

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.

Ho tra i miei assistiti un bambino di sei mesi, 90° percentile per il peso e 95° per la lunghezza, che ha mai avuto nessun problema. Allattato al seno fino a 3 settimane fa, quando ha iniziato lo svezzamento. La settimana scorsa la mamma mi ha chiamato per un male al pancino che è durato tutto il pomeriggio e si è calmato dopo l'evacuazione. La storia si è ripetuta dopo qualche giorno e così ho deciso per un esame delle feci. Risultato: qualche leucocita, muco modesto (ma il piccolo è raffreddato) e *Citrobacter freundii*. Cosa devo fare? Va trattato o lasciato in pace?

dott. Bruno Salvatore
Pediatra di famiglia, Eboli (Salerno)

Citrobacter freundii è un bacillo Gram-negativo anaerobio, abituale saprofita dell'intestino. Non è quindi un patogeno e non dovrebbe essere nemmeno ricercato/refertato (siccome in coltura assomiglia alla salmonella, a volte c'è confusione) e quindi di nessun significato clinico.

Ragazzo di 18 anni, splenectomizzato per PTI cronica, ha già praticato prima dell'intervento vaccino antipneumococcico coniugato 7-valente (*Prevenar*) e vaccino *Pneumo-23*; deve praticare anche una dose del nuovo coniugato 13-valente?

Un pediatra di famiglia
Napoli

La somministrazione di *Prevenar 13* sarebbe senz'altro indicata. Tuttavia ormai è evidente che dopo una dose di *Pneumo-23* la risposta anticorpale, discreta all'inizio, si esaurisce dopo 1-2 anni. E una sola dose di *Prevenar 13* non è capace di indurre una risposta anticorpale, perché le cellule immuno-competenti per gli pneumococchi si sono esaurite dopo la somministrazione di 25 µg di polisaccaridi per ciascuno dei 23 polisaccaridi. I polisaccaridi coniugati, presenti in

Prevenar, corrispondono a 2 µg per ciascun polisaccaride.

Per ottenere una risposta è necessario fare due dosi di *Prevenar 13*, a distanza di qualche mese. La prima dose "impronta" le cellule deputate alla sintesi degli anticorpi e la seconda le induce a rispondere.

Desidererei sapere il significato dell'innalzamento importante (775 mg/l, vn <10) della proteina siero-amiloide A in un bambino di 4 anni, con febbre ricorrente. Si può considerare un reperto tipico di PFAPA, o ha lo stesso valore aspecifico della proteina C (anch'essa elevata in questo bimbo)?

dott. Roberto Boscolo
Pediatra di famiglia, Scorzè (Venezia)

L'innalzamento della siero-amiloide A (SAA) in corso di febbre non ha, in generale, un significato molto diverso da quello della proteina C reattiva e non ha alcuna specificità diagnostica. In particolari febbri periodiche il monitoraggio della SAA (anche e soprattutto al di fuori degli episodi febbrili) fornisce un elemento utile (ma non esclusivo) per misurare il rischio di amiloidosi (una malattia che può essere provocata dalla ricorrenza infiammatoria) e per adeguare le relative terapie.

Un bambino che seguo ha avuto ultimamente tre episodi di pronazione dolorosa del radio da sublussazione del capitello radiale nei confronti del legamento radiale. Ogni volta la riduzione è stata semplice con l'apposita manovra. Questi episodi preoccupano i genitori per la eccessiva frequenza. Visto che la radiografia non viene richiesta, domando se è possibile altra soluzione quale l'applicazione di un tutore.

dott. Giulio Santaroni
Pediatra libero professionista

La "pronazione dolorosa" del gomito è una sublussazione del capitello radiale che si verifica nei primi anni di vita a seguito di un trauma banale, di solito per una trazione sull'arto superiore, e che si risolve rapidamente con una semplice manovra di riduzione. È legata a una fisiologica iperlaxità articolare e per questo motivo non sono rare recidive nello stesso paziente. Dopo i 4-5 anni, con un'articolazione del gomito più matura e più stabile, questo fenomeno è molto più raro. Ma sono molti i bambini con ripetute recidive (anche 5-10 episodi); non è raro il caso di genitori che abbiano imparato a eseguire la corretta manovra di riduzione per evitare continui accessi al pronto soccorso. L'esame radiografico non è necessario perché del tutto nella norma. Data l'età, non è proponibile e di fatto non esiste una terapia riabilitativa preventiva; un'immobilizzazione con gesso o tutore è inefficace e comunque in linea di principio sconsigliata per il possibile danno al trofismo muscolare con aumento della lassità articolare. Occorre sottolineare comunque che le eventuali recidive non comportano alcun esito negativo: nessun adulto presenta una limitazione nella funzionalità del gomito per aver sofferto da bambino di uno o più episodi di sublussazione del capitello radiale.

