immediate reconstruction with a combined approach using dermal substitute and simultaneous negative pressure wound therapy (NPWT). After three weeks, the dermal substitute was grafted with split-thickness skin grafts and NPWT was applied onto the bolster in order to boost the graft taking. The patient was completely healed in 3 weeks-time and could restart epirubicin administration two weeks later.

DISCUSSION

Extravasation injuries are often underestimated, unrecognized, untreated and probably not adequately reported, as a consequence these patients are referred to medical and surgical consultation with signs of advanced tissue damage. Many treatments for this conditions such as early excision, liposuction, NPWT and dermal substitutes have been successfully described. We report the first case treated with a combination of dermal substitute and NPWT.

UN CASO CLINICO DI VASCULITE LEUCOCITOCLASTICA NELLA RICOSTRUZIONE MICROCHIRURGICA DELLA MAMMELLA CON LEMBO DIEP

Di Santo F, De Cosmo A, De Pascale A, Maruccia M, Giudice G.

INTRODUZIONE

La vasculite leucocitoclastica (VLC) è un termine istopatologico usato per descrivere i cambiamenti microscopici dei vasi che colpiscono la cute e gli organi interni. Tale patologia si presenta classicamente con papule purpuriche di pochi millimetri di diametro, localizzate principalmente sul terzo distale delle gambe e sul dorso dei piedi, ma spesso interessano anche le cosce, i glutei e il basso ventre. Gli autori riportano il primo caso clinico presente in letteratura in cui questa

patologia ha complicato compromesso una ricostruzione microchirurgica post-mastectomia con linfadenectomia ascellare sinistra per carcinoma mammario.

CASO CLINICO

Si presenta il caso di una paziente di 55 anni, che ha avuto un fallimento di ricostruzione microchirurgica della mammella sinistra con perdita totale di un lembo libero basato sulle perforanti dell'arteria epigastrica inferiore profonda (DIEP), a causa di una mis-conosciuta vasculite leucocitoclasica. In anamnesi patologica remota, la paziente non riferiva patologie sistemiche di rilievo, pertanto in accordo con la paziente, è stata eseguita una ricostruzione mammaria autologa con lembo DIEP. Intraoperatoriamente, al momento dell'inset del lembo è stata riscontrata sclerosi dell'arteria mammaria interna con successiva assenza di flusso dell'anastomosi termino-terminale, trombizzazione e successivo vasospasmo. Pertanto, attraverso l'accesso ascellare, utilizzato per eseguire la linfadenectomia sinistra, è stato eseguito un secondo inset del lembo con anastomosi a livello dell'arteria toracodorsale. A distanza di circa 24 ore è stata riscontrata una nuova trombizzazione dell'anastomosi con ischemia completa del lembo. La decisione è stata quindi quella di asportare il lembo libero e di inserire un espansore tissutale in sede sottomuscolare al di sotto del muscolo grande pettorale.

DISCUSSIONE

La VLC colpisce meno frequentemente la parte superiore del corpo e raramente gli organi interni. È spesso una condizione cutanea circoscritta e benigna di origine indeterminata, ma può anche essere la prima manifestazione di una malattia più grave con complicazioni potenzialmente letali a causa di una vasculite sistemica, come malattie del tessuto connettivo, infezioni e tumori maligni. I pazienti con vasculite cutanea dei piccoli vasi possono manifestare un decorso della malattia molto variabile. In genere, la prognosi è buona ma, se sono coinvolti organi sistemici, è possibile riscontrare una morbilità più significativa. Nel nostro caso la difficoltà intraoperatoria riscontrata, ci ha spinto ad eseguire un esame istologico dell'arteria mammaria interna, che ha poi rivelato la condizione di vasculite leucocitoclastica. La ricostruzione mammaria è comunque andata a buon fine passando da una ricostruzione autologa ad una eterologa in due tempi.

CONCLUSIONI

La VLC dovrebbe essere considerata come una possibile causa delle complicanze ischemiche di una ricostruzione microchirurgica una volta escluse le eziologie infettive e ischemiche. Il trattamento di scelta della VLC si basa sulla terapia immunosoppressiva come descritto da numerosi autori(1-3). Nel nostro caso un inizio precoce di un trattamento immunosoppressivo mirato forse avrebbe potuto portare alla conservazione del lembo e della ricostruzione autologa del seno.

1. Fraticelli P, Benfaremo D, Gabrielli A. Diagnosis and management of leukocytoclastic vasculitis. Intern Emerg Med. 2021;16(4):831-841. doi:10.1007/s11739-021-02688-x

2. Haeberle MT, Adams WB, Callen JP. Treatment of severe cutaneous small-vessel vasculitis with mycophenolate mofetil. Arch Dermatol. 2012;148(8):887-888. doi:10.1001/archdermatol.2011.3037

3. Micheletti RG, Pagnoux C. Management of cutaneous vasculitis. Presse Med. 2020;49(3):104033. doi:10.1016/j.lpm.2020.104033

Di Santo F, De Pascale A, Magistri S, Maruccia M, Giudice G

IL LINFEDEMA SCROTALE : UN APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE

Introduzione

Il linfedema è una condizione clinica caratterizzata da ritenzione di materiale linfatico a livello del tessuto sottocutaneo causata da un'ostruzione dei vasi linfatici. Il linfedema scrotale può coinvolgere isolatamente il pene e/o lo scroto o tutti i genitali esterni maschili nella loro totalità.

Questa condizione può svilupparsi secondariamente a chirurgia, radioterapia, tumori o conseguentemente a infezioni (es. filariosi) che coinvolgono i linfonodi inguinali che sono le principali strutture deputate al drenaggio di liquido linfatico di tutto l'arto inferiore. Il termine linfedema primario, invece, si riferisce ad una condizione clinica determinata da un'anormale sviluppo del sistema linfatico, probabilmente dovuto a disordini genetici (Malattia di Milroy o Meige).

Case Report

Riportiamo il caso di un paziente di sesso maschile di anni 31 giunto alla nostra attenzione con importante linfedema primitivo ad esordio tardivo a livello scrotale e di entrambi gli arti inferiori, tale da essere invalidante e da inficiare sulla deambulazione. In anamnesi il paziente presentava disturbo psichiatrico di personalità e intervento chirurgico di idrocele sinistro eseguito circa 15 anni fa. Paziente riferiva esordio della condizione clinica 7 anni prima e all'obiettività si evidenziava scroto di dimensioni notevolmente aumentate con cute sclerotica, erisipela, importante imbibizione dei tessuti molli, linforrea contestuale e linfagite a livello dell'arto inferiore sinistro. Il paziente eseguiva, inoltre, linfoscintigrafia del circolo linfatico superficiale e profondo degli arti inferiori. Veniva eseguito, in team multidisciplinare con i colleghi urologi, intervento chirurgico di asportazione di ampia losanga di cute e sottocute a livello scrotale fino al piano della tonaca albuginea; si procedeva al riparo della perdita di sostanza residua scrotale mediante avanzamento di lembi locali e, a livello penieno, mediante innesti dermo-epidermici a spessore parziale prelevati dalla coscia destra; successivamente si eseguiva tecnica chirurgica LVA (Lymphatic Venular Anastomosis)

Discussione

Il trattamento microchirurgico del linfedema scrotale rappresenta una vera e propria sfida. In particolar modo, nel caso da noi riportato il paziente, presentando in anamnesi patologia psichiatrica, era non candidabile a procedure escissionali ed invasive come la tecnica Charles o il trapianto di stazioni linfonodali, pur presentando alla linfoscintigrafia pre-operatoria un index score > 10. Importante e dirimente nella gestione clinica e nella scelta terapeutica è stato l'approccio multidisciplinare con i colleghi urologi che ha permesso di eseguire l'escissione, a livello scrotale, della cute e del sottocute sclerotici in eccesso, salvaguardando la vitalità testicolare e la pervietà dell'uretra. In questo modo è stato possibile ridurre notevolmente la voluminosità dello scroto, coprendo con innesti dermo-epidermici e lembi cutanei di avanzamento, i tessuti molli esposti al di sopra della tonaca albuginea. Per agire sul primum movens della patologia, il linfedema, si è optato per l'allestimento di anastomosi linfatico-venulari multiple a livello inguinale. A distanza di un mese dall'intervento il paziente presenta persistenza, seppure in maniera minore, di edema a livello degli arti inferiori (più marcato a livello dell'arto inferiore sinistro) e la minzione viene condotta senza nessun ostacolo. Nei prossimi mesi sarà importante condurre un follow-up mirato alla valutazione del mantenimento della stabilità delle dimensioni scrotali raggiunte dal paziente, del miglioramento della qualità di vita e del ripristino della funzionalità delle vie urinarie.

