

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

Riccardo è un bambino di 2 anni, catarrale, ma per il resto non presenta nessun altro problema di rilievo.

Dall'età di 20 mesi il muco nasale è molto diminuito, ma le tonsille sono diventate tanto ipertrofiche da determinare una sindrome da ostruzione, con sonno sempre molto irrequieto e con apnee nel sonno. Quale suggerimento potete darmi? La tonsillectomia mi fa paura.

dot.ssa Rosanna Casellato
via e-mail

Le apnee del sonno sono un problema grave, per il quale non possiamo rimandare la soluzione. La tonsillectomia è, in questi casi, l'intervento di elezione, perché risulta immediatamente risolutivo. Nel caso il bambino avesse un morso profondo (mandibola retroposta), potrebbe giovare dell'applicazione di un apparecchio ortodontico correttivo ed evitare la tonsillectomia. Non è facile, però, trovare dentisti preparati ad affrontare questo problema, soprattutto per l'età del bambino (che deve essere collaborante).

In occasione delle vaccinazioni al terzo e sesto mese di vita, il medico di Distretto deputato a effettuarle ha sottoposto il lattante interessato, in entrambe le occasioni, a tre iniezioni praticate in tre date diverse, con la giustificazione di una presumibile tendenza del piccolo a manifestazioni di tipo allergico, in base alla presenza di una modestissima rinite e di qualche trascorso di iperemia congiuntivale.

È veramente corretta e consigliata questa procedura? O piuttosto non è controproducente?

prof. Liborio Serafini (pediatra)
Busto Arsizio (VA)

Siamo ancora di fronte a un nuovo "strano" comportamento della Sanità pubblica. Non esiste niente che giustifi-

chi infatti un atteggiamento del genere, tanto meno il pericolo di "allergie".

1. Per prima cosa il suo Distretto avrebbe dovuto provvedersi di vaccini combinati (DTPa + IPV + Hib) e di vaccino anti-epatite B: in questo modo avrebbe ridotto le inoculazioni a due sole (una per coscia per esempio).

2. Ormai, in tutto il mondo, vengono eseguite nella stessa seduta vaccinale due inoculazioni ma, se necessario, anche tre (vaccinazioni associate). Si sa, ad esempio, che sulla faccia anteriore della stessa coscia possono essere fatte due inoculazioni, purché a 2 cm o più di distanza l'una dall'altra.

«Errare humanum est, perseverare diabolicum», e nel suo caso c'è stata "perseveranza", al terzo e al sesto mese.

Non Le rimane che andare al Distretto a fare le sue rimostranze e, se è il caso, anche al Direttore generale dell'Azienda.

Cerchi di appurare:

1. se l'indicazione riguarda solo il suo piccolo paziente, o se viene praticata a tutti i bambini del Distretto;

2. perché non è stato acquistato un vaccino combinato pentavalente, che avrebbe semplificato il problema.

E ci faccia sapere.

In un bambino di età superiore a 1 anno che non assume latte e derivati, qualunque sia la diagnosi, è utile la somministrazione di calcio?

Pediatra

È praticamente impossibile, senza il latte e/o i derivati del latte, garantire un apporto di calcio sufficiente.

Se, però, il bambino assume il latte di soia, questo è sufficiente da solo, in quanto le formule sono addizionate di questo elemento (il latte di soia contiene altrettanto calcio del latte di vacca, 1g/litro).

Se il bambino non assume nemmeno il latte di soia, il calcio andrebbe supplementato. Le dosi raccomandate di cal-

cio sono 800 mg/die da 1 a 10 anni.

Questa indicazione deve costituire la linea guida per una valutazione dell'apporto dietetico complessivo. Orientativamente 500 mg/die rappresentano una supplementazione adeguata in questi casi.

A Milano non è più possibile usare il vaccino Salk potenziato poiché questo viene consegnato soltanto alle USL (!). Ho dovuto perciò usare per le prime due somministrazioni il vaccino Salk normale: ho fatto male? In che caso è consigliabile somministrare una terza dose di Sabin dopo un paio di mesi?

dot. Mario Belloni (pediatra)
Milano

Tutto il vaccino Salk in commercio, sia quello monocomponente (Imovax Polio) che quello nei vaccini combinati, è un vaccino potenziato. Quindi non deve avere nessun timore.

Vorrei sapere quali sono i vantaggi di una risonanza magnetica nucleare (RMN) rispetto alla tomografia assiale computerizzata (TAC).

Se la TAC, per quanto riguarda sospette neoformazioni a livello cerebrale, è stata superata dalla RMN e se, quindi, è sempre la RMN da richiedere per prima, senza la TAC (o questa ci può dare ulteriori informazioni)?

Inoltre, vorrei sapere se è vero che l'eventuale mezzo di contrasto usato nella RMN è completamente atossico.

