

SPECIAL ARTICLE

La classificazione del rischio medico legale nelle prestazioni di medicina e chirurgia estetica

Antonino ARACO *

Medical Italian Defence Union (MIDU), Rome, Italy

*Corresponding author: Antonino Araco, Medical Italian Defence Union (MIDU), piazza dei Re di Roma 71, 00183 Rome, Italy.
E-mail: aracoantonino@gmail.com

RIASSUNTO

Nelle procedure di medicina estetica e negli interventi di chirurgia plastica estetica, gli esiti non sono sempre quelli previsti dal chirurgo e attesi dal paziente. Questa mancata corrispondenza, tra il risultato sperato e quello ottenuto, deriva dal verificarsi di eventi produttivi di “danno estetico”. Questi eventi possono derivare, o da un errore tecnico del professionista nell’esecuzione della procedura, o da una complicanza prevista e prevedibile ma non ulteriormente evitabile dalla buona arte medica. Dal punto di vista giuridico si aprono due questioni: il medico è civilmente responsabile per il danno estetico che si verifica in conseguenza di una complicanza prevista e prevedibile, conosciuta ed accettata dal paziente e non ulteriormente evitabile dalla buona arte medica? E ci sono strumenti medici o giuridici per distinguere un danno estetico conseguente ad un errore tecnico, da quello conseguente a una complicanza medico chirurgica prevista e prevedibile e non ulteriormente evitabile? Riguardo al primo punto, è noto che anche quando una procedura di medicina e chirurgia estetica è eseguita a “regola d’arte”, si possano verificare un certo numero di eventi, previsti e prevedibili, e non ulteriormente evitabili, ai quali si dà il nome di “complicanze”, in quanto legati alla suscettibilità di uno specifico paziente a svilupparle. In ambito giuridico e medico legale si dà per assodato che, nel caso in cui si verifichi una complicanza non ulteriormente evitabile dalla buona pratica medica, già conosciuta e accettata dal paziente con specifico consenso informato, il medico non possa essere rimproverato del danno estetico conseguente e il paziente sopporti tutte le conseguenze del danno patrimoniale e biologico patito. È riguardo al secondo punto che si aprono due questioni medico giuridiche: chi può stabilire se un evento produttivo di danno estetico sia una complicanza chirurgica o sia la conseguenza della colpa medica. Ci sono strumenti giuridici o medico scientifici per discernere i danni derivati da complicanze dai danni derivanti da colpa medica? Per meglio definire gli eventi di danno che conseguono a procedure di medicina e chirurgia estetica, ho personalmente analizzato e classificato, in tre distinte categorie di rischio medico legale questi eventi. Pertanto, il verificarsi di alcuni di questi eventi farà presumere la “complicanza medica”, mentre il verificarsi di altri, faranno presumere l’evento colposo. Queste tre categorie di rischio medico-legale hanno un valore esclusivo in ambito giuridico civile e quindi non hanno applicazione pratica in ambito giuridico penale.

ABSTRACT

CLASSIFICATION OF MEDICOLEGAL RISK IN AESTHETIC MEDICINE AND PLASTIC SURGERY

In aesthetic medicine and in aesthetic plastic surgery, the outcomes are not always those expected by the surgeon and by the patient. This mismatch, between the expected and obtained result, may arise from the occurrence of damaging events. These events may result, either from a professional technical error, or from an expected and predictable complication which is not further preventable from good medical art. From the juridical point of view, two questions arise: is the doctor responsible for any aesthetic damage that occurs as a consequence of an expected and predictable complication, which was also known and accepted by the patient and not further preventable by good medical art?, and is there any medical or legal instruments to distinguish an aesthetic damage resulting from a technical error, from that resulting from any complication? With regard to the first point, it is known that even when a procedure of medicine and cosmetic surgery is performed to “rule of art,” a certain number of events can occur, foreseen and foreseeable, and not further preventable, which leads to the term “complications,” as related to the susceptibility of a specific patient to develop them. Among forensic medicine, if a complication occurs, the doctor cannot be blamed for the patient’s aesthetic damage. Regarding the second point, two juridical medical questions are open: Who can determine whether an event productive of aesthetic damage arise from a medical complication or is the consequence of medical misconduct. Are there any legal or medical scientific instruments to discern damages resulting from complications from damages resulting from medical fault? In order to better define the matter, I have personally analyzed and classified, in three distinct categories of legal medical

