

## Quiz di autovalutazione

La lettura di una Rivista medica è apprendimento attivo o passivo? Può essere l'uno o l'altro. PQRST è una ricetta per una lettura attiva. P STA PER PREVIEW (prelettura veloce, uno sguardo d'insieme al testo). Q STA PER QUESTION (cosa so già? cosa vorrei sapere?). R STA PER READ (lettura attenta). S STA PER STATE (bilancio delle conoscenze DOPO la lettura). T STA PER TEST (controllo, quiz). Vi proponiamo di testarvi con questi quiz PRIMA E DOPO. Se rispondete a 9 (70%), siete bravi; se rispondete a tutti, vuol dire che i quiz sono troppo facili, almeno per voi; se, a meno di 7 (50%), sono troppo difficili. Oppure dovete rimettere in discussione le vostre conoscenze.

### AGGIORNAMENTO

SARÀ MASCHIO O FEMMINA?

**1. Quale delle seguenti affermazioni sull'ormone anti-mülleriano è errata?**

a) Nei mammiferi è secreto dalle cellule di Sertoli del testicolo fetale durante le prime fasi di sviluppo; b) Nel feto maschio è responsabile della regressione dei dotti di Müller (strutture embrionali all'origine dell'utero, delle tube di Falloppio e della parte superiore della vagina) e dello sviluppo dei dotti di Wolff; c) I livelli dell'ormone sono sempre dosabili nelle femmine alla nascita.

**2. Tra le indagini di primo livello, in presenza di sospetto di disturbi della differenziazione sessuale, va sempre eseguito il dosaggio del 17-OH-progesterone nel sospetto di una ipertrofia surrenalica congenita. Il 17-OH-progesterone non è dosabile:**

a) Prima di 24 ore di vita; b) Prima di 36 ore; c) Prima di 48 ore.

**3. Un disordine della differenziazione sessuale può essere diagnosticato anche in età adolescenziale in presenza di quali delle seguenti condizioni?**

a) Una pubertà anticipata; b) Una ragazza con amenorrea primaria e un ragazzo con ritardo puberale; c) Una forte virilizzazione in pubertà; d) Sia la risposta b) che quella c) sono corrette.

### PERCORSI CLINICI - MACRORCHIDISMO

**4. Nel maschio il primo segno della pubertà centrale è l'aumento del volume delle gonadi, con dimensioni oltre:**

a) 3-4 ml; b) 5-6 ml; c) 8-10 ml.

**5. Tra le cause di ingrandimento unilaterale del testicolo vi sono i tumori. In merito all'origine cellulare più frequente dei tumori testicolari, quali delle seguenti affermazioni è corretta?**

a) Nel 70% dei casi hanno origine dalle cellule stromali (Sertoli, Leydig); b) Nel 70% hanno origine dalle cellule germinali; c) Nel 30% hanno origine da strutture di supporto o sono secondari a tumori sistemici (es. leucemia).

**6. I marker tumorali alfa-1-fetoproteina e beta-hCG aumentano particolarmente nei tumori testicolari:**

a) A cellule germinali (teratomi, cisti epidermoidi); b) A cellule stromali; c) A partenza dalle strutture di supporto.

**7. Quale delle seguenti forme di tumore testicolare è maligna?**

a) Teratoma; b) Leiomioma; c) Tumore a cellule del Sertoli; d) Tumore cellulare di Leydig.

**8. Quale delle seguenti condizioni endocrinologiche può associarsi a un macrorchidismo più frequentemente bilaterale, ma anche raramente monolaterale?**

a) Sindrome adrenogenitale; b) Ipotiroidismo; c) Entrambi i precedenti; d) Nessuno dei precedenti.

**9. La sindrome di McCune-Albright (MAS) può essere associata a un aumento unilaterale del testicolo, spesso con microlitiasi. Quale delle seguenti affermazioni è sbagliata a proposito della MAS?**

a) Nel maschio l'accrescimento testicolare unilaterale si associa sempre ad altri segni di pubertà; b) Nelle femmine con MAS è presente spesso una pseudo-pubertà precoce; c) Le altre caratteristiche cliniche della MAS sono la presenza di macchie caffelatte e la displasia fibrosa ossea.

**10. L'ipertrofia testicolare compensatoria è un progressivo aumento del volume di un testicolo, che eccede le dimensioni normali per l'età, in pazienti con gonade controlaterale assente, ritenuta o ipoplasica. Quale percentuale di pazienti con un testicolo assente o che ha sofferto presenta ipertrofia compensatoria?**

a) 1-5%; b) 6-15%; c) 20-30%.

