

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.

Ho un bimbo di due anni e mezzo che dal compimento del primo anno di età ha episodi febbrili periodici con cadenza mensile quasi scientifica, intervallati da periodi di benessere e di crescita costante molta buona. Dopo ripetute visite, esami effettuati (esami urine, sangue) tamponi ecc. e numerosi antibiotici presi (circa 10 nell'ultimo anno di vita) sempre per la stessa diagnosi riscontrata (otite, gola arrossata a volte con placche), ci siamo ora rivolti all'omeopatia e da circa un mese stiamo effettuando terapie omeopatiche.

Sicuramente questa terapia necessita di tempi lunghi di assimilazione, ma la nostra disperazione alla situazione ci porta alla ricerca di risposte, soprattutto sulle cause del verificarsi delle ripetute situazioni febbrili.

Il pediatra ci ha consigliato l'intervento chirurgico alle tonsille. Ma l'otorino consultato all'ospedale non ha ritenuto che ci fossero le condizioni cliniche per l'intervento chirurgico.

Abbiamo bisogno di risposte e di un consiglio sulla terapia da utilizzare, e soprattutto che tipo di esami dovremmo fare per capire la causa effettiva che provoca questo tipo di problematica.

Ora ci viene il dubbio, dopo alcune indagini su internet, che non si tratti della PFAPA, che risponde perfettamente ai sintomi di mio figlio. Ripetuti e regolari episodi (1 al mese), soliti sintomi, tra un intervallo e l'altro sta molto bene e con crescita costante. Cosa possiamo fare?

Un papà

L'ipotesi più probabile è proprio quella di PFAPA: l'età di esordio, la periodicità della ricorrenza, la presenza di tonsillofaringite e l'assenza di importanti sintomi a distanza, il benessere completo tra gli episodi sono tutti elementi a sostegno di questa diagnosi. Si tratta di una condizione del tutto benigna, che risponde sempre alla tonsillectomia. È comune che l'otorino non conosca la PFAPA, ma è comunque singolare che per la diagnosi Lei abbia dovuto ricorrere a internet. In realtà, si può posticipare l'in-

tervento, anche nella ragionevole speranza di un miglioramento spontaneo dei sintomi (che si verifica di solito nell'arco di pochi anni dall'esordio): in questi casi, gli episodi febbrili possono essere vantaggiosamente curati con singole basse dosi di corticosteroidi all'inizio di ciascun episodio. La risposta a tale trattamento costituisce ulteriore conferma della diagnosi di PFAPA. È bene sottolineare che gli episodi febbrili della PFAPA non hanno di per sé caratteristiche pericolose e che l'unico motivo di eseguire un trattamento farmacologico è quello di aumentare il tempo di benessere del bambino.

Gemelli eterozigoti, figli di madre celiaca HLA DQ2 e di padre HLA DQ2 asintomatico. Alla nascita è stata eseguita tipizzazione HLA su sangue del cordone ombelicale, che ha evidenziato sul cromosoma 6p21.3, gene HLA DQ, gli alleli DQA1*0501 e DQB1*0201 in forma omozigote, quest'ultimo, specifica il referto, "si associa a una comparsa precoce e a un decorso grave della celiachia".

Mi chiedo: a che età introdurre il glutine? In assenza di sintomi, ogni quanto eseguire il dosaggio di EMA e transglutaminasi?

dott. Laura Scioliere

Pediatra di famiglia, Montepaone Lido (Catanzaro)

Lo stato in omozigosi degli alleli DQA1*0501/DQB1*0201 porta alla formazione sulla superficie delle cellule che presentano l'antigene (APC) di un complesso molecolare molto avido verso i peptidi derivati dal glutine e di conseguenza capace di produrre una forte risposta infiammatoria. Dati sperimentali in vitro dimostrano chiaramente che il complesso DQ2 in omozigosi genera un maggior numero di aggregati immunogenici DQ2-gliadina e una maggiore attivazione dei linfociti T glutine-dipendenti. Questa osservazione, convincente e largamente confermata dagli immunologi, ha avuto una parziale conferma clini-