Conclusioni

Il trattamento del linfedema risulta essere ancora borderline data la complessità della patologia. In particolar modo nel nostro caso, considerando l'anamnesi patologica prossima del paziente e lo stadio avanzato del linfedema scrotale, la combinazione dell' LVA per il trattamento del linfedema a carico degli arti inferiori e delle procedure escissionali a carico dello scroto, ha permesso un netto miglioramento della qualità di vita e delle relazioni psicosociali del paziente. Inoltre, vista la complessità della regione anatomica in questione, l'approccio multidisciplinare con altre unità operative chirurgiche si è rivelato vincente nel restituire al paziente la piena capacità minzionale e

soprattutto nell'evitare complicanze iatrogene a carico di strutture nobili quali testicoli, doti deferenti e vasi sanguigni.

Andrea Ferrari

Riodermite estesa dopo quadrantectomia e rimodellamento: un caso di difficile gestione

Abstract

Grazie alla diagnosi precoce supportata dai programmi di screening, ma anche grazie alle moderne tecniche di approccio oncoplastico, oggi l'80% circa delle neoplasie mammarie beneficiano di una chirurgia conservativa. Risulta tuttavia mandatoria, per le donne sottoposte a quadrantectomia per carcinoma infiltrante della mammella, l'esecuzione di radioterapia post-operatoria della parete toracica. La radioterapia della parete toracica, per quanto fondamentale nella riduzione del tasso di recidive locali e nell'aumento della sopravvivenza libera da malattia, pone a rischio di complicanze acute e croniche a livello cutaneo, ma anche ghiandolare. Riportiamo quindi la nostra esperienza riguardante un caso di riodermite severa associata ad estesa fibrosi del tessuto mammario in esiti di quadrantectomia e rimodellamento mammario, seguiti da radioterapia.

Autori: **Luigi M Lapalorcia**, Riccardo Martinelli, Sarah Calabrese, Roberto Grella, Romano Maffia, Chiara Sannipoli, Valentina Ceccolini, Eugenio Cerciello, Laura Belloni, Marino Cordellini

Mastoplastica riduttiva e disegni preparatori senza centimetro a nastro.

La mia personale esperienza.

Introduzione:

Esistono numerose tecniche per eseguire una Mastoplastica riduttiva e tutte prevedono disegni preparatori eseguiti sulla paziente in posizione di ortostatismo. La tecnica che utilizzo quasi routinariamente è un peduncolo supero mediale eseguendo una resezione in blocco dei quadranti inferiori e laterali stimata clinicamente tenendo conto ovviamente anche delle indicazioni cliniche e delle aspettative della paziente.

Materiali e metodi:

Cerchiamo di essere comodamente seduti di fronte alla paziente in posizione di ortostatismo ed eseguiamo una valutazione volumetrica delle 2 mammelle. Utilizzando un pennarello Pentel N50 che ha il pregio di essere resistente ai disinfettanti normalmente utilizzati per l'allestimento di un campo operatorio sterile.

Abbiamo misurato questo particolare pennarello e appoggiando il retro senza cappuccio e appoggiando la punta sulla cute si ottiene una misura di cm 13. Abbiamo pertanto uno strumento che nel suo utilizzo "a compasso" ci consente di riprodurre una misura standard. Marchiamo la proiezione del solco mammario sulla mammella che rappresenta il punto dove verranno esteriorizzati i complessi areola capezzolo.

Da lì tracciamo due linee verticali con un angolo che oscilla tra i 90 e i 110 gradi a seconda della lassità dei tessuti e pianifichiamo le branche orizzontali della T stimando sempre clinicamente la direzione delle stesse. Raccordiamo questo disegno al solco inframammario che disegneremo chiedendo alla paziente o ad un assistente di tenere il seno in alto in direzione antigravitaria.

Marcheremo a livello del solco il punto di mezzo che verrà raccordato alla verticale con un punto di vicryl 2.0 essenziale nella conizzazione della mammella.

Risultati:

Abbiamo adottato tale approccio in 35 pazienti di età comprese tra i 50 e i 65 anni. Le indicazioni chirurgiche erano body contouring nell'ex obeso (8), patologie del rachide cervicale (7), mastoplastica riduttiva nel corso di adeguamento mammario in ricostruzione mammarie (15) e indicazioni cosmetiche (5).

Abbiamo riscontrato una buona guarigione delle ferite con un grado di simmetria adeguato non avendo dovuto rioperare le pazienti per ritocchi.

Abbiamo riscontrato un ritardo di cicatrizzazione delle ferite in 3 pazienti senza riscontrare altre complicazioni.

Conclusioni:

La Mastoplastica riduttiva racchiude in se' caratteristiche di complessità di esecuzione tali che mi sono sentito in dovere di semplificare. la durata dell'intervento è molto variabile tra operatori e la possibilità di realizzare una tecnica facilmente riproducibile deve essere ricercata. Il titolo del presente lavoro è volutamente provocatorio ma nella mia esperienza la semplificazione delle di tecniche complesse risulta di fondamentale importanza ricercando risultati consistenti, bassa incidenza di complicanze postoperatorie e ritocchi e riduzione dei tempi operatori e dei costi.

Relatore: **Dott. Mirco Pozzi**

Autori: Dott. Mirco Pozzi, Dott. Alberto Bolletta, Dott. Luigi Losco, Prof. Emanuele Cigna

Provenienza: Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Unità di Chirurgia Plastica e Microchirurgia

Dir. Prof. Emanuele Cigna

Titolo: **“MSAP: siamo sicuri?”**

Abstract: M di 47 anni giungeva alla nostra osservazione per carcinoma squamo cellulare dell'emilingua sx, insorto circa 5 mesi prima.

Il paziente veniva studiato dai colleghi otorini e oncologici per indirizzare e definire l'iter diagnostico e terapeutico.

Si programmava quindi l'asportazione dell'emilingua, lo svuotamento dei linfonodi laterocervicali e la ricostruzione con lembo microchirurgico. In seguito allo studio arteriografico, della morfologia del paziente e del suo possibile difetto, si sceglieva come opzione ricostruttiva un lembo perforante basato sull'arteria surale mediale (MSAP).

Il paziente veniva quindi sottoposto a chirurgia oncologica dai colleghi otorini e ricostruzione contemporanea da parte della nostra equipe.

Dopo la visione del difetto, si prelevava il lembo MSAP, con peduncolo composto da una arteria e due vene che si anastomizzava a livello del collo. Il sito donatore veniva chiuso per sutura diretta senza particolare difficoltà.

L'intervento aveva esito positivo e il paziente ritornava in reparto.

A circa XXX giorni il lembo risultava in ottime condizioni e ben integrato; tuttavia a livello del sito donatore si evidenziava una deiscenza della ferita chirurgica, con fuoriuscita di abbondante essudato e materiale necrotico.

Dopo un primo tentativo fallito di trattamento con medicazioni avanzate, si decideva di effettuare una toilette chirurgica dell'area, che mostrava una parziale necrosi del capo mediale del muscolo gastrocnemio.

L'iter terapeutico seguito portava quindi a risoluzione del quadro.

Data la singolarità dell'evento, abbiamo ricercato in letteratura la possibilità di eventi simili nella descrizione delle complicanze del lembo MSAP, che non venivano però citati.

Abbiamo quindi individuato un solo articolo di Hui-Ju Tsou et al che descriveva due eventi di necrosi parziale del gastrocnemio in seguito a MSAP. Gli autori ponevano l'attenzione sull'importanza della vascolarizzazione del muscolo gastrocnemio e ipotizzavano una sua possibile necrosi in determinate varianti anatomiche.

Riteniamo dunque importante che questa possibilità venga indagata per chiarire se questo lembo sia da riservare solamente a pazienti con conformazioni vascolari "sicure".

Autori: **S. Pasquali**, V. Ramella, Z.M. Arnez, G. Papa

Titolo: Esteso trauma di arto inferiore: nulla è perduto

Abstract: I vasti traumi dell'arto inferiore sono sempre un'importante e interessante sfida da affrontare da un punto di vista chirurgico. Non sempre risulta chiaro e semplice capire quale strada chirurgica sia meglio intraprendere.

