

Iter Diagnostico del Cancro Pancreatico ad iniziare dal suo Reale Rischio Congenito, dipendente dal Terreno Oncologico

By Sergio Stagnaro

*Non avere paura del buio,
ti aiuterà a trovare la luce
(Neale Donald Walsch)*

Purtroppo, all'inizio del terzo millennio, è buio profondo nella diagnosi del cancro pancreatico, *the silent killer*, posta generalmente in ritardo, molti decenni dopo il loro reale inizio di Reale Rischio Congenito, dipendente dal Terreno Oncologico, perché i medici continuano ad ignorare la diagnosi clinica dei tumori del pancreas, secondo la Semeiotica Biofisica Quantistica (1-7).

Secondo la letteratura medica ufficiale, i tumori del pancreas rappresentano un'importante capitolo delle malattie neoplastiche. Questi tumori originano più frequentemente dalla componente ghiandolare esocrina e possono essere benigni o maligni, analogamente a quanto accade negli altri sistemi biologici.

I tumori benigni della componente esocrina sono rari, rappresentando il 6-10% della patologia del pancreas. Più frequenti sono il tumore a cellule acinari, Cistoadenoma sieroso e Cistoadenoma mucinoso, che può degenerare, naturalmente in soggetti con Terreno Oncologico di Di Bella e il dipendente Reale Rischio Congenito tumorale nel pancreas (7, 8). Nei pazienti che hanno sofferto per pancreatite, insorgono seri problemi diagnostico-differenziali nei confronti delle più semplici cisti pancreatiche, ovviamente se il medico non conosce la Semeiotica Biofisica Quantistica.

I tumori maligni rappresentano la maggioranza delle neoplasie pancreatiche. Essi mostrano un decorso molto aggressivo e rappresentano attualmente la 4a-5a causa di morte per tumore nel mondo occidentale. Il cancro pancreatico predilige il sesso maschile e la popolazione anziana. Infatti, esso colpisce più spesso i maschi, specialmente afroamericani, fumatori ed anziani (la maggior parte dei casi viene diagnosticata tra i 65 ed i 79 anni). Negli ultimi decenni, l'incidenza del cancro pancreatico è sensibilmente aumentata, sia in seguito al miglioramento delle tecniche diagnostiche, sia per un aumento generalizzato della aspettativa di vita. Il tumore maligno del pancreas più frequente è l'adenocarcinoma duttale (90% circa delle neoplasie pancreatiche). Le altre varianti tumorali maligne sono meno frequenti, ma la prognosi rimane sempre severa: adenocarcinoma mucinoso, carcinoma a cellule acinari, adenocarcinoma squamoso, carcinoma anaplastico.

A conferma di quanto sopra, negli Stati Uniti, il carcinoma del pancreas è al quinto posto tra i tumori che causano il maggior numero di morti e si stima che nel 1995 abbia determinato circa 27.000 decessi (8,4 morti ogni 100.000 persone). A livello mondiale, l'incidenza e la mortalità del carcinoma del pancreas sono in aumento sin dagli anni trenta, mentre negli Stati Uniti hanno cominciato a diminuire a partire dall'inizio degli anni settanta. I tassi d'incidenza potrebbero essere sovrastimati, poiché gran parte delle diagnosi cliniche (fino alla metà in alcuni studi) non

vengono confermate a livello istologico. Il rischio di sviluppare un carcinoma del pancreas – si legge sempre nella letteratura mondiale – aumenta nei pazienti con diabete, inclusi coloro che ne sono affetti da lungo tempo (più di 5 anni). Famiglie con un'incidenza elevata di carcinoma del pancreas sono rare, anche se sono state descritte.

Anche a causa della posizione del pancreas nel corpo umano, molto spesso i pazienti sono asintomatici per lungo tempo. Ne consegue che non sono diagnosticati tempestivamente.