Pediatra di base

La risonanza magnetica nucleare (RMN) va utilizzata per la diagnostica delle lesioni che interessano la testa, la colonna vertebrale e le articolazioni. Per il cuore, l'addome, e la pelvi la RMN può avere qualche utilità solo come completamento della diagnostica

per immagini. In generale la RMN è più utile della TAC per le lesioni dei tessuti molli, mentre la TAC è migliore per evidenziare lesioni ossee e sanguinamenti acuti. In altre parole i pazienti con trauma o sospetta emorragia intracranica dovrebbero effettuare una TAC. Al contrario la RMN evidenzierà meglio masse tumorali, alterazioni congenite cerebrali, tessuti vascolari, e le strutture molli della colonna vertebrale cervicale e toracica, mentre per il segmento lombare entrambe le diagnostiche vanno bene. Alterazioni cardiache, addominali o pelviche dovrebbero essere studiate con l'ecografia o la TAC prima di ricorrere eventualmente alla RMN.

Sono state descritte reazioni di tipo allergico (da fugace reazione orticarioide a shock anafilattico) con frequenza molto bassa (1:1.000.000) durante la RMN con l'uso di mezzi di contrasto paramagnetici. Non esistono, peraltro, reali controindicazioni all'utilizzo di questi prodotti, che generalmente sono eliminati per via urinaria ma anche per via epatica. Va ricordato che vi è una certa tossicità tissutale locale di questi mezzi di contrasto, se iniettati inavvertitamente fuori vena.

Desidererei avere alcune precisazioni in merito alle misure di profilassi delle malattie infettive (ultima circolare Ministero Sanità 13/3/1998).

Per quanto riguarda la varicella, il periodo di contagiosità è di 5 giorni dopo la comparsa della prima gittata di vescicole.

Vi domando, dato che la trasmissione avviene anche tramite contatto diretto con le lesioni (vescicole) da varicella, se dopo questo periodo (5 giorni) sono presenti anche una o due lesioni non ancora in fase crostosa (a livello per esempio palmo mano-piedi) e il bambino è in buone condizioni di salute, bisogna attendere che tutte le lesioni siano in fase crostosa prima di riammetterlo alla frequenza scolastica?

dott.ssa Marinella Mao (medicina preventiva)
Botticino S. (BS)

La circolare ministeriale risulta troppo sintetica e lascia spazio a errori di interpretazione. Infatti, se è vero che di norma il soggetto colpito da varicella non è più contagioso dopo cinque giorni dalla comparsa dell'esantema, è altrettanto vero che la contagiosità persiste per tut-

ta la durata dell'eruzione vescicolare, e questa, per esempio nel soggetto immunocompromesso, può durare anche una settimana o più. Mentre, al contrario, i casi leggeri, con eruzione limitata a solo pochi elementi e a rapida risoluzione, potrebbero essere riammessi a scuola prima dei cinque giorni, se tutte le lesioni sono già in fase crostosa.

Riguardo alla pediculosi del capo, sempre piuttosto frequente nelle scuole, cosa ne pensate della disposizione (Circolare Ministero Sanità 13/3/98; vedi domanda precedente) della restrizione della frequenza in collettività fino all'avvio di trattamento idoneo, certificato dal medico curante? Sarebbe una disposizione che forse aiuterebbe a limitare la diffusione della pediculosi, specie nei casi di famiglie inadempienti, ma è difficile l'applicazione (l'allontanamento dovrebbe essere basato sulla constatazione di pediculosi in atto: uova vive, riscontro di parassiti), e la certificazione del medico curante diventerebbe difficoltosa.

Questo quesito nasce dalle difficoltà che ho riscontrato nell'ambito dell'attività di medicina preventiva in comunità: in una scuola persiste da anni tale problema, in quanto i bambini affetti da pediculosi appartengono a famiglie che non seguono le indicazioni per il trattamento. Forse voi mi potete dare qualche suggerimento.

dott.ssa Marinella Mao (medicina preventiva)
Botticino S. (BS)

Credo che dovrebbe attivare e farsi aiutare dalle assistenti sanitarie e sociali del Comune.

Bambino di 4 anni presenta una dermatite esfoliativa alle dita delle mani, dopo circa dieci giorni dalla comparsa di una porpora agli arti inferiori (ricoverato in ospedale e dimesso con diagnosi di porpora di Schoenlein-Henoch). Vorrei sapere se è un reperto comune, e se può suggerire un'eziologia per la porpora (infezione streptococcica?).

dott. Antonio Fazzone
via e-mail

Malgrado la specifica patogenesi della porpora di Schoenlein-Henoch non sia

conosciuta, è noto che questa segua spesso un'infezione respiratoria alta, e l'infezione streptococcica è in effetti considerata una possibile causa della malattia.

Vorrei esporvi un quesito banale, ma ricorrente nella pratica quotidiana: qual è il metodo migliore per togliere i tappi di cerume del condotto uditivo? La Cerulisina o prodotti similari sono inutili, almeno secondo la mia esperienza.

Nei bambini grandi uso il lavaggio con siringone, ma cosa fare nei lattanti, senza doverli mandare dall'otorino?

dott. Bruno Carassini
via e-mail

Pulire l'orecchio di un lattante non è sempre facile, neppure per l'otorinolaringoiatra, perché richiede molto tempo e pazienza. Ricordo, per inciso, che a questa età, per raddrizzare il condotto uditivo esterno, è necessario tirare il lobo verso il basso. Nel lattante, nel quale il cerume asciutto è più tipico, la detersione va fatta meccanicamente con un po' di cotone applicato su un apposito portacotone metallico. Ma questa operazione non è facile e richiede molta attenzione e mani esperte.