Il caso con cui ci siamo interfacciati presso l'U.O. di Chirurgia Plastica dell'Ospedale di Cattinara di Trieste è quello di una giovane donna di 25 anni che aveva avuto un trauma della strada a dinamica maggiore coinvolgente l'arto inferiore di sinistra. Con uno sguantamento di IV tipo secondo Arnez-Tyler; una frattura del femore pluriframmentata; una frattura composta di rotula; una frattura scomposta pluriframmentata della tibia con perdita di sostanza ossea; una frattura scomposta bifocale a più frammenti del perone. All'AngioTC l'arteria tibiale anteriore e posteriore risultavano pervie.

Dopo un primo intervento di stabilizzazione esterna delle fratture e una serie di debridement, la situazione risultava più seria di quello che si pensava inizialmente con una vasta compromissione muscolare (3 compartimenti su 4), la presenza di gap osseo e una vasta perdita di sostanza cutanea.

Da qui la decisione da intraprendere: procedere con il salvataggio dell'arto e quindi con una serie di interventi ricostruttivi o procedere invece con l'amputazione dell'arto?.

In seguito alla discussione del caso in meeting multidisciplinare e dopo aver parlato con la paziente e i suoi familiari, siamo giunti alla conclusione che per la nostra paziente l'opzione migliore sarebbe stata l'amputazione dell'arto. Amputazione che è stato possibile condurre al di sotto del ginocchio grazie all'allestimento di un lembo dorso plantare ("fillet flap") per la copertura del moncone di amputazione, ricorrendo quindi alla così detta Spare-part Surgery. Intervento molto complesso che è stato possibile eseguire poiché i vasi di gamba, nonostante l'importante trauma, erano stati preservati. Garantendo quindi un moncone di amputazione sensibile (nervo tibiale integro), un moncone con buona resistenza allo stress e con buona distribuzione delle forze di carico e di deambulazione, nessuna morbidità del sito di prelievo né ulteriori cicatrici riguardanti l'area di prelievo.

Questo caso ci fa quindi riflettere molto anche su quanto il concetto di amputazione sia cambiato nel corso degli anni e che per quanto rimanga una scelta difficile da intraprendere, soprattutto in soggetti giovani, possa in realtà rivelarsi l'opzione migliore per tempi di recupero e possibile funzionalità dell'arto, come è stato in questo caso, e non deve essere considerato un fallimento chirurgico.

AUTORI

Luca Patanè, Daniele Tosi, Pietro Francesco Delle Femmine, Matteo Ornelli, Diego Ribuffo, Nicola Felici

Ospedale San Camillo-Forlanini U.O.C. Chirurgia Ricostruttiva degli Arti
Università "La Sapienza" di Roma

Titolo: Encondromi della falange distale delle dita: complicanza del trattamento con cemento antibiotato.

ABSTRACT

In letteratura sono riportate varie tecniche di ricostruzione della porzione scheletrica delle dita in seguito a intervento chirurgico di courettage, trattamento ritenuto gold standard per gli encondromi delle dita. Tra queste, la ricostruzione con cemento antibiotato sta divenendo popolare tra i chirurghi ortopedici per la semplicità e rapidità di esecuzione e l'assenza di morbidità

del sito donatore. Alcuni report, infatti, hanno dimostrato il successo dell'incorporazione del cemento all'interno dell'osso trattato a livello del metacarpo, della falange prossimale e della falange media. Nessuno tuttavia si è spinto a livello della falange distale, forse perché ritenuta non idonea al trattamento con cemento antibiotato.

Il caso che riportiamo riguarda la complicità dell'utilizzo del cemento antibiotato a livello della falange distale del IV dito in un paziente affetto da encondroma. Il trattamento, eseguito presso altra struttura, ha compreso il curettage chirurgico della lesione e il riempimento mediante cemento antibiotato. Durante il post-operatorio, si evidenziava esposizione e fistolizzazione di materiale purulento contestualmente all'estrusione parziale del cemento utilizzato. Veniva dunque eseguito tentativo di salvataggio mediante rimozione parziale del cemento esposto e chiusura per prima intenzione.

A distanza di alcuni giorni veniva notata recidiva di infezione con fistola e segni radiografici di osteomielite interessante la porzione trattata della F3, estesa sino alla testa della F2 con conseguente coinvolgimento articolare. Al paziente veniva proposta l'amputazione trans F2. Il paziente si presentava alla nostra attenzione per tentativo di salvataggio presso la nostra unità ricostruttiva, dove è stato proposto un trattamento in due stadi che ha compreso dapprima la bonifica chirurgica e l'apposizione di fissatore esterno custom made (MutiFix, Newpharm), l'esecuzione di terapia antibiotica mirata e successivamente la ricostruzione del difetto osseo mediante innesto prelevato dalla stiloide radiale, sfruttando le caratteristiche del fissatore custom made per effettuare compressione tra innesto e tessuto osseo sano.

Il paziente si presenta a 3 mesi post intervento con mantenimento della lunghezza del raggio senza segni di infezione attiva o di alterazioni del trofismo cutaneo. Seppur senza mobilità articolare riferibile all'artrodesi di IFD eseguita, si evidenzia la ripresa funzionale del raggio durante le attività di carico pesante del paziente.

Michele Piana

Titolo: Complicanze vascolari tardive nella ricostruzione dell'arto inferiore con lembi liberi

Abstract

Nella ricostruzione dell'arto inferiore spesso si ricorre all'utilizzo di lembi liberi e una buona perfusione del lembo è condizione fondamentale per il successo ricostruttivo. Le complicanze microvascolari precoci (entro le 72 ore) richiedono un immediato ritorno in sala pena la perdita della ricostruzione. Le complicanze microvascolari che si presentano in una fase tardiva (oltre le 72 ore) presentano in genere una prognosi peggiore avendo un tasso inferiore di salvataggio mediante revisione chirurgica; tuttavia, se la complicanza avviene dopo che il processo di angiogenesi tra lembo e letto ricevente è già sufficientemente avviato, si può assistere alla sopravvivenza del lembo. L'intervallo temporale affinché questo accada non è ben definito e risulta influenzato da molteplici fattori. Riportiamo quindi la nostra esperienza riguardante due lembi liberi prelevati dalla regione addominale per il trattamento di difetti dell'arto inferiore che hanno presentato una compromissione vascolare in sesta giornata postoperatoria. Entrambi sono stati trattati in modo conservativo con salvataggio della ricostruzione.

Agostino Rodda

Titolo: CASO DI FASCITE NECROTIZZANTE IN PAZIENTE PEDIATRICA CON SINDROME DI DIGEORGE

Abstract:

Presentazione del trattamento di un caso complesso di bambina immunocompromessa di otto anni che, in seguito a chirurgia addominale, sviluppa un'estesa Fascite Necrotizzante (circa 23% TBSA). Vengono descritti il trattamento iniziale salvavita, le multiple procedure chirurgiche step-

by-step di debridement, copertura mediante sostituto dermico ed innesto dermoepidermico, nonché la difficile gestione della colostomia.

Camile de Schoulepnikoff

Sexual well-being in transgender patients: is gender-confirming chest surgery enough ?

In gender-confirming chest surgery, hardly any study has extensively evaluated the improvement of the sexual well-being of transgender patients after breast augmentation/removal. This prospective study aims to assess the potential improvement of body awareness during sexual intercourse after a chest surgery and compare differences between female-to-male (FtM) and male-to-female (MtF) patients. From October 2019 up to August 2020, all transgender patients eligible for gender-confirming chest surgery in our institution were asked to file two questionnaires: BREAST-Q and BESAQ. Different follow-ups were considered: pre-op, 4- and 12-month post-op.

13 FtM and 10 MtF patients were enrolled. In both FtM and MtF patients, a significant improvement of the psychosocial well-being and patient's satisfaction with breast/chest aesthetic was found at 4- and 12-month post-op compared with pre-op.

While body awareness during sexual intercourse improved significantly among FtM patients at 4-month post-op, no improvement was observed among MtF patient until 12-month post-op. As no FtM patient underwent phalloplasty during the follow-up, most MtF patients underwent vaginoplasty before the 12-months post-op assessment.

Gender-confirming chest surgery brings a noticeable improvement of chest/breast satisfaction and psychosocial well-being at 4-month post-op in both groups. Regarding body awareness during sexual intercourse improvement, differences between FtM and MtF patients were observed depending on the gender-confirming chest surgery: while mastectomy successfully improves sexual well-being of FtM patients, breast augmentation seems to be insufficient in improving MtF patients' sexual well-being.

L. Schiraldi

Title: Facial Fat Grafting (FFG): is it a safe procedure? A critical review of different complications of facial lipofilling.

