

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

ALLERGOLOGIA, CARDIOLOGIA, CHIRURGIA, DERMATOLOGIA, DIABETOLOGIA, EMATOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, EPATOLOGIA, FARMACOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, GENETICA E MALFORMAZIONI, GINECOLOGIA PEDIATRICA, IMMUNOLOGIA, NEFROLOGIA, NEONATOLOGIA, NEUROLOGIA, NUTRIZIONE, OCULISTICA, ODONTOSTOMATOLOGIA, ORTOPEDIA, OTORINOLARINGOIATRIA, PATOLOGIA INFETTIVA, PNEUMOLOGIA, PSICHIATRIA, PSICOLOGIA, RADIOLOGIA, VACCINAZIONI

Nella laringite ipoglottica non grave posso associare nell'aerosol cortisonico locale la fenilefrina per sfruttare l'effetto a-agonista e diminuire l'edema della mucosa? Se la risposta è affermativa, a quale dosaggio? Mi risulta che prima della consacrazione terapeutica della normale adrenalina del commercio alcuni usassero l'NTR gocce (fenilefrina-tenildiamina-benzalconio cloruro) in aerosol.

dott. Bruno Carassini (pediatra convenzionato)
Cento (FE)

Certamente questa è una possibile indicazione della fenilefrina (e, di fatto, è stata usata in passato anche dal nostro gruppo).

La formalizzazione e standardizzazione dell'adrenalina (anche quella levogira in commercio in Italia) per il trattamento del croup (confronta *Medico e Bambino* 1, 17-21, 1997) ha tolto però spazio alla fenilefrina che, oltretutto, potrebbe comportare effetti cardiocircolatori, pressori, più rilevanti della sostanzialmente innocua adrenalina.

Bambino, affetto da criptorchidismo monolaterale, esegue terapia ormonale senza risultati (Profasi 500: 1 fiala alla settimana per 6 settimane), per cui viene sottoposto a intervento di orchidopessi a 26 mesi. Sei mesi dopo l'intervento gli viene prescritta terapia ormonale (Profasi 500: 1 fiala tre volte la settimana, per 4 settimane), nonostante i testicoli siano stabilmente e permanentemente in sede scrotale. Gradirei un vostro commento.

dott. Antonio Fazzone (pediatra di base)
Cellele (CE)

Il fatto che sia stato eseguito un ciclo di terapia per favorire la discesa del testicolo, stimolando quindi il "trofismo testicolare", rende inutile il secondo ciclo con gonadotropine post-intervento. Se anche il volume testicolare non dovesse essere normale, per un danno conseguente alla posizione criptorchide, la

terapia non è in grado di migliorare le dimensioni della gonade, né nell'immediato né in futuro.

In un lattante (3-11 mesi) affetto da bronchite spastica e/o bronchiolite è consigliabile la terapia con b-stimolanti per os, oltre che per aerosol? E, se sì, con quale dosaggio?

dott. Claudio Sisto (pediatra ospedaliero)
Bari

Nell'incertezza di una corretta inalazione può essere ragionevole (ma questo anche nel bambino fino a tre anni) somministrare qualche dose di b-2 agonista anche per via orale (0,10-0,15 mg/kg/dose). I b-stimolanti (con attività b-2 elettiva) non sono efficaci nella bronchiolite, e la loro attività può essere misurata con difficoltà almeno in tutto il primo anno di vita. Ma, nell'età da Lei indicata, il farmaco broncodilatante con maggiore efficacia, e da preferire, è l'adrenalina per via inalatoria (confronta *Medico e Bambino* 1, 17-21, 1997).

Vorrei sapere se ritiene che l'ecografia esofagea sia affidabile, come indagine, nel reflusso gastroesofageo patologico.

Mi sembra che esistano pareri discordanti sull'argomento.

