

Le domande vanno inviate alla redazione preferibilmente via mail (e-mail: [domanderisposte@medicoebambino.com](mailto: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, questa richiesta deve essere esplicitata.

**Lattante di cinque mesi, di sesso maschile, con febricola. L'esame urine evidenzia una coltura positiva per *Pseudomonas aeruginosa*, con 800.000 colonie/ml di urine (prelievo effettuato con contenitore, non con bustina).**

**Al controllo senza più febbre, persiste lo stesso patogeno, con carica di 500.000 colonie/ml.**

**Cosa ipotizzare e cosa fare?**

dott. Nunzio Iardaro

Pediatra di famiglia, San Felice a Cancellino (Caserta)

Dalla lettera non si evince se il bambino sia stato trattato o meno e, se sì, con quale antibiotico. Comunque, la persistenza del germe al controllo in benessere rende molto probabile un inquinamento delle urine dovuto a colonizzazione del prepuzio, sempre possibile anche se le urine non sono state raccolte da sacchetto. La scelta migliore è di non fare nulla oppure, per risolvere il dubbio, fare un breve trattamento topico (5 giorni), ad esempio con tobramicina crema, e quindi ricontrollare le urine.

**Seguo un bambino di 14 mesi che assume latte di soia dall'età di due mesi.**

**Ho iniziato a seguirlo all'età di 6 mesi e ho saputo che il latte di soia era stato introdotto per rigurgiti frequenti e numerose scariche liquide che non avevano miglioramento con altri lattini di formula. Con la soia il bambino è stato da subito meglio e l'alvo è ritornato regolare e da allora, su indicazione del precedente pediatra, non ha più assunto né il latte, né alcun derivato del latte vaccino. Attualmente il bimbo cresce bene, frequenta il nido e presenta infezioni respiratorie ricorrenti, tra cui episodi di broncospasmo, ma non vi è familiarità per allergia.**

**I genitori per il momento sono tranquilli, ma io mi chiedo: quando andrà riprovata la reintroduzione del latte vaccino e dei derivati? Ritengo che questa vada fatta in ospedale con un test di**

**provocazione, dopo aver fatto il prick test. Ho ragione? Anche se in caso di problemi intestinali dovrebbero essere negativi.**

dott.ssa Antonella Genero

Pediatra di famiglia, Pordenone

Come giustamente ha ricordato, la storia (per l'età di esordio, oltre che per i sintomi solo gastrointestinali) non suggerisce un'allergia IgE-mediata, ma un'enteropatia allergica. È però anche possibile che siano stati solo motivi futuri a far cambiare il latte e il cambio aver migliorato il tutto per pura casualità. Ma l'ipotesi dell'enteropatia non può essere esclusa e questa, nel caso, potrebbe comportare, all'introduzione del latte, una sindrome collassiale con vomito iperacuto, come tipico della FPIES (*Food Protein-Induced Enterocolitis Syndrome*). Per questo è certamente opportuno che la reintroduzione del latte vaccino venga fatta in ambiente protetto, prevedendo anche una degenza di una notte (la reazione collassiale e il vomito nella FPIES iniziano due ore dopo l'assunzione dell'alimento e questo non permette di procedere con rapidi aumenti delle dosi).

**Bambina di tre mesi, nata da parto cesareo alla 38ª settimana, è stata nutrita con latte materno soltanto i primi giorni di vita. Dal 6º giorno è iniziata una sintomatologia con difficoltà respiratoria durante la suzione e arresto della crescita. Nessun miglioramento con la sospensione del latte materno e passaggio a latte artificiale. A 20 giorni il latte formulato è stato sostituito con il latte di soia e già alla seconda somministrazione la bimba respirava meglio e in una settimana è cresciuta 300 g. Da questo momento i pasti sono stati regolari. Al 28º giorno, per circa una settimana, vomito a ogni pasto; eseguita un'ecografia, è risultata una chiusura insufficiente ma fisiologica del piloro, risolta**

**nel giro di pochi giorni. Da quel momento la bambina ha mangiato sempre bene, crescendo in media più di 200 g a settimana. Durante tutto questo periodo continua però a presentare coliche gassose che si sono intensificate con pianto acuto soprattutto prima di ogni pasto e anche durante, per cui la bimba mangia male e una poppata può durare più di un'ora. La bimba non rigurgita mai né vomita e dorme bene sei ore ogni notte. Farmaci somministrati: cimetropio bromuro (Alginor) e simeticone (Mylicon) e rimedi naturali (finocchio ecc.), non hanno sortito alcun effetto. Cosa mi consigliate?**

Un pediatra di famiglia

Il mio parere è che non vada fatto nulla (è già stato fatto forse troppo: sospensione di latte materno, cambio di latte, chirurgo, terapia farmacologica delle coliche). Se la bambina cresce (mi sorprenderei del contrario), portare pazienza che in breve anche le coliche se ne andranno.