Inoltre, sfortunatamente i sintomi legati ai tumori del pancreas in genere, ma particolarmente al più importante e frequente di essi, l'adenocarcinoma pancreatico, sono estremamente aspecifici e quindi fuorvianti, rendendo oltremodo difficile la diagnosi precoce, come riferito sopra. Nella maggior parte dei casi la presenza di sintomi legati sicuramente ad un tumore del pancreas è purtroppo indice di malattia già avanzata. In realtà, poiché i sintomi iniziali della malattia sono aspecifici (per esempio dolori addominali, anoressia, astenia e perdita di peso) e spesso trascurati, l'80-90% dei pazienti giunge alla diagnosi già con metastasi regionali o a distanza. Solo il 3% dei 24.000 pazienti ai quali ogni anno viene diagnosticato un tumore del pancreas vive per più di 5 anni dopo la diagnosi. Degli adenocarcinomi pancreatici, che rappresentano più del 90% di tutti i tumori del pancreas, solo il 4-16% sono resecabili al momento della diagnosi, ed il tasso di sopravvivenza a 5 anni è inferiore all'1%. A ciò si aggiunge che, in questi casi, la sopravvivenza a 5 anni non equivale all'eradicazione del tumore, dato che il tasso di sopravvivenza continua a diminuire anche dopo questo termine.

A conclusioni desolanti conduce questa visione pessimistica della letteratura mondiale: nessuna organizzazione sanitaria competente, infatti, raccomanda lo screening di routine per il carcinoma del pancreas in individui asintomatici. La Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, per esempio, raccomanda in modo esplicito di non eseguire questo tipo di screening.

Lo screening per il carcinoma del pancreas, a tutt'oggi, non può venire raccomandato; pure disponendo di metodiche sofisticate, mancano, infatti, prove dirette dell'efficacia della diagnosi "precoce" nel migliorare la prognosi dei pazienti. A ciò si aggiunga che la maggior parte dei casi sarebbe costituita da falsi positivi e che le indagini diagnostiche da eseguire in questi pazienti sarebbero di natura particolarmente invasiva (ecoendoscopia e laparotomia). Recentemente, in un articolo su JAMA viene suggerita una sofisticata prevenzione da eseguire nei familiari e parenti di malati. Di seguito il mio commento:

<https://www.medscape.com/viewarticle/898364>

Dr. Stagnaro Sergio June, 21, 2018

Really, any gene mutation is significant if it brings about function impairment of biological systems. More useful on very large scale and less expensive than the method lovingly suggested by JAMA is my clinical method that allows physician to bedside recognize from birth with a common stethoscope the Oncological Terrain-Dependent, Inherited Real Risk of pancreas cancer, and eliminate it with inexpensive therapy, Reconstructing Mitochondrial Quantum Therapy (1-3).

References Medline on request of Jama and Medscape.

La prevenzione primaria del carcinoma del pancreas potrebbe basarsi su campagne educative mirate a ridurre il consumo di tabacco nella popolazione generale, a patto che ai Medici venga fatta conoscere la Semeiotica Biofisica Quantistica, che rappresenta oggi lo strumento di lotta al cancro, che continua ad essere una epidemia in continuo aumento, a dimostrazione del fallimento della vie finora seguite nella sua prevenzione e cura.

Semeiotica Biofisica Quantistica del Cancro Pancreatico.

Il tumore del pancreas colpisce esclusivamente individui con Terreno Oncologico (8) “e” Reale Rischio Congenito oncologico nel pancreas (9), rapidamente e facilmente selezionati sin dalla nascita (1-9). Infatti, soggetti positivi per la costituzione tumorale, ma senza Reale Rischio Congenito oncologico pancreatico non soffriranno mai di questo tumore maligno: il tumore maligno insorge “sempre” nella sede di un congenito Reale Rischio Congenito oncologico, dipendente dal Toerreno Oncologico (1, 2, 8). Il tumore, come tutte le più comuni e gravi malattie, incluso il diabete mellito e la pancreatite, originano sulla base di una citopatia mitocondriale, purtroppo oggi ignorata dalla maggior parte dei Medici, l’Istangiopatia Congenita Acidosa Enzimo-Metabolica (10).

Questo spiega perché il diabete, la pregressa pancreatite e il fumo di sigaretta sono erroneamente considerati da tutti gli autori come un fattore di rischio – quando non la causa ... – del cancro del pancreas, che insorge a distanza di alcuni decenni dalla sua nascita come Reale Rischio Congenito, facilmente diagnosticabile e guaribile nella stragrande maggioranza dei casi, con terapia dietetica, etimologicamente intesa, istangioprotettori, come la Melatonina (per esempio, Melatonina Coniugata, secondo di Bella-Ferrari, Cellfood, Bioflavonoidi, Antocianosidi di Mirtillo, Succo acquoso di NONI, Sche che emettono radiazioni elettromagnetiche di Roccia del Neolitico, Applicazioni personalizzate di LLLT e/o NIR-LED e utile l’uso di AK-Tom per eliminare le varie Costituzioni e i dipendenti Reali Rischi Congeniti mediante un meccanismo d’azione epigenetico.

