

LA SINDROME CISTICA-ESOFAGEA. IL SEGNO DI PRATESI.

A cura di Sergio Stagnaro

(Questo articolo è pubblicato anche nella mia rubrica, *Semeiotica Biofisica*, nel sito www.katamed.it, <http://www.katamed.it/notizia.asp?ID=5410&Lingua=IT&idcat=999&txtRub=0> e riassunto in Medscape, <http://boards.medscape.com/forums?10@46.90Qba4H9b76^2@.ee99d1d>)

Introduzione.....	1
Diagnosi semeiotico-biofisica della ciste e pseudo-ciste pancreatica.....	1
Sindrome cistica-esofagea. Il segno di Pratesi.....	3
Conclusione.....	4

Introduzione.

La **ciste del pancreas**, tutt'altro che rara, decorre generalmente in forma *asintomatica* e la sua diagnosi è posta soltanto sulla base dei dati delle indagini strumentali, più frequentemente mediante l'ecografia, come avviene per le **cisti dei reni e del fegato**, molto spesso casualmente.

Il fatto è evidentemente correlato con la povertà dei dati offerti al letto del malato dalla semeiotica tradizionale, ortodossa, accademica, che non consente di riconoscere queste malformazioni, ancorchè di discrete dimensioni.

Oggi, finalmente, la diagnosi di **ciste** è "clinica", indipendentemente dalla sua sede e dalle sue dimensioni, ed è fondata sulla *sindrome semeiotico-biofisica cistica* (V. Glossario nel sito citato), di facile, rapido ed affidabile riconoscimento *bed-side* con l'aiuto della **Semeiotica Biofisica**, che permette anche di valutare "quantitativamente" la malformazione, consentendo di realizzare un obiettivo monitoraggio della lesione.

Per la prima volta, nel lavoro è descritta una **nuova sindrome**, rappresentata dall'associazione della **ciste pancreatica e/o renale e/o epatica** (assai meno frequente la **ciste prostatica**) con l'**ernia jatale da scivolamento**, causata dai riflessi esofagei (contrazione delle fibre spiraliformi esofagee) da *in-puts* nervosi originati nei *trigger-points* cistici) in individui positivi per l'Istangiopatia Congenita Acidotica Enzimo-Metabolica (6-8) (V. il sito citato), che suggerisco di definire questa patologia **sindrome cistica-esofagea**.

Diagnosi semeiotico-biofisica della ciste e pseudo-ciste pancreatica.

L'*iter* diagnostico semeiotico-biofisico della **ciste e della pseudo-ciste pancreatica** (Tab. 1) inizia con la percussione ascoltata del pancreas sia per via anteriore sia per via posteriore, che permette al medico di valutare forma e dimensioni della ghiandola (Figg.1, 2) (1-3).

Per ulteriori informazioni sulla tecnica percusso-ascoltatoria del pancreas: V. nel sito www.semeioticabiofisica.it, Pagina Tecnica 4.

La prima via è molto pratica e, quindi, consigliabile: essa consente ugualmente di evidenziare a livello della testa, del corpo e, più raramente, della coda una tumefazione rotondeggiante di dimensioni generalmente variabili da 1 a 5-6 cm., dove il suono di percussione è meno ipofonotico di quello della rimanente ghiandola.

Ricordo che **cisti pancreatiche** di dimensioni ≤ 1 cm. sfuggono all'indagine ecotomografica, ma non a quella semeiotico-biofisica.

Al fine di apprendere una sicura conoscenza della percussione ascoltata del pancreas, è bene che innanzitutto si delimiti il contorno pancreatico di base, a riposo, e successivamente si proceda con una seconda valutazione, eseguita dopo **10 sec. circa** dall'inizio della pressione digitale "intensa" sopra la fossa iliaca destra (= pressione manuale "intensa" applicata sopra la proiezione cutanea del cieco), causa del *riflesso cieco-coledocico* (= spasmo dello sfintere di Oddi e di Wirschung, dilatazione del coledoco e della colecisti, mentre contemporaneamente i diametri pancreatici aumentano in modo statisticamente significativo).

Questa manovra rende molto più agevole la delimitazione della ghiandola, quando al medico manca la sufficiente esperienza con la nuova semeiotica fisica.