risk, these events. Therefore, the occurrence of some of these events will presume the “medical complication,” while the occurrence of others will make presume the culpable event. These three categories of medico-legal risk have an exclusive value in the civil juridical field and therefore have no practical application in the criminal legal field.

(Cite this article as: Araco A. La classificazione del rischio medico legale nelle prestazioni di medicina e chirurgia estetica. *Minerva Medicoleg* 2018;138:12-7. DOI: 10.23736/S0026-4849.18.01773-X)

KEY WORDS: Legal liability - Malpractice - Defensive medicine - Risk management.

Nelle procedure di medicina estetica e negli interventi di chirurgia plastica estetica, gli esiti non sono sempre quelli previsti dal chirurgo e attesi dal paziente. Questa mancata corrispondenza, tra il risultato sperato e quello ottenuto, deriva dal verificarsi di eventi produttivi di “danno estetico”.¹ Questi eventi possono derivare o da un errore tecnico del professionista nell’esecuzione della procedura, o da una complicanza prevista e prevedibile ma non ulteriormente evitabile dalla buona arte medica.² Dal punto di vista giuridico si aprono due questioni:

- il medico è civilmente responsabile per il danno estetico che si verifica in conseguenza di una complicanza prevista e prevedibile, conosciuta e accettata dal paziente e non ulteriormente evitabile dalla buona arte medica?³
- ci sono strumenti medici o giuridici per distinguere un danno estetico conseguente ad un errore tecnico, da quello conseguente a una complicanza medico chirurgica prevista e prevedibile e non ulteriormente evitabile?⁴

Riguardo al primo punto, è noto che anche quando una procedura di medicina e chirurgia estetica è eseguita a “regola d’arte”, si possano verificare un certo numero di eventi, previsti e prevedibili, e non ulteriormente evitabili, ai quali si dà il nome di “complicanze”, in quanto legati alla suscettibilità di uno specifico paziente a svilupparle.⁵

In ambito giuridico e medico legale è dato per assodato che, nel caso in cui si verifichi una complicanza, non ulteriormente evitabile dalla buona pratica medica, già conosciuta ed accettata dal paziente con specifico consenso informato, il medico non può essere rimproverato del danno estetico conseguente e il paziente sopporta tutte le conseguenze del danno patrimoniale e biologico patito.^{6, 7}

È riguardo al secondo punto che si aprono due questioni medico giuridiche:

- chi può stabilire se un evento produttivo di

danno estetico sia una complicanza chirurgica o sia la conseguenza della colpa medica?^{8, 9}

- ci sono strumenti giuridici o medico scientifici per discernere i danni derivati da complicanze dai danni derivanti da colpa medica?^{10, 11}

Nel diritto civile, l’ago della bilancia deve necessariamente pendere o dal lato della “colpa medica” o in quello della “complicanza”, in base ad un bilancio di probabilità.