Da quanto brevemente riferito, basato sui dati della Single Patient Based Medicine (11, 12), oggi il medico può utilizzare strumenti clinici affidabili per riconoscere *bedside* tutti gli individui con Terreno Oncologico “e” Reale Rischio Congenito di tumore pancreatico, ad iniziare dalla loro nascita, attuando finalmente una efficace prevenzione pre-primaria eprimaria di questa grave patologia.

Iter diagnostico del Cancro Pancreatico Affidabile, Semplice e Rapido

Il tumore maligno, incluso quello del pancreas, la cui diagnosi è oggetto della presente discussione, può essere insorgere esclusivamente in un paziente positivo per il Terreno Oncologico (7-9) con Reale Rischio Congenito, Dipendente dal TO (9), nel nostro caso localizzato nel pancreas.

Di seguito è descritto il modo più semplice per accertare *bedside* il Terreno Oncologico.

Nel sano, la pressione digitale “intensa” (1.000 dyne/cm.²) applicata sopra la proiezione del centro neuronale per il SST-RH (Fig. 1) non provoca “simultaneamente” il riflesso gastrico aspecifico.

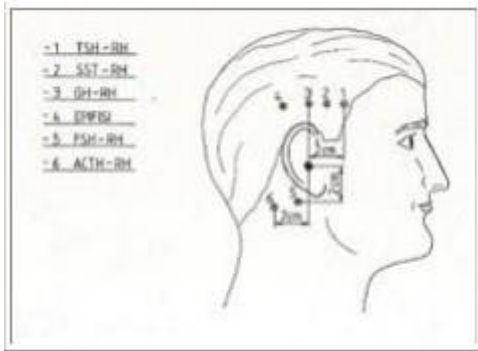


Fig.1 La figura mostra i *trigger points* dei centri neuronali componenti il sistema PNEI

Al contrario, nel soggetto con TO, nelle identiche condizioni sperimentali illustrate sopra, appare simultaneamente il riflesso gastrico aspecifico, la cui intensità è in relazione alla sottostante disfunzione del sistema PNEI: nel Reale Rischio Congenito l'intensità non raggiunge 1 cm.: **Segno di Rinaldi positivo** (13).

Accertata la presenza del TO, immediatamente dopo il medico preme intensamente un polpastrello digitale dell'esaminando.

Nel sano, dopo un Tempo di Latenza di 10 secondi appare il Riflesso gastrico aspecifico che dura < 3 sec.- 4 sec.<.

Al contrario, in presenza di Reale Rischio Congenito (RRC), dopo 3 sec. si osserva un Riflesso Gastrico Aspecifico di piccola intensità: > 0,5 cm. nel RRC aspecifico, e di 0,5 cm. o più nel RRC oncologico. **Manovra di Terziani** (14).

A questo punto, per localizzare il RRC nell'apparato digerente, il Medico applica un pizzicotto cutaneo "intenso" alla cute subito al di sopra del manubrio sternale, lungo la linea mediale: nel sano, simultaneamente il riflesso gastrico aspecifico è assente (15, 16) (Fig. 2)

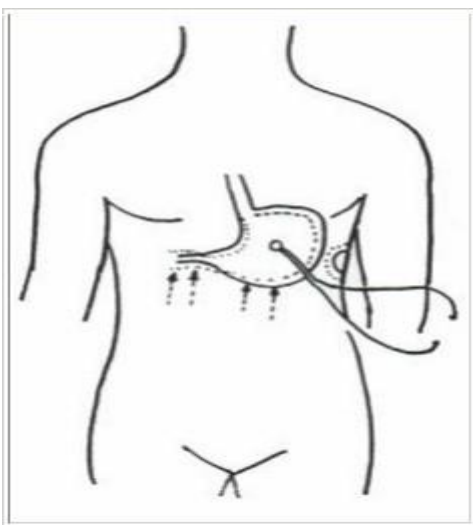


Fig. 2 Riflesso gastrico aspecifico: nello stomaco il fondo e il corpo dello stomaco sono dilatati, mentre il giunto antro-pilorico è contratto.

