

CORSO INTEGRATO DI METODOLOGIA CLINICA

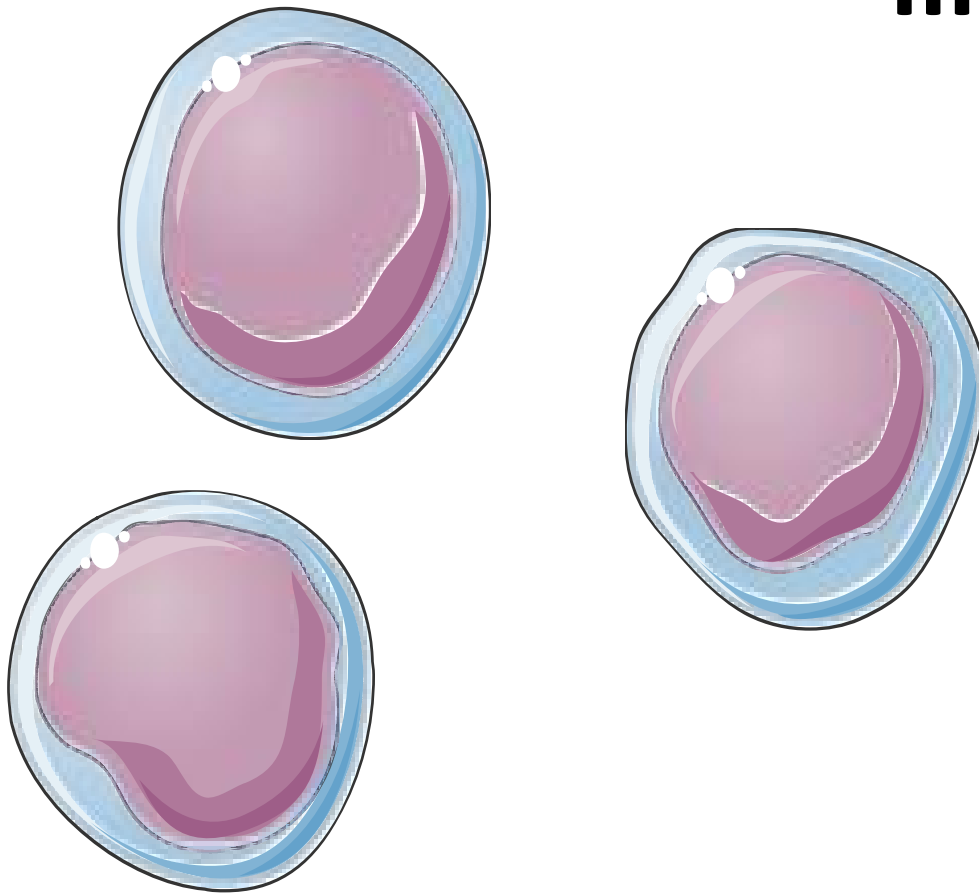
Anno accademico 2011/2012



Prof. Paolo Simioni

Dip. di scienze cardiologiche, toraciche e vascolari- Università di
Padova

Sistema linfoghiandolare superficiale



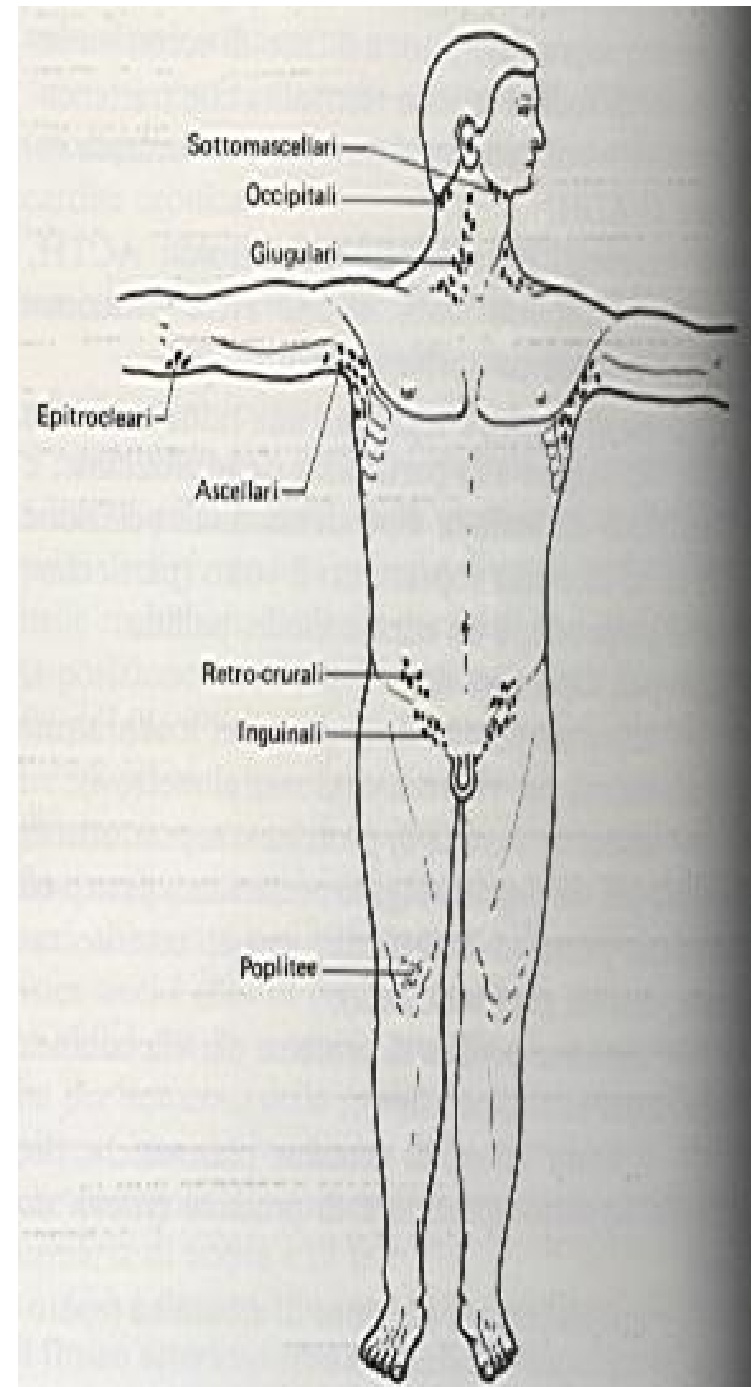
Generalità

- In condizioni normali i linfonodi superficiali non sono visibili né palpabili
- Talora, nei soggetti molto magri, possono rendersi apprezzabili anche linfonodi superficiali, non patologici
- Nei bambini possono vedersi ed apprezzarsi linfonodi (soprattutto cervicali) non patologici

