

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, VACCINI

**Esiste ancora uno spazio per il coprimaterasso-copricuscino per il bambino affetto da dermatite atopica? Oppure anche per questo basta curare la sua pelle col cortisonico topico in modo da far entrare il meno possibile gli allergeni dell'acaro attraverso la cute? Ma il bambino con dermatite atopica può comunque far entrare l'acaro se non dalla pelle (ammesso che anche da lì entri) dall'albero respiratorio? In altre parole, il coprimaterasso può evitare che il bambino si sensibilizzi e che possa poi sviluppare un asma allergico all'acaro o no?**

dott. Angelo Adorni  
Pediatra di famiglia, Collecchio (Parma)

Giustamente, come Lei ricorda, curare bene la dermatite è la cosa più importante e prioritaria. Detto questo, la profilassi con coprimaterasso e copricuscino (se fatta con i materiali giusti, ci sono tanti coprimaterassi in commercio di scarsa o nulla efficacia e alcuni si sono dimostrati habitat ideali per gli acari) va certamente fatta per molti motivi: 1) l'acaro ha una dimostrata azione patogenerica diretta (proteasi che rompono la barriera cutanea e azione sensibilizzante); 2) il bambino con dermatite atopica, specie se allergico all'uovo, ha una grande probabilità di diventare allergico agli acari; 3) un'alta concentrazione ambientale di acari nei primi anni di vita si è dimostrata correlare con un più marcato deficit ostruttivo nei parametri spirometrici all'età di 6 anni.

**Piccola di 3 mesi e 26 giorni, piccolo DIA DIV alla nascita, attualmente in quasi completa remissione; allattata al seno; da circa una settimana presenta lesioni tipo fibromi a livello dell'arcata gengivale superiore, consistenza tesolastica di colore giallastro, alcune le-**

**sioni piccole, altre confluenti, di pochi millimetri di diametro (la più grande 0,4 mm). Assenza di dolore alla palpazione, non c'è sanguinamento, lieve accrescimento nella settimana di controllo. È stato consultato un odontoiatra che ha formulato la diagnosi di fibromi, e consigliato controllo dopo due settimane. Non ci sono lesioni al capezzolo materno. Anche io vorrei attendere: è la scelta più giusta o devo pensare ad altro?**

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

Dalla descrizione mi sembra che si tratti delle cosiddette "perle", formazioni che si ritrovano talvolta nella bocca dei neonati. Spesso sono già presenti alla nascita e spariscono nei primi mesi di vita. Usualmente sono di colore giallastro, rotondeggianti, puntiformi, talvolta si aggregano. Non creano dolore o altro fastidio e non hanno alcun significato patologico.

**Una mia paziente di 8 anni è affetta da monoartrite al ginocchio dx esordita nel 2006. Anamnesi familiare: nonno materno con artrite psoriasica. Nel 2006 la mamma notava un ginocchio dx di aumentate dimensioni rispetto al controlaterale; la bambina non aveva presentato traumi precedenti né accusava dolore o impedimento funzionale. Gli esami ematochimici VES 6, PCR 0,04 mg/dl, fattore reumatoide negativo, GB 7900, ANA negativi, visita oculistica con lampada a fessura negativa. Eseguita artrocentesi con esame del liquido sinoviale: glicemia 97 mg/gl, LDH 367 U/l, proteine totali 4,4 g/dl. Esame microscopico: cellularità modestamente rappresentata da cellule prevalentemente mononucleate (polimorfonucleati 15%).**

**Per il persistere della tumefazione del ginocchio dx la bambina veniva ricoverata presso un reparto di Reumatologia Pediatrica. Accertamenti eseguiti: indici di flogosi sempre completamente negativi ma ANA 1:80. Alla luce dei rilievi clinici e strumentali viene eseguita artrocentesi di ginocchio dx (estratti 50 cc di liquido sinoviale torbido e depolimerizzato, conta GB 10.400/mm<sup>3</sup>) e fatta un'infiltrazione articolare con 40 mg di Kenacort e bendaggio elastico per 5 gg. È stata dimessa con antinfiammatorio al bisogno e da rivedere dopo 4 mesi. Dopo 2 mesi la bambina però ha ripresentato in pochi giorni un versamento articolare, ancora una volta senza aumento degli indici di flogosi. È stata pertanto di nuovo sottoposta ad artrocentesi con infiltrazione di Kenacort. Si può inquadrare come monoartrite giovanile, non avendo avuto mai indici di flogosi aumentati? E quali esami strumentali sarebbero necessari per avere un inquadramento diagnostico più preciso?**

dott.ssa Maria Cecilia Capoccia  
Pediatra di famiglia, Veglie (Lecce)

La durata dell'artrite, la presenza degli ANA, la transitoria risposta alla terapia locale, la cui durata è appunto di circa due mesi, depongono fortemente per una diagnosi di artrite idiopatica giovanile oligoarticolare ANA-positiva. La normalità degli esami di laboratorio è più la regola che non l'eccezione: la maggior parte delle forme monolocalizzate hanno esami di laboratorio normali. Non vi sono altri esami utili a formalizzare una diagnosi che è già certa, né strumentali, né di laboratorio. La bambina è stata correttamente trattata con la terapia locale. In caso di non risposta o di risposta parziale o transitoria si dovrà ricorrere a una terapia di fondo.