In caso contrario, o se le coliche sono "disperanti", un idrolisato di latte vaccino potrebbe essere un tentativo da fare nella debole, ma non impossibile, ipotesi che le coliche siano l'espressione di una "intolleranza" (o comunque di una allergia non IgE-mediata) al latte di soia: se questa ipotesi esiste e sopravvive ancora per il latte vaccino (confronta "le coliche gassose", *Medico e Bambino* 2006;25:494-503) può essere certamente ipotizzata anche per quello di soia.

**Sono la mamma di un bambino di 6 anni che dall'età di due anni continua a ripresentare orticaria accompagnata da dolori articolari prima di una qualsiasi infezione. Dagli accertamenti effettuati non si è mai arrivati a una diagnosi e alla relativa terapia. Successivamente, nell'estate 2009, ha avuto due episodi di rigonfiamento delle labbra; a gennaio 2010, a seguito di un'infezione da**

**streptococco, è stato ricoverato per porpora di Shönlein-Henoch.**

Una mamma  
Terni

La porpora di Shönlein-Henoch, post-streptococcica, ha un'eziologia e una problematica che nulla hanno a che fare con l'orticaria. L'orticaria in coincidenza delle infezioni è molto comune in pediatria e tende a ricorrere nello stesso individuo, in particolare nell'età prescolare. L'associata artralgia non è la regola, e il suo caso è certamente atipico, ma se l'artralgia non persiste fuori infezione (e con accertamenti negativi) è da considerarsi veniale e da trascurare. Gli episodi di angioedema alle labbra, se anch'essi associati alle infezioni, hanno lo stesso significato e possono a volte apparire associati all'orticaria, altre volte isolati, come unica manifestazione. Nell'orticaria post-infettiva tipicamente, oltre alle labbra, possono gonfiarsi le mani e/o i piedi. Mi sembra perciò di poter escludere una

causa diversa da quella infettiva; certamente non va nemmeno ipotizzata un'allergia alimentare. Infine, ricordo che l'orticaria post-infettiva ha una morfologia tipica dei ponfi: a larghe chiazze, geografica, multiforme o anulare.

---

**Un mio paziente di 7 mesi è affetto da megaurettere sinistro su rene displasico. La scintigrafia ha evidenziato un'esclusione funzionale totale del rene. Il piccolo cresce bene, clinicamente non presenta nessun deficit. La mia domanda nasce dal fatto che abbiamo in questo momento due diversi pareri specialistici autorevoli: il primo consiglia di effettuare la nefrectomia al massimo entro 3 mesi; il secondo non vede alcuna necessità, almeno al momento, di intervenire chirurgicamente, anche perché il bambino cresce bene. Gradirei sapere la vostra opinione.**

dott. Giacomo Tinervia  
Pediatra di famiglia, Corleone (Palermo)

---

Le indicazioni alla nefrectomia in casi come quello descritto sono attualmente molto limitate, visto che la temuta possibilità di una degenerazione maligna viene oggi sostanzialmente negata.

La principale indicazione rimane quindi quella di un disturbo "meccanico" dovuto a una idronefrosi di notevoli dimensioni, oppure la presenza di un'ipertensione arteriosa iper-reninematica causata dal rene displasico.

Altra indicazione alla nefrectomia potrebbe essere quella di infezioni urinarie frequenti, ma il rischio infettivo in caso di idronefrosi (non da reflusso) non è in genere più elevato di quello della popolazione generale. Va anche ricordato che la nefrectomia, lasciando comunque in sede almeno parte dell'urettere dilatato, non riduce totalmente l'eventuale rischio di infezione.

Se si escludono queste cause, non c'è nessun motivo di sottoporre il bambino a un intervento chirurgico di asportazione del rene, con tutti i rischi che questo comporta.

---