

Dermatologia estetica e correttiva

■ Valerio Cirfera¹, Pierfrancesco Cirillo², Giovanni Labrini³, Paolo Silvestris⁴

¹ Specialista in Dermatologia e Venereologia. Coordinatore Nazionale AIDA-GIDeL, Responsabile Dermatologia Scienze Medico-Legali, Università degli Studi di Siena [Dir.: Prof. Cosimo Loré]

² Specialista in Chirurgia Plastica, Roma. Società Italiana Dermatologia Estetica e Correttiva, SISEC

³ Già Specialista e Docente di Dermatologia e Venereologia, Parma. Fondatore dell'AIDA-GIDeL

⁴ Specialista in Dermatologia e Venereologia, Roma. Società Italiana Dermatologia Estetica e Correttiva, SISEC

■ LINEE GUIDA PEELING E FILLER

I peeling chimici (Tabella I) e i fillers, specie a base di acido ialuronico e collagene, sono, insieme alle iniezioni di tossina botulinica [1], gli interventi estetici ambulatoriali [2] più richiesti ed eseguiti nel mondo (Tabelle II e III).

I **peeling** consistono in procedure professionali polifasiche, effettuabili in più sedute tra loro intervallate da alcuni giorni o più spesso settimanalmente in base al tipo di trattamento, durante le quali l'applicazione, sotto controllo medico, di una sostanza "caustica" sulla cute evoca una successiva esfoliazione degli strati superficiali della pelle, un rinnovamento cellulare, la stimolazione dei fibroblasti dermici e la produzione di collagene [3-5]; tali eventi e meccanismi sono finalizzati al rimodellamento dermo-epidermico per la cura di alcune problematiche cliniche o clinico-estetiche, come l'acne, le ipercromie e il *photoaging*.

Le sostanze in uso sono molteplici e le metodiche poliedriche, di volta in volta modulabili sulla base del caso specifico, al fine di ottenere il miglior risultato possibile, che comunque è condizionato da diverse variabili, non sempre ben conosciute. Si tratta di procedure che in mani esperte producono risultati eccellenti e ripetibili; talvolta, però, sono ritenute erroneamente quasi banali e quindi esenti da rischi. Nella realtà, invece, se non eseguite con la dovuta esperienza, competenza, accortezza e attenzione, disattendendo le elementari raccomandazioni operative di riferimento, possono provocare effetti spiacevoli, per lo più di ordine discromico, meno di ordine cicatriziale o altro, come è evidente nella Figura 1, dove, alla fine del trattamento, vi è stato un peggioramento estetico.

Gli interventi **fillers** consistono, invece, nell'iniezione o impianto per lo più intradermico di sostanze biocompatibili ad effetto riempitivo, allo scopo di ridurre rughe e solchi cutanei e aumentare il volume di zone corporee ritenute ipotrofiche e/o ipovolumetriche; si pensi ad esempio alle labbra. Stante l'elevata richiesta ed effettuazione di tali interventi, oltretutto di gran lunga maggiore a quella degli interventi di chirurgia estetica più complessi e impegnativi, ma meno invasivi (Tabelle II e III) e rischiosi, anche in Italia si è resa indifferibile l'esigenza di mettere a punto delle linee guida esaustive e condivisibili su larga scala.

VALORE DELLE LINEE GUIDA

Vi è univocità di vedute sulla definizione delle linee guida come **raccomandazioni facoltative di comportamento clinico**, elaborate da specialisti del settore di provata esperienza nell'ambito di collaborazioni nelle società scientifiche di riferimento, che hanno dedicato alla specifica tematica diversi anni di lavoro, mediante un processo sistematico di revisione delle evidenze della letteratura scientifica nazionale e internazionale, allo scopo di aiutare i medici pratici nel decidere quali siano le modalità assistenziali più idonee in specifiche situazioni cliniche, nel nostro caso clinico-estetiche. In tale direzione è rivolto il programma e il progetto di implementazione delle linee guida del Ministero della Salute, attuato con il decreto ministeriale del 30 giugno 2004 (www.pnlg.it).