Al contrario, in presenza di qualsiasi lesione, localizzata nell'apparato digerente, indipendentemente dalla natura della patologia, compare simultaneamente il Riflesso gastrico aspecifico, che in caso di appendicite, diverticolite, malattia auto-immune e tumore maligno è immediatamente seguito dalla Contrazione Gastrica tonica.

Numerosi segni specifici semeiotico-biofisico-quantistici aiutano il medico a precisare subito dopo la sede e la natura della malattia, sicuramente presente.

Per quanto riguarda la diagnosi di patologia pancreatica, incluso il Reale Rischio Congenito oncologico nel pancreas e ovviamente il cancro in atto, magari in stadio iniziale, il medico stimola intensamente mediante un pizzicotto cutaneo i trigger-points pancreatici, **Segno di Veronesi** (= la cute situata 3 cm. al di sotto delle emiarcate costali, lungo la clavicola media).

Nel sano, nelle condizioni sperimentali sopra illustrate, simultaneamente non compare il riflesso gastrico aspecifico. Nel soggetto colpito da Costituzione diabetica e Reale Rischio Congenito diabetico, appare simultaneamente il riflesso g.a. di intensità inferiore a 1 cm., **Segno di Siniscalchi**, che mostra una intensità correlata al dismetabolismo glicidico (16).

Interessante dal punto di vista diagnostico-differenziale, in caso di Reale Rischio Congenito di Cancro pancreatico, al riflesso gastrico aspecifico, fa seguito immediatamente la tipica Contrazione Gastrica tonica. Infine, nel cancro già in atto, l'intensità del riflesso è maggiore a 1 cm., in rapporto alla sua evoluzione.

Iter Diagnostico del Reale Rischio Congenito di Cancro Pancreatico

- I) Segno di Rinaldi
- II) Manovra di Terziani
- III) Segno di Stagnaro classico e variante
- IV) Segno di Veronesi
- V) Manovra di Alice
- VI) Valutazione dei PPAR-gamma-1 del Pancreas
- VII) Valutazione dei Recettori Pancreatici per il GH e SST
- VIII) Riflesso Pancreas-Gastrico Aspecifico
da Pressione digitale selettiva, *moderata o media*
(500 e, rispettivamente, 700 dyne/cm²).

Per ovvii motivi, tralascio di riferire i raffinati e affidabili segni della Microangiologia Clinica del Cancro al Pancreas, utili nella diagnosi e nel monitoraggio terapeutico (18,19).

Bibliografia

1. **Sergio Stagnaro.** Early bedside Diagnosis of Pancreas Cancer, starting from its Oncological Terrain-Dependent, Inherited Real Risk
http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/norimbergasign_pancreascancer.pdf ;