La confusione nasce dal fatto che la comunità scientifica indica con il termine “complicanza”, sia l’evento produttivo di danno estetico che può complicare la prestazione medica eseguita a “regola d’arte”, sia l’evento produttivo di danno estetico, conseguente alla colpa medica.^{12, 13} Nell’esperienza medico giuridica, si verifica che, per alcuni eventi produttivi di danno estetico, il medico può dimostrare più facilmente che si tratti di una tipica complicanza, quindi indipendente dall’esecuzione della sua prestazione.^{14, 15} Viceversa, per altri eventi, sarà più difficile, se non impossibile per il medico dimostrare che non siano derivati da una sua colpa. Ciò accade perché gli eventi in questione, spesso producono lo stesso tipo di danno estetico sia che derivino da una complicanza, sia che derivino da una prestazione medica colposa.^{16, 17}

Per meglio specificare il punto, se ci fosse un consensus medico scientifico per il quale, ogni volta che si verifichi un determinato evento produttivo di danno biologico (per es. un ematoma), si presume che questo sia la sola conseguenza della suscettibilità individuale di quel paziente a svilupparlo e che quindi quell’evento non sia derivato da una prestazione medica colposa, non si solleverebbero questioni medico giuridiche.^{18, 19} Purtroppo, manca un tale consensus medico scientifico e la maggior parte degli eventi che producono un danno estetico al paziente in seguito ad una prestazione medica a finalità estetica, potrebbero sia derivare da una prestazione

professionale colposa, sia da una complicanza intesa come evento previsto e prevedibile e non ulteriormente evitabile dalla buona pratica medica.

Quindi, quando in ambito medico giuridico si parla di “complicanza medica”, ci si dovrebbe sempre ed esclusivamente riferire a “*eventi produttivi di danno biologico (estetico) previsti e prevedibili, conosciuti ed accettati dal paziente e non ulteriormente evitabili dalla buona pratica medica*” e il cui verificarsi esclude apriori una colpa medica.^{20, 21}

Ad oggi, nella pratica medico giuridica gli eventi che caratterizzano le complicanze da quelli che caratterizzano e specificano la condotta colposa sono indefiniti e pertanto ogni qualvolta si verifica un evento che produce un danno estetico al paziente, occorrerà verificare che, nel caso concreto, il professionista abbia posto in essere una prestazione medica diligente e che quell’evento produttivo di danno biologico si sia verificato in conseguenza della suscettibilità di quello specifico paziente.

Ancora, occorrerà verificare che il professionista nell’esecuzione della prestazione abbia rispettato le linee guida indicate dalle società scientifiche di riferimento o che si sia attenuto alle buone pratiche clinico-assistenziali.²²⁻²⁴

Per meglio definire gli eventi di danno che conseguono a procedure di medicina e chirurgia estetica, questi eventi sono stati analizzati e classificati in tre distinte categorie di rischio medico legale. Pertanto, il verificarsi di alcuni di questi eventi farà presumere la “complicanza medica”, mentre il verificarsi di altri, faranno presumere l’evento colposo. Queste tre categorie di rischio medico-legale hanno un valore esclusivo in ambito giuridico civile e quindi non hanno applicazione pratica in ambito giuridico penale.

La prima categoria di rischio (Tabella I) comprende quegli eventi produttivi di danno estetico in cui, se il medico dimostra di aver eseguito la procedura chirurgica “a regola d’arte”, non potrà essere rimproverato per le conseguenze patrimoniali e biologiche patite dal paziente in quanto la probabilità che l’evento di danno biologico (estetico) sia la conseguenza di una complicanza medica è maggiore della probabilità che quell’evento derivi da una sua condotta colposa.

Le regole dell’arte medica presuppongono che il medico abbia attuato tutti gli accorgimenti tecnici di gestione del paziente prima dell’intervento (per esempio nell’individuazione ed eliminazione dei potenziali fattori di rischio associati e nella corretta informazione al paziente circa i