Introduction: Autologous fat is ideal soft tissue filler. It is easily accessible, biocompatible, cheap, and it provides both volume augmentation and skin quality improvement. Every year more than half a million facial fat grafting procedures are performed worldwide and the trend is rapidly increasing. Overall general complication of facial fat grafting is assumed to be around 2%, with no reports expressing clear quantitative data.

Material and Methods: From 1965 to July 2021, a systematic search of the literature was performed interrogating PubMed search engines. The following algorithm was used for the research: (fat graft OR lipofilling) AND face AND complications. Exclusion criteria applied hierarchically were: review articles, not reporting recipient site complications; not in English, paediatric population. Pertinent full-text articles were retrieved and analysed, and data were extracted on the database.

Results: 462 papers were identified by PubMed search. 359 were excluded after criteria application. Average complication rate ranged from 1,5% to 81,4%. A total of 298 adverse events were identified: 40 (13,4%) intravascular injections, 13 (4,3%) asymmetry, 57 (19,1%) irregularities, 22 (7,4%) graft hypertrophy, 21 (7%) fat necrosis, 73 (24,5%) prolonged oedema, 1

(0,3%) infection, 6 (2%) prolonged erythema, 15 (5%) telangiectasia and 50 (16,8%) cases of acne activation.

Conclusions: FFG related side effects could be resumed in three categories: severe, moderate and minor. Severe (13,4%) side effects-like intravascular injection or migration-require neurological or neurosurgical management and often lead to permanent disability or death. Moderate (38,3%) side effects like fat hypertrophy, necrosis, cyst formation, irregularities and asymmetries require a retouch operation. Minor (48,3%) side effects like prolonged oedema or erythema requires no surgical management. Real complication rate of facial fat grafting is still unknown because of lack of reporting and absence of consensus on side effect definition and identification. More RCTs are necessary to further determine the real complication rate of this procedure.

Relatore: Vittoria Murone

Tutor: Prof. Schönauer, Prof D'Andrea

Titolo: La difficile scelta della corretta tecnica chirurgica per la ricostruzione della lingua

Case Report: The Ghost Antero-Lateral Thigh Flap

Introduzione. La ricostruzione totale della lingua rappresenta una sfida della moderna chirurgia plastica ricostruttiva. Obiettivi essenziali sono la ricostruzione in termini volumetrici con la frazione di un nuovo apparato che risulti valido in termini di motilità e sensibilità. Viene descritto l'impiego di un lembo libero microchirurgico antero-laterale di coscia con disegno "ghost" per la ricostruzione totale della lingua post glossectomia.

Metodi. Paziente di 54 anni affetta da carcinoma squamoso della lingua stadio T3 è stata sottoposta a glossectomia totale e contemporanea ricostruzione con lembo ALT prelevato da coscia sinistra. Le anastomosi sono state effettuate tra l'arteria laterale circonflessa femorale con l'arteria tiroidea superiore, e la vena femorale con il tronco tireolinguofaciale. È stata valutata fluidità del linguaggio, la deglutizione ed il risultato estetico.

Risultati. Il lembo è sopravvissuto senza complicanze, la paziente ha recuperato la deglutizione, la fluidità del linguaggio, con un buon risultato estetico finale. A livello del sito di donazione è stato necessario un innesto cutaneo.

Conclusioni. Il Ghost Antero-Lateral Thigh Flap, è apparso una valida opzione chirurgica per la ricostruzione totale della lingua.

Discussione: Diverse sono le opzioni chirurgiche descritte in letteratura ed utilizzate per la ricostruzione della lingua post glossectomia totale. Tra queste l'uso del lembo radiale ripiegato, il lembo retto dell'addome e il lembo antero-laterale di coscia, quest'ultimo già descritto da Longo et al. come "Mushroom-shaped ALT Flap" e di cui già è documentato l'ottimo risultato funzionale ed estetico. Nel nostro caso clinico la sua tipica forma "Ghost" ci ha permesso grazie alle ali laterali del lembo anche il rivestimento delle pareti laterali e il pavimento della cavità orale.

Schiraldi L M.D., Avagnina A M.D., di Summa PG M.D., Ph.D, Bouayed S. M.D. and Hallak B.

Titolo: A time effective way to produce a fine-diced cartilage graft: The Grated Cartilage Graft.

Abstract

Diced cartilage (DC) has been successfully used to augment and refine nose to produce pleasing and impressive long-term results, providing the added advantages of pliability and moulding in early postoperative period. DC graft is usually produced by dicing with a scalpel or a dermatome knife a piece of harvested cartilage. This process is effective but slow, cumbersome, and time-consuming. This article describes a modified "rasp based" technique to quickly produce fine DC

graft in rhinoplasty. This technique does not require any other material than the ones normally present in a rhinoplasty surgical set.

Iuliano M., Di Santo F., Staffa A., Maruccia M, Giudice G

Titolo: Osteomielite cronica tibiale post traumatica, il salvataggio d'arto mediante approccio ortoplastico: the end.

INTRODUZIONE

I difetti ossei composti post-traumatici degli arti inferiori sono solitamente il risultato di traumi ad alta energia. Il progresso dell'approccio microchirurgico in tali situazioni ha notevolmente migliorato l'outcome funzionale di questi pazienti consentendo la ricostruzione definitiva precoce dei tessuti molli e dei difetti ossei.

Il piano chirurgico prevede il debridement precoce e aggressivo del tessuto necrotico, la stabilizzazione della frattura, di solito tramite fissazione esterna, la ricostruzione precoce dei tessuti molli con lembi locali o liberi e la ricostruzione scheletrica.

Le principali tecniche di ricostruzione del gap osseo comprendono gli innesti ossei spongiosi non vascolarizzati, la tecnica di allungamento osseo di Ilizarov e i lembi ossei vascolarizzati.

CASO CLINICO

Si presenta il caso di una paziente di 23 aa, politrauma della strada, ricoverata presso il reparto di Ortopedia del Policlinico di Bari in seguito al riscontro di frattura esposta biossea della gamba destra (Gustilo 3b) e perdita di sostanza cutanea superficie pretibiale.

In seconda giornata la paziente veniva sottoposta a debridement chirurgico dei tessuti necrotici, inserimento di cemento antibiotato a livello del gap osseo, posizionamento di fissatore temporaneo ed avviata a terapia a pressione negativa. A causa del successivo sviluppo di un quadro di osteomielite, si procedeva ad ampia resezione dell'osseo malacico e ricostruzione mediante lembo microchirurgico osteocutaneo di perone allestito dalla gamba controlaterale.

L'esposizione della placca utilizzata unicamente per la stabilizzazione distale del segmento osseo trasferito, ha obbligato, a 2 mesi di distanza dall'intervento microchirurgico, alla rimozione del mezzo di sintesi, fissazione distale della fibula e copertura con lembo locale di rotazione.

Dopo quest'ultimo intervento chirurgico, abbiamo apprezzato la formazione del callo osseo e tibializzazione del perone con guarigione ossea completa e resistenza al carico.

Dopo circa due anni la paziente si procurava due fratture consecutive del perone trapiantato, in seguito a trauma; si procedeva alla ricostruzione scheletrica con chiodo endomidollare e RIA (Reamer Irrigator Aspirator System).

A distanza di 12 mesi dall'ultimo intervento, la paziente è guarita e deambula con l'ausilio di un tutore.

CONCLUSIONI

L'approccio ortoplastico ha consentito la gestione di un caso complesso di salvataggio d'arto; i punti chiave per ridurre il rischio di complicanze post-operatorie e di interventi secondari sono rappresentati dalla corretta programmazione pre-operatoria dell'intervento da parte di tutta l'equipe chirurgica (ortopedia e chirurgia plastica), da un adeguato debridement ed adeguata copertura con tessuto vascolarizzato (free flaps).

Il lembo di fibula rappresenta una valida strategia ricostruttiva in quanto consente il trattamento dei difetti compositi osteocutanei, prevede un tempo di fissazione esterna relativamente breve ed è resistente alle infezioni.

TITOLO: Trattamento conservativo di una deiscenza della ferita chirurgica dopo intervento di body-contouring mediante collagene umano ricombinante di tipo 1: case-report.