Sistema linfoghiandolare

Sedi anatomiche:

- **Cervicale**
- **Ascellare**
- **Epitrocleare**
- **Inguinale**
- **Poplitea**

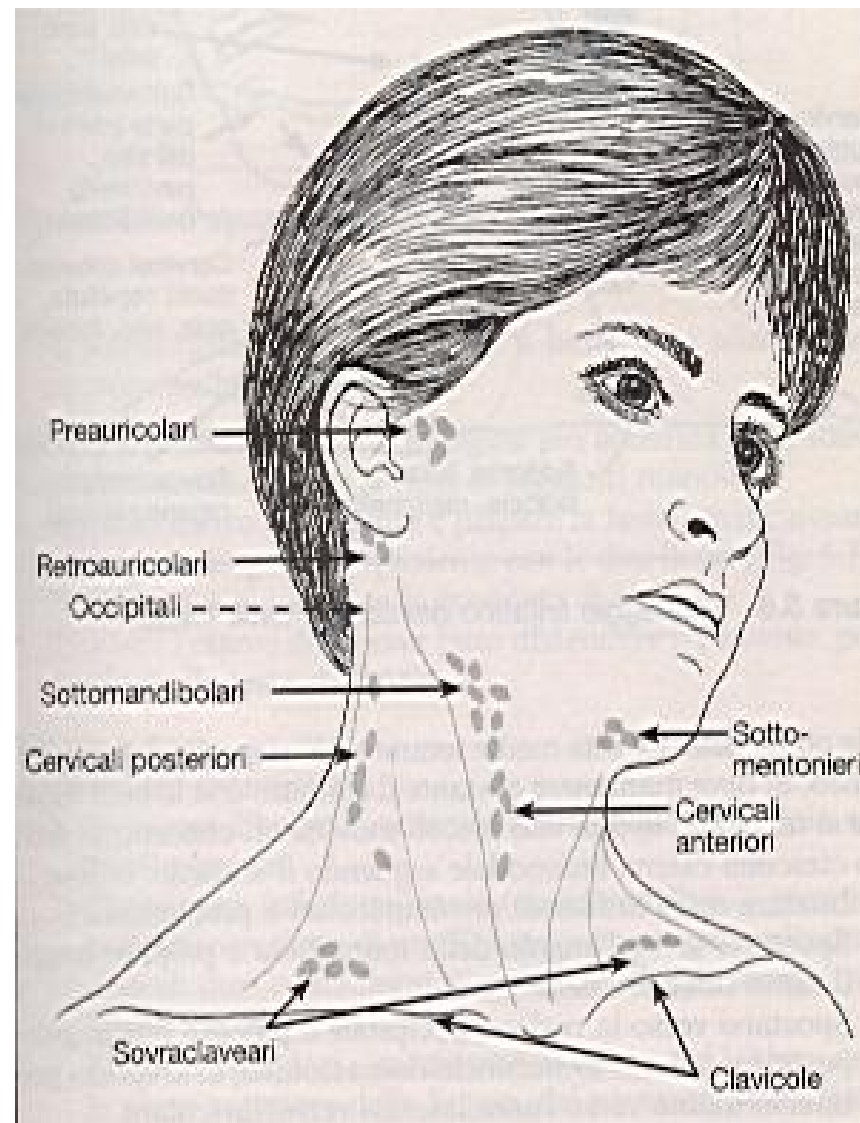


Sistema linfoghiandolare

Linfonodi cervicali:

- Preauricolari e Retroauricolari:
 - drenano viso, canale uditivo, cuoio capelluto
- Occipitali:
 - drenano cuoio capelluto posteriormente
- Sottomadibolari:
 - drenano viso ed cavo orale
- Sottomentonieri:
 - drenano labbro inferiore, punta della lingua, pavimento bocca
- Cervicali anteriori:
 - drenano cavo orale, tonsille, lingua, faringe e laringe
- Cervicali posteriori:
 - drenano cuoio capelluto, orecchio, collo posteriormente
- Sopraclaveari:
 - drenano torace (polmoni, mediastino) mammella, braccio, addome (stomaco, colecisti, rene, ovaie), testicolo

Proiezione superficiale delle catene linfonodali cervicali



Sistema linfoghiandolare

Linfonodi ascellari:

- Catena linfonodale ascellare anteriore,
- Drenano mammelle, braccio, avambraccio, mano

Linfonodi epitrocleari:

- Apprezzabili tra il bicipite ed il tricipite ad avambraccio in posizione supina
- Infezione della mano, avambraccio, patologia linfonodale sistemica

Sistema linfoghiandolare

Linfonodi inguinali:

- Lungo il legamento inguinale inferomedialmente, in alto e medialmente rispetto alla vena femorale
- Frequente linfadenopatia inguinale benigna, infezioni dei piedi, metastasi, linfomi

Linfonodi poplitei:

- In profondità nel cavo popliteo
- Raramente apprezzabili, infezioni dei piedi

Sistema linfoghiandolare

Ispezione:

- Se molto voluminosi possono essere visibili nelle sedi anatomiche
- Cute sovrastante può essere arrossata
- Possono andare incontro a fenomeni di fluidificazione purulenta ed aprirsi all'esterno
- Possono essere sede di fistole o cicatrici

Sistema linfoghiandolare

Palpazione:

1. Porre il malato nella posizione corretta
2. Utilizzare i polpastrelli e le punte delle tre dita medie tenute a 45° gradi rispetto al piano cutaneo
3. Mantenere costante il contatto con la cute (rende minimo il dolore e la sensazione di solletico)
4. Eseguire piccoli movimenti concentrici delle dita lungo la catena linfonodale
5. Procedere seguendo un ordine: collo, ascelle, epitroclea, inguine, poplite