TABELLA I. — *Prima categoria di rischio medico legale.*

<i>Chirurgia del seno</i>		
Mastoplastica additiva		Mastopessi semplice/con protesi/riduzione
Infezione superficiale della ferita		Infezione superficiale della ferita
Infezione della protesi (responsabilità della struttura medica)		Infezione profonda della ferita/protesi (responsabilità della struttura medica)
Sindrome di Mondor		Sindrome di Mondor
Contrattura capsulare		Contrattura capsulare
Cicatrice patologica (ipertrofica/cheloide)		Cicatrice patologica (ipertrofica/cheloide)
Trombosi venosa e tromboembolia polmonare		Trombosi venosa e tromboembolia polmonare
<i>Chirurgia del corpo</i>		
Addominoplastica	Liposuzione/lipofilling	Lifting braccia/cosce
Infezione superficiale della ferita	Infezione superficiale della ferita	Infezione superficiale della ferita
Infezione profonda della ferita	Infezione profonda della ferita	Infezione profonda della ferita
Cicatrice patologica (ipertrofica/cheloide)	Mancato attecchimento del grasso trapiantato	Cicatrice patologica (ipertrofica/cheloide)
Trombosi venosa e tromboembolia polmonare	Cicatrice patologica (ipertrofica/cheloide)	Trombosi venosa e tromboembolia polmonare
Sieroma	Trombosi venosa e tromboembolia polmonare	
<i>Chirurgia del volto</i>		
Rinoplastica	Lifting del volto	Blefaroplastica
Infezione	Infezione superficiale della ferita	Infezione superficiale della ferita
Cicatrice patologica (ipertrofica/cheloide)	Infezione profonda della ferita	Infezione profonda della ferita
Trombosi venosa e tromboembolia polmonare	Cicatrice patologica (ipertrofica/cheloide)	Cicatrice patologica (ipertrofica/cheloide)
	Trombosi venosa e tromboembolia polmonare	Trombosi venosa e tromboembolia polmonare

rischi potenziali dell'intervento e le possibili alternative terapeutiche) e dopo l'intervento (diagnosi e gestione della complicità).

Per fare un esempio di evento produttivo di danno biologico (estetico) che rientra nella prima categoria di rischio, prendiamo ad esempio il sieroma (accumulo di liquido sieroso tra la pelle e la fascia muscolare) che complica il 3-5% dei pazienti privi di fattori di rischio associati (come per esempio l'obesità, il fumo di sigaretta ecc.), che si sottopongono all'intervento chirurgico di addominoplastica. Queste percentuali di accadimento dell'evento sieroma, presuppongono una prestazione chirurgica diligente, che prevede anche una serie di accorgimenti tecnici e di gestione del rischio. Per esempio, nel rispetto delle linee guida internazionali e della buona pratica medica, il chirurgo utilizza dei punti di sutura progressivi tra il lembo addominale e la fascia muscolare (progressive tension sutures), inserisce tubi di drenaggio, applica una guaina compressiva per un adeguato periodo di tempo e consiglia il riposo a letto per almeno due settimane, ecc. Se queste condizioni sono rispettate, al professionista non potrà essere rimproverata una condotta colposa nel caso in cui l'evento sieroma si verifica. Infatti, la probabilità che l'evento produttivo di danno estetico sia derivato da una complicità intesa come evento previsto e prevedibile e non ulteriormente evitabile dalla prestazione eseguita a "regola d'arte" è maggiore della probabilità che il chirurgo abbia avuto una condotta colposa.

La seconda categoria di rischio (Tabella II) comprende quegli eventi produttivi di danno biologico (estetico) in cui il professionista, per

evitare di essere rimproverato di condotta colposa, non solo deve dimostrare di aver eseguito la procedura chirurgica "a regola d'arte", ma deve anche dimostrare che quell'evento produttivo di danno estetico, sia la conseguenza di un evento previsto e prevedibile e non ulteriormente evitabile che si è appunto verificato in conseguenza della suscettibilità individuale del paziente o per la condotta colposa dello stesso (per esempio, il non aver rispettato l'assunzione della terapia medica postoperatoria prescritta, oppure il non essersi presentato ai controlli).