Alcuni autori riscontrano un alto numero di risposte ecografiche falsamente positive, altri ritengono che l'accuratezza diagnostica in termini di sensibilità e specificità sia pari a quella dell'indagine radiologica.

dott. Joseph Buffa (pediatra)
Biella

L'ecografia, in mani esperte, è uno strumento capace di analizzare la giunzione esofagogastrica e di identificare il reflusso nel terzo inferiore dell'esofago. Ciononostante l'esame, in studi controllati, appare scarsamente specifico e im-

perfettamente sensibile per la diagnosi, e, di fatto, questa indagine porta più frequentemente confusione che chiarezza in caso di dubbio diagnostico.

Un angioma piano congenito di qualche centimetro, in una sede sottoposta a pressione ripetuta (punta del piede), merita trattamento?

dott. Antonio Meo (pediatra di base)
Rovigo

In genere il traumatismo naturale a cui è sottoposta la punta del piede non è capace di evocare alcuna complicanza.

L'eventuale trattamento - Dye Laser se si tratta di un angioma piano - può essere motivato solo da finalità estetica.

A 4 anni di età, diversi bambini presentano ancora piede piatto. Come fare a distinguere quelli nei quali il piattismo si risolverà spontaneamente con la crescita?

È il caso di utilizzare sempre i plantari dopo questa età? E fino a quale età ci si può aspettare un miglioramento?

Pediatra

Un piede piatto a 4 anni va valutato sulla punta dei piedi.

Se la volta plantare si corregge bene, si può attendere ancora uno-due anni prima di applicare un plantare. Se questo non avviene, è consigliabile l'uso di un plantare dinamico, morbido, che faciliti la cavizzazione del piede.

L'attesa di un miglioramento del piede piatto può essere prolungata fino all'ottavo anno di età.

In bambini affetti da bronchiolite che necessitano di ossigeno-terapia, vorrei sapere le modalità di somministrazione dell'ossigeno per quanto riguarda la

temperatura (calda o fredda), il grado di umidificazione, se è meglio sotto tenda o sotto cappa, se vi è differenza tra i diversi tipi di tenda.

dott. Ignazio Franzese (pediatra)
San Gennarello di Ottaviano (NA)

Le modalità più comuni di somministrazione sono il catetere naso-faringeo, le cannule nasali, la maschera facciale.

Il catetere naso-faringeo è il meno indicato perché ostacola l'alimentazione, distende lo stomaco, stimola la produzione di muco, aumenta le resistenze inspiratorie, e, ostruendo il naso, infastidisce il paziente.

Le cannule nasali sono poco costose e poco disturbanti per il bambino, ma non assicurano una somministrazione di O₂ sempre ottimale, cosa che avviene più facilmente con la maschera facciale. Gli ultimi modelli di maschera sono molto leggeri, di plastica molle, si adattano bene al viso del bambino.

Più tollerate, ma meno utilizzate le cappe e le tende (la cappa è costituita di materiale plastico rigido o molle che copre soltanto la testa del paziente).

L'ossigeno somministrato andrebbe sempre umidificato per evitare secchezza delle fauci e ispessimento delle secrezioni bronchiali.

In caso di somministrazioni prolungate, l'O₂ dovrebbe essere riscaldato, per evitare perdite di calore al paziente.

Dermatite atopica insorta nel primo semestre di vita: latte vaccino sì, latte vaccino no?

Pediatra

L'allergia alimentare (latte vaccino) è effettivamente presente in almeno la metà dei casi di dermatite atopica esordita nei primi mesi, e in questi casi un tentativo *ex adjuvantibus* (sapendo tornare indietro se i risultati non sono buoni) appare di regola giustificato. Peraltro l'intervento terapeutico basato sulla dieta e non limitato soltanto alla terapia sintomatica (corticosteroide topico) va considerato piuttosto "invasivo", e sembra giustificato solo nei casi più severi.

Su "Grand'angolo di Edit-Symposia" (2/98, pag.53) si parla della possibilità di conservare l'urina per l'urinocoltura

a 4°C in frigorifero fino a due giorni prima della semina nei terreni di coltura.