Sistema linfoghiandolare

Palpazione: parametri da considerare

- **Numero e grandezza (o volume)**
 - > di 1 cm, molto grandi se fusione di più linfonodi in pacchetti
- **Forma (normalmente sono ovoidali)**
 - rotondeggiante, fusata, irregolare
- **Superficie**
 - liscia, irregolare
- **Consistenza**
 - parenchimatosa o elastica: flogosi
 - molle: suppurazione
 - duro-elastica: linfomi, leucemie, lue
 - duro-ligneo: metastasi, TBC
- **Dolorabilità**
 - dolenti nelle flogosi acute
 - non dolorabili nelle metastasi, linfomi, lue
- **Mobilità (rispetto alla cute e rispetto ai piani profondi)**
 - mobili linfomi, metastasi
 - immobili nella TBC, metastasi avanzate

Sistema linfoghiandolare

Interpretazione:

- Linfonodi singoli o multipli in una unica sede anatomica:
 - infezione locale, metastasi, neoplasia ematologica
 - metastasi isolata sovraclaveare sinistra (linfonodo di Virchow-Troisier) da neoplasia dello stomaco, colecisti, rene, ovaio, testicolo
- Linfadenopatia generalizzata:
 - neoplasie ematologiche, malattie virali (virus di Epstein-Barr, citomegalovirus, HIV), toxoplasmosi, sarcoidosi, iatrogena (difenilidantoina)
- Linfonodi molli e fluttuanti:
 - Infezione batterica, malattia da graffio di gatto, necrosi di metastasi
- Linfonodi adesi alla cute o ad altri tessuti:
 - TBC, infezione rapidamente progressiva

Cute ed annessi

- **Variazioni del colore:**

- Variazione della quantità di Hb (pallore, rossore, viola-bluastro, blu-rossastro)
- Variazioni di pigmento (iperpigmentazione, ipopigmentazione)
- Presenza di pigmenti patologici

- **Variazioni della distribuzione pilifera:**

- Malattie endocrine (ipotiroidismo \Rightarrow sopracciglia)
- Malattie vascolari (arti inferiori)

- **Rash e lesioni:**

- Tempo di insorgenza
- Modificazioni delle caratteristiche nel tempo
- Sintomi associati (prurito)

Cute ed annessi

Ispezione dei capelli e dei peli:

- IPOTIROIDISMO \Rightarrow capelli secchi e spessi
- IPERTIROIDISMO \Rightarrow capelli molto sottili
- Alopecia metalli \Rightarrow anemia cronica, intossicazione da pesanti,
ipopituitarismo, deficit nutrizionali
- Irsutismo \Rightarrow alterazioni endocrine (surrenali)

Ispezione del letto ungueale:

- Linee di Beau \Rightarrow solchi trasversali (infezioni)
- Bande di Mees \Rightarrow bande biancastre (intossicazioni)
- Unghie di Lindsay \Rightarrow unghie a metà (ipoalbuminemia)
- Coilonichia \Rightarrow unghie a cucchiaino (anemia)
- Clubbing \Rightarrow ippocratismo digitale (insuff respir)

Lesioni elementari della cute

PRIMITIVE

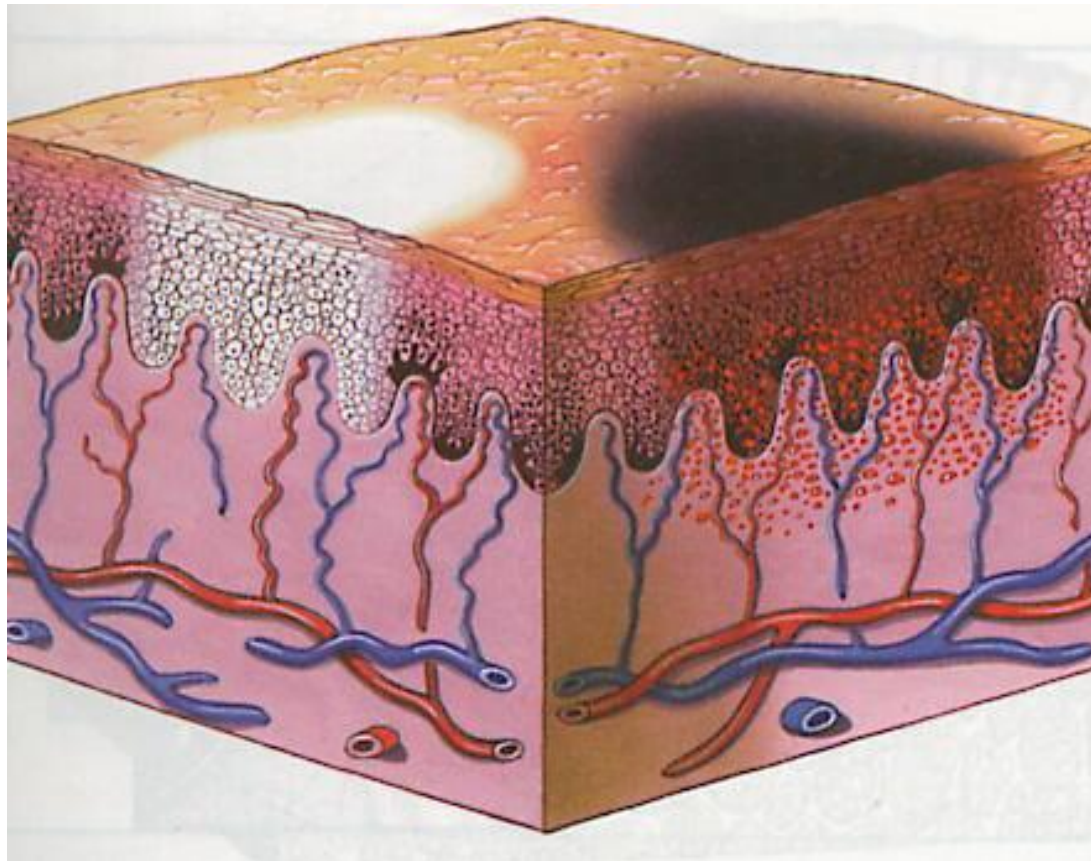
- Macula
- Papula
- Nodulo
- Vescicola
- Bolla
- Pustola
- Pomfo

SECONDARIE

- Squama
- Crosta
- Escoriazione
- Esulcerazione
- Ulcerazione
- Cicatrice
- Ragade

Macule

Lesioni non rilevate sul piano cutaneo non infiltrate dovute ad una modificazione del colore della cute.