Ragazza di 13 anni, che quando ingerisce alimenti freddi (gelato, yogurth ecc.), si mette a tossire; la tosse è secca stizzosa, insistente (5-10 minuti).

All'età di 3 anni, in seguito alla comparsa di alcuni episodi di broncostruzione, le è stato diagnosticato asma bronchiale. Le prove allergologiche sono risultate allora negative.

Attualmente (da 6 mesi a questa parte), lamenta almeno una volta al mese tosse secca e insistente, sia diurna che notturna, che persiste 10-15 giorni ogni volta. L'obiettività è negativa. Le prove allergologiche dimostrano una positività al dermatofagoide (1+).

Come interpretare quella tosse che compare dopo l'ingestione di alimenti freddi?

dott. Angelo Adorni (pediatra)
Collecchio (PR)

Considerata la storia clinica, è difficile non interpretare come equivalenti

asmatici gli episodi di tosse da Lei riferiti. Gli alimenti freddi rappresentano evidentemente uno stimolo termico (anche se non comune), similmente a quanto accade con l'inalazione di aria fredda (stimolo, invece, tipico, comune e utilizzato anche nella diagnostica come test di provocazione per lo studio della reattività bronchiale aspecifica).

Nella chetoacidosi diabetica si può usare l'insulina per via intramuscolare (in alternativa alla via endovenosa) alla dose di 0,1 ml/kg/ora, così come proposto nel testo di emergenza pediatrica di Barkin-Rosen?

dott. N. Sacino
Divisione di Pediatria P.O. Trani (BA)

L'insulina può essere somministrata endovena, sottocute o intramuscolo.

Nella chetoacidosi diabetica di solito si dispone di una vena per l'infusione di liquidi, e viene quindi comodo usare questa via per iniettare l'insulina. Quando la glicemia si abbassa sotto i 200 mg, l'insulina viene messa in infusione continua con soluzione glucosata nel rapporto 1 U ogni 3-4 g di glucosio. È possibile in questo modo modulare la dose a seconda della caduta glicemica, che non deve essere troppo rapida.

La somministrazione intramuscolare, oltre che essere più disturbante e ripetuta nelle 24 ore, non permette quelle modificazioni, anche in brevi periodi di

tempo, che invece sono possibili con quella endovena che ha, peraltro, l'emivita breve perché non deve essere assorbita e portata in circolo.

Anche la gestione glicemica risulta più difficile, visto che, se è possibile aggiungere insulina in caso di glicemia elevata, una volta iniettata per via intramuscolare, se è in eccesso, si è costretti a somministrare glucosio per bocca o per via endovenosa.

Nelle tossi forti, secche e stizzose da laringotracheite in fase acuta, ho impiegato, per curarmi personalmente, cortisonici spray ad alte dosi (ad esempio Clenil forte spray, 15-20 puff 3-4 volte al dì per 4-5 giorni) con ottimi risultati sulla sedazione della tosse. Secondo voi, è una terapia razionale, che posso impiegare a dosi opportunamente ridotte in ambito pediatrico, naturalmente per brevi periodi?

dott. Bruno Carassini (pediatra)
Cento (FE)

Il cortisonico spray ha un effetto antinfiammatorio topico molto marcato, in questo sta (almeno penso) il razionale della terapia da Lei sperimentata. Credo anche che molti ORL utilizzino cortisonici in aerosol nella terapia della laringotracheite.

Non mi risulta peraltro che sia un trattamento scientificamente accettato (dimostrato utile). In ogni caso, le dosi da

Lei utilizzate sono straordinariamente elevate: 10-20 mg (*sic!*) di beclometasone (a tanto ammonta la dose che Lei si somministra in un giorno) producono un effetto sistemico equivalente a circa 50-100 mg di prednisone.

Bisognerebbe quindi capire se l'effetto che Lei ottiene sia più un effetto topico o non invece un effetto "sistemico", equivalente a quello che potrebbe ottenere assumendo il cortisone per via orale.

In una bambina di 8 mesi, affetta da morbo di Ebstein in corso di accertamenti diagnostici in preparazione di intervento chirurgico, la fosfatasi alcalina, ripetuta un'altra volta, è risultata superiore ai valori normali, pur essendo la bambina in apparenti buone condizioni di salute.

Vi chiedo: a che cosa potrebbe essere dovuto? È possibile sia dovuto all'eruzione dei dentini?

Pediatra di base

I valori di normalità della fosfatasi alcalina sono il più delle volte riferiti a quelli dell'adulto, che sono molto più bassi. È questa con tutta probabilità la causa dell'alterazione ritrovata. Ricordo comunque, che la fosfatasi alcalina può elevarsi molto anche in corso di qualsiasi infezione virale e che, a otto mesi, va escluso anche un rachitismo.

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; oppure per e-mail: longog@burlo.trieste.it

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