Questo vale anche per l'esame urina?

dott. Leonardo De Luca (pediatra di base)
San Giovanni Rotondo (FG)

L'esame delle urine per essere indicativo va fatto "a fresco", quindi su urine appena emesse o comunque emesse da poco tempo. È vero che per l'urinocoltura le urine possono essere conservate in frigorifero anche per 48 ore, ma l'ideale è la semina in tempi brevi.

Nell'impossibilità di una rapida disponibilità del laboratorio si può optare con la semina anche in ambulatorio o a domicilio del paziente, su micropiastre di coltura usa e getta. La risposta (n° colonie/ml) si ha in 24 ore a temperatura ambiente e, se proprio si vuole, il germe può essere tipizzato con eventuale antibiogramma, previo invio della coltura in laboratorio.

Una bambina di 7 anni ha presentato intenso dolore a un'articolazione coxofemorale, accentuato dal movimento, senza febbre, arrossamento, gonfiore, prontamente regredito nell'arco di due giorni con antidolorifici.

Trattandosi di una recidiva a distanza di un anno, è il caso di approfondire o si può etichettare come "coxalgia benigna"?

dott. Luciano Arru (medico generico)
Villanova Mont. (SS)

Siamo quasi certamente di fronte a una recidiva, tutt'altro che infrequente, di "coxalgia benigna". La sua rapida regressione non suggerisce alcun approfondimento diagnostico.

Bambina di 6 anni (non sono il suo pediatra), con artralgie invernali. A giugno fa alcuni esami, che risultano tutti normali tranne il TAS=1200. Il suo pediatra ha consigliato di non fare niente e ripetere il TAS dopo 2 mesi.

Vorrei conoscere la vostra opinione e sapere come comportarmi.

Pediatra

Le "artralgie" come sintomo isolato (senza zoppia, senza limitazione funzio-

nale, senza obiettività locale) sono da trascurare e non sono comunque mai un indizio di reumatismo articolare acuto: il TAS non andava ricercato e tantomeno va ora ricontrollato.

Bisogna trattare una probabile scarlattina che giunge alla mia osservazione con l'esantema in via di guarigione (desquamazione) e una tonsillite streptococcica (confermata dal tampone faringeo) ormai in apiressia da 24 ore?

Medico consultoriale

Direi proprio di sì. Il trattamento antibiotico non ha soltanto lo scopo di guarire la malattia streptococcica (che nel caso segnalato sembra già in guarigione spontanea), ma anche quello di prevenire le possibili complicanze non suppurative (il reumatismo articolare acuto). Per questo secondo obiettivo l'antibiotico è efficace, anche se viene iniziato tardivamente (fino a 9 giorni!) dopo l'esordio della malattia (febbre).

Può la VI malattia ripresentarsi nello stesso soggetto, essendo causata da un altro virus appartenente alla famiglia degli Herpesvirus?

dott. Michele Porrello (pediatra)
Sciacca (AG)

La sesta malattia (esantema subitum) è causata dall'Herpes virus-6 che, io so, è l'unico nel determinare il tipico esantema che caratteristicamente compare allo sfebbramento.

La distinzione di ematuria glomerulare e post-glomerulare si basa sulla forma dei globuli rossi presenti nell'urina; poiché l'urina ha caratteristiche osmotiche diverse da quelle del plasma può falsare la forma dei globuli rossi, falsando così anche la distinzione sull'origine dell'ematuria?

dott. Leonardo De Luca (pediatra di base)
San Giovanni Rotondo (FG)

L'osmolarità delle urine può modificare la morfologia delle emazie presenti. In caso di urina ipotonica possono gonfiarsi, rompersi e assumere l'aspetto di "om-

bre", mentre in caso di urina ipertonica possono avere un aspetto "spinoso". Va ricordato però che l'ematuria glomerulare è caratterizzata generalmente da un discreto polimorfismo dei globuli rossi; inoltre la presenza nelle urine degli acantociti (vedi *Medico e Bambino*, maggio 98, pag. 47) è segno certo di ematuria glomerulare.

Appare controversa, alla luce degli ultimi studi, l'epoca di insorgenza della rinite allergica.