Macule eritematose

- si attenuano alla vitropressione: eritema attivo e passivo, eritrodermia, esantemi (morbillo, rosolia, rash farmaco-indotti)

Macule vascolari

- si attenuano alla vitropressione:

acquisite: teleangectasie

congenite: angiomi piani

Macule purpuriche

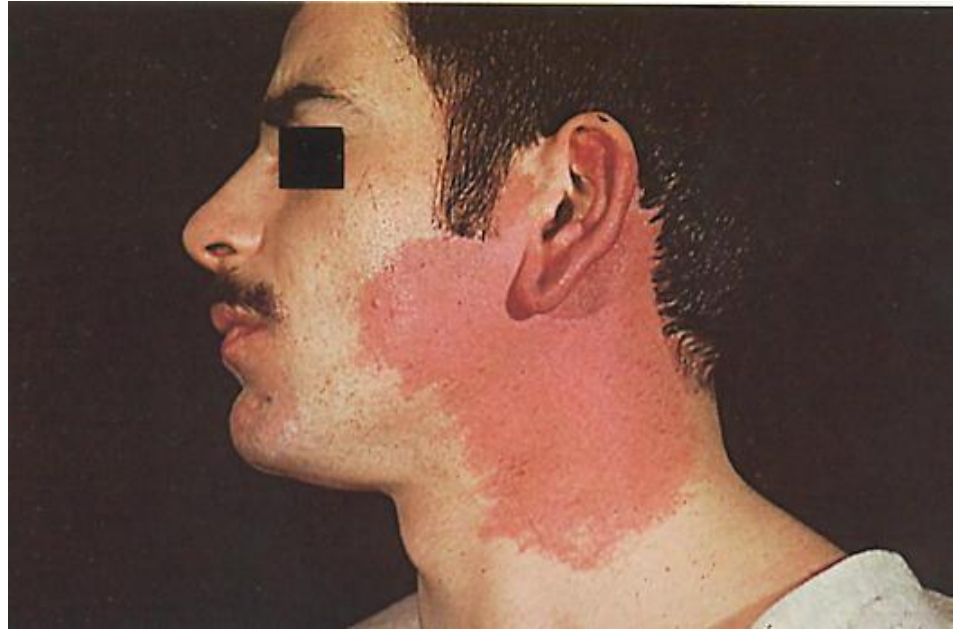
non si attenuano alla vitropressione: porpora petecchie, ecchimosi

Macule pigmentarie

nevi melanocitari, lentiggini, macchie “caffelatte”, efelidi, macchia mongolica, tatuaggi.

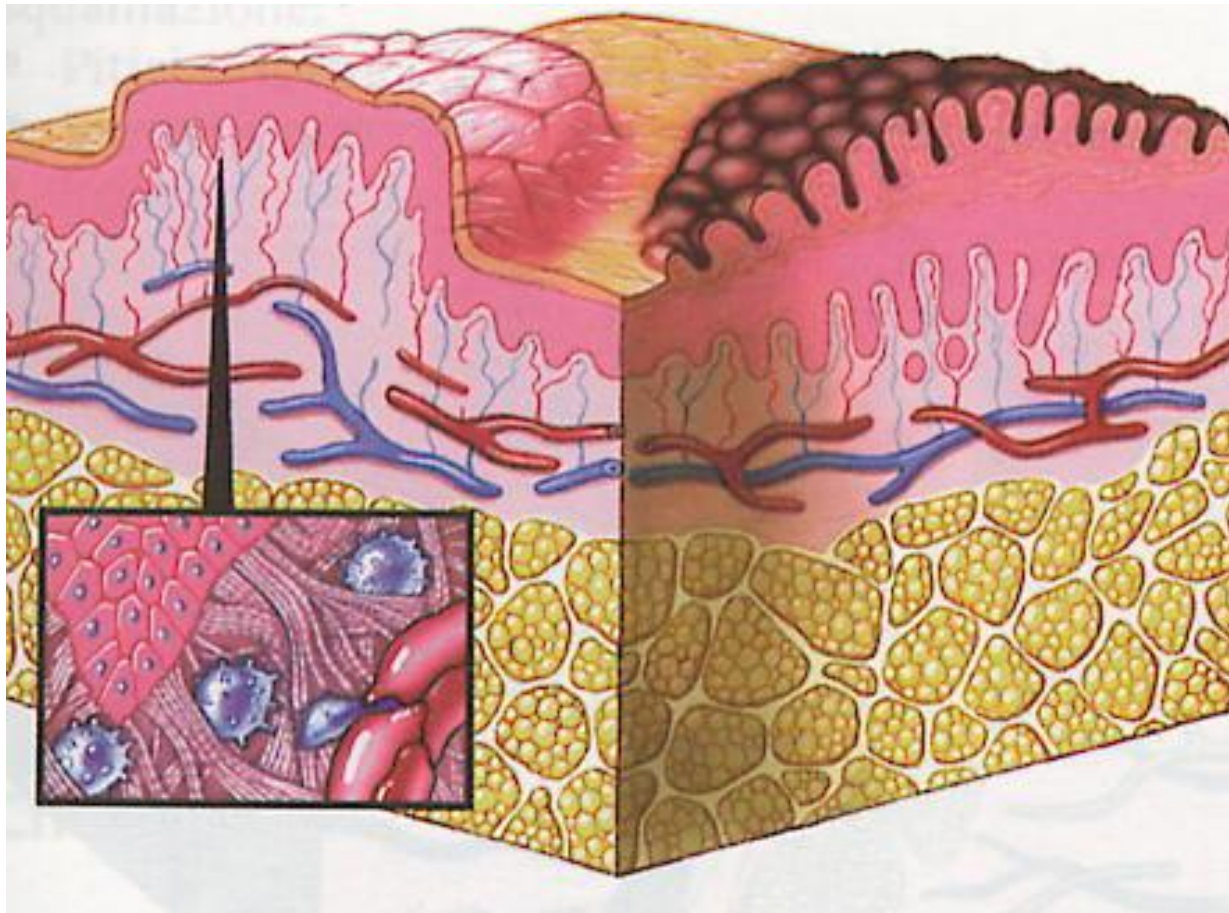
Macule acromiche

vitiligine, nevi di Sutton



Papule

Lesioni solide circoscritte rilevate sul piano cutaneo di diametro $<1\text{cm}$.