- | | | | |
|-------|--------------|----|-----|
| Slide | Presentation | at | URL |
|-------|--------------|----|-----|
1. http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/cancropancreas_2015.pdf
 2. **Sergio Stagnaro.** Originale Ruolo svolto dai PPAR γ -1 nella Diagnosi Clinica di Cancro del Pancreas a partire dal suo Reale Rischio Congenito. *La Voce di SS.*, www.sergiostagnarowordpress.com, http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/ppars_diagnosicancropancreas2015.pdf
 3. **Sergio Stagnaro.** Reale Rischio di cancro al pancreas: fisiopatologia, diagnosi e prevenzione primaria". *Lectio Magistralis* . Corso di Formazione in SBQ, Porretta Terme, Auditorium Hotel Santoli, 21 Maggio 2016, <https://www.youtube.com/watch?v=lpOW79s7dho&feature=youtu.be>
 4. **Sergio Stagnaro.** Appunti di uno Studente di Medicina del 2050. Il Reale Rischio Congenito di Cancro del Pancreas, disattivato e attivato. http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/rccancropancreas_attivato_disattivato.pdf
 5. **Sergio Stagnaro.** La Taileverina, prodotta nella Coda del Pancreas, svolge un ruolo importante nella diagnosi clinica dei Cinque Stadi diabetici. <https://sergiostagnaro.wordpress.com/2017/02/02/la-taileverina-prodotta-nella-coda-del-pancreas-svolge-un-ruolo-importante-nella-diagnosi-clinica-dei-cinque-stadi-diabetici/>
 6. **Stagnaro Sergio.** Bedside diagnosing Pancreas Cancer, even in its inherited real Risk. *Cases Journal.* 2008, October. <https://casesjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1757-1626-1-280/comments>
 7. **Stagnaro-Neri M., Stagnaro S.** Introduzione alla Semeiotica Biofisica. Il Terreno Oncologico. Travel Factory, Roma, 2004. http://www.travelfactory.it/semeiotica_biofisica.htm
 8. **Sergio Stagnaro.** Il Terreno Oncologico di Di Bella. www.fce.it 11 ottobre 2010, <http://www.fceonline.it/images/docs/terreno%20oncologico.pdf>
<http://www.luigidibella.it/cms-web/upl/doc/Documenti-inseriti-dal-2-11-2007/Il%20Terreno%20Oncologico%20di%20Di%20Bella.pdf>
<http://www.altrogiornale.org/news.php?extend.6420>
 9. **Stagnaro S.,** Reale Rischio Oncologico. Ruolo diagnostico e fisiopatologico dei Dispositivi Endoarteriolarari di Blocco, neoformati-patologici, tipo I, sottotipo a) e b). Ed. Travelfactory, Rome, 2009.
 10. **Stagnaro S.,** Istangiopatia Congenita Acidotica Enzimo-Metabolica. *Gazz Med. It. – Arch. Sci, Med.* 144, 423, 1985.
 11. **Stagnaro S., Stagnaro-Neri M.,** Le Costituzioni Semeiotico-Biofisiche. Strumento clinico fondamentale per la prevenzione primaria e la definizione della Single Patient Based Medicine. Travel Factory, Roma, 2004. http://www.travelfactory.it/libro_costituzionisemeiotiche.htm
 12. **Stagnaro S., Stagnaro-Neri M.,** Single Patient Based Medicine. La Medicina Basata sul Singolo Paziente: Nuove Indicazioni della Melatonina. Travel Factory, Roma, 2005. http://www.travelfactory.it/libro_singlepatientbased.htm
 13. **Sergio Stagnaro.** Il Segno di Rinaldi nella Diagnosi del Terreno Oncologico di Di Bella e del Cancro, solido e liquido, in atto. II Convegno Nazionale della SISBQ, Chiusi (Siena), 28-29 maggio 2011. Versione italiana: <http://www.sisbq.org/atti-del-secondo-convegno.html>, http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/rinaldisign_it.pdf ;

- english version: <http://www.sisbq.org/proceedings-2.html>
http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/rinaldisign_eng.pdf
14. **Sergio Stagnaro.** Terziani's Maneuvre in early recognizing cancer from its first stage, Inherited Real Risk. www.sisbq.org,
<http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/terzianimaneuvre.pdf>
 15. **Sergio Stagnaro.** Stagnaro's *Sign in detecting every gastrointestinal Disorder, even initial or symptomless. *Journal of Quantum Biophysical Semeiotics*. 28 July, 2011.
<http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/stagnarosign.pdf>
 16. **Sergio Stagnaro.** I nodi elettro-magnetici cutanei SBQ: IL Segno di Stagnaro variante.
<http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/nodiemcutaneisbq.pdf>
 17. **Sergio Stagnaro.** Siniscalchi's Sign. Bedside Recognizing, in one Second, Diabetic Constitution, its Inherited Real Risk, and Type 2 Diabetes Mellitus. 24 December, 2010,
<http://www.sci-vox.com>, <http://www.sci-vox.com/stories/story/2010-12-25siniscalchi%27signi.bedside++diagnosing+type+2+dm.html>; www.sciphu.com;
<http://www.shiphusemeioticscom-stagnaro.blogspot.com/> Italian version:
<http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/segnodisiniscalchi.pdf>
 18. **Sergio Stagnaro.** Introduzione alla Microangiologia Clinica 10 dicembre 2011.
www.sisbq.org, http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/mc_intro.pdf
 19. **Sergio Stagnaro - Marina Neri Stagnaro.** Microangiologia Clinica. A cura di Simone Caramel. e-book, www.sisbq.org,
<http://www.sisbq.org/uploads/5/6/8/7/5687930/microangiologiaclinciasbq2016.pdf>