AUTORI: **Giuseppe Lanzano**, Roberto Grella, Adelmo Gubitosi, Giuseppe A. Ferraro, Giovanni F. Nicoletti

ABSTRACT

Introduzione: Il numero crescente di pazienti obesi sottoposti a terapia nutrizionale o chirurgia bariatrica, ha provocato un aumento della richiesta di procedure di rimodellamento corporeo per eliminare gli esiti di importanti dimagrimenti. Di pari passo si è avuto un aumento del tasso di complicanze chirurgiche e quindi della necessità di un re-intervento o di una gestione conservativa della ferita, che rappresenta, soprattutto in questa tipologia di pazienti, una sfida difficile per gli operatori sanitari. È ben noto che i pazienti post-bariatrici presentano una capacità di cicatrizzazione delle ferite, aberrante, dovuta a cause multifattoriali come malattie preoperatorie, carenze nutrizionali, malattie vascolari. Per trattare ferite così complesse, sono stati raccomandati diversi metodi come: VAC therapy, sostituti dermici e medicazioni a base di collagene.

Case Report: Il caso qui presentato riguarda una paziente di 58 anni, post-bariatrica, con una storia di grave obesità, sottoposta presso la nostra divisione di chirurgia plastica e ricostruttiva, ad una procedura di vertical medial thigh lift, esitata, giorni dopo l'intervento, in una profonda deiscenza chirurgica dell'interno coscia sinistro. Dopo che la paziente ha rifiutato altre alternative terapeutiche più invasive, la ferita chirurgica è stata gestita con successo utilizzando il filler di collagene Vergenix™ (CollPlant Ltd, Ness-Ziona, Israel), un collagene umano ricombinante di tipo I prodotto ingegneristicamente a partire dalle piante di tabacco. Dopo due settimane di trattamento la perdita di sostanza è stata sostituita interamente da tessuto di granulazione e dopo quattro settimane la paziente è completamente guarita, con un accettabile esito estetico della cicatrice chirurgica. La restitutio ad integrum è stata completa e autonoma (seconda intenzione) senza esiti patologici della cicatrice, evitando eventuali superinfezioni microbiche, particolarmente temibili in quell'area e che possono peggiorare gli esiti clinici. Tutti gli stadi della ferita sono stati fotografati prima e dopo il trattamento con il collagene ricombinante.

Conclusioni: Come presentato nel nostro case-report, l'utilizzo di un collagene ricombinante sotto forma di gel iniettabile, per la sua facilità d'utilizzo e maneggevolezza, ne fanno uno strumento promettente per ottimizzare il trattamento di ferite che non guariscono, in particolare quelle ferite cutanee complicate, lasciate guarire per seconda intenzione. Ulteriori ricerche sono necessarie per valutare i suoi vantaggi rispetto alle cure standard.

RELATORE: Dott.ssa Giulia Benedetta Sidoti

AUTORI: **Sidoti G.B.**, Ramella V., Papa G.

Titolo: Problematiche terapeutiche nella gestione del paziente con Idrosadenite Suppurativa

L'idrosadenite suppurativa è una patologia del follicolo pilifero che si manifesta con la presenza di noduli, ascessi, fistole e cicatrici principalmente a livello delle pieghe cutanee. Si tratta di una patologia invalidante per il paziente, che richiede un approccio multidisciplinare ad opera del chirurgo plastico, chirurgo generale e dermatologo. È fondamentale una diagnosi precoce, l'identificazione di strategie di prevenzione per evitare l'insorgenza di nuove lesioni, l'impostazione di una corretta terapia medica e chirurgica, con adeguato timing. Alla luce di una

scorretta gestione da parte del team multidisciplinare avvenuta nel nostro centro, è stato elaborato un protocollo aziendale che identifica ruoli e responsabilità per una gestione ottimale del paziente con idrosadenite suppurativa.

Roberta ALBANESE, Emanuele RAMPINO CORDARO, Nicola ZINGARETTI, Pier Camillo PARODI

Titolo: L'UTILIZZO DI ANASTOMOSI INTRA-FLAP NELLA GESTIONE DELLE COMPLICANZE DEL LEMBO LIBERO DIEP IMPIEGATO NELLA RICOSTRUZIONE MAMMARIA

INTRODUZIONE

Il carcinoma mammario rappresenta il tumore maggiormente incidente tra le donne. Nel mondo, nel 2020, sono stati diagnosticati circa 2.3 milioni di nuovi casi. Delle donne sottoposte a mastectomia, solo il 44% viene sottoposta ad intervento di ricostruzione. La ricostruzione autologa rappresenta un'opzione ricostruttiva valida in termini di outcome, soddisfazione delle pazienti, costi sanitari. Inoltre, per le pazienti precedentemente sottoposte a radioterapia, in ragione al minor rischio di complicanze, all'efficacia e all'impatto psicologico la ricostruzione autologa, rappresenta la scelta ricostruttiva migliore.

MATERIALI E METODI

Discutiamo una paziente di 50 anni con anamnesi di carcinoma mammario sinistro sottoposta nel 2014 a quadrantectomia sinistra. Nel 2019, a seguito di recidiva di malattia, è stata sottoposta a mastectomia radicale tipo Skin Sparing e ricostruzione eterologa con espansore retro-pettorale. Successivamente le è stata somministrata chemioterapia e radioterapia adiuvante. È stata quindi sottoposta a ricostruzione autologa con lembo libero tipo DIEP (2020).

In corso di intervento, a seguito di una complicanza sul peduncolo coinvolgente sia l'arteria che le due vene comitanti, è stata sottoposta ad: anastomosi intra-flap tipo termino-laterale (T-L) tra la perforante e l'arteria epigastrica profonda; anastomosi termino-terminale (T-T) tra l'arteria epigastrica profonda e l'arteria mammaria. Le vene comitanti sono state giudicate non anastomizzabili per cui si è reso necessario anastomizzare la vena epigastrica superficiale omolaterale alla perforante di DIEP e la vena mammaria (T-T). In prima giornata post-operatoria, a seguito di congestione venosa è stata effettuata revisione chirurgica. In corso di intervento, l'anastomosi T-L arteriosa è stata lacerata per cui si è reso necessario effettuare un innesto (con prelievo della vena epigastrica controlaterale) tra la perforante e l'arteria epigastrica profonda (moncone prossimale). Tutte le vasoraffie sono state effettuate con monofilamento 10/0. La congestione venosa, causata da un kinking della vena è stata risolta, non è stato necessario effettuare ulteriori venoraffie. Non si sono verificate successive complicanze.

RISULTATI

Al controllo clinico post-operatorio a 3 mesi non sono state riscontrate complicanze tardive. È stato effettuato un controllo ecografico integrativo che ha mostrato il buon funzionamento del peduncolo vascolare; come dato collaterale non è stata evidenziata liponecrosi.

CONCLUSIONI

L'utilizzo delle anastomosi intra-flap nelle lesioni vascolari del peduncolo si sono rivelate valide e risolutive per i vari problemi occorsi. Il network venoso superficiale sufficiente al drenaggio venoso del lembo. I tempi di ischemia non hanno in alcun modo influito sull'evoluzione clinica.

Titolo: **Trattamento chirurgico BXO post circoncisione**

Relatore: **Dr. Gianluca Marcaccini**

Autori: Dr. Gianluca Marcaccini, Prof. E.Cigna, Dr. A.Bolletta, Dr. M.Pozzi, Dr. M.Marzuk e Dr. D. Di Seclì. Provenienza: Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Unità di Chirurgia Plastica e Microchirurgia Dir. Prof. Emanuele Cigna

