



LA RESPONSABILITA' OMISSIVA DELL'ODONTOIATRA: Case report di Patologia Orale in ambito di R.C.



Manchisi M, Vescovi P*

*Dipartimento di Scienze Biomediche, Biotecnologiche e Traslazionali; Università degli Studi di Parma
European Master Degree in Oral Laser Applications (EMDOLA)
Master in Oral Surgery and Oral Pathology

CORRISPONDENZA: massimo.manchisi@libero.it

Introduzione

In ambito di Responsabilità Professionale Odontoiatrica, il danno al paziente può essere cagionato a seguito di una condotta colposa del sanitario, caratterizzata da atti di tipo **commissivo** od **omissivo**; dove nella prima tipologia si considera l'esecuzione errata da un punto di vista tecnico di un'azione (anche correttamente individuata), mentre nella seconda rientra la mancata esecuzione di una azione necessaria nel caso di specie.

Usualmente all'interno dell'attività odontoiatrica, la **responsabilità omissiva** si rileva prevalentemente nelle fasi diagnostiche, non solo durante lo studio del caso/inizio cure, ma anche nelle fasi di trattamento vere e proprie, ovvero in tutte quelle occasioni in cui l'errore non è commesso in senso attivo, ma viene omessa la condotta dovuta (l'atto clinico necessario) a seguito di mancata o difettosa diagnosi.¹

Descrizione del caso e Metodi



Figura 1



Figura 2

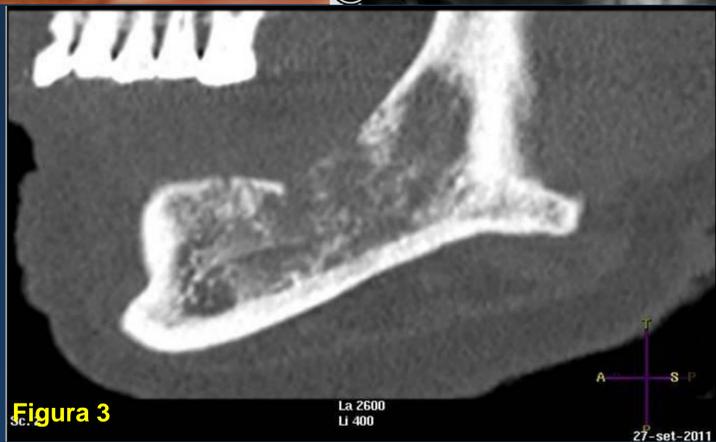


Figura 3

Esame Stato Anteriore 2003

2005



Figura 4

2008

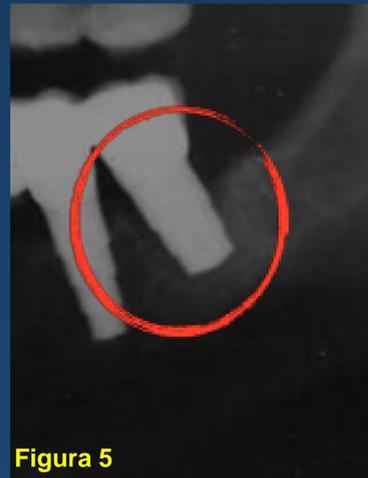


Figura 5



Figura 6

IN LETTERATURA: In termini di Evidence based, alcuni studi hanno recentemente documentato come il tempo medio che occorre ad un Ca. Squamocellulare delle regioni testa/collo per raddoppiare le proprie dimensioni sia compreso tra gli 87 e i 96 giorni. Più nello specifico per il CSI: "some authors ... speculated that the delay in correct diagnosis ranging from 2 weeks to 36 months (median: 4 months) was noted..."^{3 4}

Conclusioni

La condotta professionale del curante evidenzia pertanto un profilo di colpa generica per **negligenza** a seguito di **omesso approfondimento diagnostico**, di una condizione patologica presentata dal paziente, con l'emergenza successiva di un danno grave, nonché il significativo aumento di "rischio per la vita" per le potenziali caratteristiche di incurabilità della malattia neoplastica, **evolutesi per la mancata diagnosi**.

L'omesso riscontro e il conseguente ritardo nella terapia, come evidenziato nella consulenza del Patologo hanno comportato, un intervento terapeutico a maggiore aggressività con apprezzabili ripercussioni in termini di Invalidità Permanente/Temporanea e Morbilità. La difficoltà valutativa del caso, consiste nel distinguere il così detto **DANNO DIFFERENZIALE**, cioè l'aggravamento della patologia neoplastica, imputabile al ritardo diagnostico rispetto agli esiti che si sarebbero, comunque determinati in relazione alla patologia. In fine, gli aspetti patrimoniali del danno, relativi al così detto: "danno emergente" nella fattispecie in esame risultano, nel contesto globale, marginali.

