

Le domande vanno inviate alla redazione preferibilmente via mail (e-mail: 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, è sufficiente specificarlo.

Cisti renale. *Lattante di 3 mesi, allattato al seno, florido, presenta una cisti renale sinistra al polo inferiore (la cisti non assume mezzo di contrasto) e reflusso vescico-ureterale di III grado. Il chirurgo pediatra ha consigliato di somministrare alla piccola in via preventiva 2,5 ml/die di cefixima per 5 gg/sett., e di fare una urinocoltura mensile fino al compimento dell'anno.*

Condividete o lo considerate sbagliato? La bambina ha già eseguito una prima scintigrafia e una di controllo. Come comportarsi in futuro?

Pediatra di famiglia

Non sarei d'accordo con quanto consigliato poiché non c'è ad oggi nessuna evidenza in letteratura di una qualche utilità della profilassi antibiotica nel prevenire la nefropatia in bambini con reflusso vescico-ureterale. Di fatto le principali linee guida internazionali non raccomandano più la profilassi antibiotica nei bambini con reflusso (e quelle recenti dell'Accademia Americana di Pediatria non la raccomandano neanche nei reflussi di IV grado). Inoltre non esistono protocolli che raccomandano la profilassi 5 giorni su 7 e non c'è nessuna ragione di eseguire l'urinocoltura in benessere, ogni mese, a un paziente che sta assumendo una profilassi antibiotica (cosa ci si aspetta che cresca?).

Infine, per un reflusso di grado medio (III) con ecografia che mostra reni di dimensioni normali (la cisti corticale non ha alcun significato patologico), non c'è alcuna indicazione ad eseguire la scintigrafia renale con DMSA, e tanto meno quella di controllo, in lattante di appena tre mesi di vita.

Per il futuro è sufficiente eseguire un controllo ecografico annuale per verificare la crescita dei reni e la presenza di eventuali dilatazioni delle vie escrettrici. La profilassi antibiotica può essere sospesa ma con la raccomandazione di eseguire sempre (entro 24 ore) un esame delle urine in occasione di ogni episodio febbrile e di trattare prontamente eventuali episodi di infezione urinaria.

Intolleranza al calore. *Una bambina di 8 anni presenta una particolare intolleranza al calore, al punto che nei mesi autunnali e invernali (vive al Nord), con temperature che si avvicinano a zero gradi, si trova a suo agio all'aperto con sandali senza calze, maglietta con maniche corte e al massimo una felpa leggera.*

Le è capitato di sentirsi male a scuola per il caldo eccessivo (spesso le aule sono troppo riscaldate), presentando capogiri e cefalea. Misurando la temperatura corporea, questa si avvicina ai 37 gradi, senza superarla. La bimba sta meglio se le viene concesso di togliere le scarpe! Durante l'estate, in una giornata passata al mare, ha presentato un malore con lipotimia, e riusciva a sopportare il caldo solo stando in acqua per tutto il tempo, addirittura per mangiare!

Mi domando se è solo una sua caratteristica peculiare o se devo sospettare qualche patologia.

dott.ssa Michaela Allen

Pediatra di famiglia, Pavia

Da come mi descrive il caso direi che la bambina presenta una "heat intolerance". L'intolleranza al calore non è un sintomo comune in età pediatrica. Tra le ipotesi diagnostiche va considerata la malattia di Fabry che può esordire con l'intolleranza al calore (espressione di coinvolgimento del Sistema Nervoso Periferico). Si stima che quasi 1/3 dei pazienti affetti da questa patologia soffra di intolleranza al calore. Per la diagnosi sono ovviamente necessari accertamenti specifici (come pure una ricerca genetica). Nel suo caso è però improbabile questa diagnosi in quanto nella malattia di Fabry, essendo X linked, le femmine presentano solitamente un esordio più tardivo.

Molto più probabile invece che si tratti di una forma in eterozigosi di displasia ectodermica. Anche questa è una malattia X linked, per cui i pazienti affetti sono tipicamente maschi; tuttavia le femmine eterozigoti presentano fenotipi molto lievi che spesso rimangono misconosciuti

per anni. Per questa condizione è opportuno approfondire l'anamnesi e specialmente l'esame obiettivo, valutando gli annessi cutanei della bambina: la peluria è tipicamente scarsa; i capelli fini e radi; i denti affusolati. Queste caratteristiche risultano spesso maggiormente espresse nei denti decidui. Quindi va chiesto alla mamma quale era la forma dei denti nei primi anni di vita e se da neonata/lattante la bambina aveva i capelli, o meno. Per finire ricordo che sono stati descritti casi di intolleranza al calore in pazienti con sclerosi multipla. Tuttavia, alla luce dell'età della bambina e della presentazione clinica, non ritengo che questa diagnosi vada nemmeno considerata.