Epidermiche:

- *non follicolari*: verruca piana
- *follicolari*: ipercheratosi follicolare

Dermiche: amiloidosi, mucinosi, sifilide secondaria.

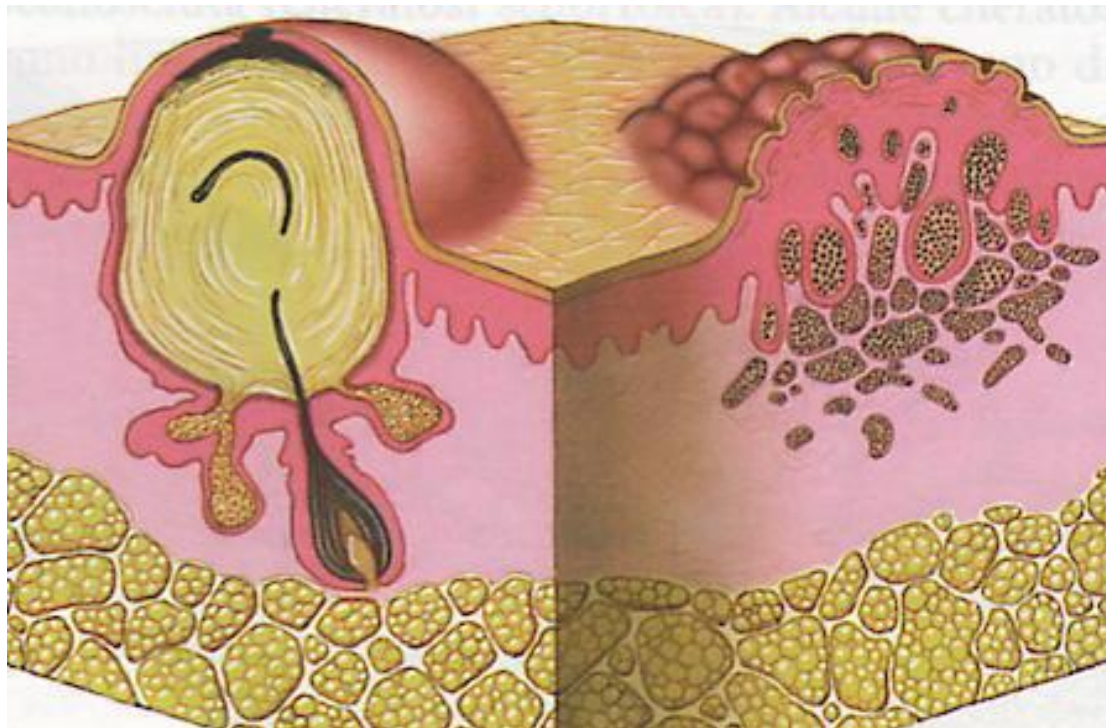
Dermo-epidermiche: lichen planus.



Noduli o Nodi

Lesioni solide circoscritte rilevate sul piano cutaneo di diametro $> 1\text{cm}$.

(Fibromi, basaliomi, melanomi, linfomi)



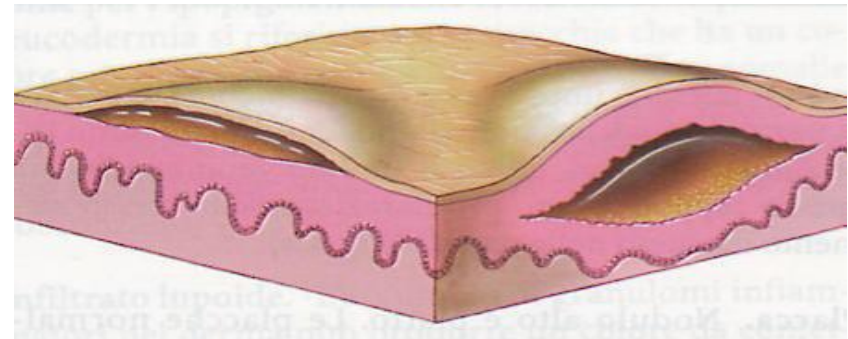


Vescicole

Lesioni circoscritte rilevate sul piano cutaneo della grandezza di 1 – 2 mm a contenuto sieroso.

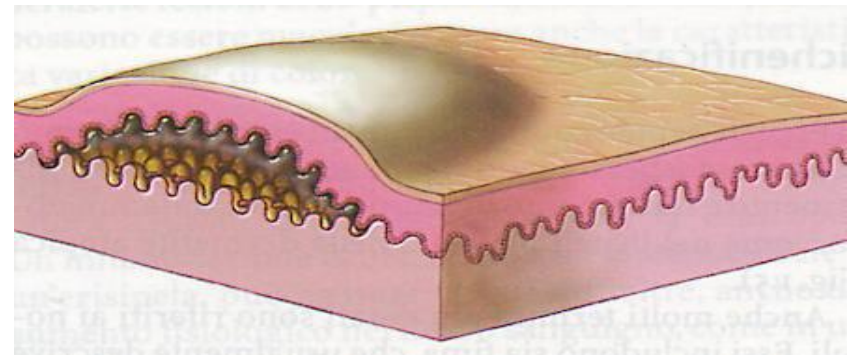
Epidermiche:

herpes simplex, varicella,
herpes zoster, eczema.