Un tipico esempio della seconda categoria di rischio medico legale è l'emorragia (ematoma) post-operatoria (12-24 ore) che complica l'1% degli interventi di mastoplastica additiva con tecnica sotto-muscolare parziale (*dual plane*). Infatti, nella preparazione chirurgica della tasca sotto-muscolare in cui viene alloggiata la protesi mammaria, il chirurgo diligente seziona alcune fibre del muscolo grande pettorale, prestando particolare attenzione all'individuazione ed alla chiusura dei vasi sanguigni pervi.

Quando si verifica l'evento emorragia, occorrerà stabilire se questa sia la conseguenza di un evento imprevisto e imprevedibile (complicità), come ad esempio un aumento improvviso della pressione sanguigna o possa essere stato favorito da una condotta colposa della stessa paziente, come per esempio un procurato trauma. Occorrerà altresì stabilire se l'evento di danno sia la conseguenza di una condotta professionale colposa che per esempio potrebbe non aver visto il vaso sanguigno pervio, oppure dopo averlo visto potrebbe non averlo diligentemente coagulato. Pertanto, per gli eventi produttivi di danno

TABELLA II. — *Seconda categoria di rischio medico legale.*

<i>Chirurgia del seno</i>			
Mastoplastica additiva		Mastopessi semplice/con protesi/riduzione	
Ematoma		Ematoma	
Seroma		Seroma	
Esposizione della protesi		Esposizione della protesi	
Perdita di sensibilità ed erettibilità (da accesso solco sottomammario)		Perdita di sensibilità ed erettibilità	
<i>Chirurgia del corpo</i>			
Addominoplastica	Liposuzione/lipofilling	Lifting braccia/cosce	
Ematoma	Ematoma	Ematoma	
<i>Chirurgia del volto</i>			
Rinoplastica	Lifting del volto	Blefaroplastica	Otoplastica
Ematoma	Ematoma	Ematoma	Ematoma

TABELLA III. — Terza categoria di rischio medico legale.

<i>Chirurgia del seno</i>			
Mastoplastica additiva		Mastopessi semplice/con protesi/riduzione	
Asimmetria (Posizione e volume)		Asimmetria di forma e di volume dei seni	
Perdita di sensibilità ed erettilità (da accesso periareolare)		Asimmetria posizione/forma/dimensione areole	
Ptosì mammaria secondaria		Perdita di sensibilità ed erettilità	
Utilizzo di Macrolane		Ptosì mammaria recidiva	
		Necrosi areolare	
<i>Chirurgia del corpo</i>			
Addominoplastica	Liposuzione/Lipofilling		Lifting braccia/cosce
Asimmetria di forma	Pieghe della pelle		Necrosi della pelle
Asimmetria di posizione delle cicatrici	Avvallamenti e irregolarità del contorno		Asimmetria di forma e di volume
Asimmetria posizione/forma ombelico	Solchi e depressioni della pelle		Ptosì cutanea recidiva
Necrosi cutanea	Asimmetria di forma e di volume		
Necrosi ombelicale	Lassità cutanea residua		
Ernia ombelicale secondaria	Laser medicali		
<i>Chirurgia del volto</i>			
Rinoplastica	Lifting del volto	Blefaroplastica	Otoplastica
Depressione del dorso del naso	Asimmetria	Sclera show	Recidiva dell'orecchio ad ansa
Creazione di sportello osseo	Necrosi cutanea	Ectropion	Necrosi cutanea
Deviazione assiale iatrogena	Depigmentazione cutanea	Ematoma retrobulbare	Asimmetria di forma orecchie
Alterazioni valvola nasale int./est.	Depressioni e alterazioni dell'ovale	Asimmetria di forma dell'occhio	Asimmetria di posizione orecchie
Insellamento della punta	Ptosì cutanea recidiva	Asimmetria di forma delle palpebre	
Gibbo residuo	Laser medicali	Asimmetria posizione cicatrici	

biologico (estetico) che rientrano nella seconda categoria di rischio medico legale, sarà più difficile per il professionista dimostrare di non aver attuato una condotta colposa e che l'evento di danno si è verificato in seguito a una complicità. Nel bilancio delle probabilità, l'ago della bilancia cade più frequentemente nel lato della colpa medica.