Posturologia. *Bambina di dieci anni, di costituzione astenica, con reperto radiografico di "scoliosi a largo raggio" (aumento delle curve cervicale e lombare) e piedi piatti valghi lassi. Domanda: in un soggetto con questa lassità costituzionale, ha senso curare una sola parte disfunzionale, per esempio i piedi piatti, o invece rispettare il suo tipo conformazionale e non fare nulla?*

dott. Nunzio Lardaro

Pediatra, S. Felice a Cancellò (Caserta)

Il concetto che i diversi distretti corporei si influenzino reciprocamente nelle alterazioni della funzione (masticazione/deglutizione/rachide; rachide/piede...) è uno dei concetti della posturologia, dottrina per certi versi interessante ma non scientifica, che ha trovato fertile terreno nella nostra nazione (come mi faceva notare una brillante collega, cliccando "posturology" su Google si ottengono 48.200 risultati, mentre cliccando "posturologia" la ricerca evidenzia 206.000 voci). Restando nel campo scientifico della medicina occidentale, ogni problema ortopedico deve essere affrontato in maniera pragmatica: se c'è una scoliosi vera, che sappiamo oggi essere legata a una predisposizione genetica, questa richiede di essere trattata a seconda della sua gravità, indipendentemente dall'ha-

bitus del paziente. Non credo che una ragazza longilinea astenica con piede piatto valgo non possa essere curata per non tradire il proprio "tipo conformazionale"; fra l'altro succede spesso che la scoliosi idiopatica e il piede piatto valgo siano presenti nello stesso paziente.

Molluschi contagiosi

1. *Ultimamente mi capita di vedere bambini affetti da mollusco contagioso con maggior frequenza e solitamente con elementi multipli e diffusi. L'approccio dei dermatologi consultati non è uniforme; in qualche occasione, data la diffusione delle lesioni, è stato effettuato un curettage in sedazione, mentre attualmente vedo prescrivere più spesso soluzioni anti-verruca, che però seccano molto la pelle. Mi chiedo quindi qual è l'approccio migliore in generale, e in particolare in caso di localizzazione al volto e palpebrali con numerosi elementi.*

dott.ssa Daniela Erba
Pediatra di famiglia

2. *Mia figlia di 5 anni presenta da circa otto mesi molluschi contagiosi del volto che abbiamo trattato inizialmente con un prodotto topico da banco, senza successo. È seguito il trattamento con diatermocoagulazione in sala operatoria, visto l'alto numero delle lesioni e l'insofferenza della bambina nonostante premedicazione con Emla. Purtroppo attualmente i molluschi sono recidivati, ma non mi sento più di ripetere l'intervento chirurgicamente.*

Mi potete consigliare la strada migliore da intraprendere? Quale altra terapia può essere presa in considerazione? Esistono novità terapeutiche a riguardo, anche farmaci di tipo sistemico e non prettamente dermatologico?

dott.ssa Antonietta Stefanelli
Altamura (BA)

Il mollusco contagioso è una frequente e innocente manifestazione cutanea provocata da un virus (Poxvirus); l'infezione è caratterizzata dalla comparsa di papule rotondeggianti, del colore della cute sana circostante. Negli elementi più grandi si può evidenziare una caratteristica e diagnostica "ombelicatura" centrale. Le dimensioni possono essere variabili da un millimetro di diametro fino a 10-15 millimetri (raro). Il mollusco contagioso non dà sintomi (in particolare non è pruriginoso). Quando il bambino riferisce

prurito, questo è generalmente da ascrivere alla sottostante situazione di eczema atopico, condizione che favorisce notevolmente l'infezione e che è quindi spesso riscontrabile nei bambini affetti da mollusco contagioso. Il mollusco contagioso può interessare qualsiasi sede cutanea, compresi volto, genitali e regione perianale. L'infezione tende a risolversi sempre spontaneamente nel medio-lungo termine (12-18 mesi) ma durante questo periodo si assiste di norma alla diffusione e alla moltiplicazione degli elementi papulari.