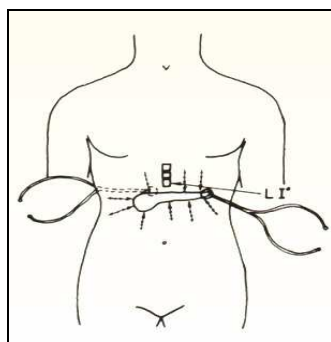


Fig.1

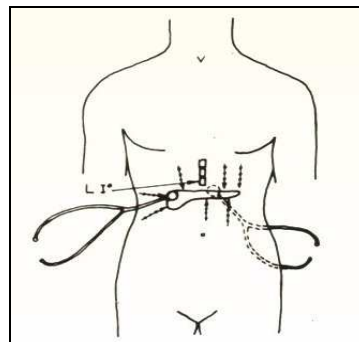


Fig. 2

In caso di **ciste pancreatiche** (o altra lesione cistica dell'apparato digerente), il "*test della defecazione simulata*" (V. nel sito Glossario), aspecifico, successivamente impiegato, provoca la **sindrome cistica** (= riflesso gastrico aspecifico, sollevamento dell'angolo di His e dilatazione ureterale "in toto", valutata come proiezione cutanea, ≥ 2 cm.), nettamente più intensa di quella che si osserva nella **pancreatite acuta**: il segno, *patologico*, è certamente *aspecifico*, ma utile come orientamento del successivo processo diagnostico.

Infatti, questo dato, di essenziale importanza, corrobora ulteriormente la diagnosi di **cisti pancreatiche**, generalmente non accompagnata dal terreno oncologico, che quando presente è in genere di "lieve" intensità, nè dalla SISRI "completa", ricercata anche con gli *stress test: test del pugile, dell'apnea, del picco acuto insulinico, manovra di Restano*, ecc.

ITER DIAGNOSTICO NELLA CISTE PANCREATICA

PERCUSSIONE ASCOLTATA DEL PANCREAS (VIA ANTERIORE E POSTERIORE)

TEST DELLA DEFECAZIONE SIMULATA (SINDROME CISTICA)

MANOVRE DI DECONGESTIONE SPLANCNICA

RIFLESSO CIECALE-COLEDOCICO (ODDI CHIUSO E DILATAZIONE DEL WIRSCHUNG)

RIFLESSO PANCREATICO-GASTRICO ASPECIFICO

RIFLESSO PANCREATICO-URETERALE "IN TOTO"

RIFLESSO PANCREATICO ESOFAGEO

RIFLESSO PANCREATICO-CIECALE

ASSENTI I SEGNI DI FLOGOCI (SISRI, SINTESI ANTICORPALE ACUTA, PROTEINE FASE ACUTA)

TERRENO ONCOLOGICO GENERALMENTE ASSENTE

VASOMOTION E VASOMOTILITY (DISATTIVAZIONE MICROCIRCOLATORIA DELLA PARETE DELLA CISTI: **SEGNO DI PRATESI**)

Tab.1

L'indagine prosegue con l'applicazione di manovre finalizzate alla *decongestione splancnica*, in modo da provocare la decongestione anche del pancreas, con conseguente stimolazione dei recettori cistici e, quindi, la comparsa della **sindrome cistica** durante i **primi 5 sec.** a partire dall'inizio di una delle seguenti manovre semeiotico-biofisiche: *test del pugile, test dell'apnea, manovra di Restano, test della secrezione di melatonina*, che rappresenta uno dei numerosi metodici per riconoscere il Terreno Oncologico (V. nel sito): il soggetto da esaminare chiude gli occhi e li copre con il palmo di una mano. Notoriamente la mancata stimolazione retinica provoca liberazione di melatonina, che direttamente, ed indirettamente tramite la SST, causa la decongestione "periodica" del territorio splancnico **fisiologicamente per un periodo di 30 sec.**, escludendo in tale modo l'esistenza del **Terreno Oncologico (in cui la durata è < 30 sec., in rapporto all'entità dell'alterazione del sistema psico-neuro-endocrino-immunitario, alla base del Terreno Oncologico.**

In realtà, in queste condizioni sperimentali, nel sano, il pancreas, la milza e i reni risultano decongestionati per **30 sec.**, mentre il fegato ovviamente appare ingrandito per congestione per la stessa durata. Si tratta ancora di manovre *aspecifiche*, che tuttavia indirizzano l'attenzione del medico sulla diagnosi di "cisti" nell'apparato digerente se compare la **triade cistica**.

Sindrome cistica-esofagea. Il segno di Pratesi.