Mi può dire qual è il pensiero corrente?

dott. Claudio Parrella (pediatra)
S. Giorgio del Sannio (BN)

Non sono a conoscenza degli studi a cui lei si riferisce. Comunque la rinite allergica si può manifestare a qualsiasi età, anche se la maggior parte dei pazienti sviluppa sintomi prima dei 20 anni.

Il lattante con allergia al latte vaccino (e patologia gastrointestinale a questo secondaria) ha molto spesso eosinofili nel muco nasale: possiamo etichettarla come rinite allergica?

Il bambino dell'età dell'asilo con cutipositività all'acaro della polvere presenta eosinofili nel muco nasale, ma il più delle volte senza una chiara e correlabile sintomatologia rinitica. Questo per dire che molto spesso è difficile identificare l'inizio della rinite, anche perché la sua percezione varia da individuo a individuo (da genitore a genitore).

Comunque, dal punto di vista pratico, credo sia utile ricordare che la rinite da acari con i tipici starnuti mattutini al risveglio, di solito, viene riferita a partire dai 5-6 anni di età, mentre la rinite stagionale da polline raramente si manifesta prima degli 8-9 anni. Una volta mi è capitato invece di osservare un bambino con sintomi primaverili oculorinittici tipici, prick positività marcata al polline delle graminacee e che aveva appena compiuto due anni di età.

Vorrei sapere quali sono i criteri ematologici da rispettare per porre diagnosi di Trait per l'HbC.

dott. Antonio Fazzone (pediatra)
Cellole (CE)

L'emoglobina C è dovuta a una mutazione qualitativa della catena beta. Non

comporta modificazioni ematologiche, se non la presenza di un maggior numero di emazie bersaglio.

La diagnosi di eterozigosi (e di omozigosi, peraltro anche quest'ultima è un'anemia mite) si basa sulla migrazione elettroforetica dell'emoglobina.

In caso di ingorgo mammario, a quali decongestionanti topici si può far riferimento?

dott. Claudio Parrella (pediatra)
S. Giorgio del Sannio (BN)

L'unico vero, efficace "decongestionante topico" è lo svuotamento del latte dal seno ingorgato. Questo lo si può ottenere semplicemente con la suzione del bambino o in aggiunta mediante la spremitura (manuale, meccanica o elettrica) del latte accumulato.

Non è corretto, almeno in prima battuta, il ricorso, peraltro abusato, dell'ossitocina sublinguale o parenterale per "scio-

gliere il latte". In caso di edema della cute di una mammella ingorgata e dolente, è lecita l'applicazione di impacchi freddi (invece dei soliti caldo-umidi) a distanza dalla spremitura di latte o dalla poppata. L'applicazione di foglie di cavolo (tenuto in frigo) allevia l'ingorgo ed è ampiamente praticata negli ospedali del Sud Africa e in Australia dove le puerpere con ingorgo mammario sono chiamate "cabbage mothers".

Nei testi di fitoterapia il cavolo è considerato galattogogo, ma non esistono documentazioni scientifiche convincenti dell'efficacia del metodo.

Due casi di "porpora piastrinopenica idiopatica" nell'arco di un mese. Per un pediatra di un piccolo centro l'episodio non induce a qualche riflessione?

Medico consultoriale

La porpora piastrinopenica idiopatica è sovente collegabile ad una precedente

infezione virale (rosolia o altra infezione respiratoria banale).

Non stupisce pertanto che ci possa essere un andamento "epidemico" della forma.

Macrolidi sistemici, assunti nei giorni precedenti, possono invalidare l'urinocoltura?

dott. Claudio Parrella (pediatra)
S. Giorgio del Sannio (BN)

A parte l'azitromicina che possiede una certa attività sui Gram-negativi, compreso l'*E. coli*, gli altri macrolidi non dovrebbero poter alterare l'urinocoltura.