L'asportazione, non essendo risolutiva e trattandosi di infezione invece destinata invariabilmente alla risoluzione spontanea, potrebbe essere evitata. Nella pratica, il più delle volte viene attuata mediante curettage, soprattutto se il bambino è collaborante e la sede facilmente accessibile, a volte perché è fortemente richiesta dai genitori per motivi sociali oppure perché, pur non accorciando i tempi della guarigione definitiva (*sic!*), si ritiene possa ridurre la tendenza alla diffusione del mollusco. E comunque molto frequente osservare recidive, anche dopo la rimozione di tutti gli elementi presenti. In conclusione, se il bambino è piccolo, poco collaborante e le sedi delicate (come le palpebre), è ragionevole aspettare la risoluzione spontanea. In alternativa la procedura va fatta in sedazione.

Tra le innumerevoli terapie proposte, il curettage preceduto da applicazione di topico ad azione anestetica appare la più conveniente. L'applicazione di topici cheratolitici, o antivirali, non ha nessuna efficacia ed è spesso irritante.

Allergeni molecolari. *Gradirei un suo parere in merito a un mio paziente di 9 anni, che ha effettuato un consulto allergologico per un problema attuale di oculorinite e che nel passato (circa 3 anni fa) ha presentato due episodi di angioedema dopo ingestione di pesca e anguria. Attualmente questi episodi non si sono più verificati. Alla visita allergologica sono stati effettuati i prick test: negativi per comuni pneumo e trofo-allergeni. Al RAST si è evidenziata una positività (classe III) verso i panallergeni "forti" LPT (lipoproteina di trasporto): prup3 LPT; r arah9 LPT; rCor a8 LPT e verso noce, mandorla, pesca. Negativo verso anguria. IgE totali: 25 UI/ml. In conclusione, gli è stato consigliato di eliminare dalla dieta una lunga serie di alimenti, che il bambino ha sempre mangiato senza problemi, solo perché*

contenenti la LPT e potenzialmente in grado di dare una reazione anafilattica. Ha senso tutto questo rigore?

dott.ssa Anna Grazia Ruggeri
Pediatra di famiglia, Matelica (MC)

Purtroppo questi sono i danni dei test diagnostici allargati per allergeni alimentari, molecolari o meno, che siano: il "multi-RAST alimenti" del passato, ma che ancora viene fatto con eccessiva disinvoltura, comportava e comporta che si attuassero le stesse acritiche e spesso inutili diete di eliminazione. Con la diagnostica molecolare il problema si è allargato perché le molecole cross reagenti tra alimenti vegetali diversi (panallergeni) hanno allargato la sfera dei potenziali alimenti da evitare. La LPT della pesca è un esempio tipico, comune a tutto il mondo vegetale, della frutta in particolare (rosacee e frutta a nocciolo), ma non solo. Sul da farsi di fronte a una positività non esistono purtroppo regole basate sull'evidenza, o fortemente condivise; così troviamo diversi comportamenti in base all'esperienza e sensibilità dei singoli specialisti: a grandi linee c'è chi opera pensando principalmente alle ricadute medicolegali e chi considera prioritaria la qualità di vita del paziente. Chi, come nel suo caso, redige l'elenco di tutta la frutta nella quale sia stata dimostrata una sensibilità alla LPT e raccomanda di evitarla; chi fa un prick by prick con tutta la frutta potenzialmente cross reagente e raccomanda di escludere soltanto quella che risulta positiva al test cutaneo; altri, più rigorosi, liberalizzano gli alimenti che risultano negativi al pbp, ma per quelli che risultano positivi, prima di escluderli, propongono un test di provocazione orale (in ambiente protetto ovviamente); altri ancora nel caso di una allergia alla LPT (allergene concentrato principalmente sulla buccia) consigliano semplicemente di mangiare la frutta sbucciata. Personalmente cerco le soluzioni più adatte, caso per caso, ma con l'obiettivo di limitare al massimo gli alimenti da escludere e ricordando sempre la regola forte, che dovrebbe prevalere su tutte le altre: l'alimento già mangiato senza problemi va mantenuto nella dieta, indipendentemente se positivo ai test, o se contenente un panallergene potenzialmente pericoloso. Infine, per tornare al caso in oggetto, ricordo che, diversamente che con le "seed storage" della frutta secca, per ingestione di una LPT della frutta fresca non è mai stata segnalata in letteratura nessuna reazione fatale.