A questo punto, sospettata rapidamente la presenza di una (o più) **ciste pancreatica**, il medico ricerca altri riflessi *specifici*, che provocano la *sindrome cistica*, secondaria alla stimolazione dei *trigger-points pancreatici*, valutandoli come sempre in modo accurato:

a) riflesso ciecale-coledocico con spasmo dello sfintere di Oddi e dilatazione a monte sia delle vie biliari, che pancreatiche (Wirschung), in grado di evidenziare **cisti epatiche e/o pancreatiche**, quando compare la *sindrome cistica* dopo un tempo di latenza di 10 sec.; appare interessante ai fini diagnostico-differenziale sapere che durante le manovre di decongestione splancnica, in caso di **ciste epatica**, la *sindrome cistica* compare dopo **10 sec.** dall'inizio delle varie manovre (versus **5 sec.** in caso di **ciste pancreatica e/o renale**).

b) durante la pressione digitale "mirata" sul pancreas sede della ciste, compaiono il riflesso pancreatico-gastrico aspecifico, -ureterale "in toto" ed esofageo o *sindrome cistica*. Questi riflessi hanno un valore anche "quantitativo", nel senso che la loro intensità è correlata con le dimensioni

della malformazione cistica sottostante. Ne consegue che è facile sia delimitare esattamente i margini della lesione, sia monitorare nel tempo le variazioni eventuali del volume cistico;

c) Il riflesso pancreatico-ciecale mostra valori parametrici della stessa entità e significato di quello gastrico aspecifico, a dimostrazione della coerenza interna ed esterna della teoria semeiotico-biofisica.

I *segni microangiologici clinici* della **ciste pancreatica**, per quanto aspecifici e comuni a quelli di malformazioni di identica natura localizzate in altri sistemi biologici, svolgono un ruolo fondamentale non tanto nella *diagnosi* quanto, piuttosto, nella *diagnosi differenziale* con le **malattie infettive e neoplastiche** di tutti i sistemi biologici.

Infatti, le oscillazioni microvascolari (= fluttuazioni del riflesso ureterale superiore, *vasomotility*, e di quello inferiore, *vasomotion*) possono essere studiate con accuratezza sufficiente mediante, appunto, le oscillazioni dei riflessi ureterali superiori ed inferiori: la pressione digitale, di “lieve” intensità, “mirata” sopra la lesione pancreatica provoca i riflessi ureterali superiore – *piccole arterie ed arteriole, secondo Hammersen* – ed inferiore – *capillari nutrizionali e venule post-capillari o “microcircolo”, secondo Pratesi* – che informano sulle fluttuazioni delle singole componenti dell’unità microvascolotessutale locale, secondo un modello sinergico. (Per ulteriori informazioni V. <http://www.semeioticbiofisica.it/microangiologia>).

Le oscillazioni di questi due riflessi ureterali, durante la stimolazione “lieve” dei *trigger-points cistici* (V. sopra), sono minime (0,5-1 cm.) con fase AL + PL della durata della massima intensità di appena **5 sec.** (NN = 6 sec.), sia come *vasomotility* che come *vasomotion*, espressione di “disattivazione microcircolatoria”: **Segno di Pratesi***.

I DEB (dispositivi endoarteriolarli di blocco, valutati mediante le fluttuazioni del *riflesso ureterale “medio”*) sono prevalentemente “chiusi” (durata del riflesso ureterale medio < **20 sec.** e durata della sua scomparsa > **6 sec.**; NN = 20 sec. e 6 sec. rispettivamente); la dimensione frattalica è 1 e nella trasformazione di Fourier si osserva il tipo “a colonna vicina” (Fig.3)

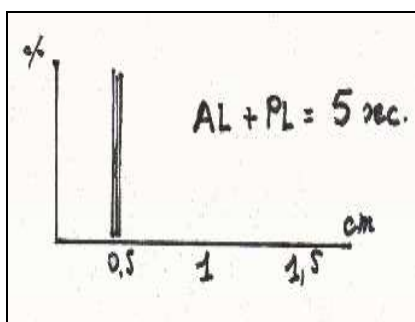


Fig. 3

Trasformazione semeiotico-biofisica di Fourier tipo “a colonna vicina”.

La figura indica il raggruppamento – sopra l’ascissa – delle oscillazioni delle piccole arterie e arteriole (vasomotility) e dei capillari e venule post-capillari (vasomotion) in base all’intensità, che nella ciste pancreatica è di 0,5 cm. durante stimolazione di “lieve” intensità dei trigger-points della ciste stessa, espressione della scarsa microcircolazione parietale della malformazione. Inoltre, tutte le intensità sono identiche e minime, per cui si osserva il tipo “a colonna vicina” nella trasformazione semeiotico-biofisica di Fourier.

Conclusione.

Fino ad oggi, notoriamente, la diagnosi di **ciste pancreatica** veniva formulata esclusivamente sulla base dei dati dell'ecotomografia, della TAC e, più raramente, della RNM, eseguite molto spesso per altri motivi. Solo in presenza di voluminose malformazioni l'esame radiologico consentiva di riconoscere la cisti (fenomeni compressivi, per esempio, sopra lo stomaco, ecc).