Quindi le linee guida da un lato costituiscono appropriati parametri di riferimento comportamentale teorico-pratico dell'attività sanitaria per il loro valore scientifico vagliato e universalmente

Problemi tecnici	Difficoltà lieve	Difficoltà moderata	Difficoltà elevata
Classe (ciascuna suddivisa in sottoclassi = a, b, c)	I	II	III
Acido glicolico			
50% (1° livello)	Ia		
70% (2° livello) pH > 1	Ib		
70% (2° livello) pH < 1	Ic		
Acido salicilico			
Soluzione idroetanolica 25-30%	Ib		
Pasta 50%		IIa	
Acido piruvico			
40 (1° livello)	Ic		
50-60% (2° livello)		IIa	
Soluzione Jessner			
Una applicazione (1° livello)	Ic		
Più applicazioni (2° livello)		IIIb	
Resorcina			
Pasta 30-40%	Ic		
Pasta 50%		IIIb	
TCA			
10-20% (1° livello)	Ic		
20-35% (2° livello)		IIc	
35-50% (3° livello)			IIIa
Fenolo			IIIc
Peeling potenziati valutabili da caso a caso, in classe mai inferiore rispetto al caustico principale Esempio: Acido glicolico 70% + acido kojico 10-20%			
	Ic		
Peeling composti valutabili da caso a caso, in classe superiore rispetto al caustico principale. Esempio: Jessner, singola applicazione + TCA 35%			
			IIIb
Criopel valutabili da caso a caso, secondo la durata del congelamento		da Ic a IIIa	

Tabella I. Classificazione dei peeling in base alla loro difficoltà intrinseca (Cirfera V., Labrini G.)

Peeling potenziato se altre sostanze sono aggiunte al caustico di base

Peeling composto se si utilizzano due o più agenti caustici in successione

Peeling combinato se si utilizzano due agenti caustici differenti su aree contigue

Procedure macroinvasive		Procedure microinvasive	
Mastoplastica additiva	329.000	Botox	3.800.000
Liposuzione	268.000	Peeling chimico	965.000
Rinoplastica	223.000	Acido ialuronico	754.000
Blefaroplastica	196.000	Depilazione laser	714.000
Addominoplastica	140.000	Microdermoabrasione	634.000

Tabella II. Prime 5 procedure estetiche nelle donne, anno 2006. Dati dell'American Society of Plastic Surgeons

Procedure macroinvasive		Procedure microinvasive	
Rinoplastica	85.000	Botox	284.000
Blefaroplastica	37.000	Microdermoabrasione	182.000
Liposuzione	35.000	Depilazione laser	173.000
Trapianto di capelli	20.000	Peeling chimico	98.000
Mastoplastica riduttiva	20.000	Laser skin resurfacing	32.000

Tabella III. Prime 5 procedure estetiche negli uomini, anno 2006. Dati dell'American Society of Plastic Surgeons

acclarato dalla comunità professionale di appartenenza, nell'ambito di eventi congressuali di rilievo, in pubblicazioni su riviste accreditate e siti web ufficiali; dall'altro non tutelano l'operatore da eventuali colpe qualora siano applicate pedissequamente, senza spirito o giudizio critico. In altri termini la decisione su appropriatezza e sicurezza dell'applicazione delle terapie raccomandate dalle linee guida restano responsabilità del medico, che deve valutare il contesto specifico in cui si inserisce ogni singolo caso. Quindi non hanno, almeno in Italia, valore legale nel senso stretto del termine, ossia non hanno rango di norma giuridica, ma solo valore scientifico.