Subepidermiche:

dermatite erpetiforme



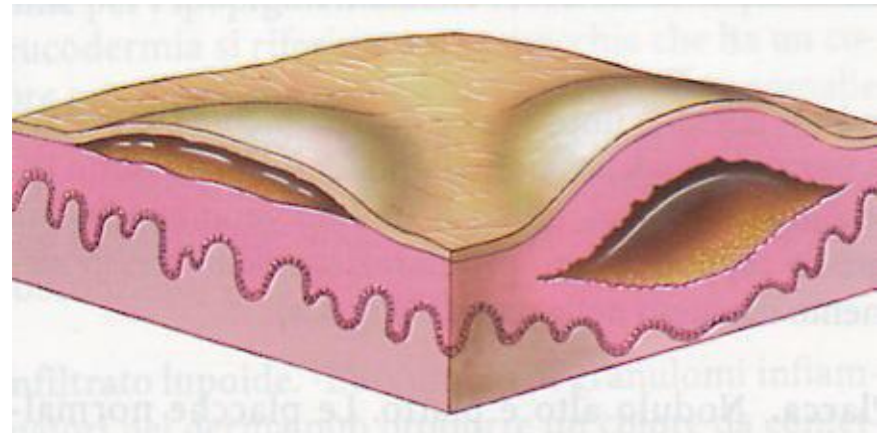


Bolle

Lesioni rilevate sul piano cutaneo della grandezza di 1-2 cm a contenuto liquido.

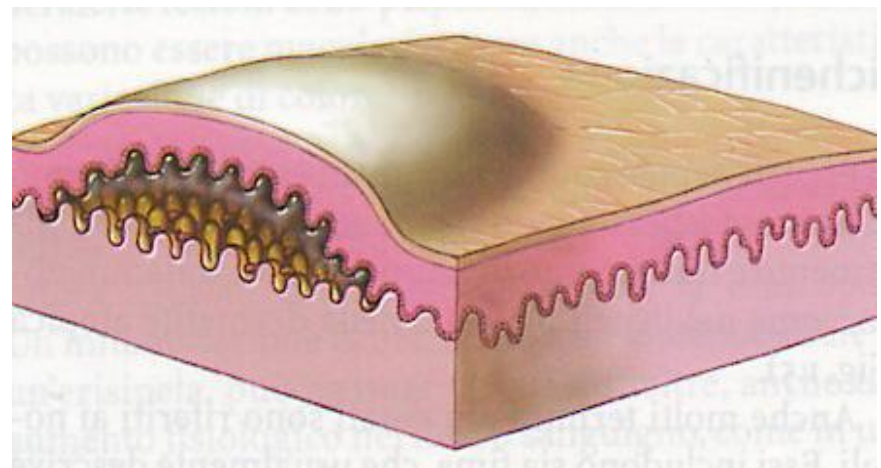
Intraepidermiche:

pemfigo volgare



Subepidermiche:

pemfigoide bolloso, ustioni





Pustole

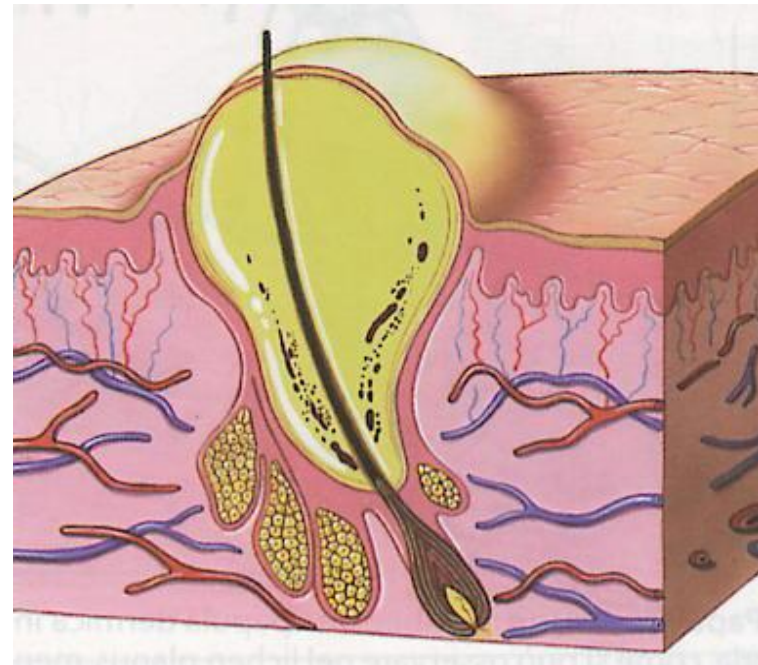
Lesioni circoscritte rilevate sul piano cutaneo contenenti pus.

Follicolari:

acne, follicoliti della barba

Non follicolari:

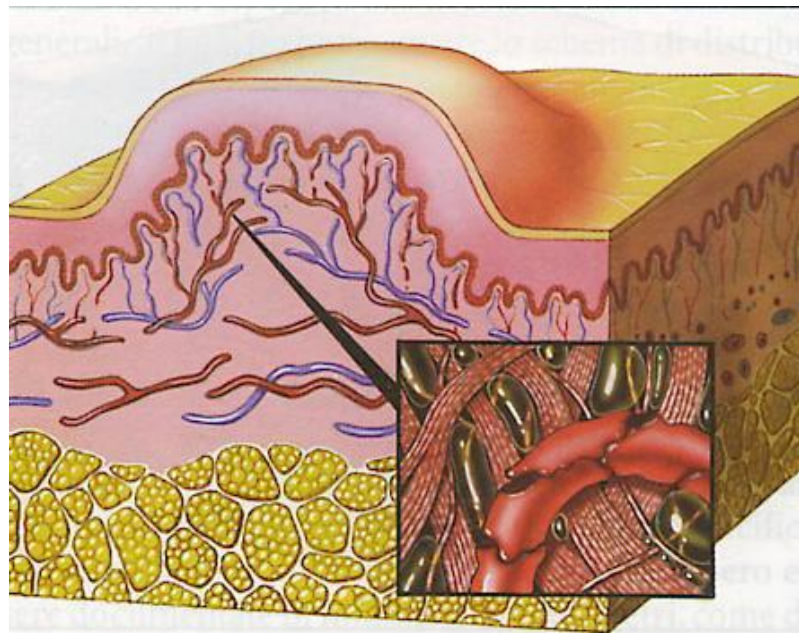
psoriasi pustolosa





Ponfi

Rilievi edematosi circoscritti cutanei, rotondeggianti, di colorito roseo-rosso, bianco-opalino al centro, con eventuale alone eritematoso periferico, di grandezza variabile, di consistenza elastica, fugace e pruriginoso (orticaria, punture d'insetto).