Da quanto sopra riferito, è evidente che oggi la diagnosi di **ciste pancreatica** è una diagnosi "clinica", attuabile rapidamente *bed-side* ed in modo attendibile con la **Semeiotica Biofisica**, indipendentemente dalle dimensioni della malformazione, data la particolare sensibilità e specificità di numerosi riflessi, che posseggono un valore "quantitativo".

Questa nuova possibilità diagnostica consente, tra l'altro, di prevenire eventuali complicazioni della **ciste pancreatica**, più frequenti quando la malformazione non è riconosciuta dal medico (4, 5).

La diagnosi è basata sulla valutazione dei seguenti dati semeiotico-biofisici: morfologia pancreatica, diagramma pancreatico macro- e micro-scopico, *test* della defecazione simulata, sindrome cistica provocata dalla stimolazione dei *trigger-points* pancreatici, *vasomotility* e *vasomotion* "disattivate" (**Segno di Pratesi**), con trasformazione di Fourier "a colonna vicina", nella completa assenza dei segni semeiotico-biofisici sia di flogosi che di neoplasia, ecc. (Tab.1).

Per la prima volta, è descritta la frequente associazione della **ciste pancreatica e/o renale e/o epatica** con l'**ernia jatale da scivolamento**, causata dai riflessi esofagei provocati dalla stimolazione ripetuta e prolungata dei *trigger points* pancreatici e/o renali e/o epatici in presenza di una ciste (Meno frequente è la **ciste prostatica**).

Nella mancanza della **coelitiasi e della diverticolosi del colon (sindrome di Saint)**, l'**ernia jatale da scivolamento**, provocata dalla patologia cistica nelle sedi sopra indicate, si configura come la componente di una "nuova" **sindrome**, che suggerisco di definire **sindrome cistica-esofagea**, meritevole di attenta considerazione *nell'iter* diagnostico, per poterla riconoscere clinicamente con l'aiuto dei segni semeiotico-biofisici, una volta diagnosticata una delle sue componenti.

Per concludere, in presenza di una **ernia jatale da scivolamento**, esclusa la sindrome di Saint, il medico *deve* ricercare sempre l'eventuale presenza di una (o più) **ciste pancreatica e/o renale e/o epatica** – più rara la ciste in altre sedi, come la **prostata** – per riconoscere la **sindrome cistica-esofagea**.

*** In memoria del Prof. Franco Pratesi, Maestro di Microangiologia e Microcircolazione.**

Bibliografia.

- 1) **Stagnaro S.**, Il dolore nella pancreatite acuta edematosa interstiziale. Com. IV Congr. Naz. AISD. Chieti-Pescara. Atti,1,V,3, 1980.
- 2) **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.**, Pancreatite Acuta Edematosa Interstiziale. Diagnosi percusso-ascoltatoria. Acta Med. Medit. 3, 14, 1987.
- 3) **Stagnaro S.**, Rivalutazione e nuovi sviluppi di un fondamentale metodo diagnostico: la percussione ascoltata Atti Accademia Ligure di Scienze e Lettere. Vol. XXXIV, 1978.
- 4) **Hatsuno T, Inoue S, Kaneko T, Kimata H, Yagi Y, Takeda S, Nakao A.**
A case of multiple pancreatic pseudocysts penetrating into the spleen. Nippon Shokakibyō Gakkai Zasshi. 2002 Jan;99(1):50-6. Review. Japanese. PMID: 11831009 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- 5) **Jaszczuk E, Graczyk M, Kozak J, Oszukowski P.**
A large pancreatic pseudocyst penetrating into mediastinum causing progressive airways occlusion and death: a case report. Przegl Lek. 2001;58(6):530-2. Polish. PMID: 11816749 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- 6) **Stagnaro S.**, Istangiopatia Congenita Acidotica Enzimo-Metabolica condizione necessaria non sufficiente della oncogenesi. XI Congr. Naz. Soc. It. di Microangiologia e Microcircolaz. Abstracts, pg 38, 28 Settembre-1 Ottobre, Bellagio 1983
- 7) **Stagnaro S.**, Istangiopatia Congenita Acidotica Enzimo-Metabolica. X Congr. Naz. Soc. It. di Microangiologia e Microcircolazione. Atti, 61. 6-7 Novembre, Siena 1981
- 8) **Stagnaro S.**, Istangiopatia Congenita Acidotica Enzimo-Metabolica. Una Patologia Mitochondriale Ignorata. Gazz Med. It. – Arch. Sci. Med. 144, 423 (**Infotrieve**) 1985