**11. Nella sindrome dell'X fragile l'80% dei maschi post-puberale ha macrorchidismo, che può essere presente in circa il 50% dei bambini all'età di 8-10 anni**

Vero/Falso

### NEONATOLOGIA - IL NEONATO A COLORI

**12. La metemoglobinemia (met-Hb) è un'alterazione dello stato ossidativo dell'emoglobina. Il ferro emoglobinico, fisiologicamente in stato ridotto (Fe<sup>2+</sup>), viene trasformato in ione ferrico (Fe<sup>3+</sup>) e diventa incapace di trasportare l'ossigeno. Quale delle seguenti affermazioni su questa condizione è corretta?**

a) È più frequentemente congenita che acquisita; b) Il neonato con met-Hb si presenta estremamente pallido; c) Sono a maggiore rischio i neonati e i lattanti < 6 mesi; d) Sono a maggiore rischio i bambini in età scolare.

**13. Tra le cause di met-Hb può esserci:**

a) L'assunzione di alcuni farmaci (anestetici, sulfamidici, ad esempio); b) Una intossicazione da nitrati assunti con la dieta; c) Una infezione da *Staphylococcus* sp.; d) Tutte le precedenti; e) Tutte le precedenti tranne una.

## ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Gli **articoli inediti** vanno inviati via e-mail a: [redazione@medicoebambino.com](mailto:redazione@medicoebambino.com)

Gli Autori si assumono la responsabilità dei contenuti scientifici della pubblicazione e sono tenuti a dichiarare la presenza o meno di qualsiasi forma di **conflitto di interesse** compilando l'apposito modulo.

I contributi vengono sottoposti a un processo di revisione anonimo. Il parere dei Revisori viene comunicato all'Autore assieme alle conclusioni. Il giudizio espresso riguarda l'interesse per il lettore, la leggibilità, la correttezza e l'appropriatezza delle informazioni contenute.

### STRUTTURA DEGLI ARTICOLI

Gli articoli devono avere una dimensione massima di 20.000 battute (3000 parole circa), bibliografia, abstract e box di approfondimento esclusi. Per la rubrica iconografica: 6000 battute al massimo (900 parole circa). Per i casi clinici contributivi: 13.000 battute al massimo (2000 parole circa).

Le **Lettere** vengono, nella maggioranza dei casi, accettate e pubblicate quanto prima. Le dimensioni non devono superare le 3000 battute (500 parole), con al massimo 5 referenze.

### TUTTI GLI ARTICOLI DEVONO ESSERE CORREDATI DI:

**1. Titolo** in italiano e in inglese.

**2. Nome** per esteso, **cognome** e **qualifica** di tutti gli Autori (professione, Istituto di appartenenza).

**3. Riassunto/Abstract** in italiano e in inglese (al massimo 2000 battute, pari a 300 parole circa). Nelle ricerche e nelle revisioni, l'abstract va strutturato in: Razionale (o Background), Obiettivi, Materiali e Metodi, Risultati, Conclusioni. Per i casi clinici contributivi l'abstract deve avere 1000 battute al massimo (150 parole circa).

**4. Parole chiave** (da 3 a 5) in italiano e inglese.

**5. Indirizzo e-mail** per la corrispondenza.

**6. Figure e Tabelle** se opportune. Per le figure è necessaria la didascalia. Per le tabelle il titolo. Per entrambe il riferimento nel testo e, se opportuno, la fonte. Tutte le figure vanno inviate separate dal testo in formato digitale ad alta risoluzione. Immagini di qualità non idonea possono venir omesse, previa comunicazione all'Autore. Se fosse necessario pubblicare immagini riconoscibili del paziente, l'Autore deve richiedere il **consenso informato** alla pubblicazione al paziente o alla famiglia compilando l'apposito modulo.

**7. Bibliografia:** va redatta in ordine di citazione (non alfabetico), secondo numerazione araba (1, 2, ...). Il numero d'ordine di citazione va indicato in apice nel testo, senza ipertesto e senza parentesi. Gli Autori vanno citati tutti quando non superano il numero di 6. In caso contrario citare i primi 3, seguiti dall'abbreviazione *et al.* A seguire, nell'ordine, il titolo dell'articolo o del libro, il nome della rivista secondo le abbreviazioni internazionali, l'anno, il volume, la prima e l'ultima pagina del testo.

Il font da utilizzare è Times, grandezza 12, interlinea 1,5.

**Gli articoli non rispondenti ai requisiti verranno restituiti agli Autori prima di essere valutati.**

Tutti gli articoli pubblicati sono citabili e sono validi a tutti gli effetti come pubblicazioni.

Redazione di Medico e Bambino

Via Santa Caterina, 3 - 34122 Trieste  
Tel 040 3728911 - Fax 040 7606590  
[redazione@medicoebambino.com](mailto:redazione@medicoebambino.com)

Risposte

AGGIORNAMENTO 1=c; 2=b; 3=d; PERCORSI CLINICI 4=a; 5=b; 6=a; 7=c; 8=c; 9=a; 10=b; 11=Vero; NEONATOLOGIA 12=c; 13=d.