ca. Sicuramente la condizione in omozigosi di questo specifico HLA comporta un elevato rischio allo sviluppo della malattia celiaca, circa 5 volte in più rispetto alla condizione in eterozigosi. Tuttavia, da un punto di vista clinico, la maggiore dose genica della condizione in omozigosi non è associata necessariamente alla comparsa precoce e a una più spiccata severità clinica di presentazione della celiachia. In altre parole, lo stato in omozigosi può essere utile solo per calcolare il rischio allo sviluppo clinico della malattia, tra soggetti a rischio (es. familiari di celiaci) e geneticamente predisposti all'intolleranza al glutine. Gli studi riguardanti la tempistica dell'introduzione di alimenti contenenti glutine nella dieta dei neonati a rischio celiachia (HLA DQ2 o DQ8 positivi con familiarità) avevano/hanno un obiettivo molto ambizioso: favorire la tolleranza al glutine ritardando oltre il sesto mese dalla nascita la somministrazione di cibi contenenti glutine, o promuovendo un lungo periodo di allattamento al seno associato allo svezzamento con dieta libera. In generale i risultati hanno mostrato che la precoce introduzione del glutine (1-3 mese) aumenta di circa 5 volte il rischio di stimolare la produzione degli anticorpi anti-transglutaminasi rispetto ai neonati che sono venuti in contatto con il glutine tra il quarto-sesto mese di vita. Paradossalmente l'introduzione del glutine dopo il settimo mese aumenta il rischio di autoimmunità, come osservato nel periodo primo-terzo mese. L'allattamento al seno non sembra invece modificare sostanzialmente l'evoluzione della celiachia sia da punto di vista dell'autoimmunità sierologica che del quadro clinico. Considerati nel loro insieme, questi studi mancano di misurare sulla lunga durata (15-20 anni) gli effetti preventivi di questi interventi non invasivi della popolazione studiata. In altre parole, andrebbe verificato se tali interventi possano soltanto posporre nel tempo eventi biologici e clinici (altrimenti resi manifesti dalla precoce dieta libera) piuttosto che bloccare definitivamente l'autoimmunità glutine-dipendente. Da

un punto di vista operativo vale la raccomandazione della Società di Gastroenterologia pediatrica europea che consiglia di introdurre il glutine a partire dal quarto mese di vita e di incoraggiare l'allattamento al seno. Per quanto riguarda la tempistica degli esami sierologici specifici per la celiachia nei soggetti a rischio asintomatici, viene consigliata l'esecuzione di un test ogni tre anni.

Bibliografia di riferimento

- Koning F. Celiac disease: caught between a rock and a hard place. *Gastroenterology* 2005; 129:1294-301.
- Murray JA, Moore SB, Van Dyke CT, et al. HLA DQ gene dosage and risk and severity of celiac disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007;5:1406-12.
- Norris JM, Barriga K, Hoffenberg EJ, et al. Risk of celiac disease autoimmunity and timing of gluten introduction in the diet of infants at increased risk of disease. *JAMA* 2005;293:2343-51.
- Silano M, Agostoni C, Guandalini S. Effect of the timing of gluten introduction on the development of celiac disease. *World J Gastroenterol* 2010;16:1939-42.

Mio figlio, molto allergico all'alternaria, con spirometria normale ma facile ricorso al salbutamolo e marcata labilità da sforzo, due anni fa ha fatto un ciclo di terapia con Seretide spray 25/50 (1 mese) e, successivamente, Flixotide per un ulteriore mese. L'esito della terapia è risultato molto soddisfacente. Attualmente, a parere nostro, sembrerebbe nuovamente infiammato ai bronchi con il medesimo problema, tale da fare pensare che servirebbe un nuovo ciclo di terapia antinfiammatoria. La mia domanda è la seguente: consiglia il medesimo dosaggio di Seretide e Flixotide, oppure bisogna aumentarlo, visto che sono passati due anni e il bimbo ha ormai 10 anni?

Un genitore

Il quesito è stato posto in autunno, nella stagione di massima presenza nell'aria della muffa. Niente di strano che abbia ripresentato il problema. Molto bene che siate voi ad avere capito che è opportuno ripetere il ciclo. Complimenti, è così che si deve fare; per un corretto trattamento dell'asma è giusto che siano gli interessati, o chi per loro (i genitori), a saper comprendere, e quindi de-

cidere, quando è opportuno iniziare e quando cessare il trattamento di fondo. Il dosaggio è sempre lo stesso: la formulazione alle dosi più basse, se inalata bene, è sufficiente a tutte le età, anche nell'adulto.

