

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

ALLERGOLOGIA, CARDIOLOGIA, CHIRURGIA, DERMATOLOGIA, DIABETE-ENDOCRINOLOGIA, EMATOLOGIA-ONCOLOGIA, EPATOLOGIA, FARMACOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, GENETICA, GINECOLOGIA PEDIATRICA, IMMUNOLOGIA, NEFRO-UROLOGIA, NEONATOLOGIA, NEUROLOGIA, NUTRIZIONE, OCULISTICA, ODONTOSTOMATOLOGIA, ORTOPEDIA, OTORINOLARINGOIATRIA, PATOLOGIA INFETTIVA, PNEUMOLOGIA, PSICHIATRIA, PSICOLOGIA, RADIOLOGIA, REUMATOLOGIA, VACCINAZIONI

Ho letto nell'ultimo numero di "Un Pediatra per amico" che l'assunzione di acido folico può essere preventiva nel ridurre il rischio di insorgenza della leucemia in età pediatrica. Sono rimasto stupito, non ne ero a conoscenza. È possibile saperne qualcosa di più?

dott. Giorgio Collo
Pediatra, Milano

Uno studio caso-controllo pubblicato su *Lancet* nel 2001 aveva effettivamente suggerito un effetto protettivo della supplementazione materna di acido folico in gravidanza nei confronti del rischio di sviluppare leucemia linfatica acuta (LLA) in età pediatrica. Il meccanismo postulato era legato all'aumentata disponibilità di gruppi metilici dal ciclo dei folati con riduzione dell'instabilità genetica, che rappresenta uno dei meccanismi patogenetici nello sviluppo di leucemia.

Peraltro questi dati non sono stati confermati successivamente, e una recente metanalisi sull'argomento, pubblicata nel 2007, non supporta l'ipotesi di un effetto protettivo dei folati sullo sviluppo di LLA in età pediatrica.

Una mia assistita di 3 anni ha presentato due episodi di bronchite asmatica febbrile. Dopo 2 settimane di nuovo febbre e tosse con rantoli grossolani. Per il persistere di tale sintomatologia ha praticato, su mia richiesta, Rx torace (21/2/07) con il seguente risultato: "In ambo i lati ampi e chiari come di norma i campi polmonari dagli apici alle basi. Regolari e in sede i profili diaframmatici, con seni completamente liberi. Il disegno è discretamente ispessito nelle regioni ilo-peri e para-ilari. Vi è maggiore espressività a destra, ove si segnala la concomitante presenza di minuti fatti parenchimali. Nessuna anomalia di forma e di volume a carico dell'immagine cardiaca".

Avendo posto diagnosi di broncopolmonite, i genitori della piccola si sono rivolti ai colleghi della Clinica Pediatrica del

Policlinico di Napoli, Settore Malattie Respiratorie, che così concludevano: "Impressione diagnostica: infezione respiratoria ricorrente in bambina figlia di padre atopico".

Quale diagnosi è la più corretta?

dott. Saverio Ferraro, Pediatra di famiglia
Segretario Associazione Vesuvius

Il referto radiografico potrebbe suggerire un'infezione broncopneumonica da *Mycoplasma pneumoniae* (tipico il quadro di addensamento "a farfalla" ilifugale) che è un agente eziologico possibile a ogni età. Ma la bambina ha avuto anche ricorrenti episodi di "bronchite asmatica" e pertanto anche la diagnosi dei colleghi di Napoli non è scorretta. Importante è capirsi e che la bambina sia guarita per il meglio.

Bambino di un anno in terapia con aspirina da gennaio 2007 per sospetta Kawasaki. Frequenta il nido e presenta infezioni respiratorie ricorrenti. In aprile è messo in terapia con amoxicillina, betametazone e aerosol per bronchite asmatiche (reperto toracico: molti rantoli). Dopo una settimana, orticaria gigante emorragica (con ponfo violaceo al centro). Io avrei pensato a orticaria vasculitica. Trattato con ceftriaxone e idrocortisone ev con risoluzione delle lesioni. Durante un breve ricovero ha fatto numerosi esami con esito negativo, ma il RAST per ampicillina/amoxicillina è risultato appena positivo: antiampicillina 0,55, antiampicillina 0,25 (valori >0,10 indicano sensibilizzazione).

