

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, è sufficiente specificarlo.

**Ho letto in questa rubrica (novembre 2009, pag. 602) in una risposta: "In bambini con bronchiti asmatiche ricorrenti la positività ad acari e/o epiteli può consigliare la terapia di fondo e cambia la prognosi". Mentre, al congresso di Perugia di settembre 2009, si è affermato che i maggiori danni, fino alle alterazioni anatomiche bronchiali del remodeling, si realizzano in modo direttamente correlato all'esposizione agli acari, nei primi 3 e, meno, dai 4 ai 6 anni di età, e poi la partita è già conclusa, con un potenziale miglioramento funzionale nel tempo.**

**Allora chiedo a quale "terapia di fondo" si fa riferimento, se comunque il cortisone inalatorio funziona sia negli atopici che nei non atopici, e comunque il remodeling non è minimamente influenzato da tale terapia? E perché riservarlo solo a quelli che stanno peggio, con maggiori ricorrenze e periodi intercritici non liberi, quando, in età scolare, compaiono l'asma allergico, o la rinite allergica o la congiuntivite allergica, il remodeling si è già realizzato, e si è realizzato nell'epoca dell'asma "virale"?**

dot. Alberto Neri  
Pediatra di famiglia, Ferrara

Nella risposta alla quale Lei si riferisce non ho detto che il trattamento steroideo può modificare la prognosi né, tanto meno, che risulta efficace in tutti, atopici e non atopici.

Scrivo semplicemente che il prick test nel bambino con bronchiti asmatiche ricorrenti è utile per prevedere la prognosi e orientare l'eventuale terapia di fondo. In altre parole, per distinguere quelli con il solo "recurrent viral wheezing", che smettono di fischiare dopo l'età prescolare, da quelli "atopici" che possono, al contrario, sviluppare l'asma allergico vero e proprio. Inoltre, soltanto questi ultimi possono giovare del trattamento antinfiammatorio bronchiale con steroidi inalatori (solo questi hanno infatti una flogosi bronchiale a eosinofili).

Ma è vero anche che se un bambino,

pur allergico agli acari, non ha alcun disturbo intercritico, in altre parole sta sempre bene al di fuori dei pochi giorni delle bronchiti asmatiche (del "viral wheezing") e questi episodi sono poco frequenti e mai di intensità maggiore, non val la pena fare alcun trattamento di fondo (non avrebbe probabilmente alcun vantaggio misurabile). In altre parole, ci si può limitare alle semplici misure ambientali di profilassi (coprimaterasso e copricuscino antiacaro) e non sarà certamente questo bambino a fare il *remodeling*.

**Bambina di 3 anni e 10 mesi con crescita intorno al 10° centile sia per peso che per altezza. Ai 2 anni di età, per la crescita stentata e il riscontro di valgismo delle ginocchia e gonalgia, esegue un Rx degli arti inferiori, che conferma il reperto di valgismo senza altre alterazioni, e alcuni esami ematici, che mostrano unicamente una fosfatasi alcalina (FA) elevata (1808 U/l con valore normale 40-500).**

**Due successivi controlli confermano una FA persistentemente elevata (1917 U/l e FA 1417 U/l), con valori di fosforo e calcio nella norma (fosforo 4,6 mg/dl e 4,9 mg/dl; calcio 10,2 mg/dl e 10,8 mg/dl). Il dosaggio della vitamina D risulta 25,4 ng/ml (10-30 insufficienza); il PTH è nella norma come pure la calciuria e la fosfaturia su raccolta urine delle 24 ore. Ho prescritto l'associazione di vitamina D (400 U) e calcio (400 mg).**

**Gli esami di controllo dopo 5 mesi mostrano ancora la FA alta (1673 U/l) con vitamina D di 17,6 ng/ml; PTH, calcio e fosforo sempre nella norma (PTH 34 con vn 12-65; calcio 10,2 mg/dl; fosforo 5,3 mg/dl). Ho quindi aumentato il dosaggio della vitamina D, portandolo a 600 U.**

**Gli esami di controllo dopo 3 mesi, effettuati peraltro in estate, sono sostanzialmente invariati (vitamina D 19,3 ng/ml; fosfatasi alcalina 1788 U/l; PTH 30; fosforo 4,8; non effettuato il calcio). La bambina è in buone condizioni ge-**