Avrei bisogno di un parere riguardante un bambino di 8 anni e mezzo, affetto da laringospasmo ricorrente. Il bambino è in buona salute, obiettività negativa; né lui né i familiari presentano allergie; nei primi mesi di vita riferita terapia breve con ranitidina per reflusso gastroesofageo.

Dall'età di 9 mesi all'età di 3 anni episodi ricorrenti, notturni, di laringospasmo. Poi più niente per 4 anni e quindi all'età di 7 anni ricomparsa del laringospasmo: si tratta di episodi prevalentemente notturni (a volte alle 6-7 del mattino), trattati con budesonide aerosol e betametasona per os; si risolvono dopo circa 45 minuti. Dopo 2-3 giorni dall'episodio di laringospasmo di solito compaiono tosse e rinite.

Gli esami ematologici sono risultati negativi e un prick test evidenzia positività per pelo di cane ++.

Quesito: il laringospasmo può verificarsi dopo i 6 anni? Devo pensare ad altre cause?

Un pediatra di famiglia

Ho visto casi che hanno mantenuto episodi ricorrenti di laringospasmo anche a 8-10 anni, ma è certamente atipico che il laringospasmo ricomparsa nell'età nella quale usualmente scompare, e l'allergia certamente non può essere considerata come possibile causa. Forse condizionato dalla storia del bambino, ma anche dalla moda, l'unica ipotesi che mi verrebbe in mente di fare è che alla base del problema ci sia un reflusso gastroesofageo (RGE). Ma mi sembrerebbe oggettivamente strano che all'età del bambino non ci siano altri elementi clinici che orientino per questa eziologia (dolori, bruciori, cuscino sporco di materiale alimentare ecc.). E inoltre, malgrado sul RGE ci sia scritto di tutto e di più (non c'è patologia che a questo non sia stata riferita), nella mia esperienza mai ho visto un bambino con RGE che si presenti con questo problema, né mai, e questo vale di più, lo hanno visto i miei colleghi

gastroenterologi (ai quali ho chiesto un parere) e, per rinforzare questo parere negativo, aggiungo che il Nelson non cita nemmeno il reflusso come possibile causa del laringospasmo ricorrente. Pertanto prima di fare qualcosa aspetterei ancora, con fiducia.

Un bambino che seguo ha avuto ultimamente tre episodi di pronazione dolorosa del radio da sublussazione del capitello radiale nei confronti del legamento radiale. Ogni volta la riduzione è stata semplice con l'apposita manovra. Questi episodi preoccupano i genitori per l'eccessiva frequenza. Visto che la radiografia non viene richiesta, chiedo se è possibile altra soluzione quale l'applicazione di un tutore.

dott. Giulio Santaroni
Pediatra libero professionista
Monte San Giovanni Campano (Frosinone)

La "pronazione dolorosa" del gomito è una sublussazione del capitello radiale che si verifica nei primi anni di vita a seguito di un trauma banale, di solito per una trazione sull'arto superiore, e che si risolve rapidamente con una semplice manovra di riduzione. È legata a una fisiologica iperlaxità articolare e per questo motivo non sono rare recidive nello stesso paziente. Dopo i 4-5 anni, con una articolazione del gomito più matura e più stabile, questo fenomeno è molto più raro. Ma molti sono i bambini con ripetute recidive (anche 5-10 episodi); non è raro il caso di genitori che abbiano imparato a eseguire la corretta manovra di riduzione per evitare continui accessi al Pronto Soccorso. L'esame radiografico non è necessario perché del tutto nella norma. Data l'età, non è proponibile e di fatto non esiste una terapia riabilitativa preventiva; una immobilizzazione con gesso o tutore è inefficace e comunque in linea di principio sconsigliata per il possibile danno al trofismo muscolare con aumento della lassità articolare. Occorre sottolineare comunque che le eventuali recidive non comportano alcun esito negativo: nessun adulto presenta una limitazione nella funzionalità del gomito per aver sofferto da bambino di uno o più episodi di sublussazione del capitello radiale.