

Delle risposte è responsabile il Comitato Editoriale che si avvale del contributo di esperti per ogni singola disciplina pediatrica:

ALLERGOLOGIA, CARDIOLOGIA, CHIRURGIA, DERMATOLOGIA, DIABETE-ENDOCRINOLOGIA, EMATOLOGIA-ONCOLOGIA, EPATOLOGIA, FARMACOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, GENETICA, GINECOLOGIA PEDIATRICA, IMMUNOLOGIA, NEFRO-UROLOGIA, NEONATOLOGIA, NEUROLOGIA, NUTRIZIONE, OCULISTICA, ODONTOSTOMATOLOGIA, ORTOPEDIA, OTORINOLARINGOIATRIA, PATOLOGIA INFETTIVA, PNEUMOLOGIA, PSICHIATRIA, PSICOLOGIA, RADIOLOGIA, REUMATOLOGIA, VACCINAZIONI

Ho in cura un bambino ormai prepubere, con testicoli di circa 1 ml. Approssimandomi alla pubertà, conviene approfondire? Con quali esami?

dott. Nunzio Lardaro (Pediatra di base)
San Felice a Cancelli (CE)

Il dubbio sta nella definizione di ormai prepubere, cosa vuol dire? Che età ha?

Se ha peli pubici e un'età che si approssima ai 12-13 anni, può avere un pubarca, forse l'aveva già prima? E potrebbe essere l'espressione di un adrena (surrene) senza che ci sia ancora attivazione puberale (ipofisi-gonadi).

Era criptorchide, i testicoli erano sempre piccoli?

Il volume di 1 ml è ecografico o misurato con orchidometro di Prader? L'eco sottostima. Comunque, pur nei dubbi delle informazioni, aspetterei e, solo dopo l'avvio deciso della pubertà, valuterei il volume testicolare.

Se non c'è storia precedente di problemi testicolari, ricercherei anamnesticamente un ritardo del linguaggio, e/o un disadattamento scolastico, nel qual caso se con alta statura e se compare ginecomastia (la ginecomastia comunque è spesso fisiologica), penserei a un Klinefelter (fare cariotipo). Se con ritardo di crescita staturale, potrebbe trattarsi di un fatto costituzionale (attesa) o altrimenti di un deficit ipotalamico o ipofisario (ipogonadismo ipogonadotropo) da valutare con un test GnRH o con un test con Decapeptyl sottocute, da effettuare in ambiente specialistico.

Forse scrivo per un problema futile, ma sta destando non poche preoccupazioni. Una mia paziente di 12 anni e 4 mesi ha presentato il menarca all'età di 11 anni con uno scatto in altezza avvenuto un anno prima. Da circa tre mesi la sua statura si è fermata a 147,5 cm, gettando nel panico i familiari. Avrebbe un'al-

tezza bersaglio di circa 156 cm e fino a ora ha sempre presentato una crescita regolare, intorno al 40° centile.

È lecito non fare nulla e aspettare la ripresa della crescita oppure è il caso di cominciare a indagare, magari chiedendo una determinazione dell'età ossea?

dott. Giacomo Tinervia
e-mail: giacomotinervia@fiscalinet.it

Se la curva di crescita, nonostante la pubertà spontanea, ha cominciato a flettere, è obbligatorio escludere con l'esame del cariotipo che si tratti di un problema tipo sindrome di Turner (è in sovrappeso? Ha nei cutanei?). Certamente va fatta una radiografia della mano e polso sinistro per verificare l'età ossea e per valutare la saldatura delle epifisi. Se quest'ultima fosse già completata, non c'è alcun intervento utile da fare. Al contrario, se si tratta di una sindrome di Turner e l'età ossea non è ancora completata, si può tentare con GH.

Un bambino di 5 anni, in terapia per una forma di epilessia, ha avuto alcuni episodi di convulsioni, ma mai convulsioni febbrili.

Rispetto a un bambino non affetto da epilessia, in occasione di malattia febbrile, quante probabilità ha di avere convulsioni? Il paracetamolo sarebbe da fare o no?

Pediatra

Se il bambino non ha mai sofferto di episodi critici epilettici durante la febbre, la febbre di per sé non dovrebbe aumentarne la probabilità, a meno che il bambino non sia affetto da quelle rare forme di epilessia (tipo le cosiddette "convulsioni febbrili plus" e l'epilessia mioclonica severa) in cui le convulsioni durante la febbre sono uno degli elementi diagnostici. Sarebbe quindi im-

portante conoscere la diagnosi di questa epilessia (idiopatica? sintomatica?). Nelle forme sintomatiche talvolta la febbre può essere un fattore scatenante.

Alla luce di quanto detto, l'uso del paracetamolo dipenderà dalla situazione clinica generale più che da quella neurologica.

Dalle pagine elettroniche di "Medico e Bambino" ricavo due termini che non conosco: "segno del mungitore" e "segno della pronazione". Mi potete spiegare in che cosa consistono?

dott. Angelo Adorni (Pediatra di base)
Collecchio (PR)

Si fa riferimento al "caso contributivo": corea di Sydenham: descrizione di un caso, pubblicato sulle pagine elettroniche di Medico e Bambino (www.medicoebambino.com) nel mese di settembre 2004.

La sindrome della corea di Sydenham si caratterizza per movimenti coreici, ipotonia e instabilità emotiva. I movimenti coreici sono più generalmente simmetrici, sebbene possano essere anche solo unilaterali. Sono più frequenti al volto, tronco, e alla parte distale degli arti; si intensificano con lo stress e scompaiono durante il sonno. L'ipotonia può essere un segno prominente, così come le crisi di pianto e gli sbalzi di umore. I quattro segni tipici associati alla corea sono: "il segno del mungitore", quando nella stretta di mano questa si fa prima rilassata e poi serrata, come si fa per mungere; "il segno della pronazione", quando le braccia e i palmi, se tenuti sopra la testa, ruotano all'infuori; "la mano coreica", quando questa rimane estesa a cucchiaino per flessione del polso ed estensione delle dita, e infine "la lingua coreica", caratterizzata da una brusca protrusione della lingua che dura pochi secondi.