Abstract Il 09/12/2021 giunge alla nostra osservazione un paziente affetto da Balanite Xerotica Obliterante, insorta come complicanza dopo intervento di circoncisione completa effettuato nel 2018, la quale è stata trattata con corticosteroidi topici come da terapia di prima linea da linee guida. La terapia medica risultava tuttavia inefficace e la circoncisione non ha dato i risultati sperati. Il paziente presenta sintomatologia disurico ostruttiva, impossibilità di esposizione del glande, deficit erettile e iperestesia nella regione del glande. Il pene si presenta sepolto nella borsa scrotale, fimotico, con cordone fibroso periprepuziale e testicoli nella norma. Il 17/12/21 si intenta a procedere all'intervento di ampliamento prepuziale con tre plastiche a zeta e lipofilling circonferenziale prepuziale. Ai successivi controlli post operatori effettuati in data 18/12/21, 23/12/21, 27/12/21, 03/01/22, 11/01/22, 19/01/22, si evidenzia: miglioramento della dinamica minzionale, soddisfazione del paziente riguardo il risultato ottenuto, miglioramento dell'esposizione del glande e scomparsa della dolorabilità. Introduzione Presentazione clinica: Il Sg. G.D. di 68 anni, si presenta alla nostra attenzione per una BXO insorta come complicanza post circoncisione completa effettuata nel 2018. Il paziente è un fumatore attivo dall'adolescenza e nega consumo di alcool e di droghe. In anamnesi remota il paziente presenta: obesità di classe I, diabete mellito di tipo II, ipertensione arteriosa essenziale e ipercolesterolemia. Risulta aver effettuato un intervento di colecistectomia nel 2004 e nel 2008 un intervento di inserimento stent coronarico per IMA. Alla visita ambulatoriale riferisce di aver sempre sofferto di fimosi, la quale limitava l'esposizione del glande se non con difficoltà e dolore. Per questo motivo nel 2018 si sottopone a intervento di circoncisione per eliminare il problema. Dall'intervento di circoncisione ad oggi la cute circonferenziale il prepuzio ha incominciato a ispessirsi, formando un cordone fibroso. Nel giro di pochi mesi dall'intervento riferisce di non aver potuto più esporre il glande, di provare erezioni dolorose per l'incapacità di esposizione del glande, lamenta inoltre disuria dovuta alla retrazione e ispessimento prepuziale e impotenza sessuale. Fino alla diagnosi clinica di Balanite Xerotica Obliterante. Alla visita si conferma, come in figura 1,2 e 3, un obesità di primo grado che contribuisce alla "sindrome del pene sepolto", come si può osservare in figura 4. Il paziente riesce tuttavia a estrarre il pene dalla borsa scrotale, come in figura 5,6 e 7. In figura 6 e 7 si nota come il prepuzio appare ispessito e fibroso, si nota inoltre un arrossamento della cute prepuziale, un indurimento e una perdita di elasticità. Il tutto si evidenzia maggiormente alla richiesta di esposizione del glande che risulta impossibile e dolorosa, nonostante il nostro aiuto, come mostrato in figura 8. L'esposizione forzata produce notevole dolore, e rende ben visibile la balanite circostante. Letteratura: In letteratura non è nota la vera incidenza della BXO1, si pensa sia dovuto a una sottostimata diagnosi, sia a una mancata presentazione alle visite mediche1. La BXO si può presentare a tutte le età, è stata diagnosticata in anziani e neonati di sei mesi, ma è più comune negli uomini non circoncisi di mezza età2. L'aumento di prevalenza nei non circoncisi deriva dall'accumulo di secrezioni e deposito detriti epiteliali tra il prepuzio e il glande, dovuto soprattutto a scarsa igiene, questo favorisce un'irritazione cronica che sfocia in una balanite1,3. Sono stati fatti studi4 comprendenti pazienti con fimosi secondaria, quindi non fisiologica, e dimostrano come il 15% si ricollegabile a una balanite xerotica obliterante. La balanite si presenta tipicamente con placche di colorito biancastro e indurimento del glande, del prepuzio e del solco coronale1. Si manifesta con adesione del glande dovuta all'infiammazione e all'ispessimento del prepuzio con conseguente elevato rischio di fimosi e parafimosi. 5,6 La diagnosi viene effettuata clinicamente ma si può confermare con la biopsia.1 La terapia da linee guida è medica con applicazione cronica topica di clobetasolo propionato allo 0,05%.7,8 Intervento L'intervento è stato eseguito in data 17/12/21, figura 9. Come primo approccio è stata effettuata una

lipoaspirazione, andando a infiltrare 150 cc di soluzione Klein e dopo 20 minuti di attesa è stato aspirato 50 cc di materiale siero lipidico. In regione peniena per effettuare un release della fibrosi vengono effettuate plasitiche a zeta multiple ad ore 3, ad ore 9 e a ore 12 e sutura cutanea a punti riassorbibili staccati, figura 10. Per dare consistenza viene effettuato un lipofilling circonfferenziale con 5 cc di tessuto adiposo precedentemente aspirato, figura 11. Follow up e risultati Il giorno seguente all'intervento viene dimesso il paziente in ottime condizioni generali e istruito sulle medicazioni a domicilio. Viene consigliato di effettuare una medicazione quotidiana mediante lavaggi con soluzione iodopovinata e applicazione locale di Gentalyn Beta crema. Il paziente viene poi rivalutato nelle seguenti date: 23/12/21, 27/12/21, 03/01/22, 11/01/22, 19/01/22, notando un miglioramento oggettivo delle problematiche presenti precedentemente all'intervento. In particolare riferisce: un miglioramento della dinamica minzionale, una soddisfazione del paziente riguardo il risultati ottenuti, un aumentata dell'esposizione del glande e una notevole scomparsa della dolorabilità, figura 12. Discussione In definitiva, nonostante il follow up a breve termine, si nota come una terapia chirurgica per ridurre i notevoli disagi dovuti all'ispessimento della cute prepuziale e alla retrazione peniena, sia una notevole terapia da adiuvare alla terapia medica.

Dr. G. Giacomini, Prof. D. Ribuffo

Titolo: AUTOEROTISMO GONE-WRONG: UN CASO DI CHIRURGIA PLASTICA

Università degli Studi di Roma "La Sapienza" - Scuola di specializzazione in Chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica

Questo caso clinico riporta la vicenda di un paziente che accedeva al DEA del nostro nosocomio per un trauma da sguantamento della cute peniena con avulsione di una porzione del glande. La lesione era stata procurata con un laccio che il paziente stesso aveva adoperato -in maniera non meglio precisata- praticando autoerotismo. Sono state richieste una consulenza urologica, per escludere problematiche di tipo funzionale, ed una neurologica, poiché affetto da un Morbo di Parkinson che aveva richiesto l'impianto di Deep Brain Stimulator. Una volta posto sotto l'attenzione del chirurgo plastico, è stato sottoposto ad un attento esame clinico dei genitali esterni e della porzione di organo distaccatasi col trauma (che il paziente aveva portato con sé in fase di accesso al pronto soccorso) che accertava l'entità della perdita di sostanza. Valutata la possibilità di eseguire la ricostruzione e ottenuto il "nulla osta" urologico e neurologico, si è disposto subito il ricovero presso la nostra U.O.C.. Il terzo giorno dall'evento traumatico, il paziente è stato sottoposto ad intervento chirurgico e, come strategia ricostruttiva, si è optato per l'impiego di un sostituto dermico ricoperto da innesto dermo-epidermico a spessore parziale (secondo Blair-Brown) di 5x11 cm, prelevato dalla coscia antero-mediale. Si è poi provveduto all'"inset" dello stesso: previo posizionamento di INTEGRA one-step sul fondo della perdita di sostanza, si è collocato il suddetto graft tubulizzato, dopo meshing 1:1. Il glande è stato ricostruito allestendo un lembo locale che ripristinasse il solco balano-prepuziale. Si è poi effettuato un moulage blandamente compressivo, per permettere la minzione e per scongiurare l'insorgenza di sindrome compartimentale. Per mantenere la pervietà uretrale ed evitare leakage di urina, al fine salvaguardare la ricostruzione del glande dall'insorgenza di fistole, è stato posizionato un catetere vescicale. In seconda giornata post-operatoria, il paziente è stato dimesso in condizioni cliniche e psicologiche stabili. In sesta giornata si provvedeva alla rimozione del moulage che rivelava un attecchimento sub-ottimale dell'innesto (95%).

Alla visita di controllo a due mesi dall'intervento, il paziente risultava del tutto guarito, non lamentava dolore né dolorabilità dell'organo durante la minzione e l'attività sessuale. Residuava

unicamente una riferita sfumata sensazione di tensione durante l'erezione. Il paziente, inoltre, si riteneva soddisfatto del risultato estetico conseguito con l'intervento ricostruttivo.

“Ricostruzione di tallone mediante lembo anterolaterale della coscia in paziente pediatrico”

RELATORE: Dott.ssa **Pinna Michela**

AUTORI: Trignano Emilio, Pinna Michela, Tettamanzi Matilde, Rubino Corrado.

PROVENIENZA: *University of Sassari, Department of Medical, Surgical and Experimental Sciences, Sassari University Hospital Trust, Plastic Surgery Unit, Sassari, Italy. Head: Professor C. Rubino

ABSTRACT Paziente di 4 anni giunge alla nostra attenzione in seguito a trauma domestico causato da un tagliaerba. Il trauma ha causato una sub-amputazione di cute e tessuti sottocutanei della regione calcaneare del piede destro. Escluso frattura calcaneare veniva inviato alla nostra attenzione. All'esame clinico si osservava un'area cutanea di 4 x 5 cm del tallone connessa al piede attraverso un peduncolo cutaneo postero-laterale di solo 1 cm. Si procedeva in un primo tempo con una sutura della cute calcaneare con Seta 2/0 in anestesia generale. Dopo 5 giorni, sopravviveva soltanto il 15% della cute e veniva perciò programmato un secondo intervento chirurgico di ricostruzione con lembo libero di ALT. Effettuato il debridement per la rimozione del lembo necrotico, si procedeva ad allestimento di un lembo ALT di 5 x 6 cm basato su una perforante intramuscolare del ramo discendente dell'arteria femorale circonflessa laterale, l'arteria e le 2 vene concomitanti della tibiale posteriore venivano individuate e preparate come vasi riceventi. Dopo 6 settimane, il paziente riprendeva a camminare senza alcun deficit motorio e ritornava alla regolare vita quotidiana. Discutiamo questo caso per la sua particolarità vista l'età del paziente.