Squama

E' il prodotto dello sfaldamento dello strato corneo.
In base alla grandezza ed allo spessore può essere:

- Pitiriasica o furfuracea
- Lamellare, laminare o foliacea



Crosta

E' determinata dall'essiccamento di liquido organico, fisiologico o patologico (siero, sangue, pus, ecc.), in corrispondenza di precedenti lesioni cutanee



Escoriazione

Soluzione di continuo, di natura traumatica, che interessa l'epidermide e talora gli strati più superficiali del derma



Ulcerazione

Perdita di sostanza interessante più o meno profondamente il derma e talora il sottocutaneo con scarsa tendenza alla cicatrizzazione spontanea



Cicatrice

Neoformazione di tessuto connettivo e di epidermide che tende a riparare una perdita di sostanza cutanea di natura traumatica o patologica



Ragade

Soluzione di continuo spesso lineare, che interessa l'epidermide e gli strati più superficiali del derma, dolorosa e determinata da una perdita della elasticità cutanea



Alterazioni del colorito cutaneo

Cianosi

- Colore bluastro della cute e delle mucose provocato da un aumento dell'emoglobina ridotta nel sangue capillare ($\rightarrow > 5\text{g/dL}$)
- La cianosi è più evidente nelle zone in cui la cute è più sottile e vascolarizzata (labbra, naso, orecchie, guance, letto ungueale e mucose orali)
- Si parla di "**pseudocianosi**" quando il colorito bluastro è invece dovuto alla presenza in circolo di molecole derivate dall'emoglobina (come la metaemoglobina o la solfoemoglobina).

Cianosi centrale: detta anche "cianosi calda" (le estremità del paziente sono calde). Nel tempo si associa spesso alle "**dita a bacchetta di tamburo**".

Deriva da:

- ipossiemia arteriosa e può essere provocata da: pneumopatie acute (polmoniti, atelettasie, embolia polmonare...) o croniche (sindromi ostruttive o restrittive)
- fistole artero-venose polmonari
- difetti del setto interventricolare o interatriale
- diminuzione della PAO₂ (altitudine)
- policitemia vera (aumento assoluto della quantità di Hb e di conseguenza della Hb ridotta)

Cianosi periferica: detta "**cianosi fredda**", è causata da un aumento periferico dell'Hb ridotta per ridotto apporto o aumentata cessione di O₂ ai tessuti. Il rallentamento del circolo porta ad una maggiore estrazione di ossigeno nei tessuti.

- riduzione della portata cardiaca (insufficienza cardiaca, pericardite adesiva, stenosi valvolari, shock)
- ostruzione arteriosa cronica (arteriopatia obliterante, embolia o trombosi)
- ostruzione venosa (tromboflebite)
- esposizione al freddo (per spasmo arteriolare e dilatazione capillare).



Ittero

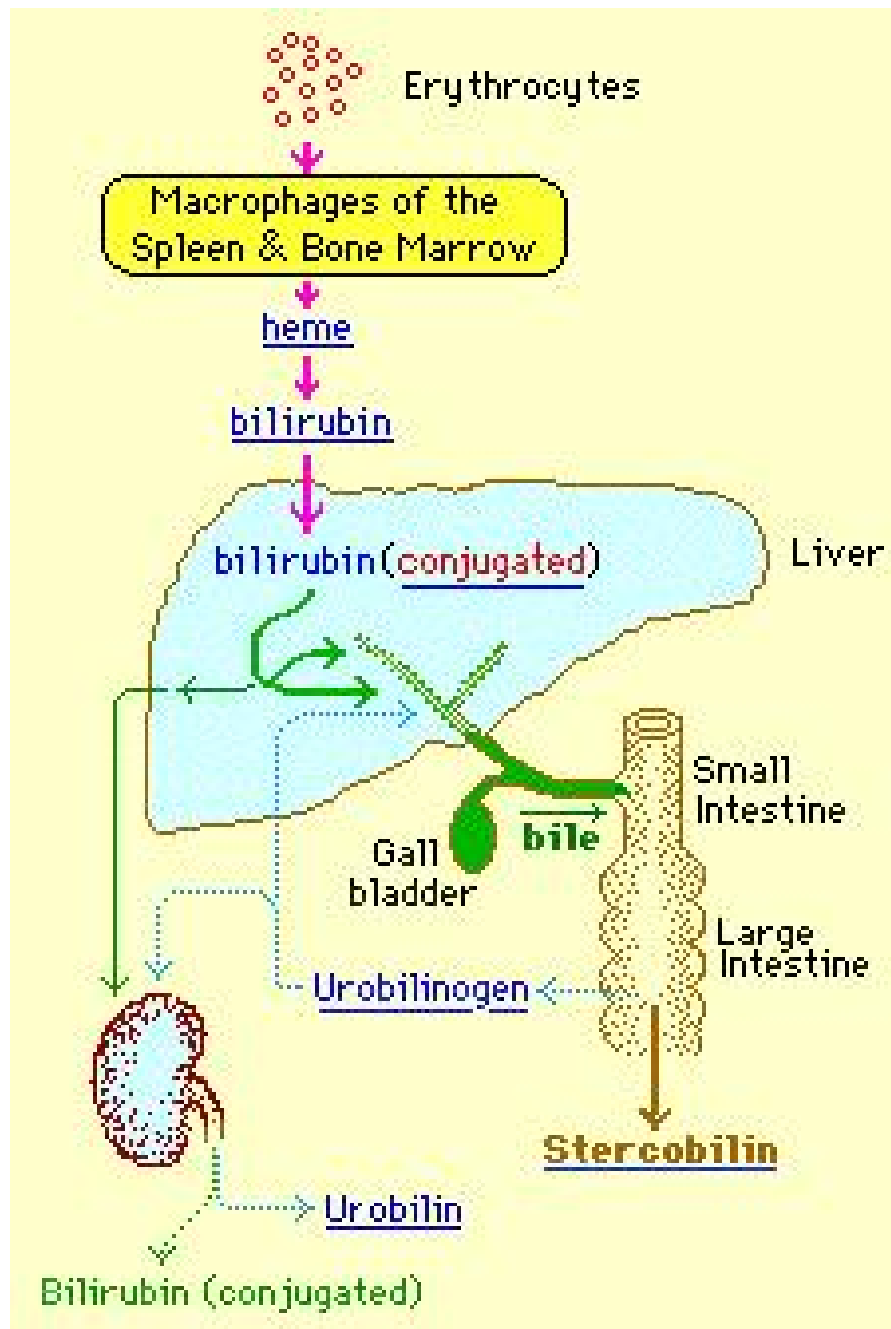
Colorazione giallastra della cute e delle mucose visibili conseguente all'aumento della bilirubina plasmatica.