La terza categoria di rischio medico-legale (Tabella III) comprende una serie di eventi di danno che presumono la colpa medica. Questo significa che al verificarsi dell'evento, il medico è presunto negligente e che quell'evento si è pertanto verificato a causa di una sua prestazione colposa. Questa categoria di rischio è la più sfavorevole al professionista medico e la presunzione di colpa in questione è una presunzione civilistica di tipo relativo (la cosiddetta *iuris tantum*), che ammette cioè la prova contraria (la cosiddetta prova diabolica).

Il medico è pertanto ammesso a provare che l'evento di danno biologico (estetico) si è verificato per un fatto imprevisto e imprevedibile o per un fatto eccezionale, anche con il concorso colposo del paziente.

Per fare un esempio, rientrano in questa cate-

goria di rischio i danni estetici al volto dopo un intervento di lifting cervico-facciale che si manifestano con marcata asimmetria destro-sinistra o che producono necrosi alla pelle. Sempre nella stessa categoria rientrano i danni estetici derivanti dall'utilizzo di laser medicali (ad esempio, ustioni sulla pelle). Infatti, nell'esecuzione a regola d'arte del lifting chirurgico del volto, il lembo di pelle scollato, deve avere uno spessore tale da non risultare troppo sottile, per evitare la sofferenza vascolare, la depigmentazione ecc., né risultare troppo spesso, per evitare la lesione ai nervi sottostanti. Inoltre, la trazione che deve essere esercitata sul lembo di pelle scollato, non deve essere troppo energica per evitare la sofferenza vascolare né troppo debole per evitare una ipo-correzione del difetto estetico. Infine, la trazione esercitata dal lembo di pelle di destra e di sinistra deve essere uguale per garantire la simmetria del volto (Tabella IV).

Qualora, in conseguenza di un intervento chirurgico di lifting del volto, si verifichi un danno alla pelle o un'asimmetria (i cosiddetti danni estetici), si presume che il professionista abbia eseguito una prestazione medica colposa, poiché questi danni estetici patiti dal paziente, risultano

TABELLA IV. — *Rischio nelle prestazioni di medicina estetica e laser.*

Medicina estetica e laser: volto e corpo	
Prima categoria	
Seconda categoria	Fili di trazione Filler riassorbibili
Terza categoria	Complicanze da tossina botulinica (asimmetria, ptosi palpebrale) Filler non riassorbibili (asimmetria, infezione) Peeling chimici medio profondi Laser a diodo Laser Neodimio Yag Laser co2 frazionato ed erbium Laser Q-switched Laser Ktp Ipl Cavitazione-criolipolisi Radiofrequenza Ultrasuoni microfocalizzati Altri laser medicali

essere le conseguenze tipiche di manovre chirurgiche errate.

Il professionista è ammesso a provare che il danno biologico patito dal paziente, per esempio la necrosi della pelle piuttosto che l'asimmetria del volto, siano derivati da eventi imprevedibili o addirittura eccezionali, anche per il concorso colposo del paziente. Questa prova è detta "prova diabolica" poiché è di difficile dimostrazione.

References

- Gómez-Durán EL, Martín-Fumadó C, Benet-Travé J, Arimany-Manso J. Malpractice risk at the physician level: claim-prone physicians. *J Forensic Leg Med* 2018;58:152-4.
- Boyll P, Kang P, Mahabir R, Bernard RW. Variables That Impact Medical Malpractice Claims Involving Plastic Surgeons in the United States. *Aesthet Surg J* 2018;38:785-92.
- Park BY, Kwon JW, Kang SR, Hong SE. Analysis of Malpractice Claims Associated with Surgical Site Infection in the Field of Plastic Surgery. *J Korean Med Sci* 2016;31:1963-8.
- Hultman CS, Gwyther R, Saou MA, Pichert JW, Catron TF, Cooper WO, *et al.* Stuck in a moment: an ex ante analysis of patient complaints in plastic surgery, used to predict malpractice risk profiles, from a large cohort of physicians in the patient advocacy reporting system. *Ann Plast Surg* 2015;74(Suppl 4):S241-6.