Bambina di 7 anni di provenienza extracomunitaria (storia clinica sconosciuta) adottata nel mese di gennaio, contrae dopo pochi giorni la varicella. A febbraio, per valutare lo stato vaccinale, esegue esami con riscontro, in pieno benessere e senza alcuna manifestazione, di grave piastrinopenia.

Ricoverata presso un centro di ematologia pediatrica, viene sottoposta a prelievo di midollo osseo, che esclude una leucemia. Le successive terapie con immunoglobuline endovena e con corticosteroidi a piene dosi (2 mg/kg) danno miglioramenti transitori con rapida ricaduta delle piastrine allo scalare dello steroide.

Per un paio di mesi viene trattata con

prednisona 10 mg/die (con circa 40.000 ptl). Propongo, dopo aver valutato il rapporto rischio-beneficio, in accordo con gli ematologi (che prospettano una splenectomia in tempi lunghi) di sospendere lo steroide. La bambina, alla quale i genitori non vietano nulla, e che quindi cade e sbatte, non presenta manifestazioni.

La famiglia rifiuta e si rivolge a un altro medico che continua la terapia steroidea. A sei mesi da quello che riteniamo l'esordio (cosa sarebbe successo se non ci fosse stato il riscontro casuale?), la bambina è aumentata di 14 kg e 2 cm. Che cosa si può fare?

Pediatra

Per prima cosa, anche se sarà stato sicuramente fatto, quando viene scoperta una piastrinopenia per caso, in paziente asintomatico, bisogna escludere la pseudopiastrinopenia dovuta alla comparsa di aggregati piastrinici da anticoagulante EDTA: in questo caso bisogna ripetere l'esame con altro anticoagulante (eparina) e confermare la diminuzione delle piastrine con un semplice esame dello striscio periferico.

Nell'ipotesi molto probabile che si tratti di una piastrinopenia autoimmune postinfettiva asintomatica, penso che ci si possa astenere da qualsiasi trattamento (curare i sintomi, non la piastrinopenia) nell'attesa di una guarigione spontanea molto probabile; bisogna però consigliare di non praticare sport da contatto e di evitare l'uso della bicicletta.

Se la piastrinopenia fosse gravemente

sintomatica, bisognerà prendere in considerazione l'uso delle gammaglobuline ad alte dosi in maniera cronica (una volta al mese) o dei boli di desametasone, prima di decidere per la splenectomia.

Una bambina di 9 anni presenta rinorrea mucopurulenta (muco giallo-verdastro) e cefalea frontale con frequenza quasi quotidiana da circa 4 mesi.

Ho eseguito Rx e TAC cranica che hanno escluso una sinusite. Non ha ipertrofia adenoidea e non è allergica.

Ho consigliato ex adjuvantibus (da qualche giorno) un trattamento con beclometasone topico e antistaminici per via sistemica.

Quali sono le cause di rinorrea mucopurulenta cronica?

dott. Felice Sorrentino (pediatra di base)
Sarno (SA)

Mi viene impossibile credere che non abbia una sinusite. Personalmente l'avrei trattata con un antibiotico (ex adjuvantibus) piuttosto che con il beclometasone e l'antistaminico (che avrei fatto soltanto se nel muco vi fossero molti eosinofili, esame comunque da fare per escludere una NARES).

Infine non dimentichi di dare un'occhiata all'occlusione dentale, in quanto disfunzioni sono frequentemente causa misconosciuta di "naso chiuso" (confronta *Medico e Bambino* 1, 23-27, 1997).

Si suggerisce di utilizzare il tagliando qui sotto o comunque di prenderlo a modello di massima e indirizzare a:
Giorgio Longo, Clinica Pediatrica, Istituto per l'Infanzia "Burlo Garofolo", via dell'Istria, 65/1 - 34137 Trieste

Al Comitato Editoriale di 'Medico e Bambino'

Vorrei avere una risposta al seguente problema

Firma

Indirizzo

Accetto che il mio nome compaia sulla rivista in calce
al quesito (barrare sì o no) sì no

Attività o qualifica

- libero professionista
- medico Saub
- medico consultoriale
- medico generico
- pediatra
- ospedaliero
- universitario