“Ricostruzione della regione calcaneare in paziente di 16 anni in seguito ad incidente motociclistico con lembo ALT”

RELATORE: Dott.ssa **Tettamanzi Matilde**

AUTORI: Trignano Emilio, Tettamanzi Matilde, Pinna Michela, Rubino Corrado.

PROVENIENZA: *University of Sassari, Department of Medical, Surgical and Experimental Sciences, Sassari University Hospital Trust, Plastic Surgery Unit, Sassari, Italy. Head: Professor C. Rubino

ABSTRACT Paziente di 16 anni giunge alla nostra osservazione in seguito a incidente motociclistico da schiacciamento con necrosi cutanea a tutto spessore nella regione calcaneare destra. Eseguito rx arto inferiore ed escluso frattura ossea veniva inviato alla nostra osservazione dopo circa 14 giorni con un'ampia zona di necrosi. In un primo tempo, si procedeva a toilette chirurgica con asportazione del tessuto necrotico, con esposizione del periostio e veniva posizionata sul letto della ferita una VAC therapy in aspirazione continua. Le dimensioni della perdita di sostanza erano pari a 13 x 9 cm. Trascorsi 8 giorni, veniva rimossa la VAC therapy e si procedeva ad allestimento di un lembo libero ALT basato su due perforanti per la ricostruzione del difetto. Veniva quindi rimodellato il lembo e immobilizzato l'arto per 10 giorni. Dopo 6 mesi, il paziente ritornava alla normale vita quotidiana senza nessuna limitazione, la particolarità del caso che abbiamo scelto è stata senza dubbio sia dovuta all'estensione del difetto, l'età del paziente e la scelta del lembo.

Luci e ombre della ricostruzione one stage pre-pettorale

De Cosmo A., Tedeschi P., Corrao C., Maruccia M., Giudice G

Introduzione

Grazie alle tecniche di mastectomia conservativa (skin sparing, skin nipple sparing e skin reducing), è oggi possibile, in alcune pazienti, posizionare la protesi mammaria definitiva davanti al muscolo grande pettorale, ed eseguire la ricostruzione in un unico intervento (one stage). La protesi può essere inserita senza l'aggiunta di altro materiale, oppure ricoperta da una matrice di materiale biologico (matrice dermica acellulare) o da una rete sintetica, a seconda delle preferenze del chirurgo. Questo tipo di ricostruzione non è scevra da complicanze; per tale ragione è molto importante una corretta selezione delle pazienti da sottoporre a questo tipo di ricostruzione.

Materiali e metodi

Si riporta l'esperienza di 54 pazienti sottoposte a ricostruzione one stage pre-pettorale da Luglio 2018 a Dicembre 2021. In 48 pazienti è stata eseguita una ricostruzione monolaterale ed in 6 una ricostruzione bilaterale. In totale sono state trattate 60 mammelle. In termini dimensionali si trattava di 45 mammelle di piccole e medie dimensioni e di 15 mammelle di grandi dimensioni. Sono state eseguite dai chirurghi generali, 30 skin sparing mastectomy, 15 nipple-skin sparing mastectomy e 15 skin reducing mastectomy. Nel caso delle mammelle di grandi dimensioni sottoposte a skin reducing mastectomy, durante il tempo ricostruttivo, si è proceduto all'allestimento di un lembo dermico a peduncolo inferiore come ulteriore protezione della protesi successivamente impiantata ricoperta dalla matrice dermica. Nei restanti casi si è proceduto direttamente all'impianto della protesi ricoperta da matrice biologica a livello pre-pettorale.

Risultati

Nella nostra esperienza riportiamo il 5% di complicanze totali (3 mammelle in 3 pazienti differenti), di cui in due casi (3,32%) abbiamo avuto complicanze maggiori, mentre in un caso (1,67 %) complicanze minori. Il fallimento completo dell'intervento con espianto della protesi e posizionamento di espansore si è riscontrato con una sola mammella operata. In un'altra paziente si è sviluppata la necrosi del capezzolo dx innestato durante l'intervento chirurgico eseguito per mastectomia profilattica bilaterale in paziente con mammelle di grandi dimensioni. La necrosi a tutto spessore del capezzolo è stata trattata mediante medicazioni seriate e la guarigione avvenuta per seconda intenzione. In un altro caso abbiamo riscontrato sofferenza dei lembi di mastectomia (paziente sottoposta a skin reducing mastectomy in mammella di grandi dimensioni); la presenza del lembo dermico, a peduncolo inferiore, ha consentito la protezione della protesi precedentemente impiantata, portando a guarigione la paziente con medicazioni avanzate.

Discussione

Uno dei limiti della ricostruzione pre-pettorale è lo spessore dei lembi di mastectomia; chiaramente minore è quest'ultimo, maggiore sarà il rischio di necrosi degli stessi conseguentemente l'esposizione della protesi impiantata. A tal fine risulta di notevole importanza l'allestimento del lembo dermico che svolge un importante funzione di protezione. Un valido strumento per valutare intraoperatoriamente la vitalità del peduncolo porta CAC e dei lembi di mastectomia è lo studio eseguito con il verde di indocianina che consente scelte più ponderate sul tipo di tecnica ricostruttiva da adottare. Emblematico il caso della paziente che ha presentato necrosi dei lembi di mastectomia e che riferiva in anamnesi mastoplastica additiva: questo tipo di intervento inevitabilmente rende i lembi cutanei sovrastanti più sottili e meno vascolarizzati. Grazie al corretto studio preoperatorio dei pazienti ed alle metodiche come il verde di indocianina, è possibile evidenziare come pur presentando complicanze maggiori il nostro tasso di complicanze

maggiori è inferiore a quello indicato nel più grande studio sulla ricostruzione pre-pettorale condotto da Masià (6,5%).

Conclusioni

Le tecniche ricostruttive mammarie ed i protocolli delle Breast-Units sono in grado di fornire la soluzione ideale alle pazienti oncologiche, cercando di ridurre al minimo il peso psicologico dovuto alla mutilazione subita. Nonostante ciò, il rischio di complicanze secondarie, che esporrebbero le pazienti ad ulteriori interventi chirurgici con inevitabili ripercussioni psichiche è sempre presente. In quest'ottica la ricostruzione pre-pettorale pur essendo una validissima tecnica innovativa, necessita di chirurghi molto esperti e di un'attenta selezione delle pazienti da sottoporre a tale tipo di intervento.

Relatore: **Giuseppe Esposito**, Prof. S. La Padula

Titolo Problematrice nella ricostruzione mammaria post mastectomia totale - Case report: DIEP flap

Introduzione: La ricostruzione mammaria immediata o differita può essere realizzata mediante l'impiego di protesi, tessuti autologhi, od una combinazione delle due tecniche. In alcuni casi si procede all'impiego di un espansore immediatamente dopo la mastectomia. La radioterapia che spesso segue l'intervento oncologico, può compromettere la vascolarizzazione cutanea, causando distorsione ed in alcuni casi estrusione della protesi o dell'espansore impiegato per la ricostruzione mammaria.

Metodi: Presentiamo il caso di una paziente mastectomizzata trattata presso un'altra struttura mediante impianto di espansore e che in seguito a radioterapia ha sviluppato numerose complicanze e dolore persistente. Per tale motivo si è sottoposta a rimozione dell'espansore, senza tuttavia risoluzione della sintomatologia dolorosa. La paziente ha sviluppato sindrome depressiva, peggiorata dall'aspetto della cicatrice in sede toracica. È stata riferita alla nostra struttura per eseguire una ricostruzione mammaria mediante lembo DIEP, che a nostro avviso rappresentava l'unica soluzione per il suo caso.

Risultati: il lembo è guarito completamente senza eventi avversi. La paziente ha argomentato completa risoluzione della sintomatologia dolorosa con un buon risultato estetico ed un netto miglioramento del tono dell'umore.