Una ragazza di 12 anni, 47 kg, II-III stadio Tanner, è affetta da morbo di Basedow, diagnosticato nel maggio scorso (TSH < 0,05; fT4 20,9; eco: 16x17x41 mm; ab TG 427 U/ml, ab TPO 159 U/ml, ab TR 9,1 U/ml).

Iniziata terapia con Tapazole 2 cp e mezza al/die; a settembre (TSH 4,30, fT4 7,4; eco: 20x21x47, peso 51 kg) il Tapazole viene ridotto a 1 cp e mezza/die e a ottobre (TSH 8,6, Ab TG 1500), ridotto ulteriormente a 1 cp e mezza a giorni alterni.

In un Basedow con un'attività autoimmunitaria così intensa, è sufficiente la sola terapia medica o è meglio proporre la tiroidectomia?

Le grandi fluttuazioni del TSH possono avere influenze negative sulla crescita e pubertà o tali influenze negative possono essere più probabili con la tiroidectomia? Per il momento non ci sono altri autoanticorpi in circolo (anti-transglutaminasi, pancreas, surrene), qual è il pannello di esami da rispettare per il monitoraggio domiciliare della paziente?

dott.ssa Maria Innocente
Pediatria di famiglia, Cavallino (Lecce)

Nel Basedow giovanile, e nei bambini in generale, vi è un maggior rischio di recidiva rispetto all'adulto. Per mantenere una soppressione adeguata, con un effetto anche sulla componente immunitaria, è raccomandabile mantenere stabile una certa dose di *Tapazole* e, per controllare l'aumento del TSH, somministrare una piccola dose di *Eutirox* 1/2-1 cp da 25 µg. Quindi un ipotiroidismo iatrogeno che si compensa con la levotiroxina.

Questo in quanto una completa sospensione può favorire la recidiva, mentre il trattamento prolungato anche un paio di anni può rendere la remissione stabile. Al momento quindi non penserei alla soluzione chirurgica, ma piuttosto a quella medica prolungata. Quella chirurgica in caso di recidiva dopo trattamento medico prolungato.

L'indicazione chirurgica va considerata in caso di incontrollabilità della malattia (recidive anche in trattamento) o in caso di gozzo voluminoso (che peraltro, nella fase di soppressione, *Eutirox*, normalizzando il TSH aumentato, agisce anche riducendo la componente del gozzo TSH dipendente).

I soggetti fortemente allergici al pesce con storia di grave reazione anche a minime quantità, e oculorinite e starnuti al solo odore di pesce, possono mangiare i crostacei se verso questi non mostrano alcuna sensibilità, né cutanea, né in vitro?

Un pediatra di famiglia
Mestre (Venezia)

Non esiste cross-reattività tra parvalbumine (allergene principale dei pesci) e tropomiosine (allergene di molluschi e crostacei), per cui non esiste, almeno in via teorica, motivo per evitare i crostacei, o i frutti di mare, in chi è allergico soltanto ai pesci (Lopata AL. *New insights into seafood allergy. Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2009;9:270-7).

Però credo possibile che i crostacei possano essere "contaminati" dal contatto con il pesce sui pescherecci, ma anche negli stessi ristoranti. E non so fino a che punto un lavaggio con acqua li decontamina del tutto. E poi i molluschi senza conchiglia possono nutrirsi di piccoli pesci.

In conclusione, direi che i crostacei non vanno evitati, ma in un "superallergico" al pesce come quello da Lei descritto lo farei con molta cautela e mettendo in atto tutti gli accorgimenti per evitare contaminazioni inavvertite.