**nerali, presenta sempre valgismo delle ginocchia (che ci può stare con l'età) e non presenta segni di rachitismo.**

**Ho letto con molto interesse gli articoli su *Medico e Bambino* riguardo ai fabbisogni e agli apporti di vitamina D, ma avrei bisogno di un consiglio perché nel deficit gli apporti consigliati sono molto alti rispetto a quelli normalmente usati nella mia pratica clinica.**

**Mi chiedo se aumentare ulteriormente il dosaggio della vitamina D e, se sì, di quanto, e se associare del calcio e quanto, o se è opportuna una valutazione specialistica.**

dot.ssa Daniela Erba  
Pediatra di famiglia, Sondrio

I valori di vitamina D riscontrati indicano uno stato di insufficienza di vitamina D piuttosto che non una vera e propria carenza come si osserva nel rachitismo. La semplice supplementazione con la sola vitamina D al dosaggio di 400-600 UI/die può essere sufficiente; supplementazione raccomandata dall'Accademia Americana di Pediatria peraltro in tutti i bambini fino all'adolescenza, indipendentemente dal riscontro, o meno, di un'insufficienza di vitamina D.

La normalità dei valori della calcemia non rende necessaria la supplementazione con il calcio (è sufficiente una dieta con apporti di calcio normali per l'età).

Infine, una volta escluse le possibili condizioni predisponenti una carenza di vitamina D (inclusa la solita celiachia), la fosfatasi alcalina elevata isolata, di per sé, può essere semplicemente l'espressione di una iperfosfatemia isolata, benigna e spesso transitoria nel bambino di questa età.

**Siamo i genitori di una bambina di 12 anni che, da quando è nata, ha una dermatite, più accentuata nei primi anni di vita e che lentamente va migliorando. Nel corso degli anni è stata sottoposta a numerosi test; da quelli "ufficiali" non è mai risultata alcuna allergia, mentre**

**da quelli "alternativi" sono emerse varie intolleranze alimentari.**

**Un anno fa un prick test ha dimostrato che è allergica al polline di ontano, nocciolo e betulla, che le procura oculorinite tra marzo e aprile.**

**Inoltre dall'anno scorso, mangiando frutta con nocciolo, ha cominciato ad avvertire pizzicore alla gola e lievi, ma fastidiosi, rigonfiamenti alle labbra e alla lingua, di breve durata. Un prick test, fatto a giugno 2010 con frutta fresca, ha confermato l'allergia a kiwi, ciliegia, albicocca, mela, prugna, lampone e fragola.**

**Pur non essendo un caso grave da shock anafilattico, vi chiediamo se è possibile migliorare la condizione sia per le allergie da inalanti sia per quelle da alimenti.**

Due genitori

La dermatite, oggi lo sappiamo con certezza, non è legata ad alcuna allergia alimentare e i test "alternativi" per le intolleranze alimentari non hanno alcuna validazione scientifica né evidenza di utilità.

La dermatite va trattata senza paura con le creme al cortisone, iniziando a ogni anche minimo apparire di arrossamento o prurito. Infatti l'errore più comune è quello di voler risparmiare, intervenendo solo tardivamente, quando l'eczema è troppo disturbante. Per l'oculorinite da polline gli antistaminici e lo spray nasale di cortisone sono la terapia vincente. Anche in questo caso sono farmaci da assumere a manica larga, senza paura di effetti collaterali negativi (i farmaci delle malattie allergiche sono fatti per essere usati anche anni senza interruzione).

Infine, quello che sente sua figlia alla mucosa orofaringea si chiama "sindro-

me orale allergica" ed è tipica dell'età della massima maturazione allergica verso i pollini (più o meno dall'età di sua figlia in poi) e dipende dalla cross-reattività (somiglianza) di molecole del polline con molecole che si trovano in frutta e verdura. Sono, di norma, molecole termolabili e gastrolabili, per cui non danno disturbi da cotte e, arrivate nello stomaco, sono denaturate dall'acidità gastrica e non vengono assorbite come tali. I disturbi rimangono pertanto limitati alla mucosa orofaringea senza arrivare mai alle manifestazioni gravi dell'anafilassi sistemica (in altre parole, non succede nulla di grave oltre a quanto ha già sperimentato). Se però il fastidio che avverte è eccessivo, conviene che non mangi più la frutta in causa, oppure la mangi da cotta, o come macedonia, dopo averla fatta macerare bene, per una giornata intera, nel limone.