

JARVIS

Esame obiettivo **e**
valutazione clinica



EDIZIONE ITALIANA
SULLA VIII IN LINGUA INGLESE
a cura di **NICOLA DI DANIELE**

PICCIN

Reperti normali

Palpebre e ciglia

Le palpebre superiori normalmente si trovano al livello della parte superiore dell'iride e collimano completamente con le palpebre inferiori in posizione di chiusura. La cute è intatta senza zone arrossate, tumefatte, secrezioni o lesioni visibili.

Le rime palpebrali sono orizzontali nei soggetti non asiatici, mentre gli asiatici hanno normalmente un'inclinazione verso l'alto.

Si noti che le ciglia sono distribuite uniformemente lungo il bordo palpebrale e si incurvano verso l'esterno.

Bulbi oculari

I bulbi oculari sono normalmente in sede, senza protrusione o infossamento. I neri possono normalmente presentare una leggera sporgenza dei bulbi oculari, oltre la cresta sopraorbitale.

Congiuntiva e Sclera

Chiedere al paziente di guardare in alto. Usando i pollici, far scorrere le palpebre inferiori verso il basso lungo il bordo dell'osso orbitale, facendo attenzione a non esercitare una pressione sul bulbo oculare. Ispezionare l'area esposta (Fig. 15.14). Il bulbo oculare appare umido e lucido. Numerosi piccoli vasi sanguigni normalmente sono visibili attraverso la congiuntiva trasparente; peraltro, le congiuntive sono chiare e mostrano il normale colore delle strutture sottostanti: rosa sulle palpebre inferiori e bianco sulla sclera. Rilevare eventuali cambiamenti di colore, tumefazioni o lesioni.



15.14

La sclera è di colore bianco porcellana, sebbene i soggetti afro-americani occasionalmente abbiano un colore della sclera grigio-blu o scuro. Nelle persone dalla pelle scura normalmente si possono vedere piccole punteggiature marroni (come delle lentiggini) sulla sclera, che non devono essere confuse con corpi estranei o petecchie.

Apparato lacrimale

Chiedere al paziente di guardare in basso. Con i pollici, far scorrere la parte esterna della palpebra superiore verso l'alto lungo l'orbita per esporre la porzione interna della palpebra. Controllare l'eventuale presenza di arrossamento o di tumefazioni.

Normalmente i punti lacrimali drenano le lacrime nei dotti e poi nel sacco lacrimale. La presenza di lacrimazione eccessiva può indicare una ostruzione del dotto nasolacrimale. Bisogna controllarlo premendo con l'indice sul sacco lacrimale, appena all'interno della porzione nasale della rima palpebrale, e non premendo sul lato del naso (Fig. 15.15). La pressione solleva leggermente la palpebra inferiore, ma non dovrebbe esserci alcuna altra risposta a questa manovra.

Reperti anormali

“Palpebra tarda” da ipertiroidismo. La chiusura incompleta delle palpebre espone al rischio di lesioni corneali.

Ptosi, abbassamento della palpebra superiore. Edema periorbitale, lesioni (vedere Tavole 15.2, Alterazioni palpebrali e 15.3, Lesioni palpebrali).

Ectropion ed entropion (vedere Tavola 15.2, p. 315).

Esoftalmo (occhi sporgenti) ed enoftalmo (occhi infossati) (vedere Tavola 15.2).

Arrossamento diffuso (vedere Tavola 15.6, Occhi rossi - Disturbi vascolari, p. 320). Cianosi delle palpebre inferiori.

Il pallore vicino al canto esterno della palpebra inferiore può indicare anemia (il canto interno normalmente contiene meno pigmento).

L'ittero sclerale è un ingiallimento uniforme della sclera che si estende fino alla cornea, indicando una iperbilirubinemia. Dolore, corpo estraneo, secrezioni o lesioni.

La tumefazione della ghiandola lacrimale può manifestarsi con una tumefazione visibile sulla porzione laterale della palpebra superiore.

Punti lacrimali arrossati, rigonfi, dolenti alla pressione.

Fare attenzione a qualsiasi rigurgito di liquido dai punti lacrimali, a conferma del blocco del dotto nasolacrimale.

Reperti normali

Riflesso della suzione. Toccare le labbra e offrirgli il mignolo coperto da un guanto per poterlo succhiare. Notare la forza del riflesso della suzione. Il riflesso è presente alla nascita e scompare a 10-12 mesi.

Presca palmare. Posizionare sulla linea mediana la testa del bambino per garantire una risposta simmetrica. Porre un dito sul palmo della mano del bambino, dal lato ulnare e lontano dal pollice. Si noti la stretta di tutte le dita del bambino (Fig. 24.52). Il riflesso può essere attivato dal movimento della suzione. Spesso è possibile portare il bambino in posizione seduta facendo leva sulla presa. Il riflesso è presente alla nascita, è più forte a 1 o 2 mesi e scompare a 3 o 4 mesi.



24.52 Presca palmare.

Presca plantare. Porre il pollice sull'avampiede del bambino. Si noti che le dita si arricciano strettamente (Fig. 24.53). Il riflesso è presente alla nascita e scompare a 8-10 mesi.



24.53 Presca plantare.

Riflesso di Babinski. Passare un dito sul margine laterale della pianta del piede, fino ad arrivare all'avampiede. Notare l'apertura a ventaglio delle dita (riflesso di Babinski positivo) (Fig. 24.54). Il riflesso è presente alla nascita e scompare a 24 mesi di età (variabile).



24.54 Riflesso di Babinski.

Reperti anomali

Il riflesso di presa palmare è assente in caso di danni cerebrali e lesioni muscolari o nervose locali.

La persistenza del riflesso della presa palmare dopo 4 mesi di età si verifica in caso di lesione del lobo frontale.

Riflesso di Babinski positivo dopo 2½ anni di età si verifica in caso di malattia del tratto piramidale.