Vi chiedo, non lo devo più trattare né con amoxicillina né con cefalosporine? In ospedale è stato trattato con ceftriaxone? Le IgE alte contro farmaci sono indicative di un possibile shock anafilattico se il paziente è trattato con farmaco al quale risulta sensibile? Il fatto che il bambino assumeva aspirina potrebbe aver favorito l'orticaria?

dott.ssa Maria Rosa Carnevale
Pediatra di famiglia, Conselice (RA)

Dall'insieme dei dati che ha esposto (età di appena un anno; IgE specifiche ai limiti bassi della positività per ampicillina) ritengo molto improbabile che l'orticaria che il bambino ha presentato sia legata a un'allergia all'amoxicillina. Le caratteristiche delle lesioni che descrive sembrerebbero tipiche dell'orticaria "postinfettiva", chiamata anche "orticaria anulare" o "orticaria multiforme", per le caratteristiche lesioni anulari, arcuate, policicliche. Alcune volte si può osservare un imbrunimento della zona centrale, come mi sembra sia da Lei descritto, e questo può farle assomigliare alle lesioni "a coccarda" dell'eritema multiforme (queste ultime, come quelle dell'orticaria vasculitica, sono peraltro fisse e persistenti, mentre le lesioni dell'orticaria "postinfettiva" svaniscono in breve con la terapia antistaminica). L'orticaria postinfettiva è più comune nei primi 4 anni di età, risponde bene all'antistaminico e si risolve, di norma, in meno di 10 giorni. Una completa descrizione di questo tipo di orticaria la può trovare su *Pediatrics* di quest'anno (2007; 119:e1177-e1182) e verrà affrontata, in uno dei prossimi numeri, anche su *Medico e Bambino*.

Un mio paziente di 9 anni, con genitori del Sud Italia, non ha mai avuto patologie importanti, tranne i soliti episodi febbrili dei primi anni di vita. Eseguiti degli accertamenti perché "non mangiava", tra cui l'elettroforesi dell'Hb, questa ha evidenziato la presenza di Hbs del 33,5%.

Poiché in tanti anni di attività non ho mai avuto un caso di anemia drepanocitica e il bambino presenta apparenti buone condizioni di salute, penso si tratti di un soggetto eterozigote portatore del trait falcemico.

So anche che questi soggetti hanno Hbs<50% mentre gli omozigoti hanno Hbs>50% con quadro clinico grave, caratterizzato da numerose crisi di falcizzazione, è così o ricordo male?

Con un paziente così, devo fare ulteriori indagini?

Devo fornire ai genitori consigli particolari? Per una sorella e un fratello in buone condizioni di salute, devo consigliare altro oltre all'elettroforesi dell'Hb?

dott. Francesco Alibrandi
Pediatra di famiglia, Feltre (BL)

Il profilo elettroforetico descritto è effettivamente suggestivo di un trait falcemico in cui il livello di Hbs solitamente oscilla tra il 20 e il 40% mentre nella forma omozigote è superiore all'80%. Questi soggetti sono sostanzialmente asintomatici e non richiedono controlli periodici né ulteriori approfondimenti diagnostici. L'unico consiglio pratico, oltre all'evidente consiglio genetico (ricordiamoci che il doppio trait, falcemico e talassemico, tipico della zona mediterranea può presentare un quadro clinico molto severo, simile alla forma falcemica omozigote) è quello di evitare voli aerei su velivoli non pressurizzati dove vi è il rischio di crisi vaso-occlusive.

Il mio unico "super-allergico", che è stato desensibilizzato due o tre anni fa proprio a Trieste, assume ancora piccole quantità di latte e derivati, avendo avuto due reazioni anafilattiche.

Recentemente la mamma ha notato due volte un edema del labbro con orticaria, dopo aver assunto della panna. Entrambe le volte l'assaggio era stato preceduto da molto movimento fisico: basterà evitare l'attività fisica prima dei latticini o bisognerà fare qualcosa in più?

dott. Rosario Cavallo
Pediatra di famiglia, Lecce

Per l'aspetto allergologico la panna non differisce dal latte, anzi, a parità di peso, dovrebbe risultare meno allergizzante, essendo più grassa e con una bassa percentuale di proteine.

L'ipotesi che il bambino abbia sofferto di una *Food Dependent Exercise Induced Anaphylaxis* (FDEIA) è difficile da sostenere perché in questi casi di norma lo sforzo segue, non precede, l'introduzione dell'alimento, anche se recentemente i colleghi della Pediatria di Parma hanno descritto un caso di un bambino di 8 anni che presentava angioedema quando mangiava il pomodoro dopo una intensa attività fisica, mentre se l'assunzione precedeva l'esercizio il bambino non aveva nessun sintomo¹. A

mio sapere però non ci sono altri esempi di questa evenienza e quello segnalato potrebbe essere il secondo. D'altronde, in questa materia, le bizzarrie sono all'ordine del giorno e non sempre possiamo dare una spiegazione a quello che succede.