Mia figlia di 10 anni al ritorno di una vacanza in Tunisia lo scorso settembre ha avuto e continua ad avere orticaria su tutto il corpo; tale manifestazione si attenua con l'antistaminico "Formistin". La bambina è stata sottoposta presso l'ospedale dove risiedo a test allergici alimentari ed è risultata allergica alla lattoalbumina, ai piselli e al kiwi. Questi alimenti sono stati eliminati dalla sua dieta, come tutti i cibi ricchi e liberatori di istamina: uova, spinaci, frutta secca, pesce, crostacei ecc.

L'altra settimana, a causa di un mal di gola, ho somministrato una bustina per bambini di Oki e ha presentato un gonfiore agli occhi, al viso e alla gola con orticaria in tutto il corpo, così la pediatra ha somministrato Bentelan 1 mg mattina e sera per tre giorni.

Adesso anche a scuola ha continui episodi di orticaria, ma vedo che la bambina accusa stanchezza alle gambe, spossatezza e malessere generale.

Come devo procedere, cosa dovrei fare?

Una mamma
Agrigento

L'orticaria che persiste, immagino giornaliera, non è per certo una orticaria allergica (alimentare o altro): non va fatta pertanto (mai può servire) nessuna limitazione dietetica. La diagnosi giusta è invece quella di "orticaria cronica". Questo non significa che è un'orticaria che non guarisce, ma semplicemente che tende a durare molto a lungo (mesi o anni).

L'orticaria cronica era considerata un tempo la "malattia dei sani", perché agli esami bioumorali di norma tutto risulta perfettamente normale. Oggi sappiamo che si tratta di una malattia su base immune, o autoimmune, spesso legata ad autoanticorpi e, come in tutte le malattie di questo tipo, il processo si esaurisce sempre, prima o poi, spontaneamente.

Il trattamento è soltanto sintomatico e si basa principalmente sugli antistaminici. Tra i più attivi la cetirizina (*Formistin*), da Lei già utilizzata con successo, che permette, come spesso necessario, anche un aumento considerevole della dose: nell'orticaria cronica spesso consigliamo già in prima battuta due compresse al giorno, mattina e sera. Il trattamento va mantenuto, senza timore, per tutto il tempo necessario (anche anni). Si può provare a ridurre la dose e poi sospendere, ma senza fretta, quando si assiste a una scomparsa o forte riduzione dei ponfi, ma senza problemi a riprendere la terapia qualora l'orticaria dovesse riemergere.

Per l'orticaria cronica non facciamo in prima battuta alcun accertamento.

Nel caso dovesse durare troppo a lungo, potrebbe risultare utile una valutazione della funzionalità tiroidea e degli anticorpi anti-tiroide (una tiroidite autoimmune spesso si associa all'orticaria cronica) e un dosaggio degli anti-tTG (la celiachia può nascondersi dietro ogni malattia autoimmune). Infine, nelle forme più resistenti, facciamo un test con l'autosiero (per valutare l'esistenza e l'entità della produzione autoantipale: anticorpi della classe delle IgG verso i recettori mastocitari delle IgE).

Si ringraziano gli "esperti" che hanno contribuito con le loro risposte e i loro pareri alla rubrica dell'anno 2010.

CARDIOLOGIA: Alessandra Benettoni; CHIRURGIA: Antonio Giannotta, Jürgen Schleef; DERMATOLOGIA: Irene Berti, Mario Cutrone; DIABETE-ENDOCRINOLOGIA: Giorgio Tonini; EMATOLOGIA-ONCOLOGIA: Paolo Tamaro, Marco Rabusin; EPATOLOGIA: Giuseppe Maggiore; FARMACOLOGIA: Fulvio Bradaschia, Federico Marchetti; GASTROENTEROLOGIA: Grazia Di Leo, Stefano Martelossi; GENETICA: Paolo Gasparini; GINECOLOGIA PEDIATRICA: Giuseppe Ricci; IMMUNOLOGIA: Marino Andolina, Alberto Tommasini; NEFROUROLOGIA: Marco Pennesi; NEONATOLOGIA: Riccardo Davanzo, Sergio Demarini; NEUROLOGIA: Marco Carrozzi; OCULISTICA: Riccardo Frosini, Stefano Pensiero; ODONTOSTOMATOLOGIA: Gabriella Clarich; ORTOPEDIA: Marco Carbone; OTORINOLARINGOIATRIA: Elisabetta Zocconi; PNEUMOLOGIA: Furio Poli; REUMATOLOGIA: Loredana Lepore.