

Le domande vanno inviate alla redazione preferibilmente via mail (e-mail: domanderisposte@medicoebambino.com) oppure per posta (via Santa Caterina, 3 - 34122 Trieste). Delle risposte è responsabile il Comitato Editoriale di *Medico e Bambino*, che si avvale del contributo di esperti per ogni singola disciplina pediatrica.

Le domande di maggior interesse generale potranno essere pubblicate nella rubrica "Domande e Risposte". Per questo, è opportuno che il mittente segnali anche la città in cui lavora e la qualifica e/o il tipo di attività svolta.

Se, al contrario, non si desidera che il proprio nome venga indicato in calce al quesito posto, è sufficiente specificarlo.

Psoriasi pustolosa e acitretina. Seguo una bambina di tre anni affetta da psoriasi pustolosa generalizzata e in trattamento presso un centro regionale con terapia locale, anche cortisonica, e acitretina. Vorrei chiedervi per quanto tempo si può protrarre l'uso dell'acitretina? È da tutti accettato che i cortisonici per os sono controindicati? Dal momento che la bambina ha in passato presentato episodi febbrili molto violenti e protratti senza alcuna giustificazione, è mai stata riscontrata associazione fra psoriasi pustolosa e malattie autoinfiammatorie?

dott. Roberto Luciani
Pediatra di famiglia, Lido di Camaiore

La psoriasi pustolosa generalizzata è una malattia importante, a volte persistente per tutta la vita, che si giova del trattamento con i retinoidi, come l'acitretina. Sono segnalati in letteratura casi con episodi febbrili associati, che farebbero parte della malattia stessa e che possono giovare di un trattamento con ciclosporina. Il cortisone per via generale sembrerebbe gravato da un effetto rebound molto marcato alla sospensione. L'acitretina si può protrarre per anni, ma senza superare la dose di 1 mg/kg/die e monitorando possibili danni ossei (alterazioni della crescita dell'osso) con Rx periodici. Inoltre, è un farmaco potenzialmente teratogeno e quindi in una ragazza in adolescenza diventa oggettivamente un problema. Recentemente sono descritti buoni risultati con l'uso dell'infliximab.

Bronchite asmatiche e rash cutaneo.

Visito una bambina di 5 anni per una bronchite asmatica che curo inizialmente con azitromicina e aerosol con broncodilatatore e betametasona per os (sottodosato e per solo 1 giorno). Il giorno dopo la piccola si reca in PS per persistenza di febbre e comparsa di rash cutaneo. In quella sede fanno diagnosi di scarlattina (ma non eseguono tampone faringeo) e cambiano tera-

pia antibiotica facendo assumere alla paziente amoxicillina e acido clavulanico. La piccola si sfebbrà, scompare la tosse e si rimette in breve.

La premessa è che la piccola ha già avuto la scarlattina tre volte oltre all'episodio appena citato. Attualmente la bambina gode di buone condizioni generali, la visiterò i prossimi giorni per assicurarmi che stia bene, che non ci siano soffi cardiaci o qualche altro segno di malattia reumatica. Nel caso in cui la bambina non presenti nessuno dei sintomi che potrebbero farmi pensare a una malattia reumatica devo preoccuparmi di qualcosa? Fare qualche accertamento ematico o colturale? Eseguire in ogni caso profilassi con penicillina im? Il rash scarlattiniforme non potrebbe essere dovuto ad altri batteri, come lo stafilococco o lo streptococco di tipo C?

dott.ssa Irene Osti
Pediatra di famiglia

Il rash può avere altre cause infettive (o magari essere semplicemente un rash aspecifico da antibiotico). Ma altrettanto certamente la scarlattina, come ogni altra infezione batterica da piogeni, non può causare il broncospasmo e quindi, se la bambina aveva una bronchite asmatica, sicuramente non aveva la scarlattina e nemmeno poteva esserle utile l'amoxicillina-clavulanico (sarebbe sfebbrata anche da sola).

Per tutto questo e in una bambina che oggi sta bene, non deve fare nulla di più, né preoccuparsi, né pensare alla malattia reumatica (ma questo anche se avesse avuto la scarlattina, che da sola non significa nulla).

Camptodattilia e clinodattilia. Mia figlia, non ancora tre mesi, presenta camptodattilia al 4° dito e clinodattilia al 5° dito del piede destro. Vorrei sapere quando iniziare il trattamento con cerotto e, se possibile, avere istruzioni sul se, e come, eseguirlo presso l'ambulatorio del pediatra. L'ortopedico consultato ha rinviato il problema al periodo in cui la

bambina inizierà la deambulazione dimostrando un po' di incertezza.

Un genitore

Per camptodattilia si intende una deviazione di un dito (del piede o della mano) in flessione all'interfalangea prossimale o distale; per clinodattilia una deviazione laterale di un raggio della mano o del piede. Questi termini andrebbero utilizzati per definire le deformità congenite, caratterizzate da alterazioni articolari, rigide, cioè non correggibili con manovre manuali, e che possono richiedere un trattamento, solo chirurgico, verso fine crescita. Molto più spesso invece nel neonato, come nel caso illustrato dalla Figura, sono osservabili disallineamenti delle dita dei piedi, più o meno evidenti, parzialmente o completamente correggibili, che hanno frequentemente una evoluzione migliorativa con la crescita. Non costituiscono ostacolo alla deambulazione autonoma, in particolare non causano se non eccezionalmente callosità o distrofie ungueali, quindi non richiedono alcun trattamento. L'applicazione di cerotti, inutili dal punto di vista ortopedico, può avere al più un significato psicologico per i genitori; richiede comunque attenzione per evitare lesioni cutanee o vascolari, che potrebbero creare una patologia in un piede sano.