Subittero: Bilirubinemia totale
> 1,5 mg/dl

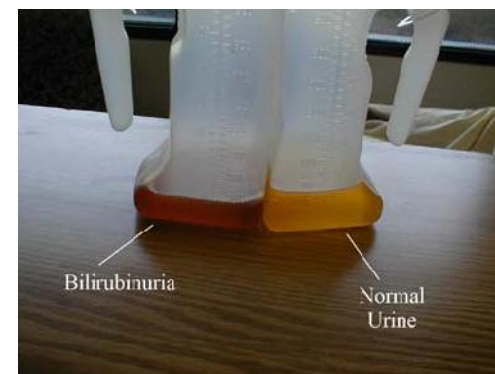


Ittero franco: Bilirubinemia totale > 2,5
mg/dl



Bilirubina: prodotto di degradazione dell'emoglobina (200-300 mg/die)

- principale pigmento della bile
- si forma nei macrofagi di milza e midollo dalla emoglobina (eme)
- bilirubina (insolubile!) veicolata dall'albumina raggiunge il fegato, viene coniugata con ac. glucuronico (bil. diretta) ed escreta nella bile → intestino → feci
- batteri intestinali ossidano bil. a urobilinogeno
- urobilinogeno è in parte riassorbito dal circolo entero-epatico e finisce nelle urine (urobilina)



Criteri classificativi degli itteri

Tipo di bilirubina prevalente

1. *a bilirubina indiretta*
2. *a bilirubina diretta*

Meccanismo patogenetico

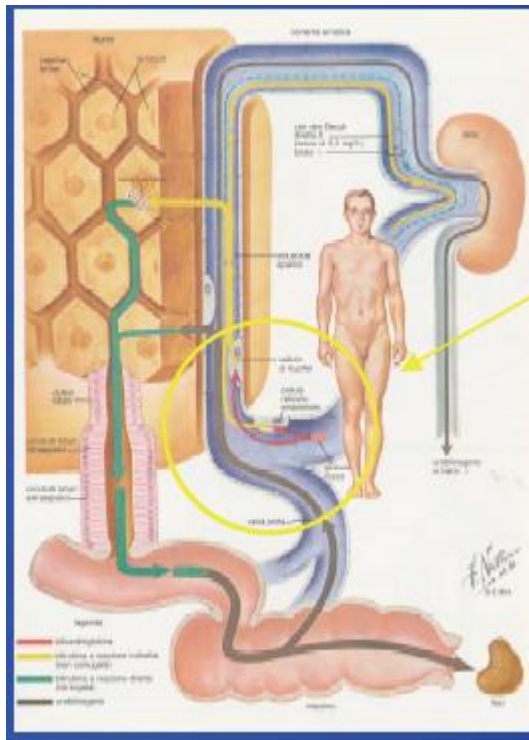
1. *pre-epatico* (emolitico)
2. *epatocellulare*
 - congenito (deficit enzimatici)
 - acquisito (danno epatocellulare)
3. *post-epatico* (ostruttivo)
 - colestasi intraepatica (CBP, CSP)
 - colestasi extraepatica (litiasi, tumori)

Patologia di base

1. *congenita*
2. *acquisita*

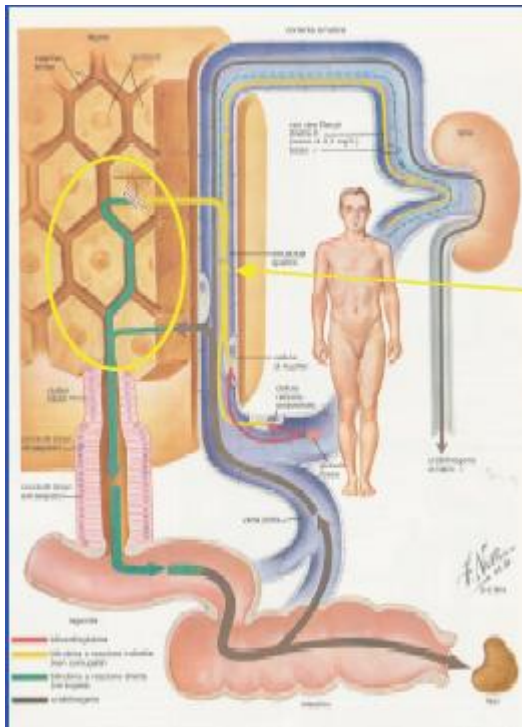
ITTERO PRE-EPATICO O EMOLITICO

da aumentata produzione di bilirubina indiretta per emocateresi extramidollare, come nel caso delle anemie emolitiche



ITTERO EPATOCELLULARE

da danno tossico o infettivo degli epatociti, che provoca difetto di captazione o escrezione della bilirubina, come nelle epatiti infettive, tossiche. epatiti infettive, tossiche.



ITTERO DA OSTRUZIONE

da ostacolo al deflusso della bile, si verifica un aumento della pressione a monte e rigurgito nel sangue di bilirubina coniugata e di sali biliari