Referenze

- 1) Norelli G A, Pinchi V. ODONTOLOGIA FORENSE Parte I. Ed. PICCIN 2011.
- 2) Vescovi P, Giovannacci I., Corradi D et al: Massive mandibular destruction and alveolar nerve infiltration without lower lip paraesthesia in primary intraosseous carcinoma: Report of two cases and critical appraisal of diagnostic criteria. Quintessence Int. 2015 Apr;46(4):329-38.
- 3) Huang JW, Luo HY, Li Q, Li TJ. Primary intraosseous squamous cell carcinoma of the jaws. Clinicopathologic presentation and prognostic factors. Arch Pathol Lab Med. 2009 Nov;133(11):1834-40. doi: 10.1043/1543-2165-133.11.1834
- 4) Waaijer A, Terhaard CHJ, Dehnad H, et al. Waiting times for radiotherapy: consequences of volume increase for TCP in oropharyngeal carcinoma. Radiother Oncol 2003; 66:271-276.

Un uomo di 83 anni, portatore di protesi mobile inferiore, viene riferito dal proprio odontoiatra curante, nel settembre 2011, al reparto di Patologia e Chirurgia Orale dell'Università degli Studi di Parma, a seguito di persistente sintomatologia dolorosa presente da circa 2 anni (ingravescente nel tempo), in area mandibolare posteriore sinistra.²

La **FIGURA 1** mostra la situazione clinica osservata dal Patologo Orale, la lesione in area trigono md sx veniva trattata dal curante come decubito protesico.

La **FIGURA 2** (OPT sett. 2011) il radiogramma richiesto e visionato dal curante, evidenzia un pattern irregolare, mix di radiotrasparenza e radiopacità in area 35-37.

ANAMNESI ODONTOSTOMATOLOGICA PROSSIMA: nel 2004 (7 aa prima), 2 impianti sono stati posizionati in area 36 e 37 dall'odontoiatra, nel 2007 viene rimosso l'impianto in posizione 37 e nel 2009 anche l'impianto in posizione 36, a seguito della diagnosi di perimplantite (effettuata dal curante).

La **FIGURA 3** il Patologo Orale richiede a seguito dell'osservazione clinica e raccolta anamnestica un'indagine RX di secondo livello del tipo TC, in cui si evidenzia area osteolitica radiotrasparente con perdita di corticale ossea in area md posteriore sx

DIAGNOSI e PROGNOSI: ottobre 2011 viene effettuato un prelievo biotico, verrà posta diagnosi di Ca Squamocellulare Intraosseo (**CSI**) il paziente verrà sottoposto ad emimandibulectomia e ricostruzione con lembo libero rivascularizzato (no protesizzazione), svuotamento linfonodale locoregionale bilaterale, radioterapia.

ESAME DELLA DOCUMENTAZIONE: Le operazioni peritali di CTP per il ricorrente vengono svolte con la consulenza di un esperto in patologia orale.

La **FIGURA 4** mostra lo stato *ex ante* del paziente prima dell'inserimento degli impianti

La **FIGURA 5** evidenzia le alterazioni radiologiche che portarono il curante alla diagnosi di perimplantite della *fixture* in posizione 37, rimosso nel 2007.

La **FIGURA 6** evidenzia le alterazioni radiologiche a distanza di ulteriori 2 aa sul 36.

SCHEDA DENTALE: "... gen 2009 rimozione 36, continua dolore, antibiotici ... 2009-2011 continua sintomatologia dolorosa, ext, antibiotici, FANS, realizzazione protesi inf ... decubiti non vanno in contro a guarigione ... 2011 peggiorano i decubiti ..."

CONSIDERAZIONI MEDICO-LEGALI:

In relazione al manifestarsi di una lesione oncologica è da valutarsi, a fronte di accurata analisi della documentazione, ove possibile, se un intervento precoce di carattere diagnostico, avrebbe potuto limitarne l'estensione e la gravità in termini di staging o quantomeno limitare la portata demolitiva dell'intervento. Premesso ciò, supportati dalle *evidences* in letteratura, dalla consulenza specialistica del Patologo e dalle raccomandazioni cliniche in merito alle procedure diagnostiche del cavo orale (OMS, SIPMO); si sottolinea come la fattispecie che si configura nel caso discusso, sia **l'incusabile ritardo nella richiesta di un accertamento di secondo livello** (TC, consulto specialistico, biopsia) **in presenza di sintomatologia dolorosa che non regrediva** dopo le iniziali terapie prima (rimozione impianti, estrazioni, antibiotici), e di ulcerazione (con esposizione ossea) poi, condizione diagnosticata in seguito come condizione neoplastica maligna.