Conclusione: l'impiego del DIEP flap risulta essere un'ottima scelta per la ricostruzione mammaria custom-made in pazienti sottoposte a chirurgia demolitiva e non candidabili all'utilizzo di protesi.

Trauma complesso arto inferiore con vasta perdita di sostanza a carico dei tessuti molli: un approccio orto plastico

Iuliano M.R., De Pascale A1., Elia R1. Maruccia M., Giudice G.

1 UOC Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica, Dipartimento delle Emergenze e dei Trapianti di Organo, Università degli Studi di Bari Aldo Moro, AOC Policlinico di Bari

INTRODUZIONE

L'approccio ai traumi complessi degli arti inferiori è complesso e necessita di un team multidisciplinare. Al fine di garantire un'adeguata ricostruzione dei tessuti lesi, una rapida ripresa funzionale e per poter scongiurare il rischio infettivo è fondamentale un corretto inquadramento clinico del paziente.

CASO CLINICO

Pz di 20 anni, politrauma della strada, inizialmente inquadrato c/o il PS di Altamura dove veniva riscontrata una frattura biossea bifocale a carico della gamba sinistra e, quindi, sottoposto ad un primo intervento ortopedico di stabilizzazione della stessa e trattamento antibiotico. Eseguiva accertamenti strumentali, tra cui Angio-TC degli arti inferiori che documentava “mancata opacizzazione dell’arteria tibiale posteriore di sinistra al suo terzo medio, arteria tibiale anteriore e peroneale opacizzata con aspetto filiforme delle pedidie, scarsamente apprezzabili i vasi plantari.”

Veniva trasferito c/o la Rianimazione di questo nosocomio, dove eseguiva valutazione congiunta di chirurgia vascolare, ortopedica e plastica da cui si evinceva “pz con frattura bifocale di gamba sinistra con ampia esposizione della gamba che si estende dalla diafisi della tibia al terzo medio del piede (Gustillo IIIC), senza indicazione al trattamento demolitivo della gamba (dopo aver eseguito score MESS e Ganga); piede sinistro con atteggiamento in flessione e ipoperfuso con refill presente a livello delle dita.”

Il paziente veniva trasferito c/o UO Ortopedia dello stesso nosocomio e veniva sottoposto ad un primo intervento di debridement chirurgico delle ferite e posizionamento di NPWT. Veniva sottoposto a nuova Angio-TC con riscontro di “a sinistra, regolare opacizzazione delle arterie femorali superficiale e profonda, dell’arteria poplitea e dell’arteria interossea. Occlusa l’arteria tibiale anteriore al suo III distale. Occlusa l’arteria tibiale posteriore a livello del suo III medio-distale. A sinistra, frattura pluriframmentaria scomposta del III prossimale e distale della diafisi tibiale con coinvolgimento del malleolo tibiale e frattura pluriframmentaria scomposta del calcagno, del cuboide con piccolo distacco osseo e composta della porzione posteriore dell’astragalo; diffusa imbibizione edematosa dei tessuti molli della gamba e del piede, con micro bolle aree contestuali a tale ultimo livello.”

Trasferito c/o la nostra UOC, veniva sottoposto a intervento combinato di chirurgia plastica e ortopedica, durante il quale veniva rimosso il fissatore esterno posizionato ad Altamura, si posizionava chiodo elastico a livello del perone e posizionato nuovo fissatore esterno temporaneo; si eseguiva nuovo debridement e riparo della perdita di sostanza della superficie mediale della gamba fino alla caviglia con lembo antero-laterale di coscia contro laterale; debridement della regione calcaneare e medicazione con sostituto dermico.”

Dopo 7 giorni, a causa di una fuoriuscita di materiale purulento dalle ferite, veniva sottoposto a nuovo intervento chirurgico di debridement della regione calcaneare e del dorso del piede e nuovo posizionamento di NPWT. Durante l’intervento di prelevavano campioni per esame colturale ed antibiogramma, risultati positivi per Klebsiella Pneumoniae e Pseudomonas Aeruginosa. Veniva impostata terapia antibiotica mirata. Dopo una settimana, si sottoponeva il paziente a nuovo intervento chirurgico di toilette chirurgica delle regioni mediale della gamba sinistra, achillea, calcaneare e plantare e nuovo prelievo di campioni per esame colturale ed antibiogramma. Nonostante la vitalità del lembo ALT, per colmare la perdita di sostanza achillea, calcaneare e plantare si allestiva lembo chimerico TDAP e gran dorsale sinistro cross-leg.

A seguito di successivo riscontro di tamponi delle ferite positivi per Pseudomonas Aeruginosa, dopo una settimana, il pz veniva sottoposto, in sala operatoria, ad esplorazione dell’anastomosi. Durante l’intervento chirurgico si riscontrava estesa trombosi arteriosa e venosa, aspetto lardaceo del muscolo; pertanto, si procedeva a distacco del lembo toilette e posizionamento di NPWT.

Il pz eseguiva medicazioni seriate, tuttavia, a causa della persistente sintomatologia algica, il paziente, firmato il consenso informato, optava per l’amputazione d’arto a livello del ginocchio.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il management dei traumi complessi degli arti inferiori e il percorso ricostruttivo successivo alla bonifica si dimostra estremamente complesso e non scevro da complicità.

È fondamentale un corretto inquadramento iniziale del paziente, attraverso il protocollo ATLS (Advanced Trauma Life Support)¹, e l'inizio di una terapia antibiotica murata nel più breve tempo possibile dal trauma 2 al fine di programmare un iter chirurgico adeguato e corretto (Gustillo & Anderson classification). Fondamentale è il debridement chirurgico dei siti delle lesioni 3, per ridurre i rischi di infezione e migliorare gli out come a lungo termine⁴. La copertura dei tessuti molli e la fissazione dei monconi ossei sono altresì fondamentali per ridurre i rischi infettivi; un importante ausilio alla guarigione delle ferite risulta essere la terapia a pressione negativa (NPWT), come terapia a "ponte" tra il debridement e la ricostruzione definitiva delle perdite di sostanza cutanee.

I Social e i Soci SICPRE: quale deontologia?

Bucaria V¹, Boccuzzi A¹, Converti I¹, Corrao C², Giudice G²

¹ Divisione di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Mater Dei Hospital, Bari

² UOC Chirurgia Plastica, Ricostruttiva e Centro Grandi Ustionati, AOU Policlinico di Bari

Instagram ha 1 miliardo e 300 milioni di utenti nel mondo, quasi 23 milioni in Italia. Più di 1 italiano su 3 usa Instagram abitualmente. Nata come una piattaforma di mero divertimento e di condivisione di momenti personali con amici e conoscenti, negli ultimi anni si è trasformata in una piattaforma in grado di mettere in contatto non solo le persone tra di loro, ma anche consumatori, clienti, e fornitori di servizi. Chi non vorrebbe approfittare di una così ampia platea per pubblicizzare gratuitamente un proprio prodotto? Negli ultimi anni questo tipo di pratica si è diffusa anche in ambito sanitario, in particolar modo nella professione medica ad indirizzo estetico. Instagram consente di raggiungere un pubblico molto più vasto e variegato rispetto al classico "passaparola" o alla carta stampata.

Noi chirurghi abbiamo una responsabilità etica e deontologica verso il pubblico, che sarebbe quella non solo di offrire trattamenti e servizi sicuri ed efficaci, ma anche di proteggere i non cultori della materia dalla pubblicità ingannevole in cui ormai è facile incappare. Soprattutto in un'epoca in cui l'accesso alla chirurgia estetica diventa sempre più frequente e l'età del primo intervento estetico si abbassa, è necessario offrire informazione di qualità, scientifica e dignitosa, che non vada ad approfittarsi di desideri contingenti. Esiste una normativa in vigore che spesso viene disattesa.

La pubblicità ingannevole è definita (art.2 del D.Lgs 74/1992) come "qualsiasi pubblicità che in qualunque modo, compresa la sua presentazione, induca in errore o possa indurre in errore le persone fisiche e giuridiche alle quali è rivolta o che essa raggiunge...".

Anche l'OMCEO si è espressa riguardo questi tipi di illeciti, attraverso le linee guida inerenti all'applicazione degli artt. 55-56-57 del codice di deontologia medica.

Secondo quest'ultimi non è ammessa la pubblicità ingannevole, compresa la pubblicazione di notizie che ingenerino aspettative illusorie, che siano false o non verificabili.

Alla luce di quanto suddetto, quale deve essere il ruolo svolto dalle società scientifiche nazionali? Quale deve essere il ruolo di qualsiasi socio di una società scientifica? Come si possono tutelare i pazienti?