1. Caffarelli C, Zinelli C, Trimarco G, Petrocione T, Bernasconi S. Angio-edema in a child due to eating tomatoes after exercise. *Clin Exp Dermatol* 2006;31:294-5.

Tra i miei assistiti ho 4 fratelli (Elena 13 anni, Anna 11, Guido 8, Diana più di 6). Sviluppo regolare in tutti, la secondogenita sempre al 3° centile per peso e altezza. Anna ha diabete insulino-dipendente dall'età di 8 anni. Di recente, sempre alla stessa bambina, è stata posta diagnosi di celiachia elevata anti-transglutaminasi (TG), confermata da biopsia intestinale. Ho eseguito gli accertamenti agli altri fratelli, con i seguenti risultati. Elena: anti-TG negative; IgE totali: 216. Guido: anti-TG negativi; IgE 145. Diana: anti-TG 10 (nei valori di riferimento classificato tra i valori "dubbi"); IgE totali 887.

I miei quesiti sono i seguenti:

1. Posso concludere che i due fratelli anti-TG negativi siano "al sicuro" o vanno monitorati comunque nel tempo?
2. Il valore di anti-TG border line di Diana impone condotte diverse? (dieta senza glutine, controlli ravvicinati degli anti-TG, accertamenti di terzo livello -in tal caso quali-, o altro?)
3. Ci può essere relazione tra la celiachia e l'innalzamento delle IgE (tenendo conto che sono tutti asintomatici dal punto di vista allergologico)?
4. Vanno studiati, e come, i genitori?
5. Più in generale, qual è lo stato dell'arte nella diagnosi/trattamento/prognosi della celiachia (essendo io fermo a quel bellissimo numero monografico di *M&B del 2002 sull'argomento*)?

dott. Roberto Boscolo
Pediatra di famiglia, Scorzè (VE)

Osservazioni recenti propongono quello che lei ha pensato.

1. I familiari di celiaci negativi a un primo test degli anticorpi anti-transglutaminasi vanno monitorati almeno ogni due-tre anni per determinare eventuali siero-conversioni per gli anti-TG così da non perdere nessun caso di celiachia.
2. Un controllo ravvicinato (6-12 mesi) è giustificato. Naturalmente con Diana

a dieta libera e magari con un incitamento a mangiare più glutine (quest'ultima è una nostra pratica, per i casi a rischio come i familiari di celiaci con valori borderline per gli anti-TG).

3. Che io sappia non c'è alcuna segnalazione che indica nell'innalzamento delle IgE una condizione biologica che possa far sospettare la celiachia. Del resto la celiachia è una patologia a prevalente risposta immunologica di tipo Th1, con assenza della cascata immunologica che porta alla produzione delle IgE.

4. Certamente anche i genitori vanno studiati come al punto 1.

5. Novità cliniche importanti non sono state prodotte in questi ultimi anni. La semplificazione diagnostica "al letto del malato" con l'introduzione dei test rapidi (3 minuti) per la determinazione degli anticorpi di classe IgA su goccia di sangue è un evento molto interessante soprattutto per il medico di medicina generale e anche per coloro che operano negli ambulatori ospedalieri, per completare nel corso di una visita standard l'ipotesi clinica di celiachia. L'esecuzione di questo test nei soggetti con patologie ad alto rischio di celiachia (es. anemia sideropenica, bassa statura isolata, malattie autoimmuni, epilessia farmaco-resistente, osteoporosi, ...) è una opportunità interessante per identificare velocemente nuovi casi di malattia celiaca.

Esiste l'allergia al gatto? Con i miei test non l'ho mai trovato positivo.

dott. Rosario Cavallo
Pediatra di famiglia, Lecce

L'allergia al gatto è, dalle nostre parti (Friuli-Venezia Giulia), molto comune. So però indirettamente (vedi lavoro di Giovanni Pajno in tema di ITS: *Clin Exp All* 2001;31:1392) che nel Sud Italia è molto più rara per la poco diffusa abitudine di tenere l'animale in casa (clima più caldo?) o di avere il gatto come animale di compagnia (fenomeno che forse va in parallelo alla mancanza/scarità di figli da accudire?).

Ma a parte queste considerazioni, la costante negatività fa sospettare una cattiva qualità degli estratti (gli epiteli sono allergeni più "difficili" rispetto ai comuni pollini o acari). Consiglierei di verificarlo utilizzando estratti da altra casa produttrice.