- Vila-Nova da Silva DB, Nahas FX, Ferreira LM. Factors influencing judicial decisions on medical disputes in plastic surgery. *Aesthet Surg J* 2015;35:477-83.
- Bramhall RJ, Timmons MJ. NHS negligence claims: lessons for plastic surgeons from the NHS Litigation Authority. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2014;67:134-5.
- Paik AM, Mady LJ, Sood A, Eloy JA, Lee ES. A look inside the courtroom: an analysis of 292 cosmetic breast surgery medical malpractice cases. *Aesthet Surg J* 2014;34:79-86.
- Paik AM, Mady LJ, Sood A, Lee ES. Beyond the operating room: a look at legal liability in body contouring procedures. *Aesthet Surg J* 2014;34:106-13.
- Patel AJ, Morrison CM. Opportunities to reduce plastic surgery claims through an analysis of complaints data. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2013;66:455-9.
- Morgan JL, Vijh R. Trends in malpractice litigation in relation to the delivery of breast care in the National Health Service. *Breast* 2013;22:964-7.
- Jalian HR, Jalian CA, Avram MM. Common causes of injury and legal action in laser surgery. *JAMA Dermatol* 2013;149:188-93.
- Dyer C. Clinical negligence claims against plastic surgeons rise "significantly". *BMJ* 2012;344:e298.
- Metzner J, Kent CD. Ambulatory surgery: is the liability risk lower? *Curr Opin Anaesthesiol* 2012;25:654-8.
- Richards E, Vijh R. Analysis of malpractice claims in breast care for poor cosmetic outcome. *Breast* 2011;20:225-8.
- Gogos AJ, Clark RB, Bismark MM, Gruen RL, Studdert DM. When informed consent goes poorly: a descriptive study of medical negligence claims and patient complaints. *Med J Aust* 2011;195:340-4.
- Razmpa E, Saedi B, Safavi A, Shahsavari E, Arvin Sazgar A, Massihi F, *et al.* Litigation after nasal plastic surgery. *Iran J Otorhinolaryngol* 2011;23:119-26.
- Kaplan JL, Hammert WC, Zin JE. Lawsuits against plastic surgeons: does locale affect incidence of claims? *Can J Plast Surg* 2007;15:155-7.
- Mavroforou A, Giannoukas A, Michalodimitrakis E. Medical litigation in cosmetic plastic surgery. *Med Law* 2004;23:479-88.
- Gorney M. Claims prevention for the aesthetic surgeon: preparing for the less-than-perfect outcome. *Facial Plast Surg* 2002;18:135-42.
- Austad ED. Breast implant-related silicone granulomas: the literature and the litigation. *Plast Reconstr Surg* 2002;109:1724-30, discussion 1731-2.
- Meningaud JP, Servant JM, Herve C, Bertrand JC. Ethics and aims of cosmetic surgery: a contribution from an analysis of claims after minor damage. *Med Law* 2000;19:237-52.
- Gorney M. Plastic surgery pitfalls. *Clin Plast Surg* 1999;26:149-59, ix.
- Gorney M, Martello J. The genesis of plastic surgeon claims. A review of recurring problems. *Clin Plast Surg* 1999;26:123-31, ix.
- Adamson TE, Baldwin DC Jr, Sheehan TJ, Oppenberg AA. Characteristics of surgeons with high and low malpractice claims rates. *West J Med* 1997;166:37-44.

Conflicts of interest.—The authors certify that there is no conflict of interest with any financial organization regarding the material discussed in the manuscript.

Manuscript accepted: October 5, 2018. - Manuscript received: September 2, 2018.