Infine, l'adeguamento comportamentale sui principi delle linee guida non può essere costrittivo in quanto lede la libertà di espressione professionale secondo quanto previsto dalla normativa deontologica [6]; di contro la loro applicazione pratica può essere di aiuto diagnostico-terapeutico e fornire solidi e inoppugnabili elementi di riferimento scientifico per coloro che sono chiamati a dirimere eventuali situazioni di contenzioso legale [7], tenendo ben presente che una condotta operativa da esse difforme, svincolata da qualsiasi giustificazione razionale, potrebbe essere interpretata, a seconda dei casi, come negligenza se tale comportamento ponga in essere un danno ingiusto alla persona [8-11].

È recente [12] la pubblicazione del primo rapporto ministeriale sul "Protocollo sperimentale di monitoraggio degli eventi sentinella in sanità" secondo cui le cause principali di errore professionale prevenibile sono insite nella carente applicazione o totale assenza di appropriate procedure e linee guida. Quelle proposte in questo numero della rivista [13], sono state elaborate sulla scorta di quelle redatte dall'AAD (*American Academy of Dermatology*) condivise negli Stati Uniti [14] e rese pubbliche, in accordo con le indicazioni della BAD (*British Academy of Dermatology*), con revisione quinquennale delle stesse [15].



Figura 1. Applicazione di acido tricloroacetico al 35% su smagliature. (A) Smagliature post-gravidiche. (B) Complicanza ipercromica

■ BIBLIOGRAFIA

1. Cirfera V, Prete C. Commento medico-legale alla sentenza del TAR Lazio, sez. III quater, in Roma, Camera di Consiglio del 15 Febbraio 2006. *Dermakos* 2005; 5: 28-32
2. Disponibile su: <http://www.plasticsurgery.org/media/statistics/index.cfm>
3. Bennett ML, Henderson RL Jr. Introduction to cosmetic dermatology. *Curr Probl Dermatol* 2003; 15: 43-83
4. Kligman AM, Baker TJ, Gordon HL. Long-term histologic follow-up of phenol face peels. *Plast Reconstr Surg* 1985; 75: 652-9
5. Van Scott EJ, Yu RJ. Alpha hydroxy acids: procedures for use in clinical practice. *Cutis* 1989; 43: 222-8
6. Codice deontologico del medico 2006, art. 4 e 13
7. Guerriero G, Librini G, Landi FL, Cirfera V, Teofoli P. Peeling chimici: linee guida in atti del XXI Congresso Nazionale della Società Italiana di Dermatologia Chirurgica ed Oncologica (SIDCO). Venezia Lido, 26-29 aprile 2006
8. Woolf SH. Practice guidelines; a new reality in medicine. The impact on patient care. *Arch Intern Med* 1993; 153: 2646
9. Fiori A. Medicina Legale della responsabilità medica. Milano: Giuffrè, 1999
10. Pagni A. Procedure scientifiche e linee guida. Il Convegno FNOMCEO, Firenze 31 marzo - 1 aprile 1995
11. Boccardelli G. Istituto di Medicina Legale dell'Università di Roma "La Sapienza". La responsabilità professionale del medico per l'impiego delle "linee guida" o dei "protocolli" d'uso interno. *La stampa medica europea* 1999; 19: 25-32
12. Ministero della salute. Dipartimento della qualità. Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema. Ufficio III. Protocollo sperimentale di monitoraggio degli eventi sentinella. 1° rapporto settembre 2005-febbraio 2007
13. Disponibile su: http://www.dermatologialeale.it/news/images/ABSTRACT_PEELING_CHIMICI_linee_guida.pdf
14. Drake LA, Dinehart SM, Goltz RW, Graham GF, Hordinsky MK, Lewis CW et al. Guidelines of care for chemical peeling. Guidelines/Outcomes Committee: American Academy of Dermatology. *J Am Acad Dermatol* 1995; 33: 497-503
15. Griffiths CEM. The British Association of Dermatologists guidelines for the management of skin disease. *Br J Dermatol* 1999; 141: 396-7